

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสตรี ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ลักษณะงานและปัญหาสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสตรี
 - 1.1 ลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพสตรี
 - 1.2 ปัญหาสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสตรี
 2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 - 2.1 ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 - 2.2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์
 3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสตรี
 - 3.1 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ
 - 3.2 การออกกำลังกาย
 - 3.3 โภชนาการ
 - 3.4 การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
 - 3.5 การเจริญทางจิตวิญญาณ
 - 3.6 การจัดการกับความเครียด
 4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสตรี
 - 4.1 การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ
 - 4.2 การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ
 - 4.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการส่งเสริมสุขภาพ
 - 4.4 อิทธิพลระหว่างบุคคลของการส่งเสริมสุขภาพ
 - 4.5 อิทธิพลด้านสถานการณ์ของการส่งเสริมสุขภาพ
 - 4.6 ปัจจัยส่วนบุคคล
1. ลักษณะงานและปัญหาสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสตรี
 - 1.1 ลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพสตรี

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปในครอบครัว ชุมชนและสถานบริการ ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค

การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ การให้บริการสุขภาพดังกล่าวมีความซับซ้อนมากขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจและการขยายตัวของเขตเมืองอย่างรวดเร็ว ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเกิดความบีบคั้นเร่งรีบ มีการแข่งขันสูง และมีสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม (Diczfalusy, 1987 อ้างตาม วาริณี, 2541) ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่เกิดขึ้นเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิต และปัญหาทางด้านร่างกายของสตรีเหล่านี้ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคกระดูกและความเครียดที่เกิดจากการทำงาน (จินตนา และทิพย์ภา, 2541; จันทรา, 2539; เถลิงศรี, บงกช และวิมลรัตน์, 2542; มนภรณ์, 2537; วมลดา, 2539; ลี, 2539; สินีนาฏ, 2538; Dumes, 1992; Jirojwong & Manderson, 2001) ซึ่งพยาบาลวิชาชีพสตรีเหล่านี้มุ่งที่จะทำงานในความรับผิดชอบของตนเองให้บรรลุวัตถุประสงค์ รวมทั้งบทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพมีหลายบทบาทด้วยกัน เช่น บทบาทในหน้าที่ทั้งที่ทำงานและที่บ้าน (ปริยากมล, 2542; ศิริอร และเพ็ญศรี, 2538) รวมทั้งจากลักษณะการทำงานของพยาบาลที่จะต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย ความเครียด สภาพแวดล้อมที่มีแต่ความวุ่นวาย และสภาวะอารมณ์ที่แปรปรวนทั้งของผู้ป่วยและญาติ (วาริณี, 2541; ศิริพร, 2543; Kenny, 2000; Kenny & Bhattacharjee, 2000) ทำให้พยาบาลเกิดความเครียดจากการทำงาน และจากลักษณะของงานที่เป็นงานที่หนัก (ฟาริดา, 2543; Greenglass & Burke, 2001) เนื่องจากจะต้องมีการปฏิบัติงานตามตารางที่ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันไปทั้งเวรเช้า เวรบ่ายและเวรดึก เพื่อให้มีการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง ในการทำงาน of พยาบาลต้องมีการประสานงานกันระหว่างทีมสุขภาพระหว่างเวรหนึ่งต่ออีกเวรหนึ่ง ที่จะมีการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาในการประสานงาน ทำให้การทำงานของพยาบาลจะต้องยืดระยะเวลาในการทำงานต่อไปอีก อันมีผลทำให้พยาบาลจะต้องมีการขึ้นปฏิบัติงานเร็วและลงทำงานช้ากว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง โดยที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานเกิน 8 ชั่วโมง โดยเกิน 5 ชั่วโมง ร้อยละ 12.8 เกิน 4 ชั่วโมง ร้อยละ 17.1 และส่วนใหญ่ทำงานเกิน 1-2 ชั่วโมง ร้อยละ 57 (ศิริพร, 2544) จากลักษณะงานของพยาบาลดังกล่าวส่งผลกระทบต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตของพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหาร (Biener, Glanz, McLerran, Sorensen, Thompson, Basen-Engquist, Linnan & Varnes, 1999; Faugier, Lancaster, Pickles & Dobson, 2001; Frank, Stephens & Lee, 1998) การนอนหลับ (Ohida, Takemura, Nozaki, Kawahara, Sugie & Uehata, 2001; Saita & Sasaki, 1998) และการออกกำลังกาย (Frank, Stephens & Lee, 1998) เป็นต้น

จากการศึกษาของสินีนาฏ (2538) ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะเครียดและปัจจัยจากลักษณะงานที่ทำให้เกิดความเครียดของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 132 ราย พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุดคือ

ลักษณะงานด้านการพยาบาล รองลงมาคือ โครงสร้างของสถาบัน การบริหารองค์การ ด้านบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร (2543) ที่ศึกษาความเครียดในงานของพยาบาลประจำการและรูปแบบการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย 83 ราย และพยาบาลประจำการ 330 ราย พบว่า ความเครียดในงานของพยาบาลประจำการอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในงานระดับมากคือ การมีหน้าที่รับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายจำนวนมาก ลักษณะงานที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิกฤตหรือภาวะฉุกเฉิน ทำให้ต้องทำงานหนักเกินกำลังในบางช่วงเวลา

1.2 ปัญหาสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสตรี

จากลักษณะการทำงานของพยาบาลวิชาชีพสตรีดังกล่าวไปแล้วนั้น ข้อมส่งผลต่อปัญหาทางด้านสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสตรีตามมา โดยจะเห็นได้จากสถิติของการลาป่วยของพยาบาลวิชาชีพสตรีของโรงพยาบาลสงขลาในช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน 2545 พบว่า ระยะเวลาการลาป่วยของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 304 ราย เท่ากับ 403 วัน คิดเป็นค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.32 วันต่อคนต่อ 5 เดือน โดยสาเหตุการลาป่วย 3 อันดับแรก คือ ไข้หวัด คออักเสบ ทอนซิลอักเสบ (กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลสงขลา, 2545) ส่วนสถิติการลาป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลหาดใหญ่ ในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาพบว่า มีพยาบาลวิชาชีพสตรีลาป่วยจำนวน 698 วัน จากจำนวนพยาบาลวิชาชีพสตรี จำนวน 303 คน คิดเป็นค่าเฉลี่ยต่อวันลาป่วยเท่ากับ 2.29 วันต่อคนต่อปี ส่วนสาเหตุของการลาป่วย คือ อาการท้องเดิน ไข้หวัด อีสุกอีใส ปวดท้อง ตาแดงและผื่นคัน เช่น ไล่ด้ง มดลูก เต้านม (กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลหาดใหญ่, 2545) ตามลำดับ เช่นเดียวกับ การศึกษาของเนสินี และคณะ (2545) ที่ศึกษาถึงการหยุดงานเนื่องจากความเจ็บป่วยของบุคลากรงานบริการการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ที่พบว่า บุคลากรงานบริการการพยาบาลมีการลาป่วยระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกันยายน 2543 มีการลาป่วยจำนวน 1,373 ครั้ง อัตราการหยุดงานจากการเจ็บป่วยเฉลี่ย 0.95 ครั้งต่อคนต่อปี จากจำนวนบุคลากรทั้งหมด 1,445 คน โดยที่สาเหตุของการเจ็บป่วยมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ กลุ่มอาการปวดศีรษะ ตัวร้อน มีไข้ คิดเป็นร้อยละ 21.0 รองลงมาได้แก่ ไข้หวัด คิดเป็นร้อยละ 18.8 และอุจจาระร่วง คิดเป็นร้อยละ 10.8 จากการศึกษาถึงแม้ว่าอัตราการป่วยของบุคลากรงานพยาบาลไม่สูงมากนัก แต่สาเหตุของการลาป่วยส่วนใหญ่เนื่องมาจากโรคหรืออาการที่สามารถป้องกันได้ และเมื่อมีการลาป่วยเกิดขึ้น ก็มีความจำเป็นที่จะต้องจัดสรรบุคลากรเพื่อทำงานทดแทน ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระหน้าที่หรือเพิ่มระยะเวลาในการทำงานให้บุคลากรที่ขึ้นปฏิบัติงานแทน อันจะนำไปสู่ประสิทธิภาพของงานที่ลดลง และเกิดผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพตามมา

ส่วนการศึกษาของสุนุดตราและนิตยา (2542) ศึกษาผลกระทบของการทำงานผลัดหมุนเวียนต่อการนอนหลับ อากาศไม่สบายและความพึงพอใจในงานของพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพสตรีที่ทำงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 4 แห่ง จำนวน 640 ราย พบว่าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่มีการผลัดหมุนเวียนการทำงานเป็นเวร มีคะแนนปัญหาการนอนหลับและอากาศไม่สบายมากกว่าพยาบาลวิชาชีพกลุ่มที่ปฏิบัติงานเฉพาะเวรเช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลของปัญหาการนอนของพยาบาลวิชาชีพ ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพและการปฏิบัติงาน เช่น อากาศเป็นลมขณะปฏิบัติงาน เป็นต้น และจากการศึกษานี้ยังพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุน้อย ๆ จะมีประสบการณ์ของอากาศไม่สบายสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุมาก ๆ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลที่มีอายุมากขึ้นไม่ต้องปฏิบัติงานเวรบ่ายและเวรคึก รวมทั้งมีรายได้ที่สูงกว่าพยาบาลที่มีอายุน้อย ทำให้มีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ปัญหาเรื่องการนอนหลับพักผ่อนก็เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่เกิดขึ้นกับพยาบาล ปกติในวัยผู้ใหญ่ควรได้รับการพักผ่อนด้วยการนอนหลับที่เพียงพอ ระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการนอนหลับในวัยผู้ใหญ่คือ การนอนอย่างน้อย 6-8 1/2 ชั่วโมงต่อคืน (Potter & Perry, 2001) นอกจากการนอนหลับแล้ว ควรที่จะมีการพักผ่อนเพื่อการผ่อนคลายด้วย เช่น การอ่านหนังสือ การท่องเที่ยว การทำงานอดิเรกอื่น ๆ เพื่อให้ร่างกายได้มีการพักผ่อน ลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นจากการทำงานหรือการใช้ชีวิตประจำวัน แบรคและคณะ (Barak et al., 1996) กล่าวว่า พยาบาลเป็นอาชีพที่มีการทำงานเป็นเวร ย่อมส่งผลกระทบต่อวงจรการนอนหลับและเกิดปัญหาการนอนหลับตามมา (สุนุดตรา และนิตยา, 2542) จากการสำรวจยังพบว่า พยาบาลสตรีจำนวน 131 ราย ร้อยละ 3.1 ใช้นอนหลับ เนื่องจากความเครียดจากงานและลักษณะของงานที่ทำ (Barak, Achiron, Kimh, Lampl, Gilad, Elizur & Saravo-Pinhas, 1996)

และจากการศึกษาของอิริยา (2540) กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยหมดประจำเดือน 200 ราย พบว่า ร้อยละ 54.5 ของกลุ่มตัวอย่าง มีการพักผ่อนเวลากลางวัน ๆ ละ ½ -1 ชั่วโมง เป็นบางครั้งหรือไม่เคยปฏิบัติเลย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 48.5 ทำงานอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีตำแหน่งหน้าที่การงานในระดับสูงหรือเป็นผู้บริหาร มีภาระงานในหน้าที่ความรับผิดชอบมาก ทำให้ไม่มีเวลาว่างสำหรับการพักผ่อนระหว่างงาน จึงให้ความสำคัญต่อการพักผ่อนในเวลากลางวันน้อย เนื่องจากมุ่งผลสำเร็จที่งานเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งการขาดความตระหนักถึงประโยชน์ของการพักผ่อนเพื่อคลายความเครียดและลดความเหนื่อยล้า งานวิชาชีพพยาบาลก็เป็นวิชาชีพหนึ่งที่ต้องปฏิบัติงานตลอดวัน ทั้งเวรเช้า เวิร์บายและเวรคึก และเป็นงานที่ต้องรีบเร่งอยู่ตลอดเวลา มุ่งที่จะให้งานเสร็จตามเวลาที่กำหนด ทำให้พยาบาลขาดการพักผ่อนระหว่างวัน อันจะนำไปสู่การทำให้เกิดความเครียดในระหว่างการทำงานและเกิดปัญหาสุขภาพตามมาได้

จากลักษณะงานดังกล่าวอาจนำไปสู่ปัญหาทางด้านสุขภาพของพยาบาล อันอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการปฏิบัติงานทำให้มีการลาป่วย จำเป็นต้องมีการจัดพยาบาลขึ้นเวรทดแทน อัตรากำลังที่ขาด (เนลสัน และคณะ, 2545) ซึ่งเป็นการเพิ่มปริมาณงานของพยาบาลขึ้นอีกหรืออาจจะไม่ได้หยุดพักผ่อนในแต่ละสัปดาห์ อันจะนำไปสู่ปัญหาทางด้านสุขภาพอื่น ๆ ตามมา (จิตอารี, 2543; Gjerdingen et al., 2000)

2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ในปัจจุบันมีนักวิจัยหลายท่าน ๆ ได้มีการพัฒนาแนวคิดและรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการอธิบายหรือประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ทั้งในการปฏิบัติการพยาบาลและการวิจัย รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมที่ได้รับความสนใจนำมาใช้ในการศึกษา

2.1. ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้มากมายและแตกต่างกัน เช่น แฮริสและกลูเต็น (Haris & Gluten 1979 cited by Pender, 1987) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่าเป็นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการดำรงสุขภาพที่ดีและเป็นการแสดงถึงศักยภาพของมนุษย์ ส่วนเพนเดอร์ (Pender, 1982) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นพฤติกรรมที่ไม่มุ่งเน้นโรคหรือปัญหาสุขภาพใดโดยเฉพาะ เป็นพฤติกรรมที่มุ่งจะเพิ่มศักยภาพของบุคคลด้านบวกอันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี นอกจากนี้เพนเดอร์ (Pender, 1996) ยังได้ให้ความหมายไว้อีกว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติจนเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวันหรือแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อคงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพและเพิ่มพูนความเป็นอยู่ที่ดี และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างผาสุกทั้งตัวของบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน (Pender, 1996) คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด

