

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ
และคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขศึกษาและพลศึกษา ภาควิชาหลักสูตรและการสอน
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2562
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LOCUS OF CONTROL WITH HEALTH BEHAVIOR AND
QUALITY OF LIFE OF TEACHERS IN BURIRAM PROVINCE



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Education in Health and Physical Education

Department of Curriculum and Instruction

FACULTY OF EDUCATION

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัด บุรีรัมย์
โดย	นายณฤพดินทร์ วีรวัฒน์โนดม
สาขาวิชา	สุขศึกษาและพลศึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ศาสตราจารย์ ดร.จินตนา สรายุทธพิทักษ์

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะครุศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริเดช สุขชีวะ)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการ
.....	
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จักริน ด้วงคำ)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ศาสตราจารย์ ดร.จินตนา สรายุทธพิทักษ์)	
.....	กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี สมะวรรณนะ)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จักริน ด้วงคำ)	

นฤปดินทร์ วีรวัฒโนดม : ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์. (RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LOCUS OF CONTROL WITH HEALTH BEHAVIOR ANDQUALITY OF LIFE OF TEACHERS IN BURIRAM PROVINCE) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ศ. ดร.จินตนา สรายุทธพิทักษ์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นครูในเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 32 บุรีรัมย์ จำนวน 400 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต มีค่าความตรงเท่ากับ 0.93, 0.92 และ 0.97 ตามลำดับ ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92, 0.86 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยมีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนมากที่สุด ส่วนความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่นและความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ ครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีและมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับกลาง 2) ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุปผลการวิจัย ครูในจังหวัดบุรีรัมย์ส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นควรส่งเสริมให้ครูมีระดับความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพเพิ่มขึ้น เพราะจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา สุขศึกษาและพลศึกษา
ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5983923127 : MAJOR HEALTH AND PHYSICAL EDUCATION

KEYWORD: TEACHERS, HEALTH LOCUS OF CONTROL, HEALTH BEHAVIOR, QUALITY OF LIFE

Narubadin Weerawatnodom : RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LOCUS OF CONTROL WITH HEALTH BEHAVIOR AND QUALITY OF LIFE OF TEACHERS IN BURIRAM PROVINCE. Advisor: Prof. JINTANA SARAYUTHPITAK, Ph.D.

The objectives of this descriptive research were 1) to study the level of health locus of control, health behavior, and quality of life of teachers in the Buriram province 2) to study the correlation between health locus of control, health behavior and quality of life of teachers in the Buriram province. The sample was composed of 400 teachers who are currently working in the Buriram province. The data were collected by using a questionnaire about health locus of control, health behavior and the overall quality of life, the validity was 0.93, 0.92 and 0.97 respectively and the reliability was 0.92, 0.86, and 0.90 respectively. The data were analyzed by mean, percentage, standard deviation, and the Pearson's correlation coefficient.

The research results were as follows: 1) the teachers in the Buriram province had overall health locus of control at a low level, consisting of a high level of internal locus of control, and a low level of external health locus of control. Furthermore, their overall health behavior was at a high level and their overall quality of life was equal to the standard average level. 2) health locus of control and health behavior of teachers were positively correlated at a low level with statistically significant at the 0.05 level, and the health locus of control and quality of life of teachers were positively correlated at a low level with statistically significant at the 0.01 level.

In conclusion, the majority of teachers in the Buriram province had a low level of health locus of control. Therefore, the study suggests that there should be more focus on increasing the teacher's level of health locus of control. In addition, this could potentially improve their health behavior and their quality of life as well.

Field of Study: Health and Physical Education Student's Signature

Academic Year: 2019 Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความเมตตากรุณา และการช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ศาสตราจารย์ ดร.จินตนาสรายทพพิทักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่คอยให้คำปรึกษาและชี้แนะแนวทาง ในการทำวิทยานิพนธ์ ตรวจทานแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้เกิดความถูกต้องสมบูรณ์ตลอดจนให้กำลังใจมาโดยตลอด ซึ่งผู้วิจัยรับรู้ได้ถึงความรัก ความห่วงใย ความเอาใจใส่ที่ท่านมีให้เสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จักริน ตัวงคำ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี สมะวรรณะ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดและเสนอแนะแนวทาง ในการปรับปรุงแก้ไขพร้อมทั้งตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิ รองศาสตราจารย์ ดร.บัญชา ชลาภิรมย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรตี เอกภรณ์ชัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์จินตนา บรรลือศักดิ์ และอาจารย์ ดร.สรัญญา รอดพิพัฒน์ ที่ให้ คำแนะนำและตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.บัญชา ชลาภิรมย์ อดีตคณบดีคณะครุศาสตร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธนะ ติงศภัทิย์ ประธานสาขาวิชาสุศึกษาและพลศึกษา ที่คอยดูแลเอาใจใส่ตั้งแต่วัน แรกที่เข้ารับการศึกษาจนกระทั่งจบการศึกษา พร้อมทั้งให้คำแนะนำในทุก ๆ เรื่องเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาที่ ศึกษาในสาขานี้

กราบขอบพระคุณ คุณสารีษฐ์ รัตนวดี ประธานกิตติมศักดิ์มูลนิธิพลังงานไทย ที่ให้ความอนุเคราะห์ สนับสนุนทุนการศึกษาตลอดระยะเวลาจนจบการศึกษา

กราบขอบพระคุณครูในจังหวัดบุรีรัมย์กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทุกคนที่ให้ความร่วมมือ และตั้งใจ ตอบแบบสอบถาม

กราบขอบพระคุณ คุณพ่อณรงค์ศักดิ์ วีรวัฒน์โนดม และคุณแม่จรินทร์ วีรวัฒน์โนดมเป็นอย่างสูงที่ให้ การสนับสนุนทางด้านการศึกษามาโดยตลอด และเป็นกำลังใจอันมีค่ายิ่งโดยตลอดจนจบการศึกษา ผู้วิจัยขอ มอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นเครื่องบูชาเพื่อทดแทนบุญคุณ

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณ นางสาวพรหมภัสสร เกี่ยวข้อง ที่เป็นกัลยาณมิตรที่ดี ให้ความรัก ความ ช่วยเหลือ ความห่วงใย และเป็นกำลังใจตลอดเวลาที่เข้าศึกษาในระดับปริญญาโทมาบัดนี้ สิ่งดีงามที่ผู้วิจัย ได้รับในครั้งนี้ จะประทับอยู่ในใจผู้วิจัยตลอดไป

นฤบดีนทร์ วีรวัฒน์โนดม

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้การวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
1. แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะของครูผู้สอน.....	10
1.1 ความหมายและบทบาทของครู.....	10
1.2 คุณลักษณะของครูที่ดี.....	12
1.3 การดูแลสุขภาพของครู.....	13
1.4 งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของครู.....	19
2. แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ.....	22
2.1 ความหมายของความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ.....	22
2.2 การประเมินความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ.....	22
2.3 งานวิจัยเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพ.....	24

3. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	27
3.1 ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ	27
3.2 ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ.....	28
3.3 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ	30
3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	31
4. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	33
4.1 ความหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต.....	33
4.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต.....	34
4.3 การประเมินคุณภาพชีวิต	35
4.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต.....	36
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	40
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
วิธีการพัฒนาเครื่องมือ.....	45
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	46
การวิเคราะห์ข้อมูล	46
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	48
ตอนที่ 1 ระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของครู ในจังหวัดบุรีรัมย์.....	48
ตอนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและ คุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์	56
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	59
สรุปผลการวิจัย.....	59

อภิปรายผลการวิจัย.....	62
ข้อเสนอแนะ.....	65
บรรณานุกรม.....	66
ภาคผนวก.....	70
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	71
ภาคผนวก ข เครื่องมือวิจัย.....	73
ภาคผนวก ค ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	81
ประวัติผู้เขียน.....	88



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ จำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา และลักษณะ ความเป็นอยู่.....	49
ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของครูในจังหวัดบุรีรัมย์จำแนกตามอายุ	49
ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพของครูใน จังหวัดบุรีรัมย์จำแนกรายด้าน	50
ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน ของครูในจังหวัดบุรีรัมย์จำแนกรายข้อ.....	50
ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่น ของครูในจังหวัดบุรีรัมย์จำแนกรายข้อ.....	51
ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเชื่ออำนาจทางสุขภาพแบบบังเอิญของ ครูในจังหวัดบุรีรัมย์จำแนกตามรายข้อ	52
ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ จำแนกรายด้าน	52
ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ จำแนกรายข้อ.....	53
ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์จำแนก รายด้าน.....	54
ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของครูในจังหวัด บุรีรัมย์จำแนกรายข้อ	55
ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของครูใน จังหวัดบุรีรัมย์ (n=400)	57
ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของครูใน จังหวัดบุรีรัมย์ (n=400)	58

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์และงานสาธารณสุขของไทยมีการพัฒนาปรับเปลี่ยนไปตามยุคสมัย อีกทั้งยังส่งผลโดยตรงต่อประชาชนในการเสริมสร้างและดูแลสุขภาพของประชาชนให้มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างทั่วถึง สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพที่ให้ความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน และออกเป็นพระราชบัญญัติสุขภาพขึ้น โดยมีหลักการที่สำคัญ คือ ประชาชนจะต้องการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ และควรส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองในเบื้องต้น และสามารถขอรับบริการในระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้เมื่อถึงเวลาจำเป็น โดยนโยบายการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนนี้มีมาตั้งแต่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550 และนโยบายนี้ยังคงมีอยู่ถึงพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2562 (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างเหมาะสมจึงเป็นความต้องการจำเป็นที่จะต้องได้รับการยกระดับ เพื่อให้มีประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างถูกต้องในการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บุคลากรทางการศึกษาอย่างวิชาชีพครูนั้น การวางรากฐานในให้ความรู้ ความเข้าใจและการปฏิบัติตนด้านพฤติกรรมสุขภาพนับเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง เนื่องจากผู้เป็นครูต้องรับภาระหน้าที่ต่อเยาวชน สังคม และชาติบ้านเมือง หากผู้เป็นครูไม่สามารถเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตนด้านการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม เกิดการเจ็บป่วยจนปฏิบัติภาระกิจที่ตนเองได้รับมอบหมายบกพร่อง ผลกระทบก็จะตกไปถึงเยาวชน สังคมด้วย อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่า การเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป โดยการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยร่วมในการตัดสินใจก่อนการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไปในแนวทางใดแนวทางหนึ่ง (Pender, 1987) อีกทั้งยังมีความเชื่อพื้นฐานของแต่ละบุคคลซึ่งเกิดจากการเลี้ยงดู สังคม ประเพณี วัฒนธรรมของแต่ละบุคคลเป็นปัจจัยสนับสนุน ความเชื่อที่เป็นตัวกำหนดการกระทำของแต่ละบุคคล และส่งผลต่อสุขภาพนี้เรียกว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ (Health Locus of Control) แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน (Internal Belief) หมายถึง ความเชื่อว่าตนเองเท่านั้นที่เป็นผู้มีสิทธิ์เลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตน 2) ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่น (Powerful Others Belief)

หมายถึง ความเชื่อว่าการที่ตนเองจะมีสุขภาพที่ดีหรือไม่นั้น ต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น และ 3) ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ (Chance Belief) หมายถึง ความเชื่อว่าการที่จะมีสุขภาพที่ดีได้นั้นเกิดขึ้นเพราะตนเองโชคดี ส่วนสุขภาพร่างกายที่แย่นั้นเกิดขึ้นเพราะเคราะห์กรรมที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ทั้งนี้ บุคคลแต่ละคนจะมีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพในแต่ละประเภทแตกต่างกันออกไปตามสภาพแวดล้อมและสภาพความเป็นอยู่ที่ทำให้มีพฤติกรรมกรรมการแสดงออกที่แตกต่างกันด้วย โดยหากเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพประเภทความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนสูง ความเชื่อก็นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และมีร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์แข็งแรงด้วย

