

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมในประเด็นต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ
 - 1.1 ความหมายของภาวะสุขภาพ
 - 1.2 การประเมินภาวะสุขภาพ
2. ภาวะสุขภาพของบุคลากร
3. แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 3.1 ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ
 - 3.2 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ
4. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

1. ความหมายของภาวะสุขภาพ

ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่าสุขภาพไว้มากมาย เช่น พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (2546) ได้ให้ความหมายว่า สุขภาพ หมายถึงภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ เช่น อาหารเพื่อสุขภาพ การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ส่วนร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.สภานิติบัญญัติแห่งชาติ วันที่ 19 ธันวาคม 2549 ให้ความหมาย “สุขภาพ” ว่าเป็นภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมบูรณ์(คณะกรรมการวิสามัญพิจารณาร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ...สภานิติบัญญัติแห่งชาติ, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับที่ ประเวศ (2543ก, 2543ข) ได้ให้ความหมายว่า สุขภาพ คือความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงซึ่งกันและกันอย่างแยกไม่ได้ การขาดความสมดุลในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งย่อมส่งผลต่อองค์ประกอบอื่นๆ เสมอ การดำรงภาวะสุขภาพองค์รวม จึงต้องคำนึงถึงการผสมผสานกลยุทธ์ที่จะคงความสมดุลในทุกองค์ประกอบ โดยจะครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมของบุคคลเป็นสำคัญ สุขภาพเป็นการเรียกการกล่าวถึงลักษณะการไม่เป็นโรค สุขภาพเป็นความสมบูรณ์ของคนใน 4 มิติ คือร่างกาย จิตใจ สังคมและวิญญาณ(ปัญญา)หากสมบูรณ์อย่างสมดุลแล้วก็จะเข้าสู่สภาวะ นอกจากนี้ เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่าภาวะสุขภาพหมายถึงการบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิตของบุคคล

โดยผ่านทางกรกระทำพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย การดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพและมีความสัมพันธ์ที่พึงพอใจกับผู้อื่นในขณะที่ต้องการการปรับตัว เพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงและความสมดุลกับสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับทิวิจารณ์ (2525) กล่าวถึงสุขภาพบนพื้นฐานของปัญญาว่าสุขภาพไม่ใช่มองแค่ความสุขหรือสุขภาพทางกาย(physical health)ที่ไม่เป็นโรค ไม่เจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังหมายถึงความถึงสุขภาวะทางจิต (mental) สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (spiritual) สุขภาวะทางสังคม (social) ด้วย

สรุปได้ว่าสุขภาพเป็นภาวะของความสมดุลของกาย จิต ปัญญาและสังคมของบุคคลซึ่งส่งผลให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตและปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การประเมินภาวะสุขภาพ

การประเมินภาวะสุขภาพเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลได้รับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเอง สามารถประเมินได้หลายวิธี ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต สมรรถภาพทางกาย และภาวะสุขภาพจิต

2.1 ดัชนีมวลกาย (body mass index, [BMI]) เป็นค่าดัชนีที่คำนวณจากน้ำหนักและส่วนสูง เพื่อเปรียบเทียบความสมดุลระหว่างน้ำหนักตัว ต่อความสูงของมนุษย์ ซึ่งคิดค้นโดย Adolphe Quetelet ชาวเบลเยียม และใช้เป็นดัชนีประเมินภาวะโภชนาการ ว่าขาดสารอาหาร หรือโรคอ้วน

ค่าดัชนีมวลกาย = น้ำหนักเป็นกิโลกรัม / (ส่วนสูงเป็นเมตร)ยกกำลังสอง

การประเมินดัชนีมวลกาย

โดยนำน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยกำลังสองของส่วนสูงเป็นเมตร มีเกณฑ์มาตรฐานในการแบ่งระดับ ดังนี้ 1) ค่า BMI <18.5 ถือว่าผอมเกินไป 2) ค่า BMI เท่ากับ 18.5 – 24.9 ถือว่าเหมาะสม 3) ค่า BMI 25 -29.9 ถือว่ามีน้ำหนักเกิน 4) ค่า BMI \geq 30 ถือว่าอ้วน (วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี, 2550)

