

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวในเขตตำบลมะเขือแจ้ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

(Family Health Promoting Behavior in Makeujae, Muang, Lamphun)

โกกิน ศักรินทร์กุล พ.บ., ว.ว.เวชศาสตร์ครอบครัว*

Pokin Sakarinkhul M.D RCFPT*

พรนิพา ยะปัญญา วท.บ.(การพยาบาล)*

Pornnipa Yapunya B.Sc.(Nursing)*

อดิษฐ์ ภูมิวิเศษ วท.บ (การพยาบาล), ส.ม.*

Adisai Poomiwisate B.Sc.(Nursing), M.P.H.*

วัชรินทร์ วังชัยอง ส.บ.*

Watcharin Wangtiyong B.P.H.*

*โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน

*Lamphun hospital, Lamphun Province

บทคัดย่อ

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพของประชาชนไทยอันเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น กลยุทธ์หลักในการแก้ปัญหาดังกล่าวคือการสร้างเสริมสุขภาพโดยครอบครัวมีส่วนร่วม การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวในเขตตำบลมะเขือแจ้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวและชุมชนต่อไปในอนาคต

กลุ่มตัวอย่างสุ่มมาจากครอบครัวในเขตพื้นที่ ตำบลมะเขือแจ้ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน จำนวน 450 หลังคาเรือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวที่พัฒนาโดย Kanogwan Suwanpatikorn 2001 ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามกรอกเอง มีค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.96 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัชยฐาน ฐานนิยม และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่าครอบครัวส่วนมากร้อยละ 84.46 เป็นครอบครัวเดี่ยว อายุของสามีเฉลี่ยอยู่ที่ 51 ปี ส่วนภรรยา มีอายุเฉลี่ย 50 ปี จำนวนบุตรเฉลี่ยต่อครอบครัวมีค่า 1.62 คน พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตของครอบครัว และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกายของครอบครัว ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลางคือ ร้อยละ 49.41 และ 54.63 ตามลำดับ ความรับผิดชอบต่อการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว และความสัมพันธ์ทางสังคม ส่วนมากอยู่ในระดับดี คือ ร้อยละ 52.26 และ 69.60 ตามลำดับ เมื่อรวมคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัว ทั้งหมดจะพบว่าครอบครัวส่วนมากมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางคือร้อยละ 51.54 รองลงมาอยู่ในระดับดีร้อยละ 38.72 มีเพียงร้อยละ 9.74 ที่ควรปรับปรุง

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

The purpose of this study was to study family health promoting behavior of family in Makeujae, Muang, Lamphun.

The sample group comprised 450 households living in Makeujae, Muang, Lamphun. The research tool was self-administered Family Health Promoting Behavior questionnaire developed by Kanogwan Suwanpatikorn (2001). Cronbach's Alpha Coefficient was 0.93. The SPSS/PC computer program was used to calculate the percentage, mean, mode, median and standard deviation.

Of the 421 subjects, 84.46 % (29 subjects were incomplete data, so these were excluded out of our study) were nuclear family. The average age of father and mother were 51 and 50 years, respectively. The average number of children within family was 1.62. The prevalence of being fair Family Mental Health and Family Physical Health were 49.41% and 54.63%. The prevalence of being good Family Responsibility and Family Social Relation were 52.26% and 69.60%. Most of the family (51.54%) had fair Family Health Promoting Behavior.

Key words: Health promotion, Health behavior

บทนำ

ผลของการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยจากเดิมที่เคยเป็นครอบครัวขยายมีปู่ย่าหรือตา ยาย กับพ่อ แม่ ลูก ได้ลดขนาดลงเป็นครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบด้วยพ่อ แม่ ลูกเท่านั้น และมีชายหญิงที่อยู่ร่วมกันแบบสามี-ภรรยาแต่มีได้จดทะเบียนอยู่เป็นจำนวนมาก ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว และสถานภาพของลูก นอกจากนี้จากการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศที่มุ่งเพิ่มรายได้เป็นหลัก ส่งผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว และความสัมพันธ์ในครอบครัวจากการทำกิจกรรมนอกบ้าน ค่านิยมของคนมุ่งเน้นไปที่วัตถุ เลือกที่จะแสวงหาเงินทองผลประโยชน์ทางธุรกิจเป็นหลัก ให้ความสำคัญกับครอบครัวเป็นรอง ก่อให้ครอบครัวจำนวนมากไม่น้อยเกิดปัญหาและแนวโน้มของปัญหารุนแรงมากขึ้นซึ่งปัญหาเหล่านี้ได้แก่ การหย่าร้าง ชายทอดทิ้งครอบครัว การทำร้ายทุบตีผู้หญิงและเด็ก การทำร้ายทางเพศ ปัญหา