การศึกษาเกี่ยวกับประเภทของความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ พบว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมภายนอกตนด้านสุขภาพหรือความเชื่ออำนาจควบคุมผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจควบคุมความบังเอิญด้านสุขภาพ สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งในภาวะปกติและภาวะที่เจ็บป่วยได้โดย Wallston, Wallston, & DeVellis (1978) กล่าวว่า พฤติกรรมที่สามารถใช้ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพมาทำนาย คือ พฤติกรรมการแสวงหาความรู้หรือค้นหาข้อมูลที่เป็นจริงทางด้านสุขภาพ การไข้ยา การปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับวัย เป็นต้น บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพมักจะมีพฤติกรรมที่กล่าวมาในทางบวก นอกจากนี้ บุคคลที่มีความเชื่อควบคุมอำนาจภายในตนด้านสุขภาพจะเป็นผู้สนใจต่อสุขภาพสามารถปฏิบัติตนให้เป็นบุคคลที่มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ มีการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุข ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ซึ่งแตกต่างจากบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ ที่มีความเชื่อว่าการที่ตนจะมีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กัโชคชะตา ความบังเอิญและสิ่งแวดล้อมบันดาลให้เป็นไป จึงมักจะมีพฤติกรรมเฉื่อยชา ไม่กระตือรือร้นที่จะแสวงหาความรู้เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วยตนเอง ทำให้สุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรมไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ สอดคล้องกับวิจัยของ สโรชา อยู่ยงสินธุ์และสุจิตรา สุกนธทรัพย์ (2558) ที่ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า จากบริบทวิถีชีวิตของภาคตะวันออกเฉียงเหนือทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงมีชีวิตอยู่ด้วยการประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม และคงมีการใช้ชีวิตโดยอาศัยการดำเนินตามระบบศาสนา ยึดถือความเชื่อหรือข้อห้ามตามขนบประเพณีวัฒนธรรม ระบบศาสนาที่ยึดถือ ชาวอีสานส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ แต่ในทางปฏิบัติยังยึดมั่นอยู่ในความสถาบันหลัก 3 สถาบัน คือ ผี พราหมณ์ และ

พระพุทธศาสนา ทั้งสามสถาบันนี้บรรพบุรุษได้จัดระบบและกลั่นกรองการสั่งสอน สืบทอดกันมาเป็นระยะเวลายาวนาน โดยเรียกรวมกันว่า “ฮิตสิบสองกองสิบสี่” หรือเรียกสั้น ๆ ว่า “ฮิตกอง” อย่างไรก็ตาม การพัฒนาทางเทคโนโลยีก็ได้เข้ามาปรับเปลี่ยนบทบาทบางอย่างของผู้สูงอายุขึ้น อาทิเช่น การรับประทานอาหารสำเร็จรูป การพบแพทย์เมื่อไม่สบาย เป็นต้น แต่ประเพณีธรรมเนียมการปฏิบัติบางอย่างยังคงฝังลึกจนไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้ และทำได้เพียงแต่การเฝ้าระวัง ได้แก่ การกินอาหารประเภทสุก ๆ ดิบ ๆ แม้ว่าพบจำนวนผู้สูงอายุทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพิ่มขึ้น และมีสุขภาพแข็งแรงอยู่ก็ตาม ก็ควรได้รับการดูแลใส่ใจให้มีสุขภาพดีอยู่เสมอต่อไป

ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชากรทุกกลุ่มล้วนมีความสำคัญ และเมื่อศึกษาปัญหาสุขภาพของครูและบุคลากรทางการศึกษาพบว่ายังมีปัญหาสุขภาพอยู่มาก ดังเช่นที่ นายบำเหน็จ ทิพย์อักษร (ไทยรัฐออนไลน์, 2554: ออนไลน์) รองเลขาธิการคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา (สกสค.) เปิดเผยข้อมูลของกองทุนการฌาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา (ช.พ.ค.) พบว่าในแต่ละปีมีสมาชิกช.พ.ค. ซึ่งมีทั้งครูและบุคลากรทางการศึกษาเสียชีวิตจำนวนนับพันคน เช่น ในปี พ.ศ. 2553 มีสมาชิก ช.พ.ค.เสียชีวิตจำนวนทั้งสิ้น 5,196 ราย ปี 2554 ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 กรกฎาคม 2554 มีสมาชิก ช.พ.ค.เสียชีวิตจำนวนทั้งสิ้น 3,594 ราย ซึ่งส่วนใหญ่จะเสียชีวิตจากโรคมะเร็งไข้เจ็บ โดยโรค 5 อันดับแรกที่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคมะเร็งตับ มะเร็งปอด โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และเส้นเลือดในสมองแตก ตามลำดับ

อย่างไรก็ตาม ปีที่ผ่านมาสถานพยาบาลของ สกสค.ได้ให้บริการตรวจสุขภาพและได้จัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ครอบคลุมไปให้บริการตรวจสุขภาพกับครูและบุคลากรทางการศึกษาในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศกว่า 20,000 คน ซึ่งได้พบว่ามีครูและบุคลากรทางการศึกษากว่า 8,000 คน ที่ต้องได้รับการดูแลสุขภาพเป็นพิเศษ เนื่องจากบางคนมีโรคมะเร็งไข้เจ็บคุกคามแล้ว แต่ยังไม่แสดงอาการและบางคนก็อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคร้ายแรงได้ ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมการกิน เช่น ชอบดื่มเหล้า ชอบกินอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เป็นต้น

นอกจากข้อมูลการเสียชีวิตของครูแล้ว ยังมีข้อมูลการเจ็บป่วยของครูดังที่ นายแพทย์กฤษดา ศิรามพุช ผู้อำนวยการศูนย์เวชศาสตร์อายุรวัฒน์นานาชาติกล่าวถึง โรคมะเร็งไข้เจ็บของอาชีพครูที่พบมาก 5 โรค (ไทยรัฐออนไลน์, 2556: ออนไลน์) ได้แก่ โรคเครียด โรคอ้วน โรคนอนดึก โรคนอนไม่หลับ และโรคที่เกี่ยวกับการยืน ตามลำดับ ดังนั้น จึงมีเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องส่งเสริมสุขภาพครู ดังนี้ (จินตนา สราวุธพิทักษ์, 2561) 1) ครูต้องคลุกคลีอยู่กับเด็กเกือบทุกวัน วันละหลาย ๆ ชั่วโมง ครูจึงมีโอกาสได้รับเชื้อโรคจากเด็กได้ง่าย ในทำนองเดียวกันถ้าครูมีสุขภาพไม่ดีหรือเป็นโรคมะเร็งไข้เจ็บ

ก็อาจถ่ายทอดหรือแพร่กระจายเชื้อโรคจากเด็กได้ง่ายเช่นเดียวกัน 2) ในยุคโลกาภิวัตน์ครูต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ในการเรียนการสอนมากขึ้น บางครั้งอาจเป็นสาเหตุทำให้สุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของครูเสื่อมโทรมลงได้ 3) สุขภาพและสมรรถภาพทั้งทางกายและจิต ย่อมมีความสำคัญต่อการประกอบอาชีพของครูเป็นอันมาก เพราะสุขภาพและสมรรถภาพย่อมเป็นวิถีแห่งชีวิตที่สามารถจะช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะครูที่มีอาการสามวันดีสี่วันไข้ก็คงจะทำการสอนไม่ได้ผลอย่างเต็มที่ 4) ครูเป็นสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่สำคัญที่สุดสำหรับเด็ก เพราะครูในโรงเรียนเป็นสิ่งแวดล้อมทั้งทางกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา ซึ่งมีผลเกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนหรือการเรียนรู้ของนักเรียนทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม 5) โดยทั่วไปครูเป็นตัวอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้แก่เด็ก ๆ บางครั้งรวมถึงผู้ปกครอง และชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “เด็ก ๆ มักจะเรียนรู้และเลียนแบบจากครูเสมอ” ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของครูจึงมีความสำคัญมาก และ 6) หากครูประจำการในวันนี้มีสุขภาพสมบูรณ์ดี นอกจากจะเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาตัวได้อย่างมากแล้ว ยังจะส่งผลดีไปสู่วันหน้าในอนาคต เมื่อครูเกษียณอายุราชการไปแล้วอีกด้วย นับว่าเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระหนักของกระทรวงสาธารณสุขได้เป็นอย่างดีอีกทางหนึ่ง ดังนั้น ด้วยเหตุผลและความจำเป็นดังกล่าว จึงสรุปได้ว่าครูเป็นบุคลากรที่ต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพ

การสำรวจประชากรที่ประกอบวิชาชีพครูในจังหวัดบุรีรัมย์ทั้งสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 32 บุรีรัมย์ ทุกสังกัด/หน่วยงาน พบว่า มีครูทั้งหมดจำนวน 11,247 คน (สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดบุรีรัมย์, 2561) และจากความคิดเห็นที่ปรากฏในพิธีกรรมของชาวจังหวัดบุรีรัมย์สรุปได้ว่า ชาวบุรีรัมย์มีความเชื่อเรื่องผีบรรพบุรุษที่ปฏิบัติสืบกันมา ยังคงมีการสะเดาะเคราะห์แก้กรรมให้ตนเองหายจากการเจ็บป่วยทางกาย ความไม่สบายใจจนเกิดความทุกข์ใจต่าง ๆ และได้พยายามหาวิธีแก้กรรมโดยการสะเดาะเคราะห์ตามความเชื่อ การดูแลศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของครูจึงจำเป็นต้องสร้างความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การสร้างพื้นฐานพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของบุคลากรวิชาชีพครูจึงจำเป็นต้องได้รับแนวทางสร้างพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น โครงการตรวจสุขภาพประจำปีของครูและบุคลากรทางการศึกษาเป็นหนึ่งโครงการตัวอย่างที่สำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา (สกสค.) ให้ความสำคัญ เพราะหากครูมีสุขภาพดีจะส่งผลไปถึงการจัดการเรียนการสอนได้ดีตามไปด้วย การส่งเสริมสุขภาพของครูจึงจำเป็นต้องมีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพเป็นองค์ประกอบเพื่อให้การเกิดพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยเหตุนี้ทำให้ผู้วิจัยสนใจในศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยยึดแนวคิดสำคัญของ Pender (1987) ที่ได้อธิบายถึงพฤติกรรมการสร้างเสริม

สุขภาพไว้ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้ายความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) ด้านโภชนาการ 3) ด้านการออกกำลังกาย 4) ด้านการจัดการความเครียด 5) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 6) ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ซึ่งจะช่วยให้ครูสามารถใช้ชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเองอย่างมีความสุข

นอกจากนี้ จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของครูในสังคมไทยก็พบว่าลดลง เนื่องด้วยภาระงานที่มาก ซึ่งกระทรวงศึกษาธิการพยายามเดินหน้าพัฒนาคุณภาพชีวิตของครูไทยให้ดีขึ้น ผู้วิจัยได้ศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีการศึกษาน้อยมากที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของครูอย่างแท้จริง เพราะการศึกษาส่วนมากจะเน้นไปที่คุณภาพชีวิตเฉพาะด้านการทำงานของครู (อัมทิพย์ อนิสดา และประเสริฐ อินทร์รักษ์, 2555; นิตยา พรหมพินิจ, วัลนิกา ฉลากบาง และพิศุทธิ์ กิติศรีวรพันธุ์, 2558; สนุก สิงห์มาตร, พิกุล มีมานะ และธีรภัทร์ ถิ่นแสนดี, 2560; สุภัชฌาน์ ศรีเอี่ยม และคณะ, 2562) เมื่อศึกษาความหมายของคุณภาพชีวิต พบว่า ความรู้สึกของการดำเนินชีวิตในแต่ละวันอย่างมีความสุขและพึงพอใจในสิ่งที่ตนเองมี โดยมีปัจจัยหลายด้านที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกายและสุขภาพด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวนทั้งสิ้น 25 ข้อ เพื่อวัดคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