วาสนา (2544) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้บุคคลเพิ่มความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น โดยมีการผสมผสานระหว่างการสนับสนุนด้านการศึกษาและสิ่งแวดล้อม เพื่อการกระทำกิจกรรมของบุคคลจนเป็นส่วนหนึ่งในกิจวัตรประจำวัน

จากความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่กล่าวข้างต้น พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีลักษณะที่สำคัญก็คือ การมุ่งที่จะดำรงหรือเพิ่มพูนความผาสุก สุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล ครอบครัวและชุมชน อันเป็นการปฏิบัติที่เกิดขึ้นอย่างเป็นประจำและเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคล ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด

2.2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ (Pender's Health Promotion Model)

ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพมีหลายทฤษฎี เช่น รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) อธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรค ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) อธิบายถึงเหตุผลของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รูปแบบการปฏิบัติด้านสุขภาพ (Health action model) อธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั่วไป รูปแบบพรีซีด-โพรซีด (PRECEDE-PROCEED model) อธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งทฤษฎีดังกล่าวเป็นทฤษฎีที่เน้นพฤติกรรมป้องกันโรคหรือภาวะใดภาวะหนึ่งที่ไม่ครอบคลุมพฤติกรรมของคนทั้งคน (ลดาวัลย์, 2544; วาริณี, 2541) ส่วนรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ (Pender's Health Promotion Model) เป็นรูปแบบที่ได้นำไปศึกษาวิจัยมากที่สุดรูปแบบหนึ่ง โดยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์นี้เป็นรูปแบบที่มุ่งอธิบายคนทั้งคนไม่ใช่พฤติกรรมเฉพาะภาวะหรือโรคใดโรคหนึ่ง มีแนวคิดผสมผสานระหว่างศาสตร์ทางการแพทย์กับศาสตร์ทางพฤติกรรม ให้ความสำคัญแก่ปัจจัยด้านจิตสังคม (biopsychosocial) ในการอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งมีความครอบคลุมและเป็นองค์รวม เพราะบุคคลเป็นองค์ประกอบของกายหรือชีวะและจิต ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในสังคม และเน้นความต้องการที่จะดำรงและเพิ่มพูนความผาสุก สุขภาพและคุณภาพชีวิตให้อยู่ในระดับสูงสุด เน้นแรงจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มิใช่ความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงจากโรค (วาริณี, 2541) รวมทั้งเป็นการมุ่งเน้นในด้านพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาตนเองและศักยภาพส่วนบุคคล เพื่อการมีภาวะสุขภาพดี โดยมีการผสมผสานระหว่างการดำเนินชีวิต นั่นคือ เมื่อบุคคลสามารถผสมผสานพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเข้าไปในแบบแผนการดำเนินชีวิตทุกด้าน จะส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น (นวลอนงค์ และคาราวรรณ, 2544)

เพนเคอร์ (Pender, 1987) ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพครั้งแรกในปี ค.ศ. 1987 โดยอธิบายถึงแนวคิดพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า เกิดจากทฤษฎี 2 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีความคาดหวังคุณค่า (expectancy-value theory) และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social

cognitive theory) เพนเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่า การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง จนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตได้นั้นเป็นผลมาจากอิทธิพลจากปัจจัย 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านสติปัญญา-การรับรู้ (cognitive-perceptual factors) ปัจจัยปรับเปลี่ยน (modifying factors) และตัวชี้แนะการกระทำ (cues to action) ปัจจัยด้านสติปัญญา-การรับรู้เป็นกลไกเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านสติปัญญา-การรับรู้ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อันประกอบด้วยปัจจัยย่อยทั้งหมด 7 ปัจจัย ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน คำจำกัดความของสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนปัจจัยปรับเปลี่ยนเป็นปัจจัยที่ส่งผลทางอ้อมต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านปัจจัยด้านสติปัญญา-การรับรู้ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ลักษณะทางชีวภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านพฤติกรรมและตัวชี้แนะการกระทำ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมขึ้น จากผลการกระตุ้นบุคคลทั้งภายในและภายนอก รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (1987) ได้นำมาใช้ในงานวิจัยต่าง ๆ มากมาย และจากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่ามีบางปัจจัย ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพและสิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการกระทำ ไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ (สกุศลรัตน์, 2544; Pender, 1996) ต่อมาเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้พัฒนารูปแบบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้นใหม่ (revised Health Promotion Model) ภายหลังได้มีการศึกษาวิจัยและทดสอบการใช้ทฤษฎีใหม่นี้ทั้งในกลุ่มเด็ก วัยรุ่น และครอบครัว

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ได้มีการปรับปรุงใหม่เพิ่มเติมของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้มีการลดตัวแปร 3 ตัวแปร คือ ความสำคัญต่อสุขภาพ (importance of health) การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (perceive control of health) และสิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการกระทำ (cues of action) ส่วนการให้คำจำกัดความของสุขภาพ (definition of health) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (perceive health status) และลักษณะทางประชากรและทางชีววิทยา (demographic and biologic characteristics) เข้าไปอยู่ในปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล นอกจากนั้นยังได้เพิ่มตัวแปร 3 ตัวแปร อันได้แก่ ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (activity-related affect) การยึดมั่นต่อแผนของการกระทำ (commitment to a plan of action) และทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการและความชอบที่เกิดขึ้นทันทีทันใด (immediate competing demands and preferences) โดยการปรับปรุงใหม่ในครั้งนี้ อาศัยงานวิจัยที่ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาพิจารณา และเสนอรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล นอกจากนั้นยังได้พิจารณาถึงความเหมาะสมของ

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษามากที่สุด โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ดังนี้

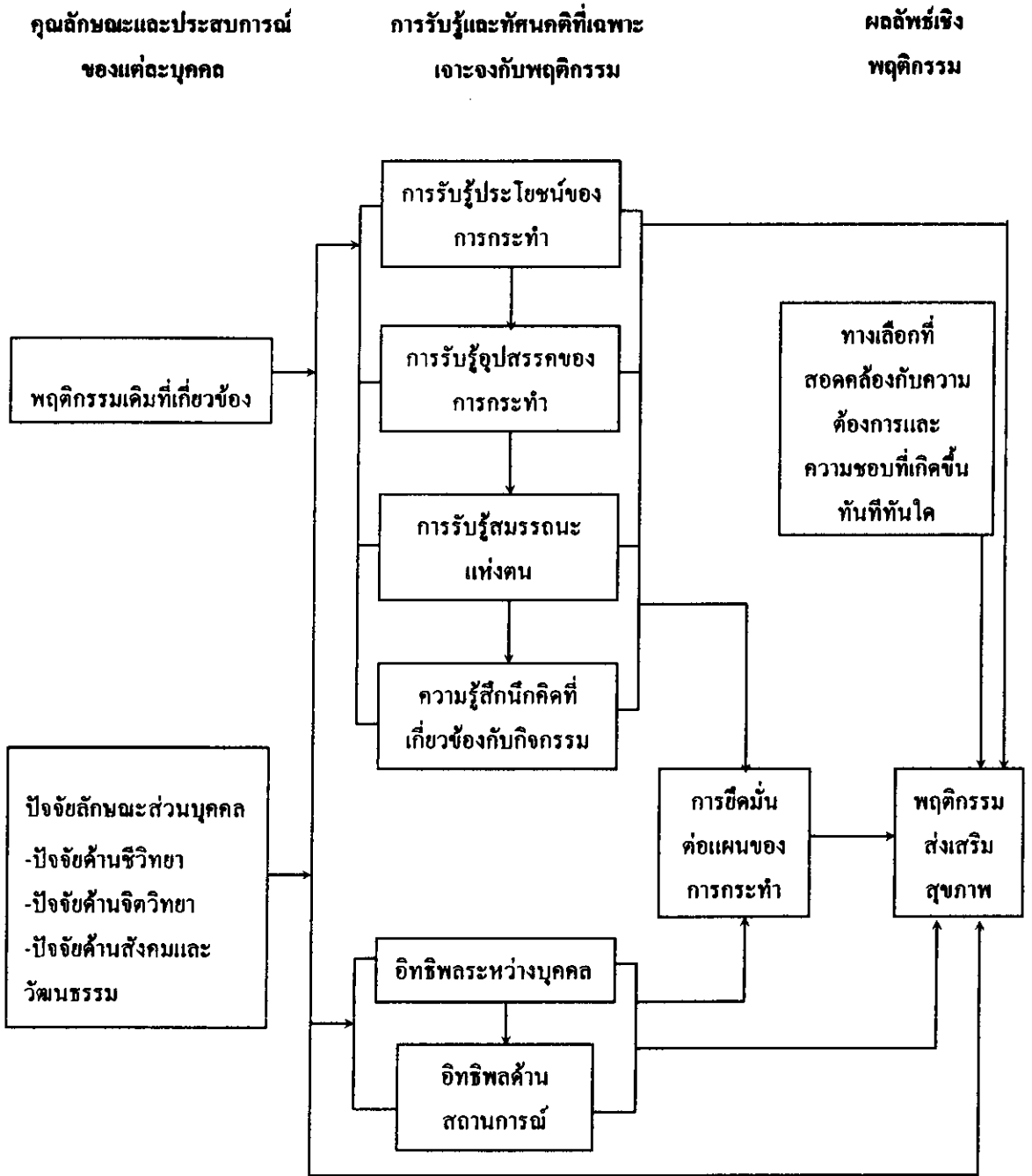
2.2.1. คุณลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (individual characteristics and experiences) บุคคลจะมีคุณลักษณะและประสบการณ์ที่แตกต่างกันไป ซึ่งการกระทำจะมีผลต่อบุคคลในภายหลัง ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ประกอบไปด้วยพฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (prior related behavior) ซึ่งมีงานวิจัยที่พบว่า พฤติกรรมที่ทำบ่อย ๆ หรือที่ผ่านมามีความคล้ายคลึงกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งเป็นตัวที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดี และปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล (personals factor) ประกอบด้วยปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ภาวะการเข้าสู่วัยรุ่น ภาวะวัยหมดประจำเดือน ความแข็งแรง ความอ่อนไหวและความสมดุล ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพและการให้ความสำคัญต่อสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ เชื้อชาติ สัญชาติ วัฒนธรรม การศึกษา สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม องค์ประกอบเหล่านี้ช่วยให้ทราบถึงความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นกับทุกพฤติกรรมหรือทุกกลุ่มประชากร แต่จะเกิดขึ้นกับบางพฤติกรรมและบางกลุ่มประชากรเท่านั้น (ลดาวัลย์, 2544; Pender, 1996)

2.2.2 การรับรู้และทัศนคติที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (behavior-specific cognitions and affect) เป็นปัจจัยสำคัญเนื่องจากเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือนำไปสู่การกระทำของบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (perceive benefits of action) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำนั้นก่อให้เกิดผลดีหรือผลบวกกับตน ก็จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (perceive of barrier of action) คือ การที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางต่อการกระทำ โดยอาจจะเป็นสิ่งขัดขวางที่เกิดขึ้นเองหรือสิ่งขัดขวางที่เกิดขึ้นจากการคิดว่าจะเกิด เช่น การไม่มีเวลา ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายสูง ความยากลำบาก เสียเวลา ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยเสริมที่จะทำให้บุคคลนั้นไม่ยอมปฏิบัติพฤติกรรม หรือหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceive self-efficacy of action) เป็นการรับรู้ถึงความสามารถของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมใด พฤติกรรมหนึ่งๆ ที่คิดว่าตนเองสามารถกระทำให้สำเร็จได้ ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม (activity-related affect) คือ ความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่างและหลังกระทำพฤติกรรม ซึ่งขึ้นอยู่กับพฤติกรรมนั้น อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) เป็นความคิด ความเชื่อ ทัศนคติของบุคคลอื่นต่อพฤติกรรม และยังรวมถึงการสนับสนุนทางสังคมและการเป็นแบบอย่างจากบุคคลอื่นด้วย อิทธิพลด้านสถานการณ์ (situational influences) เป็นการรับรู้และความคิดของ

บุคคลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอันอาจส่งเสริมหรือขัดขวางพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ เช่น การเข้าถึงระบบบริการ ลักษณะที่ต้องการและสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม

2.2.3. ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม (behavior outcome) ประกอบด้วยการยึดมั่นต่อแผนของการกระทำ (commitment to a plan of action) กล่าวคือ ถ้าบุคคลตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมใดแล้ว พฤติกรรมนั้นมีแนวโน้มที่จะทำให้บุคคลยึดมั่นต่อแผนการกระทำนั้น ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมยังประกอบไปด้วยทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการและความชอบที่เกิดขึ้นทันทีทันใด (immediate competing demands and preferences) เป็นความคิดของบุคคลที่เกิดขึ้นก่อนที่จะมีการวางแผนที่จะกระทำและนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งอาจไม่ตรงกับการยึดมั่นต่อแผนที่กำหนดไว้ได้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นผลลัพธ์ของพฤติกรรม ซึ่งมีผลทำให้ผู้กระทำมีภาวะสุขภาพที่ดีได้ และตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

หมายเหตุ จาก Health promotion in nursing practice (p. 67) by Pender, N. J., 1996, Stamford: Appleton & Lange.