วัยรุ่น การใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

นอกจากปัญหาทางสังคมที่ทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นแล้ว ปัญหาสุขภาพของประชาชนไทยอันเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมก็มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งนฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ² ระบุว่าโรคเอดส์ อุบัติเหตุจราจร และโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรไทย อีกทั้งการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยเป็นพฤติกรรมเสี่ยงสำคัญอันดับแรกที่ทำให้ทั้งผู้ชายและผู้หญิงมีปัญหาสุขภาพ นำไปสู่ความสูญเสียจากการเจ็บป่วยและตายก่อนวัยอันสมควร ในขณะที่ความเสียหายอื่น ๆ ที่นำไปสู่การสูญเสียก่อนวัยอันควรซึ่งรวมทั้งความพิการหรือที่รวมเรียกว่า “ภาวะโรค” นั้นในกลุ่มผู้ชาย ได้แก่การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และการไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขี่จักรยานยนต์ ส่วนในผู้หญิงปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือ น้ำหนักเกิน ตามด้วยความดันสูง และเบาหวาน

แม้เทคโนโลยีทางการแพทย์ได้ก้าวหน้าจนถึงขั้นที่สามารถรักษาโรคที่กล่าวถึงข้างต้นได้เป็นอย่างดี แต่เทคโนโลยีทางการแพทย์นี้ก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายอันมหาศาล อีกทั้งไม่ได้ทำให้เกิดการลดภาระโรคแต่อย่างใด นอกจากนี้ยังมีโรคสมัยใหม่อันเกิดจากพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอีกมากมาย เช่น โรคหัวใจหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคทางจิตประสาท เป็นต้น^๓ ฉะนั้นตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๒๙ องค์การอนามัยโลกจึงได้ผลักดันยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion strategy) โดยออกมาเป็นกฎบัตรออกตาวา (Ottawa Charter) ขยายความ “การสร้างเสริมสุขภาพ” ว่าเป็น “กระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะให้คนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพดีสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมรวมถึงการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี”^๔ ซึ่งประเทศไทยก็ได้ขานรับกลยุทธ์ดังกล่าวจนเกิดเป็น พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่เน้นการ “สร้างนำซ่อม” หรือนโยบาย “เมืองไทยแข็งแรง” เป็นต้น

เนื่องด้วยบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ล้วนมีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงและโดยอ้อมต่อสุขภาพ จึงทำให้ทุกคน ทุกกลุ่ม และทุกสถาบันต้องมีความรับผิดชอบต่อการดำเนินชีวิต การสร้างเสริมสุขภาพ และดูแลรักษาการเจ็บป่วยของสมาชิก^๕ ฉะนั้นในฐานะที่ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญที่สุดของสังคม เป็นหน่วยที่เล็กที่สุดของสังคมที่สมาชิกมีความสัมพันธ์ร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด ครอบครัวที่อบอุ่นทำให้สมาชิกมีสภาพจิตใจที่ดี มีความมั่นคงทางอารมณ์ อีกทั้งยังเป็นส่วนสำคัญในการกำหนดบุคลิกภาพ พฤติกรรม^๖ สมาชิกภายในครอบครัว แต่ละคนจึงมีส่วนสำคัญยิ่งที่จะทำหน้าที่ในการอบรม ขัดเกลา รวมถึงถ่ายทอดพฤติกรรมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในครอบครัว

ศูนย์แพทย์ชุมชนมะเขือแจ้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินการภายใต้ความร่วมมือของโรงพยาบาลลำพูน สาธารณสุขอำเภอ และองค์การบริหารส่วนตำบลมะเขือแจ้ ซึ่งถือเป็นสถานบริการนำร่องรูปแบบใหม่ที่ทุกภาคมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนนอกเหนือไปจากการดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว ศูนย์แพทย์นี้จะให้การรักษาอย่างเป็นองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู โดยเน้นหนักในการบริการเชิงรุก เน้นการส่งเสริมป้องกันโรคมมากกว่าการมุ่งเน้นการรักษา สอดคล้องกับหลักการ “สร้างนำซ่อม”