ดังที่กล่าวมาในข้างต้น สรุปได้ว่าการสร้างพื้นฐานพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพของบุคลากรวิชาชีพครูจำเป็นต้องได้รับแนวทางการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น โครงการตรวจสุขภาพประจำปีของครูและบุคลากรทางการศึกษา นับเป็นหนึ่งในโครงการตัวอย่างที่สำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา (สกสค.) ให้ความสำคัญ เพราะหากครูมีสุขภาพดีจะส่งผลถึงการจัดการเรียนการสอนนักเรียนได้ดีตามไปด้วย การส่งเสริมสุขภาพของครูจึงจำเป็นต้องมีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพเป็นองค์ประกอบในการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยเหตุนี้ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์
2. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ครูในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยคำนวณจากครูในเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 32 จังหวัดบุรีรัมย์ พ.ศ.2561 จำนวนครูทั้งหมด 11,247 คน (สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดบุรีรัมย์, 2561)
3. พฤติกรรมสุขภาพในงานวิจัยนี้ ใช้แนวคิดของ Pender (1987) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) ด้านโภชนาการ 3) ด้านการออกกำลังกาย 4) ด้านการจัดการความเครียด 5) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ 6) ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ

คำจำกัดความที่ใช้การวิจัย

ครู หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ความสามารถสำเร็จหลักสูตรวิชาชีพครู ซึ่งทำหน้าที่คอยอบรมสั่งสอน จัดประสบการณ์ในการเรียนรู้ รวมไปถึงการตักเตือน แนะนำ ส่งเสริมองค์ความรู้ การเรียนรู้ทางปัญญา ทั้งที่เป็นศาสตร์และศิลป์ รวมไปถึงการทำหน้าที่อื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นทั้งภาครัฐหรือเอกชน

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่เห็นด้วยกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวจะส่งผลให้บุคคลนั้นปฏิบัติตามสิ่งที่ตนเองรู้สึกและเห็นด้วย และเกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพทั้งดีและไม่ดีในที่สุด โดยแบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

- 1) ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่เชื่อว่าสามารถควบคุมสุขภาพด้านต่าง ๆ ได้โดยพฤติกรรมของตนเอง
- 2) ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่น หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่เชื่อว่าบุคคลากรทางการแพทย์มีอิทธิพลต่อการควบคุมสุขภาพด้านต่าง ๆ ของตนเอง
- 3) ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่เชื่อว่าสุขภาพหรือการเจ็บป่วยเกิดจากโอกาสหรือโชคชะตาที่ไม่อาจควบคุมได้

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ลักษณะการกระทำของบุคคล และส่งผลต่อความสมบูรณ์ของทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งมีการปฏิบัติจนเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิต โดยครอบคลุมพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ หมายถึง ลักษณะการกระทำของบุคคลที่มีการดูแลสุขภาพ รวมถึงมีการแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง
- 2) ด้านโภชนาการ หมายถึง ลักษณะการกระทำของบุคคลเกี่ยวกับลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร และการเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ
- 3) ด้านการออกกำลังกาย หมายถึง ลักษณะการกระทำของบุคคลที่มีการใช้พลังงานของร่างกาย รวมถึงการออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน
- 4) ด้านการจัดการความเครียด หมายถึง ลักษณะการกระทำของบุคคลที่ช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความตึงเครียด โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ
- 5) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หมายถึง ลักษณะการกระทำของบุคคลที่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ
- 6) ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ หมายถึง ลักษณะการกระทำของบุคคลที่แสดงออกเกี่ยวกับการตระหนักในการให้ความสำคัญของชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายหรือวางแผน ในการดำเนินชีวิต เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ ต้องการและเกิดความสุขสงบสุขในชีวิต

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกของการดำเนินชีวิตในแต่ละวันอย่างมีสุขและพึงพอใจในสิ่งที่มีตนเองมี โดยมีปัจจัยหลายด้านที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่

- 1) ด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย และการรับรู้ถึงความรู้สึกสบายไม่มีความเจ็บปวด เป็นต้น
- 2) ด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง และการรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง เป็นต้น
- 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม หมายถึง การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์
- 4) ด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่ามีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต เป็นต้น

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทราบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมของครูในจังหวัดบุรีรัมย์
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างและพัฒนาโปรแกรมพฤติกรรมสุขภาพแก่บุคลากรของกระทรวงศึกษาธิการเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของครู
3. ใช้เป็นแนวทางและเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนดำเนินงานการแก้ไขปัญหาสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย โดยที่ครอบคลุมหัวข้อตามลำดับต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะของครูผู้สอน
 - 1.1 ความหมายและบทบาทของครู
 - 1.2 คุณลักษณะของครูที่ดี
 - 1.3 การดูแลสุขภาพของครู
 - 1.4 งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของครู
2. แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ
 - 2.1 ความหมายของความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ
 - 2.2 การประเมินความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ
 - 2.3 งานวิจัยเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพ
3. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 3.1 ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
 - 3.2 ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ
 - 3.3 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ
 - 3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ
4. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
 - 4.1 ความหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
 - 4.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
 - 4.3 การประเมินคุณภาพชีวิต
 - 4.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะของครูผู้สอน

1.1 ความหมายและบทบาทของครู

ครูเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้การเรียนรู้บรรลุเป้าหมาย ส่งผลให้การบริหารและทางการศึกษามีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ช่วยให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาตนตามธรรมชาติเต็มตามศักยภาพ และเป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิต ได้มีนักวิชาการและหน่วยงานด้านการศึกษาให้มุมมองและคำอธิบายความหมายของคำว่า “ครู” ไว้ (สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2553; สมหมาย ปวะบุตร, 2558; กัลยาณี พรหมทอง, 2560; Good, 1973) สรุปได้ดังนี้

สำนักงานราชบัณฑิตยสภา (2553) อธิบายความหมายของคำว่า ครู คือผู้ที่สั่งสอนศิษย์ ถ่ายทอดความรู้ให้แก่ศิษย์ ครูเป็นผู้ที่ทำให้กระบวนการเรียนรู้สั้นลง โดยทั่วไปมักเรียกผู้สอนในโรงเรียนอนุบาล โรงเรียนประถมและโรงเรียนมัธยมว่า ครู และผู้บริหารโรงเรียนอนุบาลและโรงเรียนประถมศึกษา มักเรียกว่า ครูใหญ่ ผู้ที่สอนและฝึกให้มีความรู้ทางด้านศิลปะก็เรียกว่า ครู เช่น ครูนาฏศิลป์ ครูโขน ครูดนตรี ครูช่าง ผู้ให้ความรู้และฝึกด้านการทหารก็เรียกว่าครู เช่น ครูฝึก ในกองทัพเรือ ทหารผู้มีอาวุโสน้อยกว่าก็จะเรียกทหารผู้มีอาวุโสมากกว่าว่า ครู เพราะถือว่านายทหารผู้ใหญ่ นั้นสามารถให้ความรู้ในด้านใดด้านหนึ่งได้ คำว่า ครู ใช้เป็นคำนำหน้าชื่อและเป็นสรรพนามเรียกผู้ที่เป็นครูนั้นด้วย

ซึ่งสอดคล้องกับ สมหมาย ปวะบุตร (2558) ได้อธิบายว่า ครู หมายถึง ผู้ที่ให้ความรู้ โดยเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ ผู้อบรมสั่งสอนคุณธรรมจริยธรรม สืบสานวัฒนธรรมประเพณี ภูมิปัญญาต่าง ๆ เผื่อนผู้จัดกิจกรรมการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้เรียนได้พัฒนาตน ในทักษะการคิด การฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน เผื่อนผู้จัดประสบการณ์ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แก่ผู้เรียนทั้งในวิทยาการสมัยใหม่ และวิถีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม ทั้งนี้ เพื่อให้ศิษย์ได้พัฒนาความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ ที่มีสำนึกผู้ผิดชอบชั่วดี รู้บาปบุญคุณโทษ

ส่วน กัลยาณี พรหมทอง (2560) ได้สรุปว่า ครู คือ ผู้สั่งสอนศิษย์ ผู้ถ่ายทอดความรู้ให้แก่ศิษย์ ด้วยเหตุนี้ ครูจึงเป็นบุคคลสำคัญที่คอยประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ อบรมสั่งสอน สร้างสรรค์ พัฒนา ภูมิปัญญา และเป็นปูชนียบุคคล ควรได้รับการน้อมเคารพจากศิษย์ทั้งปวง

นอกจากนี้ Good (1973) ได้ให้ความหมายคำว่า “ครู” ไว้ดังนี้

1. ครู คือ บุคคลที่ทางราชการจ้างไว้ เพื่อทำหน้าที่ให้คำแนะนำหรืออำนวยความสะดวกในการจัดประสบการณ์ในการเรียน สำหรับนักเรียนหรือนักศึกษาในสถาบันการศึกษา ไม่ว่าจะ เป็นของรัฐหรือเอกชน

2. ครู คือ บุคคลที่มีประสบการณ์หรือมีการศึกษามากหรือดีเป็นพิเศษ หรือมีทั้งประสบการณ์ในการเรียนสำหรับนักเรียนหรือนักศึกษาในสถาบันการศึกษา ไม่ว่าจะ เป็นของรัฐหรือเอกชน

3. ครู คือ บุคคลที่สำเร็จหลักสูตรวิชาชีพจากสถาบันฝึกหัดครู และการฝึกอบรมได้รับรองอย่างเป็นทางการ โดยการมอบประกาศนียบัตรให้แก่บุคคลนั้น

4. ครู คือ บุคคลที่สั่งสอนอบรมคนอื่น ๆ

กล่าวโดยสรุป ครู หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ความสามารถสำเร็จหลักสูตรวิชาชีพครู ซึ่งทำหน้าที่คอยอบรมสั่งสอน จัดประสบการณ์ในการเรียนรู้ รวมไปถึงการตักเตือน แนะนำ ส่งเสริมองค์ความรู้ การเรียนรู้ทางปัญญา ทั้งที่เป็นศาสตร์และศิลป์ รวมไปถึงการทำหน้าที่อื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นทั้งภาครัฐหรือเอกชน

บทบาทของครู

บทบาทของครูเป็นสิ่งที่ช่วยให้ครูแสดงออกได้อย่างถูกต้องและเกิดผลโดยตรงต่อผู้เรียน และสังคม ซึ่ง รัตนาดี โชติพนิช (2557) ได้สรุปบทบาทของครูจากคำว่า “TEACHERS” ไว้ดังนี้

T – Teaching (การสอน) หมายถึง บทบาทในการทำหน้าที่สั่งสอนศิษย์ให้เป็นคนดี มีความรู้ในวิชาการทั้งปวง ซึ่งถือว่าเป็นงานหลักของครูทุกคน ทุกระดับชั้นที่สอน ดังนั้น ครูทุกคนจึงควรตระหนักในเรื่องการสอนเป็นอันดับแรกโดยถือว่า หัวใจความเป็นครูคือการอบรมสั่งสอนศิษย์ให้เป็นคนดีมีความรู้ในวิทยาการทั้งปวง

E – Ethics (จริยธรรม) หมายถึง การที่ครูมีหน้าที่และความรับผิดชอบในการส่งเสริมจริยธรรมให้แก่ผู้เรียน ซึ่งถือว่าเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบที่สำคัญอีกประการหนึ่งของครู นอกจากครู อาจารย์จะต้องอบรมส่งเสริมให้ผู้เรียนเป็นผู้มีจริยธรรมแล้ว ครูทุกคนก็ต้องประพฤติปฏิบัติตนให้เป็นผู้มีจริยธรรมอันดีงามเหมาะสมด้วยเพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ลูกศิษย์

A – Academic (วิชาการ) หมายถึง การที่ครูต้องมีหน้าที่และความรับผิดชอบในทางวิชาการทั้งของตนเองและของลูกศิษย์ ดังนั้น ครูอาจารย์ทุกคนต้องศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เป็นประจำ หากไม่ทำเช่นนั้นก็จะเป็นคนที่ล้าสมัยไม่ทันต่อวิทยาการใหม่ ๆ ซึ่งมีอยู่มากมายในปัจจุบันนี้

C – Cultural Heritage (การสืบทอดวัฒนธรรม) หมายถึง ครู อาจารย์ต้องทำหน้าที่รับผิดชอบในการสืบทอดวัฒนธรรมจากคนรุ่นหนึ่งไปยังคนอีกรุ่นหนึ่ง ซึ่งครูอาจทำได้ 2 ทางคือ