เนื่องจากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำอย่างมีเป้าหมาย เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และเป็นการเพิ่มระดับของความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยมุ่งที่จะส่งเสริมให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข (Pender, 1996) แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเชื่อว่า การดำรงและเพิ่มพูนสุขภาพ ความผาสุก คุณภาพและความยืนยาวของชีวิต ช่วยให้บุคคลสามารถบรรลุถึงศักยภาพสูงสุด มีความเป็นอิสระมากขึ้นและสามารถเพิ่มผลผลิตของประเทศ และลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพลง (Pender, 1982) โดยเพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น มีแนวคิดที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคือ ปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมาก โดยทั่วไปบุคคลจะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมาจากการรับรู้ของบุคคล การรับรู้เกิดจากสิ่งเร้ามายังบุคคลเพื่อการตีความหมายหรือแปลความออกมาโดยอาศัยความรู้ประสบการณ์ในอดีตและแรงจูงใจที่ทำให้เกิดพฤติกรรมนั้น การรับรู้ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการกระทำ ความรู้สึกนึกคิดที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลด้านสถานการณ์ การรับรู้ทั้ง 6 ประการนี้ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้ดีที่สุดคือ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลของการส่งเสริมสุขภาพ และอิทธิพลระหว่างสถานการณ์ของการส่งเสริมสุขภาพ (วัลลภา, 2541; สดใส, 2539; สุกัญญา, 2539; Kerr, Lusk & Ronia, 2002; Pender, 1996)

ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ควรปฏิบัตินั้นวอล์คเกอร์ ซีคริส และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist & Pender, 1987) ได้กำหนดแบบแผนชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ การมีสัมพันธ์-ภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด

3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสตรี

พยาบาลวิชาชีพอยู่ในช่วงของวัยผู้ใหญ่หรือวัยทำงานที่ต้องการการจัดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสตรีน้อย และยังไม่ครอบคลุมพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพทุกด้าน การทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้จึงใช้การศึกษาของกลุ่มตัวอย่างอื่นมาเป็นข้อมูลพื้นฐาน และใช้กรอบแนวคิดของเพนเดอร์เพื่อเป็นแนวทางในการรวบรวมข้อมูลในแต่ละด้าน จากการทบทวนวรรณกรรมโดยการค้นคว้าจาก

แหล่งข้อมูลต่าง ๆ ประกอบด้วย MEDLINE, CINAHL ตั้งแต่ปี 1989 - 2003 รวมทั้งวิจัยทางการแพทย์ วารสารทางการแพทย์และทางการแพทย์ในประเทศและต่างประเทศ ได้สรุปแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้านของพยาบาลวิชาชีพสตรี ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ดังนี้

3.1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพประกอบไปด้วย ความสนใจและยอมรับที่จะรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง เช่น การศึกษาค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การยอมรับความช่วยเหลือจากบุคลากรวิชาชีพอื่น การแสวงหาผู้เชี่ยวชาญเพื่อพึ่งพาเมื่อจำเป็น (Walker, Sechrist & Pender, 1987) รวมทั้งการหาความรู้จากหนังสือเทคโนโลยีที่ทันสมัยต่าง ๆ เช่น อินเทอร์เน็ต (internet) (Crandall, Zitaebeger, Rosenberg, Winner & Holaday, 2001; Pendey, Hart & Tiwary, 2003) เป็นต้น จากการสำรวจความต้องการของผู้หญิงในซานฟรานซิสโกจำนวน 250 ราย พบว่า ผู้หญิงส่วนใหญ่มีความต้องการการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การจัดระบบสุขภาพที่จะทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งในภาวะสุขภาพดีและเมื่อมีการเจ็บป่วย ซึ่งถือว่าเป็นความต้องการในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง เพื่อนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดี (Taylor & Dower, 1997)

สตรีวัยผู้ใหญ่หรือวัยทำงาน เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านจิตใจและชีววิทยา ซึ่งอาจจะเกิดปัญหาสุขภาพตามมาได้ วัยนี้จึงควรที่จะสนใจตนเองในการดูแลสุขภาพ อันได้แก่ การได้รับการตรวจเลือด การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจสุขภาพปากและฟัน หรือแม้กระทั่งตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปี จากการศึกษาในต่างประเทศ เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพแอฟริกันและอเมริกัน จำนวน 49 ราย พบว่า สิ่งที่พยาบาลวิชาชีพสตรีแอฟริกันและอเมริกันให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพในระดับเปอร์เซ็นต์ที่สูง ได้แก่ การบริโภคแอลกอฮอล์ระดับปานกลาง หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การตรวจโคเลสเตอรอล การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจเต้านมด้วยตนเองเดือนละครั้ง การตรวจมะเร็งปากมดลูก การตรวจหามะเร็งเต้านมด้วยเครื่องตรวจแมมโมแกรม (mammogram) และการตรวจวัดความดันโลหิต (Guidry & Wilson, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของพรรณนิภาและบุตรี (2541) ศึกษาความรู้เรื่องวัยหมดระดูและการดูแลตนเองของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่อยู่ในวัยหมดระดูของวิทยาเขตศิริราชมหาวิทยาลัยมหิดล กลุ่มตัวอย่างเป็นอาจารย์พยาบาล พยาบาลประจำการและผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 96 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการตรวจเต้านมคิดเป็นร้อยละ 89.74, 81.44 และ 73.33 ตามลำดับ ส่วนการตรวจเต้านมทุกเดือนของทั้ง 3 กลุ่ม ที่พบมากที่สุดคืออาจารย์พยาบาล รองลงมาคือพยาบาลประจำการและผู้ช่วยพยาบาล ซึ่งการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีความตระหนักในความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองในระดับที่สูง

การศึกษาของวาริณี (2541) ยังพบว่าพยาบาลวิชาชีพสตรีวัยหมดประจำเดือนมีการปฏิบัติในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพระดับมาก โดยพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือ การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ตรวจหาความผิดปกติของร่างกายด้วยตนเอง เช่น ตรวจเต้านมด้วยตนเอง พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำน้อยที่สุด คือ การตรวจสุขภาพ เช่น ตรวจภายใน เอกซเรย์เต้านม/ปอด ตรวจเลือด วัดความดันโลหิต รองลงมาคือ การดื่มกาแฟเฉลี่ยวันละ 1 ถ้วย และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ วิธีการที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพคือ ตรวจร่างกายประจำปี ประเมินสุขภาพเมื่อมีปัญหาสุขภาพ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายและพักผ่อนให้เพียงพอรวมทั้งการทำจิตใจให้ผ่องใส ส่วนการศึกษาของประภาพร (2539) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงที่สมรสแล้ว อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 216 ราย พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการศึกษาภาวะสุขภาพของสตรีที่มีอายุมากกว่า 45 ปี จำนวน 50 ราย ในมหาวิทยาลัยบีนิต ประเทศไนจีเรีย พบว่า ร้อยละ 84 ขาดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเมื่อมีอายุ 45 ปีขึ้นไป แต่กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการในการเพิ่มความรู้ของตนเองให้เพิ่มขึ้น โดยการพูดคุยกับเพื่อน มารดาหรือแหล่งอื่น ๆ เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุหรือคู่มือที่เกี่ยวกับข้อมูลทางด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีกลยุทธ์ในการจัดการกับสุขภาพ โดยการนอนหลับ ออกกำลังกาย และพักผ่อนให้เพียงพอ รวมทั้งการเข้าโปรแกรมการลดน้ำหนัก (Imogie, 2000) เช่นเดียวกับการศึกษาในสตรีที่อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 57 ราย พบว่า ร้อยละ 12 มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Choudhry, Srivasta & Fitch, 1998) และการศึกษาของนราวดี (2539) พบว่า นักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคจังหวัดชุมพรส่วนใหญ่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองขณะอาบน้ำ โดยตรวจอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และมีการตรวจอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน ดังการศึกษาหญิงไทยที่อาศัยอยู่ในประเทศออสเตรเลีย จำนวน 145 ราย ร้อยละ 25 มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา (Jirojwong & Manderson, 2001)

สรุปผลจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สตรีกลุ่มดังกล่าวมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองในระดับที่มาก โดยประเมินจากการตรวจสุขภาพประจำปี ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตรวจมะเร็งปากมดลูก การหลีกเลี่ยงจากการดื่มสารที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์และกาแฟอื่น แม้ว่าอัตราการมีพฤติกรรมดังกล่าวไม่สูงนัก แต่สตรีบางกลุ่มยังมีการแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพโดยการปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ และการหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ อันเป็นการแสดงถึงความรับผิดชอบต่อตนเองอีกด้วย

3.2. การออกกำลังกาย (physical activity) ปกติมนุษย์จะต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อการคงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อ และเป็นการบำรุงรักษาสุขภาพ (Potter &

Perry, 2001) โดยการออกกำลังกายครอบคลุมไปถึงพฤติกรรมการพักผ่อนและสันตนาการด้วย
 เบลท์เฟล (Health People 2000, 1991 cited by Pender, 1996) กล่าวว่า ในปี 2000 มีเป้าหมายว่า
 ร้อยละ 20 ของวัยผู้ใหญ่ และร้อยละ 70 ของวัยเด็ก จะต้องมีการออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้ง
 ต่อสัปดาห์ และใช้เวลามากกว่า 20 นาที และจำนวนไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 ของประชากรที่มีอายุ
 6 ปีหรือมากกว่า เพนเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่า การออกกำลังกายต้องกระทำอย่างเต็มที่ที่ใช้
 พลังงานอย่างน้อย 400 แคลอรี อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ที่ 120-150 ครั้งต่อนาที เป็นเวลา 20-30
 นาที มีการเคลื่อนไหวเป็นจังหวะสลับกันระหว่างการหดตัวและคลายตัวของกล้ามเนื้อ การออก
 กายที่ จะเป็นการเพิ่มความทนทานของปอดและหัวใจ จะต้องมีการออกกำลังกายอย่างน้อย
 30 นาที (Krummel et al., 2001) เอจ และ มิลเลอร์ (Edge & Miller, 1994 อ้างตาม วาริณี, 2541;
 Pender, 1996) ได้ให้ข้อคิดเห็นว่า การออกกำลังกายจะต้องดูตามความเหมาะสมกับอายุ ภาวะของ
 สุขภาพ วิถีชีวิต พันธุกรรม โครงสร้างของร่างกาย ความชอบของกิจกรรมที่ต้องรับผิดชอบใน
 แต่ละวันและกิจกรรมสันตนาการของแต่ละบุคคลด้วย เพื่อเป็นการเพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย
 และเพิ่มความแข็งแรงของกระดูก ส่วนระยะของการออกกำลังกายแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (Pender,
 1996) ดังนี้

3.2.1 ระยะอบอุ่นร่างกาย (warming up) เป็นระยะของการเตรียมพร้อมของร่างกายก่อนที่
 จะมีการออกกำลังกายจริง ๆ หรือเต็มที่ ซึ่งจะช่วยให้ประสิทธิภาพของการออกกำลังกายจริง ๆ มี
 ประสิทธิภาพสูงขึ้น ทำให้การประสานงานของกล้ามเนื้อมีการหดตัวได้ดีขึ้น การเคลื่อนไหวของ
 ข้อต่าง ๆ คล่องแคล่วขึ้น เพิ่มอุณหภูมิของร่างกายและอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มการไหลเวียน
 ของเลือดและออกซิเจนไปยังกล้ามเนื้อมากขึ้น ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 7-10 นาที

3.2.2 ระยะออกกำลังกาย (endurance exercise) เป็นช่วงที่มีการออกกำลังกายจริงหรือ
 เต็มที่หลังจากที่มีการอบอุ่นร่างกายแล้ว เป็นการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ
 ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 15-60 นาที แต่ความสามารถที่จะออกกำลังกายได้นานเท่าใดนั้นจะขึ้นอยู่กับ
 แต่ละบุคคลหรือภาวะสุขภาพของร่างกาย ระยะนี้หัวใจจะเต้นแรงสูงสุดในช่วง 20-30 นาทีแรก
 ของการออกกำลังกาย

3.2.3 ระยะผ่อนคลาวยร่างกาย (cooling down) ช่วงนี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 5-10 นาที
 หลังจากที่มีการออกกำลังกายอย่างเต็มที่แล้ว เป็นการออกกำลังกายเบา ๆ และช้าลงเรื่อย ๆ เช่น การ
 เดินหรือการวิ่งเหยาะ ๆ ช้า ๆ ทำให้ความตึงตัวและความเครียดของร่างกายกลับคืนสู่ภาวะปกติ
 ระยะนี้อัตราการเต้นของหัวใจจะลดลงต่ำกว่า 100 ครั้งต่อนาที

พยาบาลถือว่าเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีการะงานและความรับผิดชอบที่ค่อนข้างสูงโดยเฉพาะ
 พยาบาลวิชาชีพ ไม่ว่าจะเป็นการะงานประจำที่ต้องทำนอกบ้านและการะงานในบ้านที่ต้องมีความ

รับผิดชอบ (Hattar-Pollara, Meleis & Nagib, 2000) ทำให้ขาดการออกกำลังกายที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ จากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพแอฟริกันและอเมริกัน จำนวน 49 ราย พบว่า ระดับของการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่มีเปอร์เซ็นต์ต่ำที่สุดคือ การออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร (Guidry & Wilson, 1999) ส่วนการศึกษาของจิตอาารี (2543) ที่ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายและพฤติกรรมการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลสตรีที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลน่าน จำนวน 331 ราย พบว่า พยาบาลสตรีโรงพยาบาลน่านมีการออกกำลังกาย ร้อยละ 82.78 แต่เป็นการออกกำลังกายที่ถูกต้องมีเพียง ร้อยละ 2.72 และสอดคล้องกับการศึกษาของปริญญา (2544) ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายของอาจารย์สตรีมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง 290 ราย พบว่า อาจารย์สตรีในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร้อยละ 83.45 มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย แต่มีเพียงร้อยละ 4.55 ที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพ และร้อยละ 95.45 ยังมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่มีประสิทธิภาพตามหลักการออกกำลังกาย ในเรื่องระยะอบอุ่นร่างกาย ความถี่ ระยะผ่อนคลาสร่างกาย ความแรงและความนานตามลำดับ ส่วนการศึกษาของเบญจมาศ (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างประชาชนวัยกลางคน จำนวน 381 ราย พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ คือ ด้านการออกกำลังกายและการใช้ระบบบริการสาธารณสุข ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาดูการบริหารจัดการด้านเวลาที่ตี

จะเห็นว่างานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของพยาบาลสตรีและสตรีอยู่ในระดับที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับกลุ่มประชากรที่ศึกษา แต่ปัญหาที่พบเหมือนกันเกี่ยวกับการออกกำลังกาย คือ การขาดการออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพและถูกต้องเกี่ยวกับระยะต่าง ๆ ในการออกกำลังกาย ความแรงและความนาน รวมทั้งการบริหารจัดการที่ดี อันจะนำไปสู่การออกกำลังกายที่เป็นพื้นฐานสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ (Meisler, 2001)