2.2 ความดันโลหิต (blood pressure) หมายถึงความดันเลือดค่อผนังหลอดเลือดแดง ระดับความดันโลหิตที่ใช้เครื่องมือวัดเป็นการวัดระดับแรงดันโลหิตในหลอดเลือดแดงที่จะขึ้นลงตามการบีบและคลายตัวของหัวใจ การวัดความดันโลหิตสูงจะถูกบันทึกด้วยหน่วยที่เรียกว่า มิลลิเมตรปรอท ประกอบด้วยเลข 2 ตัว คือ ความดันโลหิตซิสโตลิกหรือความดันโลหิตตัวบน เป็นความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัวเต็มที่ และความดันโลหิตไดแอสโตลิกหรือความดันโลหิตตัวล่างเป็นความดันโลหิตขณะคลายตัว (ศรีจิตรา, ม.ป.ป.; สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2547)

การประเมินความดันโลหิต

การประเมินความดันโลหิตมีวัตถุประสงค์ เพื่อการคัดกรองภาวะความดันโลหิต

สูงและเพื่อการวินิจฉัย เครื่องมือมาตรฐานวัดสำหรับระดับความดันโลหิตเรียกว่า เครื่องวัดชนิดปรอท หรือเมอร์คิวรี สฟิงโกโมนาโนมิเตอร์ (mercury sphygmomanometer) มีขั้นตอนดังนี้

1. การวัดความดันโลหิตเพื่อการคัดกรอง ต้องวัดระดับความดันโลหิต 2 ครั้งห่างกัน 2 นาที โดยบุคลากรสาธารณสุข และอ่านค่าเฉลี่ยของการวัดทั้งสองเป็นค่าวัดความดันโลหิต
2. การวัดความดันโลหิตเพื่อการวินิจฉัย ต้องนัดตรวจ 2 ช่วงห่างกันช่วงละ 4 สัปดาห์ ในแต่ละช่วงต้องทำการวัด 2 ครั้ง ห่างกัน 2 นาที และต้องมีการประเมินปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วย

การแปลผลระดับความดันโลหิต

ค่าของความดันโลหิตในระดับต่างๆแบ่งตามความรุนแรงในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ดังนี้ (ศรียัตรา, ม.ป.ป.; สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2547)

ระดับความดันโลหิต	ความดันโลหิตตัวบน (mmHg)	ความดันโลหิตตัวล่าง (mmHg)
ปกติ	น้อยกว่า 130	น้อยกว่า 85
ค่อนข้างสูง	130-139	85-89
สูงระดับ 1	140-159	90-99
สูงระดับ 2	160-179	100-109
สูงระดับ 3	ตั้งแต่ 180	ตั้งแต่ 110
สูงเฉพาะตัวบน	ตั้งแต่ 140	น้อยกว่า 90

ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่มีการเบี่ยงเบนของระดับความดันโลหิตจากปกติ ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยความดันโลหิตสูงจากระดับความดันโลหิตที่สัมพันธ์โดยตรงกับความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด คือความดันโลหิตที่วัดอย่างถูกต้องหลายๆครั้ง ต่างวาระ และให้ถือระดับที่รุนแรงกว่าเป็นเกณฑ์ (ศรียัตรา, ม.ป.ป.) เช่น ความดันโลหิตวัดได้ 140/105 มม.ปรอท แสดงว่าบุคคลผู้นี้จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงระดับ 2 เป็นต้น โดยปกติผู้ที่มียุ่่น้อยกว่า 40 ปีให้ติดตามความดันโลหิตทุก 2 ปี ถ้าอายุมากกว่า 40 ปีให้รับบริการการตรวจคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูงปีละครั้ง (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2547)

2.3 สมรรถภาพทางกาย (physical fitness) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการควบคุมสั่งการให้ร่างกายปฏิบัติภารกิจต่างๆ อย่างได้ผลดีมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับปริมาณงานและเวลาตลอดทั้งวัน โดยการปฏิบัตินั้นไม่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อร่างกาย อีกทั้งยังสามารถประกอบกิจกรรมอื่นๆนอกเหนือจากภารกิจประจำวันได้อีกด้วยความกระฉับกระเฉง

ปราศจากอาการเมื่อยล้าอ่อนเพลีย (TR.SPORT AND HEALTH, ม.ป.ป.; วิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา, ม.ป.ป.) และสามารถฟื้นตัวสู่สภาพปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว

การทดสอบสมรรถภาพทางกาย (physical fitness test) เป็นการประเมินสมรรถภาพร่างกายและสุขภาพของทุกคนทั่วไปและนักกีฬา ซึ่งมีหลายวิธี แต่ละบุคคลสามารถเลือกทำการทดสอบสมรรถภาพทางกายด้านต่างๆที่จำเป็นสำหรับบุคคลนั้นๆ เพื่อที่จะทราบได้ว่าแต่ละคนมีสมรรถภาพทางกาย อยู่ในระดับที่เหมาะสมกับความจำเป็นของตนเองหรือไม่ มีข้อบกพร่องในด้านใด เป็นข้อมูลสำคัญอย่างมากสำหรับการส่งเสริมและจัดโปรแกรมในการเสริมสร้างสุขภาพให้เหมาะสมสำหรับแต่ละบุคคล (มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร, ม.ป.ป.)

การวัดและประเมินสมรรถภาพทางกายประกอบด้วยการวัดในด้านต่างๆดังนี้

1. ความจุปอด (vital capacity)

เพื่อประเมินปริมาตรความจุของปอด ว่าร่างกายสามารถนำเอาอากาศเข้าไปปอดได้มากน้อยเพียงใด เป็นที่ทราบกันว่าร่างกายต้องนำเอาออกซิเจนเข้ามาช่วยในกระบวนการเผาผลาญพลังงาน โดยที่ออกซิเจนจะจับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงแล้วพาไปยังเซลล์ ถ้าร่างกายสามารถนำออกซิเจนเข้ามาได้มาก ก็แสดงว่า ร่างกายสามารถเผาผลาญพลังงานได้มากขึ้น ทำให้การทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวต่างๆ ได้ดีขึ้นและทำให้มีการเหนื่อยช้าลง เครื่องมือที่ใช้วัดคือเครื่องวัดความจุปอด (Spirometer)

2. แรงบีบมือ (grip strength)

เพื่อประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมือและแขนส่วนปลาย โดยใช้เครื่องวัดแรงบีบมือ Hand Grip Dynamometer จะทำให้รู้ถึงระดับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและแขนส่วนปลาย ว่าอยู่ในระดับใด เมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน และควรมีการฝึกความแข็งแรงเพิ่มเติมอย่างไร

3. ไขมันใต้ผิวหนัง (Skinfold measurement)

เพื่อประเมินปริมาณไขมันในร่างกาย ปกติไขมันจะสะสมอยู่ในหลายๆที่ หากสะสมอยู่ในกล้ามเนื้อ เรียกว่า Intramuscular fat, หากสะสมรอบๆ อวัยวะ เรียกว่า Visceral fat, และหากสะสมใต้ผิวหนัง เรียกว่า Subcutaneous fat โดยไขมันที่วัดจะเป็นไขมันใต้ผิวหนัง ซึ่งถือว่ามีมากที่สุดในร่างกาย เพื่อที่จะได้รู้ถึงระดับไขมันในร่างกายของแต่ละบุคคลว่ามีมากน้อยเพียงใด ถ้าไขมันในร่างกายมีมากก็จะทำให้เป็นโรคอ้วนได้ ซึ่งก็จะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น เครื่องมือที่ใช้วัดไขมันใต้ผิวหนังคือ Lange Skinfold Caliper

4. ความอ่อนตัว (flexibility)

เพื่อประเมินความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลังระดับเอวและกล้ามเนื้อต้นขา ด้านหลัง ถ้ากล้ามเนื้อมีความอ่อนตัวดีแสดงว่า กล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ มีความยืดหยุ่นและมีมุม การเคลื่อนไหวที่มากขึ้น ทำให้ร่างกายเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น และลดความเสี่ยงต่ออาการบาดเจ็บที่ อาจเกิดขึ้นจากการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา เครื่องมือที่ใช้วัดคือ ม้าวัดความอ่อนตัว มีที่ยันเท้า และมาตรวัดระยะทางเป็น +30 ซม. หรือ +35 ซม. และ -30 ซม. จุด "0" อยู่ตรงที่ยันเท้า

5. แรงเหยียดขา (Leg Strength)

เพื่อประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา โดยใช้เครื่องวัดแรงเหยียดขา Leg Strength จะทำให้รู้ถึงระดับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา ว่าอยู่ในระดับใด เมื่อเทียบกับ เกณฑ์มาตรฐาน และควรมีการฝึกความแข็งแรงเพิ่มเติมอย่างไร เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Back and leg dynamometer

6. สมรรถภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุด (maximum oxygen uptake)