1) การปฏิบัติตนตามขนบธรรมเนียมประเพณีที่ดีงามของชาติ เช่น แต่งกายให้ถูกต้องเหมาะสมกับโอกาสและสถานที่หรือการแสดงความเคารพและกิริยามารยาทแบบไทย ๆ หรือการจัดงานพิธีต่าง ๆ เช่น งานแต่งงาน งานบวช

2) การอบรมสั่งสอนให้ลูกศิษย์ เข้าใจในวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีไทยที่ดี

H – Human Relationship (มนุษยสัมพันธ์) หมายถึง ครูอาจารย์ต้องทำตัวให้มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลทั่ว ๆ ไป เพราะการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีจะช่วยให้ครูสามารถปฏิบัติหน้าที่การงาน

ได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในส่วนตัวและส่วนรวมการมีมนุษยสัมพันธ์ของครูสามารถจำแนกออกได้ ดังนี้

- 1) มนุษยสัมพันธ์ระหว่างครูกับนักเรียน ครูควรสอนให้ลูกศิษย์มีความรู้ในวิชาการต่าง ๆ มีความประพฤติที่ดีเป็นที่ปรึกษาของลูกศิษย์พยายามหาทางช่วยเหลือถ้าลูกศิษย์ที่มีปัญหา
- 2) มนุษยสัมพันธ์ระหว่างครูกับครู ครูทุกคนควรมีความสามัคคีกัน ถ้าสถานศึกษาใดมีครูอาจารย์ที่สมานสามัคคีกัน การพัฒนาโรงเรียนและวิชาการก็จะเจริญก้าวหน้าไปรวดเร็ว
- 3) มนุษยสัมพันธ์ระหว่างครูกับผู้ปกครองและชุมชน ผู้ปกครองนักเรียนเป็นบุคคลกลุ่มหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญต่อการเรียนการสอนและการพัฒนาโรงเรียน ถ้าโรงเรียนใดสามารถโน้มน้าวให้ผู้ปกครองเข้ามา

E – Evaluation (การประเมินผล) หมายถึงการประเมินผลการเรียนการสอนของนักเรียนหน้าทีและความรับผิดชอบในด้านนี้ถือว่ามีความสำคัญยิ่งประการหนึ่ง เพราะการประเมินผลการเรียนการสอนเป็นการวัดความเจริญก้าวหน้าของลูกศิษย์ในด้านต่าง ๆ หากครูสอนแล้วไม่มีการวัดผล ครูก็ไม่สามารถรู้ได้ว่าลูกศิษย์ของตนเองจะมีความเจริญก้าวหน้ามากน้อยเพียงใด สำหรับการประเมินผลของนักเรียน สามารถทำได้หลายแบบ ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์ การสอบ การศึกษาเป็นรายบุคคลการใช้แบบสอบถามและแบบสำรวจการบันทึกย่อและระเบียบวาระ และอื่น ๆ

R – Research (การวิจัย) หมายถึงการที่ครูต้องเป็นนักแก้ปัญหา เพราะการวิจัยเป็นวิธีการแก้ปัญหาและการศึกษาหาความรู้ความจริงที่เชื่อถือได้โดยใช้วิธีการที่เชื่อถือได้

S –Service (การบริการ) หมายถึงการให้บริการแก่ศิษย์ผู้ปกครองและชุมชน เช่น การให้บริการความรู้แก่คนในท้องถิ่น ทั้งในด้านความรู้ทางอาชีพ สุขภาพอนามัย การให้คำปรึกษาหารือ และการร่วมกันแก้ปัญหาของชุมชน

กล่าวโดยสรุป ครูมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญ ซึ่งใช้เป็นหลักในการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยบทบาทที่สำคัญของครูประกอบไปด้วย บทบาทการสอน มีคุณธรรมจริยธรรม รอบรู้ด้านวิชาการ สืบทอดวัฒนธรรม มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ประเมินผลการเรียนการสอนสม่ำเสมอ มีความสามารถในการทำวิจัย และมีใจบริการ

1.2 คุณลักษณะของครูที่ดี

ปัจจุบันนักการศึกษาได้ทำการศึกษาและสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับคุณลักษณะของครูที่ดีไว้หลายด้าน ได้แก่ 1) ลักษณะครูที่ดีตามพระราชดำรัส 2) ลักษณะครูที่ดีตามแนวความคิดทางศาสนา 3) ลักษณะครูที่ดีตามทัศนะของบุคคลต่าง ๆ 4) ลักษณะครูที่ดีจากการวิจัย 5) ลักษณะครูที่ดีตามอุดมคติ 6) ลักษณะครูที่ดีตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพครู และ 7) ลักษณะครูที่ดีตามเกณฑ์ประเมิน

สรรหาครูดีเด่นของคุรุสภา ซึ่ง รัตนาดี โชติพนิช (2557) ได้สรุปว่าครูที่ดีควรจะต้องประกอบด้วยคุณลักษณะที่สำคัญ ๆ คือ

1. บุคลิกภาพดี คือ รูปร่างท่าทางดีแต่งกายสะอาด สุภาพเรียบร้อย พุดจาไพเราะ และมีลักษณะเป็นผู้นำ
2. มีความรู้ที่มีความคิดสร้างสรรค์ เชื่อมั่นในตนเอง กระตือรือร้นและสุขภาพแข็งแรง
3. การสอนดีและปกครองดี คือ อธิบายได้แจ่มแจ้งชัดเจนครบทุกกระบวนการความสนทนุกสนาน ปกครองดูแลนักเรียนให้อยู่ในระเบียบวินัยที่ดีงาม
4. ความประพฤติดี คือ เว้นจากอบายมุขทุกอย่าง ทำแต่ความดีทั้งกาย วาจา ใจ มีคุณธรรมและจริยธรรมสูง มีความซื่อสัตย์เสียสละ มีเมตตากรุณา มีความยุติธรรม และมีมานะอดทน
5. มีมนุษยสัมพันธ์อันดี คือ มีอัธยาศัยไมตรีกับคนทุกเพศ ทุกวัย และทุกฐานะและมีน้ำใจเป็นประชาธิปไตย

กล่าวโดยสรุป ลักษณะของครูที่ดี จะต้องประกอบไปด้วย การมีบุคลิกภาพที่ดี มีความรู้ที่ดี การสอนและการปกครองดี ความประพฤติดี และมีมนุษยสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่น

1.3 การดูแลสุขภาพของครู

สุขภาพคือวิถีแห่งชีวิต (Health is a way of life) โดยสุขภาพจะเป็นเสมือนหนึ่งวิถีทางหรือหนทางอันจะนำบุคคลไปสู่ความสุขและความสำเร็จต่าง ๆ นานาในชีวิต โดยทั่วไป จึงต่างก็เห็นพ้องต้องกันว่า สุขภาพของครูและบุคลากรเป็นสิ่งที่สำคัญมาก

จินตนา สรายุทธพิทักษ์ (2561) กล่าวถึงความสำคัญของสุขภาพของครูในประเด็นต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ องค์ประกอบที่สำคัญยิ่งเกี่ยวกับตัวครูมีอยู่ 4 ประการด้วยกันที่จะช่วยให้การประกอบอาชีพครูประสบความสำเร็จ ได้แก่

1. ความสามารถทางสติปัญญาของครู (Intelligence)
2. คุณลักษณะทางสังคมของครู (Social Quality)
3. วุฒิครู (Professional Preparation)
4. สุขภาพครู (Health)

จะเห็นได้ว่าการที่ครูจะประสบความสำเร็จในการประกอบอาชีพครูได้เป็นอย่างดีนั้น จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบพร้อมบริบูรณ์ถึง 4 ประการด้วยกัน กล่าวคือ ทั้งด้านสติปัญญา คุณลักษณะทางสังคม วุฒิครู และสุขภาพ โดยเฉพาะองค์ประกอบด้านสุขภาพนั้นบุคคลโดยทั่วไปรวมถึงครูเองมักให้ความสำคัญน้อยกว่าองค์ประกอบอื่น ๆ แต่เมื่อพิจารณาจริง ๆ จะเห็นว่า ถ้าครูมีสุขภาพไม่ดีนอกจากจะส่งผลเสียต่อตัวครูเองแล้วยังส่งผลเสียต่อนักเรียนด้วย เช่น ถ้าครูลาป่วยบ่อย ๆ ก็ส่งผลให้เด็กขาดโอกาสในการเรียนรู้ หรือถ้ามา

สอนทั้งที่ป่วยโดยเฉพาะเป็นโรคติดต่อก็อาจแพร่เชื้อโรคไปให้เด็ก ดังนั้น การที่โรงเรียนมีการดำเนินโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนนอกจากจะส่งผลต่อสุขภาพของนักเรียนแล้วยังส่งผลดีต่อสุขภาพของครูอีกด้วย เมื่อเปรียบเทียบกับอาชีพอื่นแล้วจะพบว่าสวัสดิการเพื่อสุขภาพนี้หลายอาชีพไม่มีเหมือนอาชีพครู

โรคภัยไข้เจ็บที่พบบ่อยในการประกอบอาชีพครู

นายแพทย์กฤษดา ศิรามพุช ผู้อำนวยการศูนย์เวชศาสตร์อายุรวัฒน์นานาชาติ กล่าวถึงโรคภัยไข้เจ็บของอาชีพครูที่พบมาก 5 โรค (ไทยรัฐออนไลน์, 2556: ออนไลน์) ได้แก่

1. โรคเครียด
2. โรคอ้วน
3. โรคนอนดึก
4. โรคนอนไม่หลับ
5. โรคที่เกี่ยวข้องกับการยืน

โรคภัยไข้เจ็บที่เป็นสาเหตุการตายของอาชีพครู

นายบำเหน็จ ทิพย์อักษร (ไทยรัฐออนไลน์, 2554: ออนไลน์) รองเลขาธิการคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา (สกสค.) เปิดเผยว่า จากข้อมูลของกองทุนการฃาปนกิจสงเคราะห์ช่วยเพื่อนครูและบุคลากรทางการศึกษา (ช.พ.ค.) พบว่าในแต่ละปีมีสมาชิก ช.พ.ค. ซึ่งมีทั้งครูและบุคลากรทางการศึกษาเสียชีวิตจำนวนนับพันคน เช่น ในปี พ.ศ. 2553 มีสมาชิก ช.พ.ค. เสียชีวิตจำนวนทั้งสิ้น 5,196 ราย ปี 2554 ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 กรกฎาคม 2554 มีสมาชิก ช.พ.ค. เสียชีวิตจำนวนทั้งสิ้น 3,594 ราย ซึ่งส่วนใหญ่จะเสียชีวิตจากโรคภัยไข้เจ็บ โดยโรค 5 อันดับแรกที่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคมะเร็งตับ มะเร็งปอด โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และเส้นเลือดในสมองแตก ตามลำดับ

อย่างไรก็ตาม ปีที่ผ่านมาสถานพยาบาลของ สกสค.ได้ให้บริการตรวจสุขภาพและได้จัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ตระเวนไปให้บริการตรวจสุขภาพกับครูและบุคลากรทางการศึกษาในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศกว่า 20,000 คน ซึ่งได้พบว่า มีครูและบุคลากรทางการศึกษากว่า 8,000 คน ที่ต้องได้รับการดูแลสุขภาพเป็นพิเศษ เนื่องจากบางคนมีโรคภัยไข้เจ็บคุกคามแล้ว แต่ยังไม่แสดงอาการและบางคนก็อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคร้ายแรงได้ ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมมารักกิน เช่น ชอบดื่มเหล้า ชอบกินอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เป็นต้น

เหตุผลจำเป็นที่ต้องส่งเสริมสุขภาพครู

1. ครูต้องคลุกคลีอยู่กับเด็กเกือบทุกวัน วันละหลาย ๆ ชั่วโมง ครูจึงมีโอกาสได้รับเชื้อโรคจากเด็กได้ง่าย ถ้าครูมีสุขภาพไม่ดีหรือเป็นโรคภัยไข้เจ็บก็อาจถ่ายทอดหรือแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่เด็กได้ง่ายเช่นเดียวกัน

2. ในยุคโลกาภิวัตน์ครูต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ในการเรียนการสอนมากขึ้น บางครั้งอาจเป็นสาเหตุทำให้สุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของครูเสื่อมโทรมลงได้