3.3. โภชนาการ (nutrition) พยาบาลสตรีควรรับประทานอาหารที่ให้พลังงานครบถ้วนและเพียงพอกับความต้องการพลังงานในแต่ละวัน การเลือกบริโภคอาหารที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพและความผาสุก เช่น การเลือก รับประทานอาหารโดยใช้หลักปิรามิดแนะแนวอาหาร (The Food Guide Pyramid) (Meisler, 2001; Pender, 1996) ทั้งนี้เพื่อให้ได้รับสารอาหารและพลังงานที่ครบถ้วนกับความต้องการของร่างกาย เพนเดอร์ (Pender, 1996) แนะนำว่า การรับประทานอาหารตามความต้องการพลังงานในแต่ละวันประกอบด้วย ไขมันร้อยละ 30 คาร์โบไฮเดรตร้อยละ 50-60 และโปรตีนร้อยละ 10-20 นอกจากนี้ควรรับประทานโคเลสเตอรอล

ไม่เกิน 300 มิลลิกรัม และควรควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ ตามสัดส่วนความสูงของร่างกาย โดยปกติแล้วสตรีวัยนี้มีความต้องการพลังงานประมาณ 1,600 - 2,400 กิโลแคลอรีต่อวัน (Pender, 1996; Potter & Perry, 2001) เนื่องจากอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่หรือวัยทำงาน ซึ่งร่างกายมีการลดการเสริมสร้างเซลล์เพื่อการเจริญเติบโต แต่จะมีการสร้างเซลล์เพื่อการซ่อมแซมร่างกายในส่วนที่สึกหรอและเสริมสร้างสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในขณะที่เดียวกันการทำงานของเซลล์จะเริ่มเสื่อมลงเรื่อย ๆ ตามอายุที่มากขึ้น หากช่วงนี้มีภาวะโภชนาการไม่ดีอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายได้ (วาสนา, 2544) แนวทางในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของชาวอเมริกัน คือ การรับประทานอาหารให้ครบถ้วนตามคุณค่าอาหารทางโภชนาการ มีการควบคุมน้ำหนัก เลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำหรือไขมันอิ่มตัว โคลเลสเตอรอลร้อยละ 30 หรือพลังงานจากไขมันอิ่มตัวน้อยกว่าร้อยละ 10 เลือกรับประทานอาหารจำพวกผักและผลไม้ในแต่ละวันควรรับประทานผัก 3 มื้อหรือมากกว่า รับประทานผลไม้ 2 มื้อหรือมากกว่า ใช้น้ำตาลเพียงเล็กน้อยในแต่ละวัน หลีกเลี่ยงอาหารที่มีความหวานจัด ใช้เกลือหรือโซเดียมเพียงเล็กน้อย ไม่รับประทานอาหารรสเค็มจัด โดยรับประทานเกลือน้อยกว่า 3-8 มิลลิกรัมต่อวัน (Pender, 1996: 211)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของพยาบาลมีค่อนข้างน้อย จากรายงานการศึกษาของวนลดา (2539) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอจังหวัดปทุมธานี จำนวน 420 ราย พบว่า คณงานสตรีมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้ ปัญหาทางด้านโภชนาการของสตรีส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงไม่ดี ทั้งนี้เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องตามสัดส่วน หรือความต้องการของร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาการบริโภคอาหารของหญิงชนบทชาวอเมริกันแอฟริกัน ที่พบว่า คะแนนด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ (Frank, Stephens & Lee, 1998) ส่วนการศึกษาของกนกพร (2539) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นตอนปลายจำนวน 384 ราย ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงด้านการดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีนและการรับประทานอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูงอยู่ในระดับปานกลาง อันอาจมีผลเนื่องมาจากการผันแปรทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้การดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป

จะเห็นว่า การบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีความสัมพันธ์กับสภาพแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน การเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม เช่น ความเร่งรีบในการทำงาน ลักษณะงานที่ทำ ลักษณะการบริโภคนิสัยทางสังคม (Finn, 2001) ที่เน้นความรวดเร็วหรือความ

คล่องตัวในการรับประทานอาหาร เช่น อาหารฟาสต์ฟู้ด (fast food) ที่มีปริมาณไขมันที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย และไม่เหมาะสมกับสภาพทางภูมิอากาศของประเทศไทย

3.4. การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) การที่บุคคลจะได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่นได้นั้น จะต้องมีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อที่จะให้ได้รับการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยปกติบุคคลจะใช้แหล่งประโยชน์จากตนเองก่อน หากบุคคลไม่สามารถแก้ปัญหาได้ จะหาแหล่งสนับสนุนหรือแหล่งประโยชน์ภายนอก เช่น ครอบครัว กลุ่มทางสังคมหรือหน่วยงานเพื่อการแก้ปัญหาของตนเองต่อไป (Pender, 1996) การพัฒนาระบบสนับสนุนสำหรับวัยผู้ใหญ่ทั่วไปมีความสำคัญและสามารถทำได้โดยการสร้างความแข็งแกร่งของสัมพันธภาพที่มีอยู่เดิม สร้างความพึงพอใจทั้งบุคคล ครอบครัวและสังคม ป้องกันความไม่สมดุลอันที่จะก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

งานวิจัยเกี่ยวกับการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีหลายงานวิจัยที่พบว่า การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ดังเช่นการศึกษาของพิเชษฐ (2539) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 ราย พบว่า การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของเพชร (2537) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัด เขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 595 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Boland, 2000) ส่วนการศึกษาเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานโรงงาน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 859 ราย พบว่า ผู้หญิงที่มีแหล่งของเครือข่ายทางสังคมและมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานในระดับสูง และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย การรับประทานผักผลไม้ และการตรวจหามะเร็งปากมดลูก (Kelsey, Campbell, Tessaro, Benedict, Belton, Fernandez, Henriquez-Roland & DeVellis, 2000) ส่วนการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีประเทศจอร์แดน จำนวน 512 ราย พบว่า หญิงประเทศจอร์แดนมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นในระดับที่สูง โดยจะมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนและเพื่อนบ้าน อันจะส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรี โดยสตรีเหล่านี้จะมีการทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การออกกำลังกาย แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับแบบแผนทางด้านวัฒนธรรมและค่านิยมของแต่ละสังคม (Al Ma' aith, Haddad & Umlauf, 1999) ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของไนส์ วอลล์แมนและคูก (Nies, Vollman & Cook, 1998) ส่วนการศึกษาการดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพของสตรีที่ทำงานในแมกซิโกและอเมริกา จำนวน 119 ราย โดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเป็นกรอบแนวคิด พบว่า ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างมีอิทธิพลต่อการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อันจะนำไปสู่การมีบทบาททางสังคมและอาชีพ นำไปสู่การมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับบุคคลอื่น ๆ เช่น การทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นในแต่ละอาชีพ การพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ (Kerr, Lusk & Ronis, 2002) เป็นต้น แต่การศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลในฮ่องกง พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่นดี (Hui, 2002) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีการปลูกฝังเกี่ยวกับการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น โดยเฉพาะผู้รับบริการและบุคลากรทีมสุขภาพ เนื่องจากวิชาชีพนี้จะต้องมีการพูดคุยสื่อสารกับบุคคลอื่นตลอดเวลา จึงทำให้พฤติกรรมด้านนี้มีมากขึ้น

จะเห็นได้ว่า การที่บุคคลมีสัมพันธภาพและได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่นจะเป็นสิ่งหนึ่งที่จะนำไปสู่การชักจูงหรือสนับสนุนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้

3.5. การเจริญทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) จิตวิญญาณของบุคคล หมายถึง การที่บุคคลค้นหาความหมายของชีวิต รวมทั้งการตอบสนองของบุคคลในหลาย ๆ ด้านด้วยกัน ดังเช่น ความต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต (need for meaning and purpose in life) พฤติกรรมที่เหมาะสมที่จะแสดงออก คือ การดำเนินชีวิตโดยยึดถือค่านิยมของตนเอง แสดงออกซึ่งความต้องการการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา ความต้องการความหวังและความสร้างสรรค์ (need for hope and creativity) เป็นการตั้งเป้าหมายในชีวิตที่พอเหมาะและเป็นไปได้ เช่น การตั้งเป้าหมายว่าจะต้องมีสุขภาพดีแข็งแรง มีหน้าที่การงานที่เจริญก้าวหน้าและมีความสุข ต้องการที่จะมีความหวังและสมหวังในสิ่งที่คาดคะเนไว้ เพื่อให้ตนเองมีความสุขและความปลอดภัยทั้งในภพนี้และภพหน้า (Highfield & Canson, 1983 อ้างตาม ทศนา, 2534; Pender, 1996; Potter & Perry, 2001; Sherwood, 2000) รวมทั้งความเชื่อ ความศรัทธา การบรรลุลความปรารถนา ความไว้วางใจ (Pender, 1996; Sherwood, 2000) ความต้องการได้รับความรัก (need to receive love) และการให้อภัย คือ การได้รับความรักความเมตตา และการให้อภัยจากบุคคลที่ตนรัก เคารพคนอื่น ๆ รวมทั้งการยอมรับในตนเองและพระผู้เป็นเจ้า ความต้องการที่จะแสดงความรักต่อผู้อื่น (need to give love) เป็นการแสดงความรักต่อผู้อื่น โดยการกระทำการแสวงหาส่วนที่ดีของบุคคลอื่น (Highfield & Canson, 1983 อ้างตาม ทศนา, 2534; Sherwood, 2000) เป็นต้น การเจริญทางด้านจิตวิญญาณนั้น บุคคลต้องมีความสมบูรณ์พร้อมของร่างกาย จิตใจ และบุคคลสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ภาวะที่สมบูรณ์พร้อมนี้ บุคคลจะรู้สึกมีความสุขในการดำเนินชีวิตอยู่ตลอดเวลา (ทศนา, 2534)

จากการค้นคว้าพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณของเพนเดอร์ เคยใช้คำว่า ความสำเร็จในชีวิตแห่งตน (self-actualization) (Walker, Sechrist & Pender, 1987; Pender, 1988; วาสนา, 2544) ซึ่งตรงกับความต้องการขั้นพื้นฐานของมาสโลว์ (Maslow) ซึ่งเป็นความต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์ (ศิริวรรณ, 2541) ความสำเร็จในชีวิตแห่งตนหรือการเจริญทางจิตวิญญาณจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลบรรลุหรือได้รับการตอบสนองความต้องการของตนเอง อันจะนำไปสู่ความสำเร็จในชีวิตแห่งตน (self actualization need) ลักษณะหรือสิ่งบ่งชี้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของบุคคล (characteristic indicative of spiritual well-being) (Craven, 1997) อย่างตาม เกศรินทร์, 2544) เช่น ความรู้สึกสงบภายในจิตใจ ความเมตตากรุณาต่อผู้อื่น นับถือตนเอง ความกตัญญู ความพอใจในความเป็นเอกภาพและความแตกต่าง มีอารมณ์ขัน ฉลาดใจดี เข้าใจตนเอง และสามารถมีความรักอย่างไม่มีเงื่อนไข พอตเตอร์และเพอร์รี่ (Potter & Perry, 1993) อย่างตาม วาริณี, 2541) กล่าวว่า บุคคลที่จะบรรลุความสำเร็จในชีวิตแห่งตนได้ต้องมีลักษณะคือ สามารถแก้ไขปัญหาของตนเอง และช่วยเหลือผู้อื่นในการแก้ปัญหาได้ กำหนดปัญหาและความคาดหวังความสำเร็จของตนเอง ยอมรับข้อเสนอแนะจากบุคคลอื่น มีความสนใจอย่างกว้างขวางในงานและความเป็นไปในสังคม มีทักษะในการสื่อสารที่ดี จัดการกับความเครียดและช่วยเหลือบุคคลอื่นในการจัดการกับความเครียดได้ มีความร่าเริงแจ่มใส เชื่อมมั่นในความสามารถและการตัดสินใจของตนเอง

สำหรับในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับภาวะจิตวิญญาณของพยาบาล พบเพียงการศึกษาของเสาวลักษณ์ (2545) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสพการณ์ของพยาบาลในการตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤติ ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจำนวน 10 ราย พบว่า พยาบาลมีความรู้สึกของตนเองต่อการตอบสนองหรือการให้การพยาบาลทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยวิกฤติ คือ รู้สึกดีที่ได้ช่วย มีความสุขในการทำงาน เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีพลังและเกิดกำลังใจ จากการศึกษาดังกล่าวสรุปได้ว่า การเจริญทางจิตวิญญาณของพยาบาลได้แก่ การที่พยาบาลได้ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่น รู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเองที่เป็นผู้ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังต่อโรคและการมีชีวิตอยู่ เปรียบเสมือนกับเกิดความสำเร็จในการงานที่ได้ทำ รวมทั้งการมีความสุขจากการที่ได้ทำความดี ส่วนการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงประเทศจอร์แดน จำนวน 512 ราย พบว่า ความสำเร็จในชีวิตแห่งตนของสตรีจอร์แดนอยู่ในระดับที่สูง กล่าวคือ การที่สตรีได้เป็นผู้ให้มีส่วนช่วยให้ความรู้สึกถึงการมีความสำเร็จแห่งตนเพิ่มขึ้น เช่น การได้มีส่วนช่วยเหลือครอบครัวและสามี (Al Ma' aitah, Haddad & Umlauf, 1999) และ การศึกษาความต้องการพื้นฐาน และพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการส่งเสริมสุขภาพในผู้ใหญ่ อายุ 21-79 ปี จำนวน 84 ราย พบว่า ความต้องการความสำเร็จในชีวิตแห่งตนเป็นปัจจัยความต้องการพื้นฐานของวัยผู้ใหญ่ที่ดีที่สุด และเป็นตัวที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองในการ

ส่งเสริมสุขภาพที่ดีที่สุดตัวหนึ่ง อันจะนำไปสู่ความสามารถและทัศนคติที่ดีในการดูแลตนเองเพื่อ การส่งเสริมสุขภาพ (Acton & Malathum, 2000)

อาจกล่าวได้ว่า การเจริญทางจิตวิญญาณของพยาบาลวิชาชีพจะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลได้รับการตอบสนองด้านต่าง ๆ จนบรรลุเป้าหมาย ทั้งความหวัง ความต้องการในชีวิต รวมทั้งการที่บุคคลได้ให้หรือรับความรักจากบุคคลอื่น