เพื่อประเมินความสามารถในการใช้ออกซิเจนสูงสุด (aerobic capacity, [VO₂max]) ของร่างกายซึ่งสัมพันธ์กับความสามารถในการทำงานซ้ำๆ เป็นระยะเวลาสั้นของ กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้วยความแข็งแรงปานกลางถึงหนัก บ่งบอกถึงสภาวะการทำงานของหัวใจ หลอด เลือด ปอดและกล้ามเนื้อ หรือประเมินความฟิต เครื่องมือที่ใช้ในการวัดประกอบด้วย 1) จักรยานวัด งาน (bicycle ergometer) 2) เครื่องเคาะจังหวะ (metronome) 3) เครื่องช่วยหุฟฟิง 4) นาฬิกาจับเวลา

การประมวลผลสมรรถภาพทางกาย

เมื่อทำการทดสอบสมรรถภาพทางกายเสร็จ นำผลที่ได้ไปคำนวณค่าคะแนน ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยเกณฑ์ในการแบ่งระดับสมรรถภาพทางกายจะแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ดีมาก (คะแนน 81-100) ดี (คะแนน 61-80) ปานกลาง (คะแนน 41-60) ต่ำ (คะแนน 21-40) และต่ำมาก (คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20)

2.4 การประเมินสุขภาพจิต

สุขภาพจิตหมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข ซึ่งเป็นผลจากการสามารถจัดการกับ ปัญหาต่างๆ การดำเนินชีวิตที่มีศักยภาพ ที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึง ความดีงามภายในจิตใจภายใต้สภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงไป (อภิรักษ์และคณะ, 2547) การ ประเมินภาวะสุขภาพจิตไม่สามารถกระทำได้โดยตรงเหมือนการประเมินภาวะสุขภาพทางกาย เนื่องจากยังไม่มีเครื่องมือที่สามารถวัดภาวะสุขภาพจิตที่เป็นมาตรฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการ ประเมินสุขภาพจิตในปัจจุบันส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ จากการ ทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือหนึ่งที่นิยมนำมาใช้ในการประเมินสุขภาพจิตของคนไทย คือ ดัชนีชี้วัดความสุขของคนไทย

ดัชนีชี้วัดความสุขของคนไทย เป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาขึ้นโดยอภิชัยและคณะ (2547) เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตของบุคคล โดยพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของความหมายสุขภาพจิต มิติของสุขภาพจิต และมิติย่อยของสุขภาพจิต เป็นแบบประเมินที่ผ่านการศึกษาในขั้นตอนที่สมบูรณ์และเผยแพร่ในระดับประเทศ ดัชนีชี้วัดความสุขของคนไทยมี 2 ฉบับ คือฉบับสั้น (15 ข้อ) และฉบับสมบูรณ์ (54 ข้อ) แบบประเมินประกอบด้วย 4 มิติ (สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน) ผลการประเมินจะแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป เท่ากับคนทั่วไป และต่ำกว่าบุคคลทั่วไป โดยคะแนนฉบับสมบูรณ์ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป คือ 118-162 คะแนน เท่ากับคนทั่วไป คือ 99-117 คะแนน และต่ำกว่าบุคคลทั่วไป คือ 98 คะแนนหรือน้อยกว่า และคะแนนฉบับสั้น สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป คือ 35 - 45 คะแนน เท่ากับคนทั่วไป คือ 28 - 34 คะแนน และต่ำกว่าบุคคลทั่วไป คือ 27 คะแนนหรือน้อยกว่า

ในการศึกษาคครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินดัชนีชี้วัดความสุขฉบับสั้น เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ใช้ได้ง่าย สะดวกและใช้เวลาไม่มากและมีความเชื่อถือได้เช่นเดียวกับฉบับสมบูรณ์