เนื่องจากศูนย์แพทย์ชุมชนมะเขือแจ้เพิ่งได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ.๒๕๔๙ ฉะนั้นเพื่อเป็นการศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพในพื้นที่เบื้องต้น โดยเฉพาะข้อมูลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสำรวจพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวในเขตตำบลมะเขือแจ้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในครอบครัวและชุมชนต่อไปในอนาคต

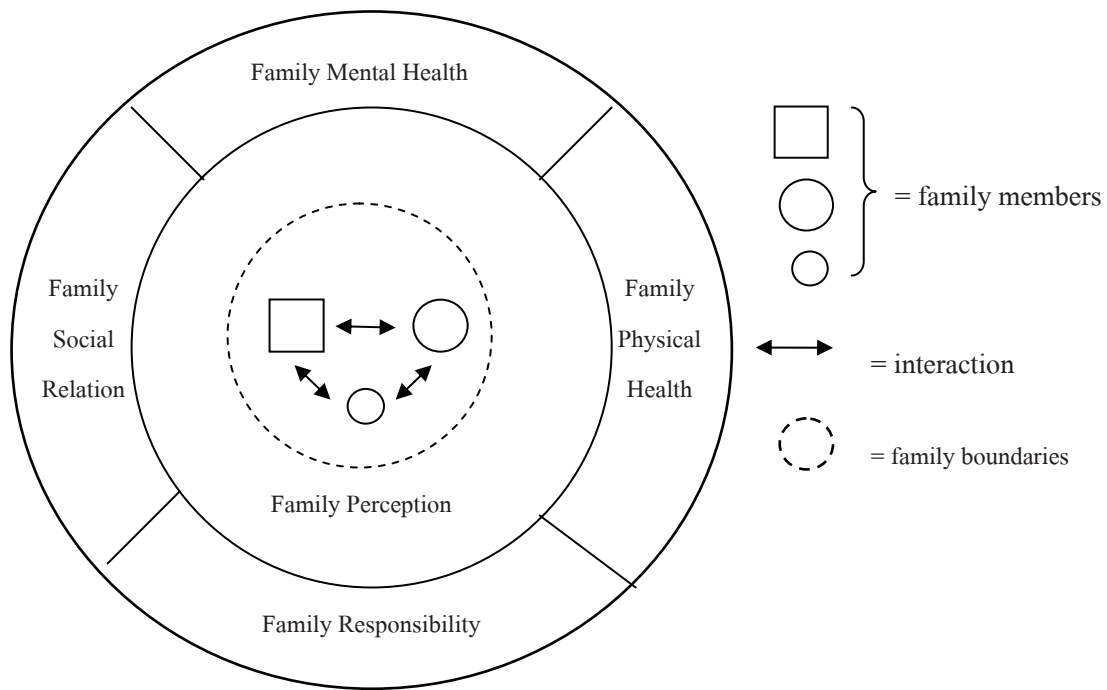
การศึกษาอาศัยกรอบแนวคิดของ Kanogwan Suwanpatikom^๖ ที่แบ่งพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวออกเป็น ๔ มิติ ได้แก่ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตของครอบครัว (Family Mental Health) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกายของครอบครัว (Family Physical Health) ความรับผิดชอบต่อการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว (Family Responsibility) และความสัมพันธ์ทางสังคม (Family Social Relation) นอกจากนี้ยังอาศัยแนวคิดทฤษฎีระบบครอบครัวที่ระบุว่าครอบครัวประกอบด้วยระบบย่อยที่อยู่ร่วมกันและเป็น

ผลรวมของระบบย่อยที่สัมพันธ์กัน มีการแลกเปลี่ยนพึ่งพาซึ่งกันและกัน⁷ รวมถึงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวด้วย วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวในเขตตำบลมะเขือแจ้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวและชุมชนต่อไปในอนาคต