3.6. การจัดการกับความเครียด (stress management) เป็นการจัดการกับปัญหาของบุคคลเพื่อ ทำให้เกิดความสมดุลของร่างกายและจิตใจเพื่อลดความตึงเครียด โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด อาจมาจากปัจจัยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม (Selye, 1977 cited by Pender, 1999) ความเครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลายประการ เช่น อัตราการหายใจและอัตราการ เต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หลอดเลือดขยาย ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น การเคลื่อนไหวของลำไส้เพิ่มขึ้น (Pender, 1996) สาเหตุแห่งความเครียดของสตรีมีสาเหตุเกิดขึ้นมากมาย (Imogie, 2000) โดยแหล่ง ที่ก่อให้เกิดความเครียดในสังคมสมัยใหม่คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การสื่อสาร และการ กระทำระหว่างบุคคล โดยเฉพาะสาเหตุของความเครียดของกลุ่มพยาบาลที่สำคัญได้แก่ ความเครียดอันเนื่องมาจากการทำงาน โดยเฉพาะงานทางด้านการให้การพยาบาล (ชฎาภา, 2543; สุธีราภรณ์ และวันดี, 2545) รวมทั้งการที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคที่มีความซับซ้อน มีขั้นตอนการดูแลที่ยุ่งยาก ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อความเป็นความตายสูง มีโอกาสเกิดภาวะวิกฤตและ ภาวะฉุกเฉินได้ตลอดเวลา (ชฎาภรณ์, 2543; ลัดดา, 2540; วาริณี, 2541; ศิริพร, 2543; Maurier & Northcott, 2000) ที่ต้องให้การพยาบาลด้วยความรีบเร่งทันทีทันใด และยังคงให้การพยาบาล ผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง (สุธีราภรณ์ และวันดี, 2545) ความเครียดมีผลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผลผลิตจากการทำงานลดลง ทำงานผิดพลาดมากขึ้น ความดันโลหิตสูง ซิฟเจอร์เดินเร็ว หงุดหงิด ซึมเศร้า จะเห็นได้จากการศึกษาของมนภรณ์ (2537) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ กับความเครียดในบทบาทของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร จากกลุ่มตัวอย่าง 308 คน พบว่า ความเครียดของพยาบาลประจำการอยู่ในระดับ ปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของสินีนานู (2538) ศึกษาภาวะเครียดและปัจจัยจากลักษณะงานที่ ทำให้เกิดความเครียดของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิคและเจ้าหน้าที่ พยาบาลทุกคนที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 132 ราย พบว่า พยาบาล ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในหอผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีภาวะเครียดในระดับปานกลาง ปัจจัยจากลักษณะงานที่ ทำให้เกิดความเครียดสูงที่สุดคือ งานด้านการให้การพยาบาล ด้านโครงสร้างของสถาบันและการ บริหารองค์การ ด้านบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และด้านปัจจัยส่วนบุคคล ตามลำดับ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร (2543) ที่ศึกษาความเครียดในงานของพยาบาลประจำการ

และรูปแบบการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย 83 ราย และพยาบาลประจำการ 330 ราย พบว่า ความเครียดในงานของ พยาบาลประจำการอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในงานระดับมากคือ การมีหน้าที่รับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายจำนวนมาก ลักษณะงานที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิกฤตหรือ ภาวะฉุกเฉินทำให้ต้องทำงานหนักเกินกำลังในบางช่วงเวลา ความรู้สึกไม่มั่นคงในงานจากการ ปรับเปลี่ยนไปสู่การเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ และการต้องระมัดระวังไม่ให้เกิดข้อผิดพลาด ในการให้บริการที่อาจทำให้เกิดการเรียกร้องค่าเสียหายได้

เพนเดอร์ (Pender, 1996: 239) ได้เสนอวิธีการจัดการกับความเครียดของบุคคลไว้ ดังนี้

3.6.1 การลดความถี่หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (minimizing the frequency of stress-induction situation) เช่น การเปลี่ยนสภาพแวดล้อมหรือหลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงที่มาก เกินไป การหยุดสิ่งที่เกิดขึ้นและการบริหารจัดการกับเวลา หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการจัดการโดย ใช้อารมณ์ในการแก้ปัญหา (emotion- focused strategies) เป็นการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึก ของบุคคลเพื่อให้มีการแก้ไขปัญหาคืออย่างมีประสิทธิภาพ (Menaghan, 1983 cited by Thoits, 1995)

3.6.2 เพิ่มความต้านทานของร่างกาย (increasing resistance to stress) เช่น การเพิ่มคุณค่า ในตนเอง เพิ่มการรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง เพิ่มความกล้าในการแสดงออก พัฒนาวิธีการ ในการแก้ปัญหาและสร้างแหล่งประโยชน์ในการแก้ปัญหา หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการแก้ปัญหา แบบการมุ่งที่จะแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น (problem-focused strategies) เป็นการเผชิญกับความเครียดโดย การปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น รวมทั้งแสวงหาแหล่งเพื่อจัดการกับแหล่งของ ความเครียดที่เป็นต้นเหตุ หรือจัดการกับตนเองโดยพยายามที่จะมุ่งในการแก้ไขปัญหานั้น (Menaghan, 1983 cited by Thoits, 1995)

3.6.3 สร้างเงื่อนไขในการหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าทางด้านร่างกายที่เกิดจากความเครียด (counter conditioning to avoid physiology arousal resulting from stress) ได้แก่ การฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เทคนิคการเสริมแรงทางบวก อันได้แก่ การแปร ความเครียดให้เป็นพลัง การให้รางวัลกับชีวิต เช่น การเสริมแรงด้วยสิ่งของและการเสริมแรงด้วย กิจกรรม การปรึกษาเพื่อนที่รู้ใจ การบำบัดด้วยกลิ่น วารีบำบัด อาหารคลายเครียด (ชฎาภา, 2543) ใช้หลักธรรมชาติช่วยคลายเครียด (Al Ma' aita'h, Haddad & Umlauf, 1999) เป็นต้น

จากงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ 563 ราย พบว่า พยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน ร้อยละ 90 มีพฤติกรรมในการจัดการกับความเครียด โดย ร้อยละ 25 มีการปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 24 หาวิธีควบคุม/บรรเทาอาการทางกายที่เกิดจาก ความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ เป็นประจำ ส่วนวิธีการที่ใช้ในการผ่อนคลายความเครียดมากที่สุด

ตามลำดับคือ การทำสมาธิ การหายใจเข้าออกลึก ๆ ทำกิจกรรมสันตนาการ การพูดคุยกับบุคคล ใกล้ชิด การใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ รวมทั้งการยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นและการปล่อยวาง (วาริณี, 2541) ส่วนการศึกษาการจัดการกับความเครียดของสตรีที่อภิรยา (2540) ได้ศึกษาปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย พบว่า วิธีการในการขจัดความเครียดโดยใช้วิธีการผ่อนคลายและการทำสมาธิ โดยมีการปฏิบัติเป็น บางครั้งหรือไม่เคยปฏิบัติเลย ร้อยละ 59.4 ส่วนการฝึกจิตให้สงบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ ความสำคัญต่อการฝึกจิตให้สงบอยู่ในระดับที่น้อยที่สุดและค่อนข้างน้อย ร้อยละ 24.5 โดยให้ เหตุผลว่าไม่ทราบเกี่ยวกับประโยชน์ของวิธีการผ่อนคลาย การทำสมาธิและการฝึกจิตให้สงบว่ามี ผลในการผ่อนคลายและคลายความเครียดจากภารกิจในชีวิตประจำวันได้ และการศึกษาของวาสนา (2544) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงาน อุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับเหมาะสมคือ เมื่อเกิดความเครียดกลุ่มตัวอย่างมีการ จัดการกับความเครียดของตนเอง ส่วนมากใช้วิธีการเพิ่มความต้านทานของร่างกาย ได้แก่ การ พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ (Imogie, 2000) นึกถึงแต่สิ่งดีงามก่อนนอนเป็นประจำ ยอมรับสิ่ง ต่าง ๆ ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ การศึกษาของสตุติ (2541) พบว่า พฤติกรรมจัดการกับ ความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ได้แก่ ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ เล่นกีฬา เล่นดนตรี อ่านหนังสือการ์ตูน ส่วนการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้หญิงมีความเครียดในระดับที่สูง และมี การจัดการกับความเครียดของตนเองในระดับที่ต่ำ (Kenny, 2000; Kenny & Bhattacharjee, 2000) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสตรีเหล่านี้ไม่ทราบวิธีการในการจัดการกับความเครียดของตนเอง

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาร้อยละใหญ่มีระดับ ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และต่างก็มีวิธีการในการจัดการกับความเครียดที่แตกต่างกันไป เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกจิตให้สงบ การทำสมาธิ นึกถึงสิ่งที่ดีก่อนนอน เพิ่มความ ต้านทานของร่างกาย รวมทั้งการยอมรับในเหตุการณ์หรือความเครียดที่เกิดขึ้นอันไม่สามารถ เปลี่ยนแปลงได้ แต่ก็ยังมีกลุ่มตัวอย่างบางกลุ่มที่พบว่า ไม่มีวิธีการในการจัดการกับความเครียด อันเนื่องมาจาก การไม่ทราบประโยชน์และวิธีการปฏิบัติที่จะทำให้ลดความเครียดลงได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่ ทำการศึกษายังมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องในบางเรื่อง เช่น พฤติกรรมการ ออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมจัดการกับความเครียด อันจะ นำไปสู่ปัญหาด้านสุขภาพตามมา

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสตรี

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) มีด้วยกัน 3 ปัจจัย ได้แก่ คุณลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล การรับรู้และทัศนคติที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมและผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาเฉพาะปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสตรี นั่นคือ การรับรู้และทัศนคติที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีที่สุด (เบญจมาศ, 2541) อันได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลของการส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลด้านสถานการณ์ของการส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคล โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การเชื่อมั่นที่จำเพาะเจาะจงของบุคคลเกี่ยวกับผลดีหรือผลบวกของการปฏิบัติ บุคคลก็จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การปฏิบัติของบุคคลบางครั้งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล การปฏิบัติพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในอดีตถ้าหากบุคคลมีความสำเร็จจากการกระทำนั้น หรือบุคคลมีการเรียนรู้พฤติกรรมนั้นจากบุคคลอื่นแล้วเกิดประโยชน์ในการกระทำ ก็จะทำให้บุคคลนั้นปฏิบัติพฤติกรรมที่เกิดผลลัพธ์ในทางบวกกับตนเอง ซึ่งเป็นผลของการนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการกระทำอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดความมั่นคงและส่งเสริมให้บุคคลเชื่อในประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น (อภิรยา, 2540) เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำของบุคคลนั้นเกิดจาก การรับรู้ทางด้านสติปัญญาหรือตามความรู้สึกนึกคิดของบุคคล เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น หากบุคคลรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง ก็จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นสูงด้วย ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมี 2 ชนิด ได้แก่ ประโยชน์ภายใน (intrinsic benefits) อันได้แก่ การเพิ่มความระมัดระวัง การลดความรู้สึกต่าง ๆ เกิดความเพลิดเพลิน เป็นการเพิ่มความพึงพอใจและความมีคุณค่าในตนเอง และประโยชน์ภายนอก (extrinsic benefits) เช่น การให้รางวัลหรือการได้รับคำยกย่องชมเชยจากบุคคลอื่น (Pender, 1996)

ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมีมากมายต่อพยาบาลวิชาชีพสตรี เช่น การรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง ลดอัตราการเกิดโรคอันเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง ประโยชน์ของการออกกำลังกาย เช่น ลดความเครียด ก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน มองโลกในแง่ดี มีสุขภาพจิตดี (Nies, Vollman & Cook,

1998) เพิ่มการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี และเพิ่มการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่นมากขึ้น (Boland, 2000; Kelsey et al., 2000; Misener, Phillips & McGraw, 2000) เป็นต้น

จากการศึกษางานวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของวาริณี (2541) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 563 ราย พบว่า ร้อยละ 82.6 รับรู้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีประโยชน์สูงมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่ในการให้ความรู้และปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับบุคคลอื่น จึงเห็นผลด้านบวกที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การศึกษาของชนิตา (2543) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคระดูกพรุนในพยาบาลสตรี อายุ 30-50 ปี จำนวน 230 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคระดูกพรุนอยู่ในระดับปานกลาง ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะเป็นพยาบาลที่เป็นปัจจัยหนึ่งในการสนับสนุนให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพก็ตาม แต่เนื่องจากคนไม่ได้ป่วยเป็นโรคนี้อัน และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคระดูกพรุนมาก่อน และไม่มีโรคประจำตัวหรือภาวะหมดประจำเดือนซึ่งทำให้มีภาวะเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคนี้อัน ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สามารถกระตุ้นบุคคลได้มากพอที่จะทำให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคระดูกพรุนได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของนุปลา (2544) ที่พบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคระดูกพรุนในระดับสูง ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสาร มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้กับบุคคลอื่น ประกอบกับความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และข้อมูลในเชิงธุรกิจโฆษณาสินค้าผลิตภัณฑ์อาหารและยา จึงทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคระดูกพรุนมากขึ้น

ส่วนการศึกษาของสุกัญญา (2539) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี จำนวน 390 ราย พบว่า ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ อันได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของจุรีรัตน์ (2539) นุระพี (2539) และวาสนา (2544) ที่พบว่าประโยชน์ในการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพสามารถป้องกันโรค และมีความสามารถในการทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ (Lopze-Azpiazu et al., 1999; Wu, Pender & Yang, 2002) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาทัศนคติ ความรู้และพฤติกรรมในการตรวจหามะเร็งเต้านมของหญิงที่มีประวัติครอบครัวว่าเป็นและไม่มีเป็นมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 51 ราย แยกเป็นกลุ่มที่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม 25 ราย และไม่มีเป็น