ภาวะสุขภาพของบุคลากร

บุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์เป็นกลุ่มบุคคลที่อยู่ในช่วงวัยทำงาน เป็นช่วงวัยที่มีพลังในการทำงาน และเป็นช่วงของการสร้างเนื้อสร้างตัวและสร้างความมั่นคงให้กับตนเองและครอบครัว บุคคลในวัยนี้จะให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นอันดับแรก ไม่ค่อยมีเวลาสนใจดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยก็ปล่อยไว้ ซึ่งบางครั้งกว่าจะรู้ตัวหันมาสนใจดูแลสุขภาพก็สายเกินแก้ ประกอบกับคนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและตอนปลาย ซึ่งเป็นช่วงวัยที่การทำงานของระบบต่างๆของร่างกายเริ่มลดประสิทธิภาพลง ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงต่างๆตามมาและทำให้มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ โดยพบว่าปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในกลุ่มคนวัยนี้คือโรคเรื้อรัง เช่น ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น (จันทร์เพ็ญ, 2543)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของอาจารย์ในมหาวิทยาลัยและบุคลากรสายสนับสนุนค่อนข้างน้อย เช่น การศึกษาของสุทธิสาและคณะ (2548) ศึกษาภาวะสุขภาพของอาจารย์กลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพด้านร่างกายปกติ คือ มีดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ 60.33) ระดับความดันโลหิตปกติ (ร้อยละ 84.29) ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ (ร้อยละ 95.38) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต (ร้อยละ 78.05) และการศึกษาของรัตนาวดีและคณะ (2548) ซึ่งศึกษาภาวะสุขภาพของบุคลากรสายสนับสนุนกลุ่มคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ 62.99) ระดับความดันโลหิตปกติ (ร้อยละ 67.97) ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ (ร้อยละ 91.14) เช่นเดียวกัน และส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต (ร้อยละ 80.26)

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ

1 ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ

ได้มีผู้ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพไว้หลากหลาย เช่น มองว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการในการควบคุมปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อสุขภาพ (WHO, 1986) ในขณะที่นักวิชาการบางส่วนมองว่า การสร้างเสริมสุขภาพเป็นการกระทำที่มุ่งให้เกิดผลลัพธ์คือการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายมีดังนี้

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ ไว้ว่าเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อสุขภาพและพัฒนาสุขภาพของบุคคลให้ดีขึ้น (WHO, 1986)

เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่มีเป้าหมายเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีและการมีสุขภาพดีเท่าที่จะเป็นไปได้ของบุคคลหรือกลุ่มคน

2 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้ถูกพัฒนาขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1982 และได้มีการปรับปรุงในปี ค.ศ. 1987 และ ค.ศ. 1996 โดยได้ประยุกต์จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เพื่อใช้ในการอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล เป็นรูปแบบที่ให้ความสำคัญกับกระบวนการทางสติปัญญาและการควบคุมพฤติกรรมของบุคคลจากภายใน โดยเชื่อว่าพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเกิดจากแรงจูงใจที่ต้องการยกระดับสุขภาพของบุคคล ต่อมาในปี ค.ศ. 1996 ได้มีการปรับปรุงรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพใหม่โดยได้มีการตัดตัวแปรบางตัวแปรออก ได้แก่ ความสำเร็จของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมภาวะสุขภาพ และ สิ่งชักนำให้กระทำ เนื่องจากผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่าตัวแปรเหล่านี้ไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมสร้างเสริมของบุคคลได้ และได้มีการเพิ่มตัวแปรใหม่ 3 ตัวแปรเข้าไปในรูปแบบ ได้แก่ การรับรู้และทัศนคติที่จำเป็นต่อพฤติกรรม คำมั่นสัญญาต่อแผนการกระทำ และทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการและความชอบของบุคคลที่พบในขณะนั้น และได้มีการจัดความสัมพันธ์ของตัวแปรใหม่

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ

1) คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล 2) การรับรู้และทัศนคติที่จำเพาะของบุคคล และ 3) ผลลัพธ์ของพฤติกรรม

1. คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล(individual characteristics and experiences) บุคคลแต่ละคนจะมีคุณลักษณะและประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อการกระทำของบุคคล

1.1 พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (prior related behaviors) พฤติกรรมเดิมในอดีตมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยผลโดยตรงอาจเกิดเนื่องจากทำให้เกิดทักษะและพัฒนาจนเป็นนิสัยทำหุ้คคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น โดยอัตโนมัติ ส่วนผลโดยอ้อมเกิดขึ้นโดยผ่านกระบวนการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และเจตคติต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น การประสบความสำเร็จหรือการมีประสบการณ์ที่ดีต่อพฤติกรรมที่ทำในอดีตทำให้บุคคลมีการรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถในการกระทำสูง

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมต่อการรับรู้และความรู้สึกที่จำเพาะต่อพฤติกรรมและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ (biological factors) ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านจิตใจ (psychological factors) ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความสามารถ เป็นต้น และ 3) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม (sociocultural factors) ได้แก่ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