วิธีการศึกษา

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ คือ ครอบครัวที่มีสมาชิกอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ ต.มะเขือแจ้ อ.เมือง จ.ลำพูน จำนวน 4,344 หลังคาเรือน ใช้ตารางสำเร็จรูปสำหรับการใช้ในการกำหนดขนาดตัวอย่างตามวิธีของ Yamane ที่ระดับช่วงความเชื่อมั่น 95%⁸ ได้ขนาดของตัวอย่างที่ระดับความ

คลาดเคลื่อน $\pm 5\%$ เท่ากับ 367 หลังคาเรือน เนื่องจากในตำบลมะเขือแจ้ มี อสม.จำนวน 384 คน กระจายใน 20 หมู่บ้าน อสม. 1 คนจะมีหน้าที่ดูแลครอบครัวในละแวกบ้านของคนประมาณ 10-15 หลังคาเรือน ฉะนั้นจึงใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการเปิดตารางเลขสุ่ม (table of random number) เพื่อเลือกหมายเลขของสมาชิกอสม.ที่ถูกนารายชื่อมาเรียงกัน เลือกมาทั้งสิ้น 40 คน จากนั้นจึงให้อสม.แต่ละคนแจกและเก็บแบบสอบถามแก่ครอบครัวในเขตความรับผิดชอบของตนจำนวน 10 หลังคาเรือน ทั้งนี้คาดว่าจะเก็บแบบสอบถามคืนได้ร้อยละ 90 ของแบบสอบถามทั้งหมด รวมเป็นแบบสอบถามที่ต้องเก็บทั้งสิ้น 450 ชุด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว (The Family Health Promoting Behavior Scale, FHPBS) ที่พัฒนาโดย Kanogwan

Suwanpatikorn⁶ ซึ่งเป็นแบบสอบถามแบบกรอกเอง (Self-administered questionnaire) ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ (ตอนที่ 2) แต่ละข้อประกอบด้วย 5 ตัวเลือกเรียงลำดับ

คะแนน (5-point rating scale) ทั้งนี้ตัวแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว 40 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตของครอบครัว (Family Mental Health) ข้อ 1-15 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกายของครอบครัว (Family Physical Health) ข้อ 16-27 ความรับผิดชอบต่อการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว (Family Responsibility) ข้อ 28-37 และความสัมพันธ์ทางสังคม (Family Social Relation) ข้อ 38-40

ถ้าตอบ “เป็นจริง” คิดเป็น 5 คะแนน ตอบ “ส่วนใหญ่เป็นจริง” คิดเป็น 4 คะแนน ตอบ “เป็นจริงบ้างไม่เป็นจริงบ้าง” คิดเป็น 3 คะแนน ตอบ “ส่วนใหญ่ไม่เป็นจริง” คิดเป็น 2 คะแนน ตอบ “ไม่เป็นจริง” คิดเป็น 1 คะแนน รวมคะแนนที่ได้ทั้งหมดตั้งแต่ข้อ 1-40 จากนั้นนำคะแนนรวมที่ได้มาแปลงเป็นค่า Normalized T-score เพื่อแบ่งพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวออกเป็น 3 ระดับ คือ ดี (Good) ปานกลาง (Fair) และควรปรับปรุง (Poor)

ตอนที่ 3 การรับรู้ภาวะสุขภาพของครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถามเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวประเมินภาวะสุขภาพครอบครัวของตน 4 ระดับคือ ดีมาก ดี พอใช้ และควรแก้ไขในด้านต่าง ๆ 5 ด้าน ได้แก่ สุขภาพกายของสมาชิกโดยรวม สุขภาพจิตของสมาชิกโดยรวม สัมพันธภาพที่มีต่อกันในครอบครัว การดูแลสุขภาพของกันและกันในครอบครัว และสุขภาพครอบครัวโดยรวม

ผู้วิจัยทำการประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อชี้แจงโครงการวิจัย พร้อมทั้งแจกแบบสอบถามให้แก่ อสม. ตามพื้นที่ที่รับผิดชอบ สมาชิกของครอบครัวทำการกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง แล้วคืนแบบสอบถามให้แก่ อสม. เพื่อทำการตรวจสอบความเรียบ

ร้อยของการกรอกข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูลซ้ำอีกครั้งหนึ่ง จากนั้นทำการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมทางสถิติสำเร็จรูป

ผลการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ร้อยละ 55.11 มีสถานภาพเป็นสามี (พ่อบ้าน) ในครอบครัว ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 62.23 ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาถึงร้อยละ 75.77 รายได้ของครอบครัวอยู่ที่น้อยกว่า 5,000 มีถึงร้อยละ 41.33 รองลงมาได้ 5,000-10,000 บาทร้อยละ 39.90

สำหรับลักษณะที่อยู่อาศัยเกือบทั้งหมดอาศัยอยู่บ้านเดี่ยวถึงร้อยละ 99.05 ส่วนน้อยอาศัยอยู่ในทาวน์เฮาส์ บ้านแฝด หรือห้องแบ่งเช่า ร้อยละ 0.71 และ 0.24 ตามลำดับ ร้อยละ 95.49 เป็นบ้านของตนเอง รองลงมาเป็นบ้านที่อาศัยอยู่กับญาติร้อยละ 2.85 ส่วนบ้านที่เช่ากับเช่าซื้อ มีอยู่ร้อยละ 6 และ 1 ตามลำดับ

ครอบครัวส่วนมากร้อยละ 84.46 เป็นครอบครัวเดี่ยวที่เหลืออีกร้อยละ 13.54 เป็นครอบครัวขยาย จำนวนสมาชิกครอบครัวเฉลี่ยอยู่ที่ 3.46 คนต่อครอบครัวโดยมีบางครัวเรือนที่อาศัยอยู่เพียงคนเดียว และครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกมากที่สุดมีสมาชิกทั้งหมด 8 คน

อายุของสามีเฉลี่ยอยู่ที่ 51 ปี ส่วนภรรยามีอายุเฉลี่ย 50 ปี จำนวนบุตรเฉลี่ยต่อครอบครัวมีค่า 1.62 โดยที่ครอบครัวที่มีจำนวนบุตรมากที่สุดมีบุตรอยู่ 5 คนอาศัยอยู่ภายในครัวเรือนเดียวกัน อายุเฉลี่ยของบุตรคือ 22 ปี

ครอบครัวที่ทำการศึกษาล้วนมากตอบคำถามที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวว่า ส่วนใหญ่เป็นจริง (ข้อความดังกล่าวเป็นจริง 75% สำหรับครอบครัว หรือคิดเป็นคะแนน 4 คะแนน) และเป็นจริง (ข้อความดังกล่าวเป็นจริง 100% สำหรับครอบครัว คิดเป็น

หรือคะแนน 5 คะแนน) โดยมีข้อคำตอบที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่า 4 มีถึง 34 ข้อใน 40 ข้อ หรือคิดเป็นร้อยละ 85

สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยกว่า 4 มีอยู่ 6 ข้อ ได้แก่

ข้อที่ 20 สมาชิกในครอบครัวมักหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ขาหมู ไก่ทอด อาหารที่ใส่กะทิ เป็นต้น

ข้อที่ 23 สมาชิกออกไปเที่ยวนอกบ้านด้วยกันทั้งครอบครัวอย่างน้อยเดือนละครั้ง

ข้อที่ 24 ครอบครัวมีกิจกรรมวันหยุดร่วมกัน เช่น ปลูกต้นไม้ เล่นกีฬา ทำอาหาร เป็นต้น

ข้อที่ 25 สมาชิกออกกำลังกาย เช่น วิ่งเหยาะ เดิน ปั่นจักรยาน เล่นกีฬา หรือเต้นแอโรบิกเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

ข้อที่ 26 สมาชิกมักซักชวนหรือกระตุ้นกันและกันให้ออกกำลังกาย

ข้อที่ 27 ครอบครัวสนับสนุนให้สมาชิกออกกำลังกาย โดยการจัดหาอุปกรณ์ให้ เช่น อุปกรณ์กีฬาต่าง ๆ

ทั้งนี้ข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อนี้จัดอยู่ในหมวดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกายของครอบครัว (Family Physical Health)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตของครอบครัว (Family Mental Health) และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกายของครอบครัว (Family Physical Health) ส่วนมากอยู่ในระดับ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับคะแนนของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัว ในตำบลมะเขือแจ้ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