มะเร็งเต้านมจำนวน 26 ราย พบว่า หญิงที่มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม มีความถี่ของการตรวจเต้านมมากกว่าหญิงที่ครอบครัวไม่มีประวัติเป็นมะเร็งเต้านม ทั้งนี้เนื่องมาจากการที่บุคคลทราบว่าตนเองเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ย่อมรับรู้ว่าการตรวจเต้านมบ่อยครั้งเป็นประโยชน์ต่อตนเองในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้ (Hailey, Carter & Burnett, 2000) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของประภาพร (2539) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างไรก็ตามในการศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 ราย พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (วัลลดา, 2541) เช่นเดียวกับการศึกษาของสุรศักดิ์ (2541) ที่ศึกษาการประยุกต์แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพอสรุปได้ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลนั้น จะเกิดขึ้นเมื่อการส่งเสริมสุขภาพนั้นสามารถป้องกันการเกิดโรคที่จะตามมาได้ เช่น การตรวจเต้านม การตรวจหามะเร็งปากมดลูก การตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น เพราะการตรวจเหล่านี้จะนำไปสู่การวิเคราะห์หรือค้นหาโรคที่จะเกิดขึ้น แต่การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอื่น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์และเหมาะสม จะทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้้น้อย เนื่องจากพฤติกรรมเหล่านี้เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระยะยาว เห็นผลจากการปฏิบัติช้า อีกทั้งการที่บุคคลรู้ว่าตนเองยังไม่เกิด หรือไม่มีภาวะเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคนั้น ๆ ทำให้บุคคลไม่รับรู้ประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ และไม่เห็นความสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามมา

4.2 การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ คือ การที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางต่อการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคล โดยการรับรู้สิ่งขัดขวางที่เกิดขึ้นอาจจะเป็นการคาดคะเนคิดว่าจะเกิดหรือความจริงที่อาจเกิดขึ้นเองก็ได้ เช่น การรับรู้ถึงความไม่สะดวกหรือไม่สามารถจัดหาบริการได้ มีค่าใช้จ่ายสูง รู้สึกถึงการเกิดความยากลำบาก การไม่มีเวลาเสียเวลา การไม่มีโอกาสในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Fyler et al., 1997; Nies, Vollman & Cook, 1998; Pender, 1996) รวมทั้งการขาดความรู้ความเข้าใจ

ที่ถูกต้อง (Borrayo & Guarauaccia, 2000; Imogie, 2000) และนโยบายที่อาจขัดขวางต่อการกระทำ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Borrayo & Guarauaccia, 2000) เป็นต้น ฟอสเตอร์ (Foster, 1994) กล่าวถึงอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพของสตรี ได้แก่

- 4.2.1 ความยากในการเปลี่ยนทัศนคติของสังคมที่มีต่อสตรี
- 4.2.2 ความไม่ความสมดุลระหว่างการป้องกันและการรักษา
- 4.2.3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลสุขภาพไม่สอดคล้องและไม่ยอมรับที่จะให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ
- 4.2.4 ความยากในการปรับเปลี่ยนทัศนคติของแพทย์และทีมสุขภาพอื่นในการดูแลสุขภาพสตรี
- 4.2.5 ความไม่เพียงพอของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพศึกษา
- 4.2.6 บทบาทของผู้ให้การดูแลสุขภาพที่แคบหรือเน้นการรักษา มากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ
- 4.2.7. ความไม่เพียงพอของบุคลากรในการส่งเสริมสุขภาพสตรี

ดังนั้นสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีในทัศนคติของฟอสเตอร์ (Foster, 1994) คือ การขาดการสนับสนุนจากบุคคลหรือหน่วยงานอื่นหรือการปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพสตรีของทีมสุขภาพและของสตรีเอง จึงอาจกล่าวได้ว่า ถ้าหากอุปสรรคในการขัดขวางการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำ บุคคลก็จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าหากอุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง การกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพย่อมต่ำลง หรืออาจไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเลยก็ย่อมเป็นไปได้เช่นกัน ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ (Pender, 1996)

จากการศึกษาหลายรายงานพบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การศึกษาของจิตอาวี (2543) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายและพฤติกรรมออกกำลังกายของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลสตรีที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลนาน จำนวน 331 ราย พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา (2543) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัว และจัดได้ว่าเป็นกลุ่มสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมค่อนข้างมั่นคงเพราะมีอาชีพรับราชการ และมีรายได้ประจำจากการปฏิบัติงานพยาบาลในหน่วยงานของรัฐ ประกอบกับอยู่ในช่วงอายุที่ปฏิบัติงานด้านการให้บริการเป็นส่วนใหญ่ แม้ว่าการทำงานจะต้องมีการหมุนเวียนขึ้นปฏิบัติงานเวรเช้า เวรบ่าย และเวรคืนก็ตาม แต่ก็มีกำหนดตารางการปฏิบัติงานไว้ล่วงหน้า (วาริณี, 2541) จึงไม่อาจเป็น

อุปสรรคสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่จะจัดสรรเวลาและค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง และถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีบทบาทหน้าที่หลายบทบาทก็ตาม ทั้งนี้ชนิตา (2543) ยังกล่าวอีกว่า การปฏิบัติหน้าที่หลากหลายเช่นนี้ จะช่วยให้เป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกายและจิตใจได้ และจากการศึกษาของจิตอารี (2543) ยังพบอีกว่า เมื่อพิจารณาการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายในรายด้าน ได้แก่ เวลาที่ใช้ในการออกกำลังกาย สภาพแวดล้อมในการออกกำลังกาย ความพร้อมของร่างกาย และการสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคม ทั้งหมดนี้อยู่ในระดับต่ำ โดยการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายของพยาบาลส่วนใหญ่ ได้แก่ ด้านเวลาและสภาพแวดล้อมในการออกกำลังกาย การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยเฉพาะด้านเวลาและความพร้อมของร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของปริญญา (2544) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย ของอาจารย์สตรีมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นอาจารย์สตรีจำนวน 290 ราย พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะเรื่องการใช้เวลาในการออกกำลังกาย การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคม และความพร้อมของร่างกาย

ส่วนการศึกษาของเบญจมาศ (2541) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 381 ราย พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นตัวที่สามารถทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด คือ ร้อยละ 42.5 ซึ่งการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มีความยุ่งยาก ไม่มีสถานที่ ไม่ทราบวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย ส่วนอุปสรรคของการตรวจสุขภาพประจำปีพบว่า ทำให้เสียเวลาในการทำงาน เป็นเรื่องยุ่งยากและเสียค่าใช้จ่ายสูง ส่วนการศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวชี้วัดและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิง พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการไปตรวจเต้านมของกลุ่มอายุและสัมพันธ์กับผู้หญิงคือ แพทย์ผู้ตรวจเป็นผู้ชาย (Stamler, Thomas & Lafreniere, 2000) เช่นเดียวกับการศึกษาผลกระทบต้ออายุและเชื้อชาติต่อการตรวจเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรม (mammogram) โดยกลุ่มตัวอย่างอายุ 50-85 ปี จำนวน 817 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่มีอายุน้อย ได้แก่ กลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี และกลุ่มที่มีอายุมาก ได้แก่ กลุ่มที่มีอายุมากกว่า 65 ปี พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจด้วยเครื่องแมมโมแกรมเป็นส่วนหนึ่งที่เป็นอุปสรรคในการตรวจหามะเร็งเต้านม และความเจ็บปวดเป็นอุปสรรคที่สำคัญที่สุดในการตรวจเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรมของกลุ่มที่มีอายุน้อย (Rawl, Champion & Menon, 2000) เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่มีผลกระทบต่อการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่พบว่า

อุปสรรคที่เป็นตัวขัดขวางในการตรวจหาเหตุเร่งด่วนคือ ความไม่สะดวกและความเจ็บปวดจากการตรวจ (Michielutte, Dignan, Sharp, Blinson & Wells, 1999)

และการศึกษาการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,009 ราย พบว่า ร้อยละ 29.7 อุปสรรคของการรับประทานอาหารเกิดจากชั่วโมงในการทำงานที่ไม่ปกติ และความไม่ตั้งใจในการรับประทานอาหาร ร้อยละ 21.3 พบว่าเกิดจากความไม่รับประทานของอาหาร (Lopez-Azpiszu et al., 1999) เช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคในการรับประทานอาหารของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 126 ราย พบว่าอุปสรรคในการรับประทานอาหารของพยาบาลวิชาชีพคือ ลักษณะการทำงานที่มีการทำงานเป็นเวรและช่วงระยะเวลาที่หยุดในการรับประทานอาหารที่ไม่เป็นเวลา และปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญต่อการรับประทานอาหารคือ การสนับสนุนทางสังคม ชนิดของอาหาร บุคคลและสิ่งแวดล้อม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของพยาบาลสตรีกลุ่มตัวอย่าง (Faugier, Lancaster, Pickles & Dobson, 2001; Story, Neumark-Sztainer & French, 2002) ส่วนการศึกษาอุปสรรคในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า อุปสรรคภายในได้แก่ การรับรู้ถึงความยากของสรีระรวมทั้งชนิดต่าง ๆ ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อุปสรรคภายนอกได้แก่ การกระทำของตนเองขาดแหล่งในการสนับสนุนจากบุคคลอื่น และอุปสรรคทางด้านโครงสร้างของร่างกาย (Lucas, Orshan & Cook, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของจอร์จัน (2539) นุชระพี (2539) ประสิทธิ์ (2541) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวัลลภา (2541) และสุรศักดิ์ (2541) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยเกี่ยวกับอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพมีมากมาย แต่ก็มีวิธีการในการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นได้โดยไฟเลตต์และคณะ (Fyler et al., 1997) กล่าวว่า สถานที่ทำงานเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งพยาบาลก็เป็นกลุ่มวิชาชีพหนึ่งที่จะต้องมีการทำงานหมุนเวียนเปลี่ยนเวรตลอด 24 ชั่วโมง อันเป็นอุปสรรคที่สำคัญยิ่งต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ไฟเลตต์และคณะ (Fyler et al., 1997) ยังได้เสนอ แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพในที่ทำงานคือ มีการจัดตารางในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโอกาส อำนวยความสะดวกเกี่ยวกับการจัดห้องอาบน้ำและห้องเก็บของในที่ทำงาน มีการหมุนเปลี่ยนการทำงาน โดยให้มีการทำงานที่อยู่กับโต๊ะน้อยลง บริหารจัดการเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการช่วยเหลือและกระตุ้นให้เกิดการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จัดโครงการส่งเสริมสุขภาพในที่ทำงานโดยมีบุคคลในสังคมให้การสนับสนุน มีการปรับปรุงและจัดการทำงานให้เหมาะสมกับสภาพการดำเนินชีวิตเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

สรุปได้ว่า จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย เป็นพฤติกรรมที่มีอุปสรรคในการขัดขวางให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด รองลงมาคือการรับประทานอาหาร การรับรู้ถึงอุปสรรคต่าง ๆ มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสตรี และสตรีในกลุ่มต่าง ๆ โดยอุปสรรคที่สำคัญที่ขัดขวางการกระทำ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ การไม่มีเวลาจากลักษณะของงาน การรู้สึกว่เสียเวลากับการกระทำ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความไม่สะดวกทั้งทางด้านร่างกายและสภาพแวดล้อม รวมทั้งการไม่ได้ รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด

4.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินใจของบุคคลที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ภายใต สถานการณ์ที่จำเพาะ ตามที่บุคคลคิดว่าระดับความสามารถของตนเองจะกระทำกิจกรรมนั้น เพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ หากบุคคลคิดว่าตนเองมีความสามารถในการ ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น โอกาสที่บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมนั้นให้สำเร็จก็จะมีสูงมากยิ่งขึ้น (Bandura, 1994; Bandura, 1997; Ramal, 2000; Wakui, 2002) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวแปรที่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุดตัวหนึ่ง (ทัศนีย์, 2544; พิเชฐ, 2539; สุกัญญา, 2539; Gillis, 1993; Kerr, Lusk & Ronis, 2002) ความตระหนักของบุคคลเกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนมี พื้นฐานมาจาก 4 องค์ประกอบ (Bandura, 1994; Bandura, 1997; Pender, 1996) คือ

4.3.1. ผลของการกระทำที่สำเร็จในอดีต (enactive mastery experience) การที่บุคคลจะ กระทำพฤติกรรมนั้น เกิดจากการกระทำที่เคยเกิดขึ้นในอดีตประสบความสำเร็จ ทำให้บุคคลเกิด ความรู้สึกถึงสมรรถนะของตนเองเพิ่มมากขึ้น ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลเกิดความล้มเหลวจาก การกระทำในอดีต ทำให้บุคคลรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเองลดลงด้วย อย่างไรก็ตามบุคคลสามารถ พัฒนาการรับรู้สมรรถนะของตนเองได้ โดยการส่งเสริมตนเองให้มีการฝึกทักษะอย่างเพียงพอเพื่อ นำไปสู่ความสำเร็จ ในขณะที่เดียวกันควรให้บุคคลรู้ว่าตนเองก็มีความสามารถในการกระทำ พฤติกรรมนั้นจนบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้เช่นกัน

4.3.2. การสังเกตจากประสบการณ์ ผลย้อนกลับและตัวแบบอื่น ๆ (vicarious experiences) เป็นการสังเกตการกระทำของบุคคลอื่นถึงผลของการกระทำในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกัน ถ้าหากประสบการณ์จากบุคคลอื่นนั้นประสบความสำเร็จ บุคคลจะนำประสบการณ์ นั้นมาคิดแปลงเพื่อเป็นแบบอย่างในการกระทำพฤติกรรมของตนเอง โดยที่บุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณเอง ก็สามารถกระทำพฤติกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายได้

4.3.3. การพูดชักชวน (verbal persuasion) เป็นการพูดชักชวนหรือแนะนำให้บุคคลสามารถ ปฏิบัติพฤติกรรม โดยการใช้คำพูดในลักษณะของการโน้มน้าว อธิบาย เกี่ยวเชิญ ชื่นชมหรือให้

กำลังใจบุคคลเพื่อให้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกถึงการถูกกระตุ้นสมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมนั้นอันจะนำไปสู่การกระทำที่สำเร็จ ต่อไป