2. การรับรู้และทัศนคติที่จำเพาะต่อพฤติกรรม (behavior-specific cognition and affect) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการกระทำ

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (perceived benefits of action) มีผลโดยตรงต่อการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และมีผลทางอ้อมโดยผ่านคำมั่นสัญญาต่อแผนที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้งภายในและภายนอกของบุคคลจะมีผลให้บุคคลเริ่มกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและกระทำพฤติกรรมนั้นต่อเนื่อง

2.2 การรับรู้อุปสรรคในการกระทำ (perceived barrier to action) การรับรู้อุปสรรคมีผลโดยตรงต่อการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยขัดขวางไม่ให้เกิดการกระทำพฤติกรรม และมีผลทางอ้อมโดยไปลดความมุ่งมั่นในการวางแผนการกระทำ บุคคลที่มีความพร้อมในการปฏิบัติดีและมีอุปสรรคในการกระทำสูง บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มในการไม่กระทำ ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีความพร้อมในการปฏิบัติสูงและมีอุปสรรคในการกระทำต่ำ บุคคลนั้นมีแนวโน้มในการกระทำสูง

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำ (perceived self-efficacy) มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และมีผลทางอ้อมต่อการรับรู้อุปสรรคและการให้คำมั่นต่อแผนการกระทำพฤติกรรม บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถสูงจะรับรู้อุปสรรคต่ำและมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสูง

2.4 ทศนคติที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรม (activity-related affect) ความรู้สึกของผู้กระทำที่เกิดขึ้นก่อนการกระทำ ระหว่างและหลังการกระทำพฤติกรรม มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมซ้ำ หรือการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ความรู้สึกด้านบวกทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) อิทธิพลต่อการกระทำเป็นความคิด ความเชื่อ หรือทัศนคติของบุคคลอื่นต่อการกระทำนั้น ได้แก่ บิดามารดา พี่น้อง กลุ่มเพื่อน เป็นต้น มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและมีผลโดยอ้อมผ่านทางกรกระทำตามคำมั่นสัญญาต่อแผนการกระทำ

2.4 อิทธิพลสถานการณ์ (situational influences) เป็นการรับรู้และความคิดของแต่ละบุคคลต่อสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อม เช่นการรับรู้ทางเลือกที่มีอยู่ และความง่ายหรือความสะดวกที่จะใช้ทางเลือกเหล่านั้น ซึ่งสามารถส่งเสริมหรือขัดขวางการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

3. ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม (behavior outcome) ประกอบด้วยตัวแปร 3 ตัวแปร ได้แก่

3.1 คำมั่นสัญญาต่อแผนการกระทำ (commitment to plan of action) ความตั้งใจต่อการกระทำ เป็นตัวกำหนดที่สำคัญของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลใดมีความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมใดแล้ว พฤติกรรมนั้นมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น โดยจะต้องมีการระบุให้ชัดเจนถึงพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดในเวลาและสถานที่ที่กำหนดกับบุคคลที่ระบุไว้

3.2 ทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการและความชอบที่เกิดขึ้นทันที (immediate competing demands and preferences) เป็นทางเลือกพฤติกรรมที่เกิดขึ้นทันทีก่อนที่จะกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ได้วางแผนไว้ ทางเลือกพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการและความชอบสามารถชนะพฤติกรรมที่บุคคลตั้งใจกระทำหรือไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการควบคุมตนเองของบุคคลนั้น ทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการและความชอบที่เกิดขึ้นทันที มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและมีผลต่อคำมั่นสัญญาต่อแผนการกระทำ

3.3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นตัวแปรสุดท้ายและเป็นผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นสำหรับบุคคลทุกวัยโดยเฉพาะวัยผู้ใหญ่หรือวัยทำงาน เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้เป็นบุคคลที่อยู่ในช่วงวัยที่ระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆภายในร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง ถ้ามีการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดความเจ็บป่วยและมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นได้ การสร้างเสริมสุขภาพจะช่วยส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ ช่วยลดการเสื่อมของระบบต่างๆของร่างกายและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ตามปกติ และสามารถดำเนินชีวิตในช่วงวัยนี้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ซึ่งการที่บุคคลจะสามารถดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีจะต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ประกอบด้วยการปฏิบัติกิจกรรมใน 6 ด้าน คือ