ปานกลางคือร้อยละ 49.41 และ 54.63 ตามลำดับ ความรับผิดชอบต่อการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว (Family Responsibility) และความสัมพันธ์ทางสังคม (Family Social Relation) ส่วนมากอยู่ในระดับดีคือร้อยละ 52.26 และ 69.60 ตามลำดับ เมื่อรวมคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัว (Family Health Promoting Behavior) ทั้งหมดจะพบว่าครอบครัวส่วนมากมีพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางคือร้อยละ 51.54 รองลงมาอยู่ในระดับร้อยละ 38.72 มีเพียงร้อยละ 9.74 ที่ควรปรับปรุง (ตารางที่ 1)

การรับรู้ภาวะสุขภาพกายของครอบครัว สุขภาพจิตของครอบครัว สัมพันธภาพที่มีต่อกันในครอบครัว และการดูแลสุขภาพของกันและกันในครอบครัว ส่วนมากอยู่ในระดับดีคือร้อยละ 58.67, 47.98, 50.36 และ 50.59 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

สำหรับการรับรู้ภาวะสุขภาพครอบครัวโดยรวม ส่วนมากประเมินภาวะสุขภาพครอบครัวของตนว่าอยู่ในระดับดีร้อยละ 55.58 รองลงมาประเมินว่าดีมาร้อยละ 31.12 พอใช้ร้อยละ 11.64 มีส่วนน้อยร้อยละ 1.66 ที่ประเมินว่าครอบครัวของตนมีสุขภาพอยู่ในระดับควรแก้ไข

พฤติกรรม	ระดับ			รวม
	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง	
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตของครอบครัว	184 (43.71)	208 (49.41)	29 (6.89)	421 (100)
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกายของครอบครัว	152 (36.10)	230 (54.63)	39 (9.26)	421 (100)
ความรับผิดชอบต่อการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว	220 (52.26)	180 (42.76)	21 (4.99)	421 (100)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับคะแนนของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัว ในตำบลมะเขือแจ้ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน (ต่อ)

พฤติกรรม	ระดับ			รวม
	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง	
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)
ความสัมพันธ์ทางสังคม	293 (69.60)	109 (25.89)	19 (4.51)	421 (100)
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัว	163 (38.72)	217 (51.54)	41 (9.74)	421 (100)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละระดับคะแนนของการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของครอบครัว ในตำบลมะเขือแจ้ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

ภาวะสุขภาพของครอบครัว	ดีมาก	ดี	พอใช้	ควรแก้ไข	รวม
	ความถี่	ความถี่	ความถี่	ความถี่	ความถี่
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
1.สุขภาพกายของสมาชิกโดยรวม	131 (31.12)	247 (58.67)	40 (9.50)	3 (0.71)	421 (100)
2.สุขภาพจิตของสมาชิกโดยรวม	157 (37.29)	202 (47.98)	58 (13.78)	4 (0.95)	421 (100)
3.สัมพันธภาพที่มีต่อกันในครอบครัว	176 (41.81)	212 (50.36)	31 (7.36)	2 (0.48)	421 (100)
4.การดูแลสุขภาพของกันและกันในครอบครัว	167 (39.67)	213 (50.59)	36 (8.55)	5 (1.19)	421 (100)
5.สุขภาพครอบครัวของท่าน	131 (31.12)	234 (55.58)	49 (11.64)	7 (1.66)	421 (100)

อภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัว (Family Health Promoting Behavior) ส่วนมากอยู่ระดับดีถึงปานกลางกล่าวคือ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 51.54 และอยู่ในระดับดี ถึงร้อยละ 38.72 แม้ว่าสมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่จะมีระดับการศึกษาไม่สูง (ประถมศึกษาร้อยละ

75.77) และรายได้ครอบครัวค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 41.33 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้โดยแนวคิดเชิงจิตสังคมและแนวคิดทฤษฎีทางสังคมของ Marmot และ Wilkinson⁹ ที่กล่าวว่าสังคมที่มีความแตกต่างทางรายได้สูงจะมีแรงยึดเหนี่ยวทางสังคมหรือทุนทางสังคมน้อย ซึ่งทุนทางสังคมหรือแรงยึดเหนี่ยวทางสังคมนี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้นคือบุคคลที่มีทุนทางสังคมน้อยจะมีการกระทำที่