4.3.4. สภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective states) หมายถึงสภาพร่างกายและอารมณ์ของบุคคลในขณะนั้น อันมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เช่น บุคคลที่มีร่างกายแข็งแรงจะมีการรับรู้ถึงสมรรถนะแห่งตนในระดับที่สูง ในขณะที่เดียวกันถ้าสภาพร่างกายของบุคคลนั้นอ่อนแอหรือมีการเจ็บป่วย จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเองลดลง ส่วนสภาวะทางด้านอารมณ์ก็มีผลต่อระดับสมรรถนะแห่งตนของบุคคลได้เช่นกัน เช่น ความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่มีผลทำให้การรับรู้สมรรถนะของตนเองลดลงทั้งสิ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีหลายงานวิจัยได้แก่ การศึกษาของวาริณี (2541) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลสตรีวัยหมดประจำเดือน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นส่วนกระตุ้นให้บุคคลตัดสินใจเลือกที่จะลงมือปฏิบัติ และกำหนดความพยายามหรือความจริงจังที่จะปฏิบัติในสิ่งที่เลือก สอดคล้องกับการศึกษาของปริศนา (2544) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของสตรีวัยหมดประจำเดือนอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป การตระหนักและยอมรับในความมีคุณค่าแห่งตนและการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะทั่วไปค่อนข้างดี สามารถรับรู้ข่าวสารได้ดี รวมทั้งมีประสบการณ์การดูแลตนเองและบุตรหลาน จึงเกิดการรับรู้หรือเชื่อมั่นว่าสามารถดูแลตนเองหรือมีสมรรถนะในการดูแลตนเองได้ดี ส่วนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน และด้านการใช้ระบบบริการสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างยังมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง จึงไม่เห็นความสำคัญและความจำเป็นของการออกกำลังกายและการใช้บริการสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของสุกัญญา (2539) ซึ่งพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานีส่วนใหญ่ร้อยละ 66 รับรู้สมรรถนะแห่งตนของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพ ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการให้บริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างดี และยังสอดคล้องกับการศึกษาของนุชระพี (2539) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูปฐมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา (2544) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 17.40 ส่วนการศึกษาของสุคติ (2541) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองจังหวัด

ขอนแก่น พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 52.13 สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา (2539) อาลี (Ali, 1999) คาโอและฮัง (Kao & Huang, 2000) เพนเดอร์ บาร์ วิลค์และมิทเชล (Pender, Bar, Wilk & Mitchell, 2002) และดัฟฟี (Duffy, 1997) นอกจากนี้ระดับการศึกษาเป็นตัวหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการมีสมรรถนะแห่งตน โดยการมีระดับการศึกษาสูงจะทำให้บุคคลรู้ถึงแหล่งในการหาข้อมูลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดีของบุคคลได้ (Kerr, Lusk & Ronis, 2002) แต่การศึกษาของวัลลดา (2541) และสุรศักดิ์ (2541) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าคุณมีสมรรถนะแห่งตนสูง ก็จะมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพที่อยู่ในระดับที่สูงตามไปด้วยเช่นกัน

4.4 อิทธิพลระหว่างบุคคลของการส่งเสริมสุขภาพ

เป็นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อหรือทัศนคติของบุคคลอื่น ซึ่งความเชื่อหรือทัศนคตินี้อาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงของบุคคลก็ได้ โดยแหล่งของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลเป็นอันดับแรกคือ ครอบครัว เช่น บิดา มารดา ญาติพี่น้องและผู้ให้บริการสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลประกอบด้วย บรรทัดฐาน (norm) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และตัวแบบ (modeling) โดยที่บรรทัดฐานทางสังคมจะเป็นตัวกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติของบุคคลที่อาจจะยอมรับหรือปฏิเสธการปฏิบัติก็ได้ การสนับสนุนทางสังคม จะเป็นแหล่งสนับสนุนจากบุคคลอย่างมากอันจะนำไปสู่พฤติกรรม ตัวแบบเป็นสิ่งที่แสดงออกถึงลักษณะนิสัยของบุคคลซึ่งเป็นส่วนประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเป็นกลยุทธ์สำคัญที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเรียนรู้ทางสังคม องค์ประกอบทั้ง 3 อย่างนี้ มีผลต่อการแสดงออกของกระบวนการระหว่างบุคคล อันเป็นสิ่งที่สนใจที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996) นอกจากนี้อิทธิพลระหว่างบุคคลยังมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันทางสังคมหรือแรงสนับสนุน โดยมีผลต่อการกระทำที่ได้มีการวางแผนไว้ อิทธิพลระหว่างบุคคลจะมีผลต่อแหล่งประโยชน์ในการเรียนรู้ของบุคคล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอิทธิพลระหว่างบุคคลจะเห็นได้จากการศึกษาของวาริณี (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดยุคประจำเดือนจำนวน 563 ราย พบว่า บุคคลใกล้ชิดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 62 มีการปฏิบัติตัวดี และร้อยละ 17 มีการปฏิบัติตัวดีมาก อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล ซึ่งสังคมพยาบาลจะมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มเนื่องจากการต้องมีการทำงานเป็นทีม ประกอบกับส่วนหนึ่งอาศัยอยู่หอพัก

พยายาม จึงมีโอกาสดำเนินการเปลี่ยนแปลงข้อมูลและสิ่งต่าง ๆ กันตลอดเวลา และรู้จักกันอย่างทั่วถึง ซึ่งรวมไปถึงสมาชิกในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดด้วย บุคคลใกล้ชิดของพยาบาลจึงมีความรู้หรือได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องการส่งเสริมสุขภาพดี นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีรายได้สูง มีบุตรจำนวนน้อย ความสามารถในการได้มาซึ่งแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ จึงดีไปด้วย

ส่วนการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนของปริศนา (2544) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของสตรีวัยหมดประจำเดือนโดยรวมอยู่ในระดับดีมากทั้ง 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรแรงงาน สิ่งของและเวลา การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการประเมินและด้านข้อมูลข่าวสาร ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวัฒนธรรมไทยยังคงมีสถาบันครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย สมาชิกในครอบครัวจะมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ในขณะเดียวกันถึงแม้จะเป็นครอบครัวเดี่ยว แต่ก็ยังมีสัมพันธ์ภาพหรือความผูกพันกับครอบครัวเดิมสูง มีการช่วยเหลือเกื้อกูลเป็นห่วงเป็นใยกันให้ความเห็นอกเห็นใจกัน จึงทำให้สตรีวัยหมดประจำเดือนรับรู้ว่าคุณเองได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาของวนลดา (2540) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากสามีและบิดามารดา จากเพื่อนร่วมงานและนายจ้าง และจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานสตรีโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดปทุมธานี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก พนักงานสตรีมักประสบปัญหาด้านสภาพการทำงานและความปลอดภัย ทั้งยังต้องรับภาระงานควบคู่ไปด้วย ทำให้ไม่มีเวลาพัฒนาศักยภาพของตนเองหรือพักผ่อนอย่างเพียงพอ อันเป็นเหตุให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของพนักงานได้ พนักงานสตรีจึงมีความต้องการการสนับสนุนจากสามีและบิดา/มารดา เพื่อนร่วมงาน นายจ้าง บุคลากรทางการแพทย์และบุคคลอื่น ๆ ในสังคมของตนเอง เพื่อช่วยให้สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมด้านต่างๆ ได้ดี เกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับของคนในสังคม ซึ่งจะทำให้มีชีวิตที่มีความสุขและมีความหมายมากขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของศุภวรินทร์ (2539) ที่พบว่า การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติและเพื่อนบ้าน จากบุคลากรทางการแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาความเสื่อมทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ประกอบกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องการการสนับสนุนต่อคู่สมรส บุคคลใกล้ชิด เช่น บุตรหลาน เพื่อนและบุคคลอื่น ๆ ในสังคมของตนเอง เพื่อให้ตนเองสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพที่ดี มีความมั่นคงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ส่วนการศึกษาของพิเชษฐ (2540) พบว่า การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครุมัธยมศึกษา ทั้งนี้

อาจเนื่องมาจาก ครัวมัธยมศึกษาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และโรงเรียนเป็นแหล่งบริการความรู้ของชุมชน มีการร่วมมือประสานงานกับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน จึงมีการถ่ายโอนข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกันระหว่างบุคคล อันอาจจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

สำหรับการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่ทำงานโรงงาน 160 ราย พบว่า เพศหญิงให้ความสำคัญต่อการตอบสนองทางด้านสุขภาพและการสนับสนุนระหว่างบุคคลมากกว่าเพศชาย โดยเชื่อว่าเป็นไปตามธรรมชาติของเพศหญิงที่จะเป็นผู้ดูแลสุขภาพในครอบครัว รวมทั้งมีการแสวงหาเพื่อน และการมีปฏิสัมพันธ์อันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี นอกจากนี้กลุ่มที่มีอายุระหว่าง 45-65 ปี มีคะแนนภาวะโภชนาการสูงกว่ากลุ่มที่มีอายุ 18-44 ปี ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มที่มีอายุมากจะมีแหล่งในการสนับสนุนเช่น ญาติ เพื่อน (Bagwell & Bush, 1999) และจากการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,557 ราย ได้ โดยที่การสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลเห็นความสำคัญและมีการปฏิบัติกรออกกำลังกายอย่างแท้จริง (Courneya, Plotnikoff, Hotz & Birkett, 2002) เช่นเดียวกับการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงโรงงานอุตสาหกรรม พบว่า หญิงโรงงานอุตสาหกรรมมีระดับการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับที่สูง โดยการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานผักและผลไม้ และการตรวจหามะเร็งปากมดลูก โดยกลุ่มที่ให้การสนับสนุนคือ เพื่อนร่วมงาน เพื่อนและญาติ ตามลำดับ โดยเพื่อนจะให้การสนับสนุนในเรื่องการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร (Kelsey et al., 2000) ส่วนการศึกษาตัวทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 59 คู่ พบว่า การสนับสนุนด้านสังคมเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายได้ ร้อยละ 31 (Padula, 1997)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวรวมทั้งบุคคลใกล้ชิด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเป็นบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ซึ่งจะเป็ตัวสนับสนุนให้บุคคลเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังที่เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดเป็นแหล่งสนับสนุนแหล่งแรกที่จะทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

4.5 อิทธิพลด้านสถานการณ์ของการส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า อิทธิพลด้านสถานการณ์เป็นการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ หรือสภาพการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล อันประกอบ

ไปด้วย การรับรู้ด้านทางเลือกที่มีอยู่ (perceptions of options available) ลักษณะความต้องการ (demand characteristics) และความสุนทรีย์ภาพหรือสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ (aesthetic features of the environment) เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

อิทธิพลด้านสถานการณ์อาจมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางตรง และทางอ้อม สถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมเป็นข้อกำหนดที่สำคัญต่อการปฏิบัติของบุคคล รวมทั้งความสะดวกสบายในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล อีกทั้งปริมาณทางเลือกและความยากง่ายที่จะใช้ทางเลือกนั้น ยิ่งทางเลือกมีมากเท่าไร ก็ยิ่งทำให้บุคคลมีโอกาเลือกกระทำพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้นเท่านั้น เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโคเลสเตอรอลต่ำ มีไขมันพอกดีและมีแคลอรีเหมาะสม มีแนวโน้มเกิดได้น้อยในบุคคลที่รับประทานอาหารนอกบ้านประจำ หรือในบุคคลที่ต้องออกงานสังคมบ่อยครั้ง ซึ่งบุคคลนั้นอาจต้องการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ด้วยการจำกัดด้วยเรื่องของสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมบังคับ จึงทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ตามที่ตั้งไว้ (Pender, 1996)

อิทธิพลด้านสถานการณ์ จะมีผลทั้งในด้านการส่งเสริมและขัดขวางให้เกิดพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำสิ่งต่าง ๆ อย่างเต็มความสามารถในสถานการณ์ที่บุคคลรู้ว่าเหมาะสมเข้ากันได้ปลอดภัยและมั่นใจมากกว่าสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสม ไม่เข้ากัน ไม่ปลอดภัยและไม่มั่นใจ สภาพแวดล้อมเป็นตัวหนึ่งที่ชักชวน และทำให้เกิดผลประ โยชน์ที่พึงประสงค์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996)

จากการศึกษาของวาริณี (2541) ถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน จำนวน 563 ราย พบว่า ปัจจัยด้านสถานการณ์ อันได้แก่ สภาพการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 เห็นว่า มีสิ่งแวดล้อมดีและดีมาก ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ตั้งอยู่ในตัวเมือง ซึ่งมีสวัสดิการด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ ดี นอกจากนี้เขตเมืองยังมีความเจริญด้านสังคมและการคมนาคมสะดวก มักจะมีแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เช่น สถานที่ออกกำลังกาย สถานที่พักผ่อนหย่อนใจและสถานที่จำหน่ายสินค้ามากมาย กลุ่มตัวอย่างจึงรับรู้ว่ สิ่งแวดล้อมมีสภาพที่เอื้ออำนวยต่อการส่งเสริมสุขภาพดี

การศึกษาของเบญจมาศ (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคน ในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จำนวน 381 ราย พบว่า สถานการณ์และสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า ประชาชนวัยกลางคนมี