1. ด้านกิจกรรมทางกาย

กิจกรรมทางกาย (physical activity) เป็นกิจกรรมการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย โดยอาศัยการทำงานของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ทำให้มีการใช้พลังงานเกิดขึ้น ซึ่งจะรวมถึงการทำกิจกรรมต่างๆจากการประกอบอาชีพ (occupational activity) กิจกรรมที่ทำในยามว่าง (leisure physical activity) และกิจกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน (lifestyle physical activity) สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือกิจกรรมที่ออกแรงน้อย ออกแรงปานกลาง และ ออกคแรงมาก (Pender et al., 2002) การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมทางกายที่จัดอยู่ในกลุ่มการทำกิจกรรมทางกายในยามว่าง เป็นการทำกิจกรรมทางกายที่มีแบบแผน (Marcus et al., 1992) มีการวางแผนและทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ การออกกำลังกายในวัยผู้ใหญ่เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น เนื่องจากการออกกำลังกายมีผลโดยตรงต่อการทำงานของหัวใจ ปอด และระบบการไหลเวียนของโลหิต ทำให้ร่างกายทำงานได้ดีและแข็งแรงขึ้น ช่วยลดความเสี่ยงของระบบต่างๆของร่างกายและลดอัตราการเกิดโรคในระบบไหลเวียนเลือดได้

การเลือกประเภทของการทำกิจกรรมทางกายขึ้นอยู่กับวัย ภาวะสุขภาพ และความชอบ โดยการออกกำลังกายที่มีผลดีต่อสุขภาพจะต้องมีความพอดีที่จะทำให้ร่างกายฟิตและรักษาความสมบูรณ์ไว้ได้ สมาคมกีฬาวissenschaftler แห่งอเมริกา ได้กำหนดปริมาณและคุณภาพในการออกกำลังกายเพื่อทำให้ร่างกายฟิตและมีความสมบูรณ์ ได้แก่ 1) ความบ่อย (frequency) หมายถึง การออกกำลังกาย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ วันละครั้ง หรือออกกำลังกายวันเว้นวัน 2) ความหนัก (intensity) หมายถึงการออกกำลังกายที่หนักพอที่จะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจถึงอัตราเป้าหมายที่กำหนดคือ เพิ่มขึ้นร้อยละ 60-80 ของอัตราการเต้นของหัวใจปกติและ 3) ความนาน (time) การออกกำลังกายแต่ละครั้งควรใช้เวลาอย่างน้อย 30-60 นาที โดยแบ่งช่วงเวลาของการออกกำลังกายเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงอบอุ่นร่างกาย (warming up) ใช้เวลาไม่เกิน 7-10 นาที ช่วงออกกำลังกาย (endurance

exercise) ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที และ ช่วงผ่อนคลาย (cooling down) ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที (นัยนา, 2543; Pender, 1996)

2. โภชนาการ

อาหารเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการดำรงชีวิตมนุษย์ เป็นส่วนสำคัญในการช่วยให้คนมีภาวะโภชนาการที่ดีซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี อาหารมีทั้งประโยชน์และโทษคือช่วยป้องกันการเกิดโรคต่างๆและในขณะเดียวกันอาจทำให้เกิดโรคต่างๆขึ้นได้ การที่บุคคลจะมีภาวะโภชนาการและสุขภาพที่ดีได้จะต้องมีพฤติกรรมกรบริโภคที่ถูกต้องและเหมาะสม กระทรวงสาธารณสุขและมหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้จัดทำ ข้อปฏิบัติการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย หรือ โภชนบัญญัติ 9 ประการ (กองโภชนาการ, 2542) เพื่อเป็นแนวทางในการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ดังนี้ 1) รับประทานอาหารครบ 5 หมู่แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดื่มน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน 2) รับประทานข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน 3) รับประทานพืชและผักมากและรับประทานผลไม้เป็นประจำ 4) รับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ 5) คีมนมให้เหมาะสมตามวัย โดยวัยผู้ใหญ่ควรมีการคีมนมพร่องไขมันเนย 1-2 แก้วต่อวัน 6) รับประทานอาหารที่มีไขมันพอควร โดยรับประทานในปริมาณที่จำกัดไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้จากอาหารทั้งหมด 7) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่หวานจัดและเค็มจัด 8) รับประทานอาหารที่ปราศจากการปนเปื้อน และ 9) งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

3. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นการดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเองของบุคคล โดยการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ความรับผิดชอบต่อสุขภาพประกอบด้วย ความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจากแหล่งต่างๆ การค้นหาและการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติของร่างกาย การพบผู้เชี่ยวชาญเพื่อปรึกษาปัญหาสุขภาพ การตรวจร่างกายประจำปี ตลอดจนการเข้าร่วมชมรมหรือกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Walker, 1997) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่สำคัญที่กระตุ้นให้บุคคลมีการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆ เช่นการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม (ศิริมา, 2540)

4. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นการแสดงออกถึงความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น (ปราณี, 2542) เป็นทักษะทางสังคมที่สำคัญและจำเป็นในการอยู่ร่วมกันของมนุษย์ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นจะช่วยให้บุคคลสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขและได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การให้การช่วยเหลือสนับสนุนในเรื่องการเงิน สิ่งของ การให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนการให้ความรักและกำลังใจ

5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ

สุขภาพทางจิตวิญญาณ เป็นความสามารถในการพัฒนาจิตวิญญาณของบุคคลให้มีศักยภาพสูงสุด ซึ่งจะรวมถึง ความสามารถในการค้นพบและระบุเป้าหมายของชีวิต การเรียนรู้และแสวงหาประสบการณ์เกี่ยวกับ ความรัก ความพึงพอใจ ความสงบ และการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและความต้องการ ตลอดจนการช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้มีศักยภาพสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (Pender, 1996) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ เป็นสิ่งที่แสดงถึงเป้าหมายสุดท้ายของพัฒนาการของบุคคล เกิดพร้อมกับขบวนการเจริญเติบโตทั้งทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญาและมโนธรรม (สุคาร์ตัน, 2537) เป็นภาวะที่ไม่หยุดนิ่ง มีการพัฒนาตลอดช่วงชีวิต เป็นแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตของบุคคลไปสู่การบรรลุเป้าหมายและความต้องการ (ศิริมา, 2542)

6. การจัดการความเครียด

ความเครียดเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ระดับความเครียดจะมีตั้งแต่ระดับเครียดเล็กน้อย จนถึงระดับเครียดมากจนเกิดความผิดปกติทางด้านจิตใจได้ ความเครียดในระดับเล็กน้อยจะทำให้บุคคลเกิดความตื่นตัวและพัฒนาแต่หากมีความเครียดในระดับสูงมากเกินไป และเป็นระยะเวลายาวนานจะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพได้ ดังนั้นเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น บุคคลต้องมีวิธีการในการจัดการความเครียด เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้เสนอวิธีการในการจัดการความเครียดไว้ดังนี้ 1) การลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่นการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม การบริหารจัดการเวลาและหาเวลาในการพักผ่อน 2) การเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียดซึ่งสามารถทำได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การออกกำลังกาย การสร้างเสริมความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง การสร้างแหล่งประโยชน์ในการแก้ปัญหา และ 3) สร้างเงื่อนไขตรงกันข้ามเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าทางสรีรวิทยาที่เกิดจากความเครียด โดยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่างๆ เช่น การฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การใช้ดนตรี การฝึกโยคะ เป็นต้น

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มคนวัยต่างๆอย่างแพร่หลายทั้งในกลุ่มวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยทำงาน สำหรับการศึกษาในกลุ่มอาจารย์และบุคลากรสายสนับสนุนในมหาวิทยาลัยยังมีค่อนข้างน้อย ผลการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มอาจารย์และบุคลากรสายสนับสนุน กลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (รัตนาวดี, 2548; สุทธิศาและคณะ, 2548; สมใจ และคณะ, 2547) และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับมาก ส่วนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายและด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง คล้ายคลึงกับผลการศึกษาอื่นๆที่ศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยผู้ใหญ่และวัยทำงาน ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (ฉลวย, 2548;; ถักษมน, ปิยะนุช และสุนุดตรา, 2548; วันเพ็ญ, 2543 ; สกุรัตน์, 2544)

และปานกลาง (พนารัตน์และคณะ, 2546; ภัทรจิต, 2546) และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี ส่วนด้านการทำกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการและด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ฉลวย, 2548; ภัทรจิต, 2546; ลักขมณ, ปิยะนุช และสุนุดตรา, 2548; วันเพ็ญ, 2543; วาริณี, 2541; สกุลรัตน์, 2544)