ส่งผลเสียต่อสุขภาพมากกว่าบุคคลที่มีทุนทางสังคมมากกว่า

นอกจากนี้ทุนทางสังคมจะเอื้อประโยชน์ต่อบุคคลให้เข้าถึงโอกาสและทรัพยากรทางสังคมและเป็นการให้ประโยชน์ต่อบุคคลที่เป็นคู่ของความสัมพันธ์ทั้งสองฝ่ายเป็นการให้ประโยชน์ทั้งต่อผู้ให้และผู้รับ โดยผู้รับอาจได้รับความช่วยเหลือในหลายรูปแบบ เช่น การช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ จิตใจ ด้านการให้ข้อมูล คำแนะนำ เมื่อดูจากข้อมูลของครอบครัวในเขตตำบลมะเขือแจ้จะพบว่ารายได้ครอบครัวไม่แตกต่างกันมากนัก (คือมีรายได้ต่ำเป็นส่วนมาก) จึงอนุมานได้ว่าสมาชิกของครอบครัว และครอบครัวอาศัยอยู่ในสังคมที่มีความยึดเหนี่ยวกันสูง มีทุนทางสังคมมาก ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีโอกาสเข้าถึงทรัพยากรได้มากโดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับด้านสุขภาพ ซึ่งอาจส่งผลให้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ที่ดี

อีกทั้งแนวคิดข้างต้นยังได้อธิบายว่าทุนทางสังคมยังช่วยลดระดับความเครียด ซึ่งอาจส่งผลให้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตของครอบครัว (Family Mental Health) อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 49.41 อีกทั้งทุนทางสังคมยังผลักดันให้เกิดการให้และรับความช่วยเหลือแก่บุคคลยามมีปัญหา สร้างเสริมปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมอื่นอันจะนำไปสู่การสร้างความสำเร็จในตนเอง การเห็นคุณค่าตนเองรวมทั้งการตระหนักถึงความสามารถในการควบคุมวิถีชีวิตของตนเองได้ ดังผลการวิจัยที่พบว่าความรับผิดชอบต่อการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว (Family Responsibility) และความสัมพันธ์ทางสังคม (Family Social Relation) อยู่ระดับที่ดีถึงร้อยละ 52.26 และ 69.60 ตามลำดับ

สำหรับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกายของครอบครัว (Family Physical Health) ที่พบว่าข้อคำถามบาง

ข้อได้คะแนนต่ำกว่าข้ออื่น ๆ นั้นอาจอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นได้ว่ามีความสอดคล้องกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคมของไทย เช่น ข้อที่ถามว่า “สมาชิกในครอบครัวมักหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ขาหมู ไก่ทอด อาหารที่ใส่กะทิ เป็นต้น” สอดคล้องกับรายงานของชินุทัย กาญจนะจิตรา และคณะ² ที่ระบุว่าวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปและความเป็นสังคมเมืองที่เติบโตขึ้น ทำให้อุปนิสัยการบริโภคอาหารของคนไทยเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว ทำให้คนไทยจำนวนหนึ่งกำลังบริโภคอาหารมากเกินไปจนเป็นโรคอ้วนและโรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปนี้ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในด้านการเลือกรับประทานอาหารที่อันตรายต่อสุขภาพของครอบครัวได้ อีกทั้งจากรายงานเดียวกันนี้ที่ระบุว่าคนไทยเพียง 3 ใน 10 คนเท่านั้นที่ออกกำลังกายเป็นประจำ ก็สอดคล้องกับผลการวิจัยในรายงานนี้ที่มีผู้ตอบข้อคำถามที่ว่า “สมาชิกออกกำลังกาย เช่น วิ่งเหยาะ เดิน ปั่นจักรยาน เล่นกีฬา หรือเดินแอโรบิก เป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง” น้อยกว่าข้ออื่น

เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีของเพนเดอร์¹⁰ ที่กล่าวว่าบุคคลจะกระทำพฤติกรรมโดยคำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการกระทำพฤติกรรมนั้น การคาดหวังต่อผลประโยชน์จึงเป็นผลทางบวกต่อจิตและและเป็นแรงเสริมให้บุคคลกระทำพฤติกรรม และบุคคลจะกระทำพฤติกรรมและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้น ๆ เมื่อบุคคลเป็นการกระทำพฤติกรรมนั้นสอดคล้องกับค่านิยมของตนเอง และพฤติกรรมนั้นจะก่อให้เกิดผลตามที่คาดหวัง การสร้างเสริมสุขภาพทางกายนั้นเป็นการกระทำที่เห็นผลได้ช้า อีกทั้งในปัจจุบันยังมีกิจกรรมนันทนาการที่ให้ความบันเทิงได้มากกว่าการออกกำลังกาย เช่น ดูโทรทัศน์ ดูภาพยนตร์ ละคร ฟังเพลง และได้รับความสุขสนุกสนานในทันที จึงทำให้การชักชวนหรือกระตุ้นกันและกันให้ออกกำลังกาย

หรือการสนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวออกกำลังกายโดยการจัดหาอุปกรณ์ให้ เช่น อุปกรณ์กีฬาต่าง ๆ ให้ เป็นพฤติกรรมที่ครอบครัวไม่ได้ให้ความสำคัญมากนัก

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ ได้แก่ ควรมีการณรงค์ ปลูกฝัง หรือสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีการดูแลสุขภาพของตนและครอบครัวเพิ่มขึ้น รวมถึงการสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวเห็นความสำคัญเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจิตของครอบครัวโดยวิธีการต่าง ๆ เช่น การรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ชีวิตครอบครัว (Family Life Education) หรือการฝึกทักษะชีวิตที่เหมาะสมให้กับสมาชิกของครอบครัว เป็นต้น อีกทั้งควรมีการติดตามประเมินความสัมพันธ์เป็นระยะ ๆ พร้อมทั้งสร้างเกราะป้องกันทางสังคมให้แก่คนในชุมชนโดยการให้ความรู้ ความตระหนักถึงผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง รวมถึงวิธีการประกอบชีวิตตนเองและครอบครัวให้ดำเนินตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป ได้แก่ ควรมีการทดสอบแบบสอบถามกับครอบครัวที่มีลักษณะหลากหลายแตกต่างกัน เช่น ครอบครัวไทยในภาคต่าง ๆ ครอบครัวชาวจีน ครอบครัวมุสลิม เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่จะนำไปใช้พัฒนาเครื่องมือ หรือแบบสอบถามให้เหมาะสมต่อไป ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของครอบครัว รวมถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม ทำการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ทราบถึงประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพในครอบครัวมิติอื่น ๆ ที่มากยิ่งขึ้น เช่น วิธีการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว อัตมโนทัศน์ หรือแรงจูงใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว เป็นต้นสุดท้ายคือการศึกษาบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่เป็นที่มีอิทธิพล หรือเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม

สร้างเสริมสุขภาพของครอบครัว รวมถึงปัจจัยภายนอกครอบครัวอื่น ๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพภายในครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1. ประดิษฐ์ สุจฉายา และคณะ. โครงการพัฒนาระบบจัดเก็บกลุ่มตัวชี้วัดครอบครัวอยู่ดีมีสุขสำหรับประเทศไทย: จังหวัดเชียงใหม่. กรุงเทพมหานคร: สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว; 2548: 1-2.
2. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ. สุขภาพคนไทย 2546. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2547: 13-19.
3. John Kemm and Ann Close. Health promotion: Theory and practice. New York: PALGRAVE. 1995: 7.
4. อัมพล จินดาวัฒน์. กระบวนทัศน์ใหม่ในการสร้างเสริมสุขภาพ. วารสารสร้างเสริมสุขภาพ. 2548; 2(1-2): 55-67.
5. คาริวรรณ เศรษฐีธรรม และคณะ. เอกสารวิชาการเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพ (Determinants of Health). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2547: 1
6. Kanogwan Suwanpatikorn. "Family Health Promoting Behavior Scale: Development and Psychometric Analysis." A Thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of public health, Faculty of Graduate Studies. Mahidol University; 2001.
7. จิตินันท์ เฉลิมคุปต์. "แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา" ใน ประมวลสาระชุดวิชาจิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา (Family psychology and family studies) หน่วยที่ 1. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์; 2547: 1-57.

8. งามอาจ นัยพัฒน์. วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ (Quantitative and Qualitative Research Methodologies in Behavioral and Social Sciences) กรุงเทพมหานคร; 2549: 125.

9. เทพินทร์ พิชรานุกฤษ. สังคมวิทยาการแพทย์ กรุงเทพมหานคร; 2548: 81-86

10. ชัยณรงค์ สังข์จ้าง. “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหัวหน้าครอบครัว ในอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร” การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543: 63.