ปัจจัยด้านสถานการณืสูง จึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น เนื่องมาจาก ประชาชนวัยกลางคนกลุ่มนี้มีความสามารถที่จะเดินทางไปตลาด สนามกีฬา โรงพยาบาล สถานที่ที่พักผ่อนหย่อนใจได้สะดวก ตลอดจนมีโอกาสที่จะเดินทางไปพบญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้านให้การยอมรับนับถือ มีคนใกล้ชิดรับฟังปัญหา จึงเป็นเหตุผลทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภวรินทร์ (2539) ที่พบว่า การเข้าถึงสถานบริการ/สถานที่ต่าง ๆ ได้แก่ ตลาด ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาล/สถานบริการสุขภาพ วัด แหล่งพบปะสังสรรค์ประจำหมู่บ้าน เพื่อนบ้านใกล้เคียง สนามกีฬา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยที่ การเข้าถึงแหล่งต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งต่าง ๆ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของสคส (2539) ซึ่งพบว่า สถานการณ์ที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การมีชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของนุชระพี (2540) ที่พบว่า การมีโครงการ/ กิจกรรมการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัด กรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่โครงการให้ครูออกกำลังกายในโรงเรียนมีการ ปฏิบัติร้อยละ 23 ส่วนโครงการกิจกรรมอื่น ๆ คือ ห้ามสูบบุหรี่ ห้ามเครื่องดื่มสุราในโรงเรียน การ จัดการกับความเครียดโดยการนั่งสมาธิ การฝึกปฏิบัติธรรมในโรงเรียน การให้ข้อมูลข่าวสารด้าน สุขภาพอย่างต่อเนื่อง การบริการตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจรักษาพยาบาล การมีสถานที่ บริการอาหารที่ถูกลงลักษณะ การป้องกันอุบัติเหตุและโครงการป้องกันยาเสพติดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา ส่วนการศึกษาตัวทำนายพฤติกรรม การออกกำลังกายของวัยผู้ใหญ่ตอนปลายในประเทศไทย พบว่า สภาพแวดล้อมอันได้แก่เพื่อนบ้าน เป็นสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมออกกำลังกาย รวมทั้งอิทธิพลทางด้านความ สะดวกเหมาะสมมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อพฤติกรรมออกกำลังกายของกลุ่ม วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (Aswachaisuwikrom, 2001) สอดคล้องกับการศึกษา การใช้รูปแบบการ ส่งเสริมสุขภาพในการทำนายนการออกกำลังกายของวัยผู้ใหญ่ที่พบว่า โอกาสทางด้านสิ่งแวดล้อม เป็นตัวแปรหนึ่งที่กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น (Stutts, 1997)

ส่วนการศึกษาของสคส (2541) พบว่า อิทธิพลด้านสถานการณืมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในด้านการจัดการกับความเครียด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการไปโรงเรียนของนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาตอนปลายทำให้มีโอกาสทำกิจกรรมสังสรรค์ร่วมกับเพื่อน ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ และมีโอกาสได้พูดคุยปัญหาที่บ่งชี้กับเพื่อน นอกจากนี้การศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพและ การส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่ทำงานโรงงาน กลุ่มตัวอย่าง 160 ราย พบว่า การที่บุคคลมีประสพการณื

ในการเป็นโรคต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โคเลสเตอรอลสูง โรคหลอดเลือดสมองและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ทำให้บุคคลเกิดการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น (Bagwell & Bush, 1999) ส่วนการศึกษาอิทธิพลทางด้านสิ่งแวดล้อมที่เข้ามามีผลต่อการออกกำลังกายของหญิงแอฟริกัน โดยการศึกษาเป็นการปรึกษาหารือเป็นกลุ่ม โดยมีกลุ่มผู้หญิง 3 กลุ่ม คือ สตรีที่เป็นผู้บริการ สตรีผู้นำการออกกำลังกาย และสตรีที่ไม่ได้เป็นผู้นำการออกกำลังกาย ที่มีอายุ 40-78 ปี พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายคือ โอกาส ความเหมาะสมในการออกกำลังกายทั้งในอดีตและในปัจจุบัน รวมทั้งความสำเร็จของโปรแกรมการออกกำลังกาย (Walcott-McQuigg, Zerwic, Dan & Kelley, 2001)

แต่การศึกษาของคาริณี (2542) พบว่า ปัจจัยด้านสถานการณ์ คือ การรับรู้สถานะการทำงานและสิ่งแวดล้อมในการทำงานของคณงานสตรีตั้งครรถ์ พบว่า ปัจจัยด้านสถานการณ์ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างเป็นคณงานในโรงงานอุตสาหกรรมมีการรับรู้สถานะแวดล้อมในการทำงานและสิ่งแวดล้อมในการทำงานในระดับที่ใกล้เคียงกันจากการมีพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงานและสวัสดิการสังคม ทำให้สถานประกอบการพยายามปฏิบัติตามกฎหมาย โดยเฉพาะด้านความปลอดภัยและการจัดสวัสดิการต่างๆ เป็นต้น

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะเห็นได้ว่า อิทธิพลด้านสถานการณ์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ดังคำกล่าวของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่กล่าวว่า สถานการณ์ต่าง ๆ หรือสิ่งแวดล้อมที่ให้ความสะดวกหรือขัดขวางการกระทำ เป็นตัวที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ เช่น สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่นใจ จะทำให้บุคคลเกิดความต้องการการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่ทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัยหรือถูกคุกคาม

4.6 ปัจจัยส่วนบุคคล

นอกจากนี้อาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอีกปัจจัยหนึ่ง คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพไม่มากนัก โดยได้รวบรวมจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีดังนี้

อายุ อายุอาจไม่ได้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแต่ละคน กล่าวคือ บุคคลที่มีอายุมากอาจจะเป็นตัวกำหนดหรืออาจจะไม่ใช่ตัวกำหนดการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ดังเช่นการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาซึ่งพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มประชากรวัยกลางคน (เบญจมาศ, 2541) และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (สุกัญญา, 2540) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเหล่านี้ มีหน้าที่ความรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพของประชาชน

ที่ต้องมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างดี รวมทั้งกลุ่มครูมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดนครนายก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากครูทุกคนจะต้องเป็นตัวอย่างที่ดีให้นักเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมทุกด้าน รวมทั้งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วย ประกอบกับครูส่วนมากมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและสูง จึงอาจทำให้อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ (พิเชษฐ, 2540) เช่นเดียวกับการศึกษาของนุชระพี (2540) ที่พบว่า อายุของครูประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามอายุที่สูงขึ้น เช่น วัยสูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายมากขึ้น อีกทั้งสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยทำให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ (สคไส, 2540; สุกวรินทร์, 2539)

จากงานวิจัยที่ผ่านมาอาจสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุไม่มากนักจะมีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระดับที่ดี แต่สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากขึ้นหรืออยู่ในวัยสูงอายุจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลง ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของโอเร็ม (Orem, 1991) ที่กล่าวว่า อายุมีอิทธิพลต่อการกำหนดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคล กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มมากขึ้นจะมีการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นจนสูงสุดเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่ และอาจจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

สถานภาพสมรส โดยส่วนใหญ่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากหลาย ๆ การศึกษา เช่น การศึกษาของเจตนา (2540) นุชระพี (2540) เบญจมาศ (2541) สุกัญญา (2540) และสคไส (2540) ที่พบว่า สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ก็มีงานวิจัยของพิเชษฐ (2540) ที่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา โดยครูมัธยมศึกษาที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงที่สุด อาจเนื่องมาจากบุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่จะได้รับความรัก ความห่วงใยและเอาใจใส่ ได้รับความช่วยเหลือจากสามีหรือภรรยาที่เป็นบุคคลใกล้ชิด สิ่งเหล่านี้ทำให้ครูมัธยมศึกษาได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ซึ่งทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์และลดความเครียด รวมทั้งมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นำไปสู่การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พร้อมทั้งเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุกวรินทร์ (2539) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็น โสดหรือหย่าร้าง

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สถานภาพสมรสเป็นอีกหนึ่งตัวแปรที่ทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลดีขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก บุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีสิ่งที่เป็นแรงสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

ระดับการศึกษา โดยทั่วไปผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง น่าจะมีความรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และมีสุขภาพอนามัยที่ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ สดใส (2540) และศุภวรินทร์ (2539) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ (2541) ที่พบว่า ระดับการศึกษาของประชาชนวัยกลางคนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงจะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่สูงด้วยเช่นกัน (Miller, Ogletree & Welshimer, 2002) ทั้งนี้อาจด้วยเหตุผลที่ว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีโอกาที่จะแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้จากการอ่านหนังสือหรือสื่อมวลชนต่าง ๆ (จิริรัตน์, 2540; ประภาพร, 2539; พิเชฐ, 2540) ระดับการศึกษาของบุคคล เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากการศึกษาที่สูง ทำให้บุคคลมีความสามารถในการพิจารณาถึงการหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ การดื่มแอลกอฮอล์ (Acton & Malathum, 2000) เป็นต้น แต่ก็ยังมีหลายการศึกษาที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่ใช่ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังเช่นการศึกษาของเจตนา (2540) พบว่า ระดับการศึกษาของสตรีจังหวัดน่านไม่มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูก โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาดังกันมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนุชระพี (2540) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร

ถึงแม้ระดับการศึกษาจะเป็นตัวแปรหนึ่งที่ทำให้บุคคลสามารถพิจารณาหาเหตุผล และหาโอกาสในการแสวงหาสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ อันจะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ระดับการศึกษาก็ไม่ได้เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเสมอไป ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากตัวแปรอื่นที่อาจมีผลต่อระดับการศึกษาของบุคคลอื่นจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้เช่นกัน

ความเพียงพอของรายได้ รายได้เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีส่วนในการสนับสนุนบุคคลให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังเช่นการศึกษาของเบญจมาศ (2541) พบว่า รายได้ของประชาชนวัยกลางคนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือผู้ที่มีรายได้สูงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีมากขึ้น ประชาชนวัยกลางคนที่มียาได้ของครอบครัวต่ำ ย่อมสนใจเรื่องการหาเลี้ยงชีพมากกว่าการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนประชาชนวัยกลางคนที่มียาได้ครอบครัวสูงไม่ต้องคำนึงถึงการเลี้ยงชีพมากนัก จึงมีเวลาพอในการปฏิบัติพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของไนส์ วอลล์แมนและคูก (Nies, Vollman & Cook, 1998) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความสะดวกในการออกกำลังกายในผู้หญิงอเมริกัน ซึ่งมี ส่วนช่วยสนับสนุนและเป็นเหตุทำให้บุคคลกระทำการออกกำลังกายได้ประสบผลสำเร็จ รวมทั้ง เป็นแรงจูงใจทำให้เกิดพันธะของบุคคลที่จะทำให้เกิดการออกกำลังกาย การอยู่ในสภาพแวดล้อม ของสังคมเมืองซึ่งมีแหล่งประ โยชน์และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ เช่น มีสถานที่ให้บริการเกี่ยวกับการออกกำลังกายทั้งของภาครัฐและเอกชน มี โอกาสได้รับข่าวสารผ่านสื่อต่างๆ ที่ทันสมัย โดยการมีรายได้ที่เพียงพอในการบริการเหล่านี้ ย่อมส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น (ปริญญา, 2544) ส่วนการศึกษาของ ประภาพร (2539) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงที่ สมรสแล้ว อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเจดนา (2540) ที่ พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกของสตรีในโรงพยาบาลจังหวัดน่าน โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำและสูงมีการตรวจหามะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน ส่วนการศึกษา ของศุภวรินทร์ (2539) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ดีทำให้มีโอกาสที่จะตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น ที่อยู่อาศัย การแสวงหาอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ การได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง รวมทั้งการมีอุปกรณ์อำนวยความสะดวก และการแสวงหาความสุขที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และ ยังเป็นปัจจัยหนึ่งในการเข้าร่วมกิจกรรมการมีงานอดิเรกหรือการใช้เวลาว่างของผู้สูงอายุด้วย

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของบุคคล ดังคำกล่าวที่เพนเดอร์ (Pender, 1982: 161-162) กล่าวว่า สภาพทางเศรษฐกิจ เป็นองค์ประกอบตัวหนึ่งที่สามารถสนับสนุนให้บุคคลมีศักยภาพในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มขึ้น โดยผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมีรายได้สูง จะเป็นสิ่งเอื้อประโยชน์ให้บุคคลสามารถดูแล ตนเองให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ รวมทั้งการเข้าถึงการใช้บริการทางด้านสุขภาพ สามารถสรรหา อุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่าง ๆ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน พยาบาลเป็นอีกวิชาชีพหนึ่งที่มีลักษณะการทำงานแตกต่างไป จากวิชาชีพอื่น เนื่องจากจะต้องมีการทำงานเป็นเวร และการทำงานมีการกำหนดระยะเวลาในแต่ละ เวรไม่แน่นอน ทำให้แบบแผนหรือลักษณะการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป เช่น แบบแผนการนอน หลับ การบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย เป็นต้น ดังเช่นการศึกษาของสุนุดตราและนิตยา (2542) ศึกษาผลกระทบของการทำงานผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนต่อการนอนหลับ อาการไม่สบายและ ความพึงพอใจในงานของพยาบาล พบว่า การทำงานเป็นเวรผลัดหมุนเวียนมีผลกระทบต่อแบบ แผนการนอนหลับและอาการ ไม่สบายของพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลที่ทำงานทั้งเวรเช้า เวรบ่าย

และเวรคิก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการทำงานเป็นเวรทำให้ความสนใจในการดูแลตนเองลดลง รวมทั้งการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลลดลงได้ ซึ่งแตกต่างจากพยาบาลวิชาชีพที่ไม่มีการปฏิบัติงานเป็นเวรเช้า เวรบ่ายและเวรคิกที่มีการกำหนดระยะเวลาการทำงานที่แน่นอน สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ (2541) ที่พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี โดยผู้ที่มีอาชีพกำหนดระยะเวลาการทำงานที่แน่นอน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าอาชีพที่มีการกำหนดเวลาการทำงานไม่แน่นอน

จะเห็นได้ว่าตำแหน่งในการปฏิบัติงานของบุคคลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ โดยผู้ที่มีตำแหน่งเป็นพยาบาลประจำการหรือพยาบาลที่มีการทำงานคลุกคลีกับผู้ป่วย มีการขึ้นเวรป่วยหรือเวรคิก จะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป มีผลกระทบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาดูแลแปรนี้ว่าจะเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพหรือไม่อย่างไร

จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลของการส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลด้านสถานการณ์ของการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล มีทั้งที่อาจมีอิทธิพลและไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ทั้งนี้เนื่องมาจาก การศึกษาดังกล่าวมีความแตกต่างกันของประชากรที่ทำการศึกษา จึงทำให้ผลที่ได้มีความแตกต่างกัน อันเป็นข้อจำกัดในการนำมาเปรียบเทียบหรือทำนายในกลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพสตรี และเนื่องจากยังไม่มีผู้ทำการศึกษากลุ่มประชากรดังกล่าว ทำให้ผู้ศึกษามีความสนใจถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสตรีในจังหวัดสงขลา อันได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลของการส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลด้านสถานการณ์ของการส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และตำแหน่งในการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะช่วยอธิบายให้ทราบเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว รวมทั้งเป็นการนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดทำโครงการเพื่อพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสตรี ต่อไป