3. สุขภาพและสมรรถภาพทั้งทางกายและทางจิต ย่อมมีความสำคัญต่อการประกอบอาชีพของครูเป็นอันมาก เพราะสุขภาพและสมรรถภาพย่อมเป็นวิถีแห่งชีวิต ที่สามารถจะช่วยให้บุคคลประสบกับความสุขและความสำเร็จได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะครูที่มีอาการสามวันดีสี่วันไข้ก็คงจะทำการสอนไม่ได้ผลอย่างเต็มที่

4. ครูเป็นสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่สำคัญที่สุดสำหรับเด็ก เพราะครูในโรงเรียนเป็นสิ่งแวดล้อมทั้งทางกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา ซึ่งมีผลเกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนหรือการเรียนรู้ของนักเรียนทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม

5. โดยทั่วไปครูเป็นตัวอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้แก่เด็ก ๆ บางครั้งรวมถึงผู้ปกครองและชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “เด็ก ๆ มักจะเรียนรู้และเลียนแบบจากครูเสมอ” ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของครูจึงมีความสำคัญมาก

6. หากครูประจำการในวันนี้มีสุขภาพสมบูรณ์ดี นอกจากจะเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาตัวได้อย่างมากแล้ว ยังจะส่งผลดีไปสู่วันหน้าในอนาคตเมื่อครูเกษียณอายุราชการไปแล้วอีกด้วย นับว่าเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระหนักของกระทรวงสาธารณสุขได้เป็นอย่างดีอีกทางหนึ่ง

จากเหตุผลทั้งหมดที่กล่าวมา ย่อมช่วยกันสนับสนุนให้เห็นอย่างเด่นชัดว่า ครูเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่สุดของเด็กอย่างแท้จริง ผู้บริหารการศึกษาจึงควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของครูและบุคลากรในโรงเรียนหรือสิ่งแวดล้อมที่มีชีวิตอยู่เหล่านี้ให้มากหรือน้อย ก็ต้องเท่าเทียมกับบรรดาสสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีชีวิตทั้งหลายในโรงเรียน จึงอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า สุขภาพของครูและบุคลากรในโรงเรียนย่อมมีอิทธิพลต่อเด็กอย่างปราศจากข้อสงสัย ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพจึงนับว่าเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญมากเสียยิ่งกว่าที่ผู้บริหารจะจัดให้เป็นแต่เพียงสวัสดิการแก่ครูและบุคลากรในโรงเรียน ทั้งนี้ เพราะว่าสุขภาพของครูและบุคลากรในโรงเรียน ย่อมมีผลต่อการเรียนการสอนหรือการให้การศึกษาแก่เด็กด้วยนั่นเอง อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลทางสถิติพยากรณ์ชีพโดยทั่วไปปรากฏว่า อาชีพครูก็ยังเสี่ยงต่อโรคภัยไข้เจ็บรวมทั้งอุบัติเหตุต่าง ๆ น้อยกว่าผู้ประกอบอาชีพอื่น ๆ อีกหลายอาชีพ

เหตุปัจจัยที่ทำให้ครูมีความสุขกับงานหรือเบื่อหน่ายงาน

สาเหตุที่ทำให้ครูมีความสุขกับงาน สรุปได้ดังนี้

1. สังคมให้ความเคารพนับถือและยกย่องอาชีพครู
2. ความภาคภูมิใจในอาชีพครูซึ่งเป็นอาชีพที่สูงและเป็นประโยชน์ต่อสังคม
3. ศิษย์ให้ความเคารพนับถือและยกย่องให้เกียรติครู
4. การได้รับความรู้และประสบการณ์เพิ่มเติมอยู่เสมอ
5. การเห็นศิษย์ประสบความสำเร็จต่าง ๆ ในชีวิต
6. การจัดสวัสดิการต่าง ๆ ให้แก่ครูอย่างเพียงพอและสม่าเสมอ
7. สิ่งแวดล้อมทั่วไปดี บรรยากาศในที่ทำงานเป็นแบบประชาธิปไตย
8. ความเป็นผู้มีสุขภาพที่สมบูรณ์และมีสมรรถภาพทางกายที่ดี

สาเหตุที่ทำให้ครูเบื่อหน่ายงาน สรุปได้ดังนี้

1. สังคมจำกัดสิทธิบางอย่างของครู เช่น ครูต้องทำตนเป็นครูอยู่ทุกระเบียดนิ้ว
2. สังคมขาดความเอาใจใส่ในอาชีพครู หรือไม่เห็นความสำคัญของครู
3. ครูต้องทำงานหนักมากเกินไป เช่น มีทั้งงานสอนและงานธุรการอื่น ๆ
4. ครูได้รับเงินเดือนต่ำหรือมีรายได้น้อย ไม่พอเลี้ยงครอบครัว
5. ฝ่ายบริหารจัดการสวัสดิการต่าง ๆ ให้แก่ครูไม่เพียงพอและไม่ทั่วถึง
6. สิ่งแวดล้อมทั่วไปไม่ดี บรรยากาศในที่ทำงานเป็นแบบเผด็จการ
7. ครูมีสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจไม่สมบูรณ์ และมีสมรรถภาพทางกายที่ไม่ดีพอ
8. ในยุคโลกาภิวัตน์ ครูต้องเผชิญกับปัญหาระเบียบวินัยของนักเรียนเพิ่มมากขึ้น

หลักการและแนวคิดทั่วไปในการส่งเสริมสุขภาพครู

การส่งเสริมสุขภาพครูอาจกระทำได้โดยอาศัยหลักการและแนวคิด ดังต่อไปนี้

1. โรงเรียนควรให้มีการตรวจสุขภาพผู้ที่สมัครสอบคัดเลือกเข้าทำงานอาชีพครู ถ้าเป็นไปได้ ควรจัดให้มีคณะแพทย์ตรวจสุขภาพอย่างละเอียด ดีกว่าจะใช้ใบรับรองแพทย์เพียงอย่างเดียว
2. โรงเรียนควรจัดให้ครูได้รับการตรวจสุขภาพโดยแพทย์เป็นระยะ ๆ ตามความเหมาะสม และความจำเป็น โดยให้มีการตรวจสุขภาพทั้งทางร่างกายและทางด้านจิตใจ รวมทั้งควรจัดให้ครูได้มีการสร้างภูมิคุ้มกันโรคอยู่อย่างสม่าเสมอด้วย
3. การจัดโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนให้ได้ผลอย่างแท้จริงนั้น นับเป็นการส่งเสริมสุขภาพครูที่ดีที่สุด เพราะไม่ว่าจะเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ การจัดบริการสุขภาพและการสอน

สุขศึกษาก็ตาม กิจกรรมและประสบการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ ครูย่อมมีโอกาสได้ใช้ และยังสามารถส่งผลกระทบต่อถึงพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของครูได้เสมอ ดังตัวอย่างเช่น

- 3.1 ครูได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะและมีบรรยากาศที่ร่มรื่นสวยงาม
- 3.2 ครูได้รับการบริการสุขภาพหลายอย่างไปพร้อมกับนักเรียน เช่น การตรวจร่างกายด้วยการฉายรังสีเอกซ์เรย์ เป็นต้น
- 3.3 ครูได้เรียนรู้เรื่องการดูแลสุขภาพบางเรื่องเป็นพิเศษจากการเชิญวิทยากรมาบรรยาย
4. การส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและสมรรถภาพทางกายแก่ครูในโรงเรียนและชุมชน โดยจัดให้โรงเรียนเป็นศูนย์กลาง ดังนี้
 - 4.1 การส่งเสริมการออกกำลังกายให้แก่นักเรียน ครูในโรงเรียน รวมถึงชุมชน เช่น การแข่งขันกีฬา และการจัดสนามเพื่อเล่นกีฬาประเภทต่าง ๆ
 - 4.2 การจัดสถานที่ออกกำลังกายและมีอุปกรณ์กีฬาอย่างเพียงพอ รวมถึงการส่งเสริมและสนับสนุนครูที่มีความสามารถทางด้านกีฬา เป็นผู้ฝึกสอนกีฬาให้แก่ชุมชนใกล้เคียง
5. โรงเรียนควรปรับปรุงสวัสดิการครูในทุก ๆ ด้านให้ดียิ่งขึ้น เพื่อให้ครูมีการกินดีอยู่ดีอย่างสมบูรณ์ เพราะเมื่อทุกสิ่งทุกอย่างที่เป็นปัจจัยในการดำรงชีวิตของครูอยู่ในระดับที่เหมาะสมแล้ว ก็เท่ากับเป็นการส่งเสริมสุขภาพของครูไปด้วยพร้อม ๆ กัน
6. การส่งเสริมให้ครูเข้าร่วมโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพและสวัสดิภาพที่สังคม ชุมชน หรือหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนจัดขึ้น เช่น การฝึกปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่ตนเคารพนับถือ การฝึกปฏิบัติสมาธิ การป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ เหล่านี้เป็นต้น
7. โรงเรียนควรปรับปรุงระบบการบริหารงานด้านต่าง ๆ ภายในโรงเรียนให้เหมาะสม เพื่อช่วยให้ครูมีเสรีภาพ มีความคล่องตัวในการทำงานได้อย่างสะดวกสบาย และทำหน้าที่ครูได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะการบริหารงานของโรงเรียนย่อมมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของครูอยู่ด้วยเสมอ

ข้อเสนอแนะในการส่งเสริมสุขภาพจิตครู

แนวคิดหรือปรัชญาการสอนสุขศึกษาที่สำคัญประการหนึ่ง คือการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมให้มากพอ ๆ กับสุขภาพทางด้านร่างกาย ดังนั้น ครูก็สมควรจะได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมมากพอ ๆ กับสุขภาพทางด้านร่างกายผ่านโครงการต่าง ๆ ของโรงเรียน แต่ในขณะเดียวกัน การจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตครูกลับมีน้อยกว่าการส่งเสริมสุขภาพกาย

อีกประการหนึ่ง เหตุผลดังกล่าวอาจเป็นเพราะบทบาทของสถานศึกษามักจะมุ่งเน้นในการพัฒนานักเรียนมากกว่า ทั้ง ๆ ที่โดยความเป็นจริงแล้วครูนั้นจัดว่าเป็นผู้ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งทางการศึกษา หากปราศจากครูที่ดีแล้ว การให้การศึกษแก่นักเรียนจะเกิดขึ้นได้อย่างไร กล่าวได้ว่า

ความสำเร็จใด ๆ ในการพัฒนานักเรียน ความก้าวหน้าของระบบการศึกษาและสังคม ย่อมขึ้นอยู่กับความสามารถของครูเป็นหลักสำคัญ เนื่องจากครูเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ และทักษะวิชาต่าง ๆ ไปสู่นักเรียน ซึ่งจะเป็นประชากรในอนาคตและเป็นประชากรที่มีอำนาจในการกระทำทุกอย่าง สังคมในอนาคตจะดีหรือไม่จึงขึ้นอยู่กับผลการศึกษ ด้วยเหตุนี้ คำที่แสดงถึงความสำคัญของครู คือ “ครูคือแม่พิมพ์ของชาติ”

การที่จะอบรมสั่งสอนให้นักเรียนเป็นคนดีตามเป้าหมายของโรงเรียนและระบบการศึกษานั้น จะต้องมีการที่มีคุณภาพ และในบรรดาคุณสมบัติที่ดีของครูนั้น การมีสุขภาพจิตดีก็นับว่าเป็นคุณสมบัติที่มีความสำคัญมาก เพราะครูที่มีสุขภาพจิตดีจะเป็นผู้ที่มีความรักความเมตตาต่อนักเรียน เป็นผู้ที่มีความตั้งใจอบรมนักเรียน เป็นแบบอย่างที่ดีของนักเรียน ทั้งในด้านความรู้และการปฏิบัติตน จนสามารถเป็นปูชนียบุคคลของประชาชนทั่วไปได้ เนื่องจากครูเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดผู้หนึ่งในสังคม ครูจึงเป็นผู้ที่มีเกียรติในสังคมผู้หนึ่งเพราะงานครูเป็นงานสร้างพระคุณ อย่างไรก็ตาม งานครูเป็นงานที่เหนื่อย ค่าตอบแทนน้อย และครูจะต้องเป็นบุคคลที่มีลักษณะนิสัยและพฤติกรรมที่แสดงออกทั้งกิริยา วาจา มารยาท และความประพฤติในทุก ๆ ด้าน ครูจึงเป็นที่รักใคร่และนับถือของศิษย์โดยทั่วไป ทั้งนี้ เพื่อสร้างค่านิยมของครูให้มั่นคงตลอดไป โดยเฉพาะค่านิยมที่สำคัญ ได้แก่ ค่านิยมทางศีลธรรมและจิตใจ รวมถึงค่านิยมทางสังคมอีกด้วย ดังนั้น ครูจึงจำเป็นต้องสร้างนิสัยและพฤติกรรมที่แสดงออกในทางที่ดีเสมอ เมื่อครูต้องปรับตัวมากขึ้นเช่นนี้ จึงย่อมมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

แนวทางปฏิบัติตนของครูเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต

ในการดำเนินวิถีชีวิตปัจจุบันทั่วไปของครู ถึงแม้จะมีความพยายามในการพัฒนาตนเองมากเพียงใด แต่ครูก็เป็นปุถุชนหรือเป็นมนุษย์คนหนึ่งซึ่งมีปัญหาต่าง ๆ เช่นเดียวกับคนทั่วไปในอาชีพอื่น ๆ ซึ่งแนวทางปฏิบัติตนของครูเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต สรุปได้ดังต่อไปนี้

1. สร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างตนเองกับผู้บริหาร เพื่อนครูและนักเรียน
2. ระลึกไว้เสมอว่า งานของครูเป็นงานที่มีเกียรติ มีศักดิ์ศรี และมีความสำคัญต่อการพัฒนามนุษย์และสังคมหรือประเทศชาติ (Teacher make the difference.)
3. รู้จักใช้เวลาว่างเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ การออกกำลังกายและนันทนาการ
4. ควรศึกษาหาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมนุษย์เพื่อที่จะได้ทราบสาเหตุและแนวทางในการป้องกันแก้ไข หรือส่งเสริมตนเอง เช่น “คิดอะไรก็ขอให้คิดบวก อะไร ๆ ก็ขอให้คิดบวกไว้ก่อน”
5. รู้จักใช้หลักจิตวิทยาเพื่อการยอมรับตนเองและยอมรับผู้อื่นด้วยการพยายามมองโลกในแง่ดี มีอารมณ์ขันและยิ้มแย้มแจ่มใส
6. พยายามทำงานที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จลุล่วงทันเวลาอย่างมีคุณภาพ

7. เมื่อมีปัญหาใด ๆ ต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้นว่า นักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์ และควรเป็นผู้ที่รู้จักคิดและแก้ไขปัญหาตามลำดับก่อนหลัง พร้อมทั้งรู้จักปล่อยวางบ้างในบางโอกาส
8. พยายามหาโอกาสแสวงหาความรู้ต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมความเจริญก้าวหน้าในการพัฒนาอาชีพครู
9. เข้าร่วมเป็นสมาชิกขององค์กรต่าง ๆ เพื่อการพบปะสังสรรค์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้ความคิดเห็นต่าง ๆ เช่น ครูสภา ชมรมกีฬาที่ตัวเองมีความถนัด
10. เข้าร่วมโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิภาพที่ชุมชนหรือหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องจัดขึ้น เช่น การฝึกปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การออกกำลังกายเป็นหมู่คณะในชุมชน การร่วมกันทำงานเพื่อสาธารณประโยชน์ด้วยจิตอาสา เหล่านี้เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป สุขภาพครูมีสำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ครูประจำชั้นหรือครูสอนวิชาสุขศึกษา นักเรียนจะเชื่อถือหรือศรัทธาบทเรียนวิชาสุขศึกษามากน้อยเพียงใดนั้น สุขภาพหรือสุขปฏิบัติของครูย่อมมีผลต่อทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของเด็กเป็นอันมาก ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพทั้งทางกายและทางจิตของครูจึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญมาก จึงควรศึกษาหาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บที่พบบ่อยในอาชีพครู โดยเฉพาะเหตุผลจำเป็นที่ต้องส่งเสริมสุขภาพครู เช่น เหตุปัจจัยที่ทำให้ครูมีความสุขหรือเบื่อหน่ายงาน หลักและแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพครูในด้านอื่นๆ ด้วย รวมถึงข้อเสนอแนะแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพครู ทั้งนี้ เพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพครูดำเนินไปได้อย่างราบรื่นและบรรลุผลสำเร็จดียิ่งขึ้น

1.4 งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของครู

นนทรี สัจจาธรรม และณัฐนิ พงศ์ไพฑูรย์สิน (2555) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและการใช้บริการสาธารณสุขของครูมัธยมศึกษา จังหวัดนนทบุรี ผลวิจัยพบว่ากลุ่ม ตัวอย่าง เพศหญิง ร้อยละ 74.9 เพศชาย ร้อยละ 25.1 อายุ เฉลี่ย 43.6 กลุ่มอายุที่มีจำนวนมากที่สุด คือ 51 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 40 อายุงาน 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 51.3 ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง ของโรคและการรับรู้ประโยชน์ / ผลดีของพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.1, 68.8 และ 74.1 ตามลำดับ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมระดับปานกลาง ร้อยละ 64 และ 68.1 การรับรู้ด้านการใช้บริการสาธารณสุข ระดับสูง ร้อยละ 66.5 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากรกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า อายุ และตำแหน่งงาน มีความสัมพันธ์กับปัจจัยนำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ อายุ และอายุงาน พบความสัมพันธ์กับปัจจัยเอื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.01$ ภาวะสุขภาพทั้ง 4 มิติ พบว่ามีภาวะความอ้วน ร้อยละ 25.8 ความดันโลหิตสูงกว่า 140 / 90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 19.7 โรค

ประจำตัว ร้อยละ 34.8 มีความอบอุ่นในครอบครัว และภูมิใจในวิชาชีพครู เมื่อมีปัญหาจะสามารถแก้ไขได้ ภาวะทางสังคมมีบทบาทช่วยเหลือชุมชน และนำหลักธรรม มาเป็นแนวปฏิบัติ คิควิเคราะห์ผลจากการปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพดี เนื่องจากครูส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงควรเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพและการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างสม่ำเสมอ

ปริญทร์ ศรีศัลักษณ์ (2557) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง กระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ระดับดี ($\bar{x} = 2.76$, S.D. = 0.24) ปัจจัยดัชนีมวลกาย การรับรู้ความสามารถของตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.331$; $r = 0.473$) ส่วนปัจจัยด้านเพศ การมีโรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอายุ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยดัชนีมวลกาย การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมทำนายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 38.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01 ($R^2 = .380$)



นงพิมล นิมิตรอนันท์, ศศิธร รุจนเวช และสมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์ (2561) ทำการศึกษาเรื่อง ผลลัพธ์ของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับครูกลุ่มเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อม ในเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษานครปฐม เขต 2 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับครูกลุ่มเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปปฏิบัติงานในโรงเรียนระดับ ประถมศึกษานครปฐมเขต 2 ในจังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึงตุลาคม พ.ศ. 2558 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพฯ ใช้ระยะเวลา ดำเนินการ 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้ความรู้เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองและปรับวิถีชีวิตเพื่อ ปกป้องข้อเข่า การฝึกทักษะการบริหารบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า และการควบคุมน้ำหนักตัว ร่วมกับการกำกับติดตามช่วยเหลือทางโทรศัพท์ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรุนแรง อาการปวดเข่า และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการข้อเข่าเสื่อม มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .94 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบที ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรุนแรงของโรคลดลงและมี พฤติกรรมป้องกันการโรคสูงกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับครูกลุ่มเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมนี้มีประสิทธิภาพ

พยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ปฏิบัติงานอยู่ในชุมชนและบุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เพื่อช่วยลดความรุนแรงของโรคและให้มีพฤติกรรมกำบังโรคข้อเข่าเสื่อมดีขึ้น

ทองคำดี ยิ่งรัตนสุข และคณะ (2563) ทำการศึกษาเรื่อง รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพครูในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงใต้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพครูนำไปทดลองใช้และประเมินผลการนำไปใช้ในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงใต้คัดเลือกโรงเรียนแบบเจาะจงเป็นโรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษมีครู 148 คนโดยมีขั้นตอนการทำวิจัยคือ (1) ศึกษาบริบทองค์กร (2) สืบค้นข้อมูลเบื้องต้นภาวะเครียดการจัดการสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายและวัดสถานะทางสุขภาพของครู(3) สร้างและพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพครู (4) นำรูปแบบไปทดลองใช้ (5) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามและการสนทนากลุ่มวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพผลการศึกษาพบว่รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพครูประกอบด้วย (1) การสร้างนโยบายสุขภาพของโรงเรียน (2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (3) การสร้างองค์กรให้เข้มแข็งเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ(4) การเพิ่มขีดความสามารถของครูในการสร้างเสริมสุขภาพและ (5) การปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการสุขภาพและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทำการทดลองใช้รูปแบบเป็นเวลา 6 เดือนกลุ่มตัวอย่างที่เขารวมกิจกรรมตามรูปแบบมีจำนวน 50 คนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.00) มีอายุเฉลี่ย 44 ปีส่วนใหญ่มีสมภาพสมรส (ร้อยละ 54.00) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในการเป็นครูผู้สอนเฉลี่ย 19.28 ปี (SD = 11.93) และทำการสอนในโรงเรียนปัจจุบันเฉลี่ย 11.10 ปี (SD = 9.53) ส่วนมากเป็นครูชำนาญการพิเศษ (ร้อยละ 46.00) และมีโรคประจำตัวร้อยละ 40.00 ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบพบว่าคะแนนที่ใช้ประเมินมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยค่าคะแนนการรับรู้ภาวะความเครียดลดลงค่าคะแนนพฤติกรรมกำบังโรคสุขภาพด้านการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นค่าคะแนนพฤติกรรมกำบังโรคตนเองด้านการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นและค่าคะแนนสถานะทางสุขภาพเพิ่มขึ้น

กล่าวโดยสรุป การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของครูในปัจจุบันมีค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญในเรื่องการปฏิบัติงานหรือการจัดการเรียนการสอน จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาตัวแปรที่สำคัญคือครู ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่ให้การอบรมสั่งสอนและพัฒนาอนาคตของชาติต่อไป

2. แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ

2.1 ความหมายของความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ

ความเชื่อ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลที่ต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด อาจมีหรือไม่มีเหตุผล ความเชื่อจึงมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใดความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลประพฤติในสิ่งที่ตนเชื่อทั้ง ๆ ที่บางครั้งความเชื่อนั้นไม่อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง และความเชื่อยังมีอิทธิพลต่อการควบคุมพฤติกรรมของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ทั้งด้านดีและด้านร้าย การที่บุคคลประสบวิกฤติในชีวิตลักษณะเดียวกัน เช่น การเจ็บป่วย การพลัดพลากจากสิ่งที่รัก ความขัดแย้งระหว่างเพื่อน แต่ละบุคคลจะมีพฤติกรรมในการเผชิญเหตุการณ์ดังกล่าวแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากความคิดและประสบการณ์ และความเชื่อของแต่ละบุคคลทำให้มีพฤติกรรมแตกต่างกัน ความเชื่อที่มีอิทธิพลเช่นนี้เรียกว่า ความเชื่ออำนาจในการควบคุม

ความเชื่อในอำนาจควบคุม (locus of control) เป็นมโนทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับการระบุสาเหตุของบุคคล ว่าบุคคลเชื่อว่าผลลัพธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้น ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของตนหรือถูกกำหนดโดยสิ่งที่ตนไม่สามารถควบคุมได้

ทั้งนี้ นักจิตวิทยา Wallston et al. (1978) ได้กล่าวถึงความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ และอธิบายพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป ทั้งในยามปกติและเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วย ซึ่งพฤติกรรมที่สามารถคาดว่าจะใช้ความเชื่อมาใช้อธิบาย ได้แก่ การหาความรู้ด้านสุขภาพ การใช้จ่าย การปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ การไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ การนอนหลับพักผ่อนและการออกกำลังกายอย่างเพียงพอ พบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีพฤติกรรมทางบวกต่อสิ่งเหล่านี้ นอกจากนี้ยังมีบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนจะเป็นผู้ที่สนใจต่อสุขภาพ ปฏิบัติตน เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอทั้งร่างกายและจิตใจ จะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและดูแลสุขภาพ

กล่าวโดยสรุป ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่เห็นด้วยกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวจะส่งผลให้บุคคลนั้นปฏิบัติตามสิ่งที่ตนเองรู้สึกและเห็นด้วย และเกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพทั้งดีและไม่ดีในที่สุด

2.2 การประเมินความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ

Wallston et al. (1978) ได้ปรับปรุงแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพจากแบบเดิมในอดีต ให้มีความเหมาะสมมากขึ้น เรียกว่า Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC) โดยแบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ด้าน สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่าสามารถควบคุมสุขภาพด้านต่าง ๆ ได้โดยพฤติกรรมของตนเอง
2. ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่น หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่าบุคลากรทางสาธารณสุขทำให้บุคคลมีสุขภาพดีหรือบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ควบคุมสุขภาพและเชื่อว่าการพบบุคลากรสาธารณสุขโดยสม่ำเสมอ ทำตามคำสั่งของเจ้าหน้าที่เป็นวิถีทางที่ดีที่สุดที่จะทำให้ตนเองมีสุขภาพดี
3. ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่าสุขภาพหรือการเจ็บป่วยเกิดจากโอกาสหรือโชคชะตาที่ไม่อาจควบคุมได้

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามวัดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยปรับมาจากแบบสอบถามของ Wallston et al. (1978) มีจำนวนคำถามทั้งหมด 18 ข้อแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพภายในตน จำนวน 6 ข้อ ความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพจากผู้อื่น จำนวน 6 ข้อ และความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพแบบบังเอิญ จำนวน 6 ข้อ และเลือกใช้ข้อคำถามในชุด A ซึ่งเป็น 1 ใน 3 ชุดจากแบบสอบถามของ Wallston แบบสอบถามวัดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามเกณฑ์การให้คะแนนของ Likert Scale 6 ระดับ โดยผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว ดังนี้

มีความเชื่อในระดับสูง	ให้	3 คะแนน
มีความเชื่อในระดับปานกลาง	ให้	2 คะแนน
มีความเชื่อในระดับต่ำ	ให้	1 คะแนน

แบบวัดความเชื่อควบคุมอำนาจทางสุขภาพ ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน รายละเอียดดังนี้

1. ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน จำนวน 6 ข้อ คือ 1, 6, 8, 12, 13, และ 17
2. ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่น จำนวน 6 ข้อ คือ 3, 5, 7, 10, 14, 18
3. ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ จำนวน 6 ข้อ คือ 2, 4, 9, 11, 15, 16

การแปลผลคะแนนความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพรายข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยสามารถพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 2.66	หมายถึง	มีความเชื่อในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	2.67 – 4.33	หมายถึง	มีความเชื่อในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	4.34 – 6.00	หมายถึง	มีความเชื่อในระดับสูง

กล่าวโดยสรุป การประเมินความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ เป็นการประเมินเพื่อระบุว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความเชื่อควบคุมตนเอง จากผู้อื่น และแบบบังเอิญอยู่ในระดับใด ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินของ Wallston เนื่องจากเป็นที่ยอมรับและถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยอีกครั้ง โดยการหาความตรงและความเที่ยง เพื่อให้แบบประเมินเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มากที่สุด

2.3 งานวิจัยเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพ

ชัชวาล เทียมถนอม (2550) ทำการศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างระหว่างเพศ ความเชื่ออำนาจในการควบคุมและการประเมินสภาวะแวดล้อมของนักศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเครื่องมือวัดประเมินสภาวะแวดล้อม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ศึกษาผลการประเมินสภาวะแวดล้อมของนักศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างระหว่างเพศ ความเชื่ออำนาจในการควบคุม และการประเมินสภาวะแวดล้อมมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต รวมทั้งศึกษาเปรียบเทียบตัวแปรข้อมูลบุคคลด้านสาขาวิชาที่ศึกษากับการประเมินสภาวะแวดล้อม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาชั้นปีที่ 2 ที่ศึกษาอยู่ ณ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต จำนวน 554 คน ผลการศึกษาพบว่าแบบประเมินสภาวะแวดล้อม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต (EARC) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้มาตราซีเมนติก ดิฟเฟอเรนเชียล (semantic differentials scale) มีจำนวนทั้งสิ้น 59 ข้อ 9 องค์ประกอบ คือ ความชื่นชอบ ความสวยงาม ไร้ใจ การจัดระบบ การมีรูปแบบ ความแข็งแรงและเชื่อมโยง ความสงบผ่อนคลาย ขนาดและสัดส่วน ความรวดเร็วและมั่นคง ความชัดเจนและเรียบง่าย (ค่า $\alpha = 0.9427$, ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ 0.407-0.783 และค่าร้อยละของความแปรปรวน = 48.436) และผลจากการวิเคราะห์ตัวแปร พบว่าการประเมินสภาวะแวดล้อม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต (EARC) มีความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจในการควบคุม และสาขาวิชาที่ศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างระหว่างเพศ รวมทั้งพบว่านักศึกษาที่ศึกษาในสาขาวิชาสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ประเมินสภาวะแวดล้อม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ต่ำกว่านักศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.010$)

อุดมลักษณ์ มณีวงศ์ และมุขิตา นันติชัย (2551) ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพช่องปากกับความเชื่ออำนาจการควบคุมตนเองด้านสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพช่องปากกับความเชื่ออำนาจการควบคุมตนเองด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่โรงพยาบาลแม่ทะ จังหวัดลำปาง ประชากรศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า

เป็นโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลแม่ทะ และเริ่มรับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงมิถุนายน 2550 จำนวน 51 คน เป็นเพศชาย 20 คน หญิง 31 คน อายุเฉลี่ย $50.73 + 6.85$ ปี เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยเลือกผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะตรงตามข้อกำหนดแบบเจาะจง สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และใช้แบบวัดความเชื่ออำนาจการควบคุมตนเองด้านสุขภาพหลายมิติ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความเชื่อภายในตน ด้านความเชื่ออำนาจผู้อื่น และด้านความเชื่ออำนาจบังเอิญ โดยตรวจสอบสุขภาพช่องปากด้วย ดัชนีฟันผุ ถอน อุด (DMFT), ดัชนีปริทันต์ (Community periodontal index) และคราบฝุ่นบนตัวฟัน (Debris index) ผลการศึกษาพบว่า ประชากรศึกษากลุ่มนี้มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความเชื่ออำนาจภายในตน $30.18 + 3.56$ ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความเชื่ออำนาจผู้อื่น $30.86 + 3.42$ และค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความเชื่ออำนาจบังเอิญ $22.76 + 4.46$ โดยมีสภาวะฟันผุ ถอน อุด $2.29 + 3.02$ ซี่ต่อคน ไม่มีผู้ป่วยเบาหวานที่มีสภาวะปริทันต์แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.012$) แต่ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีสภาวะฟันผุแตกต่างกัน และผู้ที่มีสภาวะปริทันต์แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพหลายมิติในด้านความเชื่ออำนาจภายนอกไม่มีความแตกต่างกัน และไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจภายในตน และคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจบังเอิญของผู้ป่วยเบาหวานที่มีสุขภาพช่องปากแตกต่างกัน

สรุชา อยู่ยงสินธุ์ และสุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์ (2558) ทำการศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิต และหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 450 คน โดยใช้แบบสอบถามมาตรฐานคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.97 และ 0.96 ตามลำดับ และมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.79 และ 0.85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่นอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี 2) ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนและความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และที่ระดับ .05

ตามลำดับ และ 3) ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนและความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และที่ระดับ .05 ตามลำดับ สรุปได้ว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนอยู่ในระดับสูงซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และมีคุณภาพชีวิต

แสงเดือน ชื่นทองคำ, พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และอาภา หวังสุขไพศาล (2558) ทำการศึกษาเรื่องผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลร่วมกับการจัดการเวลาของพยาบาล ต่อความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลร่วมกับการจัดการเวลาของพยาบาลต่อความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 20 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 10 ราย กลุ่มทดลองได้รับการปฏิบัติตามรูปแบบที่ประกอบด้วย 5 กิจกรรม 22 การปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้แนวคิดการจัดสรรเวลาและปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ในช่วงเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลแบบปกติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Mann-Whitney U-test และ Wilcoxon signed ranks test ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งโดยรวมและรายด้าน และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ทั้งโดยรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการบริการพยาบาลฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนี้ เป็นรูปแบบที่ผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและส่งเสริมการรับรู้ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้

Pourhoseinzadeh et al. (2017) ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยอธิบายว่าความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพเป็นความเชื่อส่วนบุคคลตามประสบการณ์ที่เคยได้รับ และการมีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพทั้งภายในและภายนอกอาจส่งผลต่อสุขภาพ ดังนั้นความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพมีบทบาทในพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างคือแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 215 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดความเชื่ออำนาจ

ควบคุมทางสุขภาพของ Rotter วิเคราะห์ผลการหาความสัมพันธ์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ (ภายนอกและภายใน) และพฤติกรรมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พฤติกรรมสุขภาพดีมากในด้านสุขภาพส่วนบุคคล (86.5%) โภชนาการ (53%) การนอนหลับและพักผ่อน (48.4%) มีกิจกรรมทางกายน้อย (52.6%) และการจัดการความเครียด (79.5%) นอกจากนี้โดยทั่วไปแล้ว 79.5% ของบุคลากรฉุกเฉินมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ดังนั้นผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ในสาขาสุขภาพจำเป็นต้องออกแบบโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉินมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

West, Theuma, & Cordina (2018) ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและของเสียจากผลิตภัณฑ์ยา โดยอธิบายว่าการขาดความสม่ำเสมอเป็นสาเหตุสำคัญที่เพิ่มจำนวนของเสียจากผลิตภัณฑ์ยา มีหลักฐานที่ยืนยันว่าความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพมีอิทธิพลกับความสม่ำเสมอในการใช้ยา ในขณะที่การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับของเสียจากผลิตภัณฑ์ยามีจำนวนน้อยมาก การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและของเสียจากผลิตภัณฑ์ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืด โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดหรือโรคเบาหวาน จำนวน 330 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับปริมาณยาที่มีและหมดอายุแล้ว แบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับความสม่ำเสมอ และแบบวัดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ด้านความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์สูงกับความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยา

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพของครู จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับครู

3. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

3.1 ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

พฤติกรรมดูแลสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ อังศินันท์ อินทรกำแหง (2552) ได้อธิบายว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออก และท่าทีที่จะกระทำ ซึ่งก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง

พฤติกรรมสุขภาพนั้น สามารถจำแนกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ และการงดเว้นไม่กระทำ หรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ซึ่งสอดคล้องกับ จินตนา สรายุทธพิทักษ์ (2561) ที่ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การกระทำของบุคคลในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพที่บุคคลแสดงออกทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้

กล่าวโดยสรุป พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ลักษณะการกระทำของบุคคล และส่งผลต่อความสมบูรณ์ของทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งมีการปฏิบัติจนเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิต

3.2 ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

จากความหมายพฤติกรรมสุขภาพที่กล่าวมานั้นเน้นถึงการกระทำของบุคคล เพื่อให้เกิดภาวะที่สมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ มีสุขภาพจิตดีดำรงชีวิตได้ในสังคมอย่างมีความสุข พบว่าส่วนใหญ่มีความหมายคล้ายคลึงกัน คือเป็นการแสดงออกของบุคคลทั้งภายในและภายนอกที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยจะขอยกตัวอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ควรรู้ ดังนี้

1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior) เป็นพฤติกรรมที่คนปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ในที่นี้คำว่าสุขภาพรวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งตัวอย่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ พฤติกรรมการผ่อนคลายหรือพฤติกรรมการพักผ่อน เป็นต้น

2) พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Behavior) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งบุคคล ครอบครัว ชุมชน ทำหน้าที่ดูแลตนเองนับตั้งแต่การป้องกันโรคไม่ให้เจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพให้ร่างกายแข็งแรง การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจภายหลังการเจ็บป่วย

3) พฤติกรรมเสี่ยง (Risk Behavior) เป็นพฤติกรรมที่เมื่อบุคคลปฏิบัติไปแล้วอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น เกิดโรคหรือการบาดเจ็บ ตัวอย่างพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมัน พฤติกรรมการขับขี่ยานพาหนะโดยไม่เคารพกฎจราจร พฤติกรรมการเที่ยวหญิงบริการหรือพฤติกรรมการเสพสารเสพติด เป็นต้น

4) พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Behavior) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรครื่น ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่ การสวมหมวกกันน็อก การคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับขี่ ยวดยานพาหนะ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เป็นต้น

5) พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การที่บุคคลปฏิบัติเมื่อมีอาการผิดปกติหรือเมื่อรู้สึกว่าคุณเองเจ็บป่วย ได้แก่ การถามบุคคลอื่นหรือผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับอาการของตนเอง การปรึกษาแพทย์ การดูแลสุขภาพ การหลบหนีจากสังคม เป็นต้น

6) พฤติกรรมบทบาทคนเจ็บ (Sick role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ที่ทราบแล้วว่าตนเองเจ็บป่วย โดยอาจทราบจากความคิดเห็นของผู้อื่นหรือเป็นความคิดเห็นของตัวเอง จะเห็นว่า พฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นได้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกิดจากการเรียนรู้ การรับรู้ ทักษะคติ ค่านิยม การเลียนแบบ และการถูกบังคับ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ การปฏิบัติซึ่งเป็นพฤติกรรมทั้งด้านบวก (Positive behavior) และ ด้านลบ (Negative behavior) ซึ่งพฤติกรรมทางด้านลบเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่ยิ่งใหญ่ต้องรีบดำเนินการแก้ไข

7) พฤติกรรมด้านลบที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ ปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยที่พบเห็นโดยทั่วไปในปัจจุบัน ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นพฤติกรรมด้านลบในที่จะกล่าวถึงลักษณะพฤติกรรมทางด้านลบที่มีผลต่อสุขภาพที่สำคัญ ๆ ได้แก่

7.1) พฤติกรรมทางลบที่มีผลต่อการเกิดโรคติดต่อ เช่น พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยก่อให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

7.2) พฤติกรรมทางลบที่มีผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารผิดหลักโภชนาการ และมีสารปนเปื้อน พฤติกรรมการดื่มสุราและสูบบุหรี่ พฤติกรรมการไม่ออกกำลังกาย และพฤติกรรม การขับขี้นโดยไม่เคารพกฎจราจร

7.3) พฤติกรรมด้านลบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจสังคมและกระแสการพัฒนาทางด้านอุตสาหกรรม ทำให้ประเทศไทยมีการนำเอาเทคโนโลยีมาใช้ในภาคอุตสาหกรรมมากขึ้น สิ่งที่มาคือ มีการทำลายสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ เกิดมลพิษ มลภาวะทั้งในดิน น้ำ และอากาศ

7.4) พฤติกรรมด้านลบที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงจากการทำงาน เช่น พฤติกรรมเสี่ยงจากการทำงานภาคเกษตรกรรม พฤติกรรมเสี่ยงจากการทำงานภาคอุตสาหกรรม และ พฤติกรรมเสี่ยงจากการทำงานภาคบริการ

กล่าวโดยสรุป จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2) พฤติกรรมการดูแลตนเอง 3) พฤติกรรมเสี่ยง 4) พฤติกรรมการป้องกันโรค 5) พฤติกรรมการเจ็บป่วย 6) พฤติกรรมบทบาทคนเจ็บ และ

7) พฤติกรรมด้านลบ ซึ่งการศึกษาประเภทของพฤติกรรมสุขภาพช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจถึงหลักการ และนำไปสู่การออกแบบการประเมินพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

3.3 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

กัตติกา ณะขว่าง (2552) ได้สรุปว่าการประเมินพฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญต่อการหาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของประชากรให้ดีขึ้น สามารถประเมินพฤติกรรมสุขภาพได้ดังนี้

1. ตามเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน (Commitment to Plan of Action) โดยทั่วไปเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนเป็นปัจจัยที่ผลักดันให้บุคคลริเริ่มและปฏิบัติพฤติกรรมจากเริ่มต้นไปจนจบได้เว้นเสียแต่ เมื่อมีความต้องการหรือความชอบอื่นที่เหนือกว่าเป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความรู้ ความคิด

2. ความต้องการและความชอบอื่นในขณะนั้น (Immediate Competing Demands and Preferences) ความต้องการและความชอบอื่นในขณะนั้น หมายถึงพฤติกรรมที่เป็นทางเลือกอื่นซึ่งเข้ามาอย่างกระทันหันก่อนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่วางแผนไว้ มีความแตกต่างกันไปหากอุปสรรค กล่าวคือ ความต้องการอื่นเป็นพฤติกรรมที่ไม่ได้คาดคิดไว้ก่อน ขึ้นอยู่กับความต้องการภายนอกหรือเพราะความบังเอิญด้านสภาพแวดล้อม บุคคลควบคุมได้ค่อนข้างน้อย เช่น มีงานด่วนต้องทำ ต้องดูแลครอบครัวบุคคลจำเป็นต้องปฏิบัติไม่อย่างนั้นจะเกิดผลเสียต่อตนเองหรือผู้อื่นมีความสำคัญ ส่วนความชอบอื่น หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นทางเลือกอื่นซึ่งมีพลังอำนาจผลักดันเหนือกว่า บุคคลควบคุมได้ค่อนข้างสูง ความชื่นชอบในสิ่งนั้นสามารถทำให้บุคคลไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ การที่จะต้านทานความชอบอื่นได้ต้องอาศัยความสามารถในการควบคุมกำกับตนเอง ซึ่งแต่ละคนมีแตกต่างกันความต้องการและความชอบอื่นที่เข้ามานั้น ผลกระทบโดยตรงต่อโอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งลดเจตจำนงในการปฏิบัติ ทำให้บุคคลไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ตั้งใจไว้ อย่างไรก็ตามการมีเจตจำนงในการปฏิบัติตามแผนอย่างแข็งแรงแจ้ง อาจช่วยให้สามารถคงการปฏิบัติพฤติกรรมจนเสร็จสิ้นสมบูรณ์ แม้มีความต้องการและความชอบอื่นในขณะนั้น

3. ตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพนี้ของ Pender ที่กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต โดยเฉพาะเมื่อผสมผสานอยู่ในวิถีชีวิตทุกด้าน โดยมีการวางแผนแนวทางการปฏิบัติอย่างครอบคลุมไว้ 6 ด้าน ดังนี้

3.1 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ หมายถึง การเอาใจใส่ต่อสุขภาพ ของตนเองของบุคคล โดยมีการดูแลสุขภาพ และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับ ตนเอง รวมถึงมีการแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์ มีการใช้ระบบบริการสุขภาพและหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดและของมีนเมา เพื่อสร้างเสริมให้ตนเองปลอดภัยจากสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

3.2 ด้านโภชนาการ หมายถึง การปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของ ร่างกาย เพื่อให้ได้อาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ

3.3 ด้านการออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและ ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่ต้องใช้พลังงาน รวมถึงการออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน โดยคำนึงถึงสุขภาพของตัวเองเป็นสิ่งสำคัญ โดยประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอ ในการออกกำลังกายของบุคคล รวมทั้งการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

3.4 ด้านการจัดการความเครียด หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความตึงเครียด โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการใช้เวลา วางให้เกิดประโยชน์ และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

3.5 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หมายถึง การแสดงออกซึ่งความสามารถ และวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ

3.6 ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อแสดงออกเกี่ยวกับการตระหนักในการให้ความสำคัญของชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายหรือวางแผน ในการดำเนินชีวิต มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ ต้องการและเกิดความสงบสุขในชีวิต

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษาการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า การประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender มีแนวคิดการปฏิบัติครอบคลุมไว้ถึง 6 ด้าน คือ 1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2. ด้านโภชนาการ 3. ด้านการออกกำลังกาย 4. ด้านการจัดการความเครียด 5. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ 6. ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ดังนั้นในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมของครูในจังหวัดบุรีรัมย์นี้ ผู้จึงเลือกแนวคิดการประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender ดังกล่าว

3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

จู่ไรพร โสภการีย์ และคณะ (2561) ทำการศึกษาเรื่อง ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการปวดหลังส่วนกลางของครูในจังหวัดอุดรดิตริตถและพิษณุโลก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการปวดหลังส่วนกลางของครูในจังหวัดอุดรดิตริตถและพิษณุโลก จำนวน 125 คน โดยเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ให้ออกด้วยตนเอง ผ่านการ

ตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยความเครียดจากการปฏิบัติงาน และอาการปวดหลังส่วนล่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติก ผลการศึกษา พบว่า ความชุกของการปวดหลังส่วนล่างในระยะ 12 เดือนที่ผ่านมาของครูในโรงเรียน เท่ากับ ร้อยละ 39.2 โดยปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการปวดหลังส่วนล่าง คือ การมีประวัติเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการปวดหลังส่วนล่าง (OR=5.5; 95%CI=1.15-26.77) เคยได้รับบาดเจ็บบริเวณหลังจากการปฏิบัติงาน (OR=2.5; 95%CI=1.00-6.21) และความเครียดจากการปฏิบัติงานเนื่องจากมีอุปกรณ์และสื่อการสอนไม่เพียงพอ (OR=2.9; 95%CI=0.97-8.66) ตามลำดับ ผลการศึกษานี้ผู้บริหารโรงเรียนสามารถใช้เป็นแนวทางการป้องกันการปวดหลังส่วนล่างสำหรับครูในโรงเรียนต่อไป



อุษา ตันทพงษ์, นงพิมล นิมิตรอนันท์ และศศิธร รุจนเวช (2562) ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยคัดสรรที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิของครูในจังหวัดนครปฐม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของกลุ่มปัจจัยคัดสรรต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นครูระดับประถมศึกษาในจังหวัดนครปฐม จำนวน 230 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน ถึง กรกฎาคม 2560 ด้วยแบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ของโรคข้อเข่าเสื่อม และพฤติกรรมป้องกันการโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และ 0.76 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสถิติการวิเคราะห์พหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยความรุนแรงโรคสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคฯ (รวม) อายุ น้ำหนักตัว และจำนวนปีทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.145$; $r=-.247$; $r=-.135$; $r=-.200$) ปัจจัยน้ำหนักตัว สัมพันธ์กับเพศชาย เพศหญิง และดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.426$; $r=-.426$; $r=.755$) ปัจจัยอายุสัมพันธ์กับจำนวนปีทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.838$) เมื่อวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยคัดสรร พบว่า ปัจจัยเพศหญิง ดัชนีมวลกาย น้ำหนักตัว และอายุ สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกันการโรคฯ ได้ร้อยละ 11.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผู้วิจัยเสนอแนะว่าควรเร่งพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคและหรือชะลอความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมสำหรับกลุ่มคนวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย โดยคำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยทำนายดังกล่าว

Jimenez et al. (2017) ทำการศึกษาเรื่องประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพผ่านมุมมองของชาวลาตินที่มีอาการป่วยทางจิตที่รุนแรง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพผ่านมุมมองของชาวลาตินที่มีน้ำหนักเกินและเป็น

โรคอ้วน รวมถึงมีอาการป่วยทางจิตที่รุนแรง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในการวิจัยโดยการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจะมีประโยชน์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงการจัดการโรคเรื้อรัง เกิดการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักและองค์ประกอบของร่างกาย นอกจากนี้ยังทำให้มีความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้น

กล่าวโดยสรุป จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า น้อยมากที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของครู และที่มิจะเป็นการศึกษาเฉพาะโรคหรืออาการ ซึ่งผู้วิจัยมองว่าควรให้ความสำคัญกับการศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของครู เพราะจะเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพครูต่อไป

4. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

4.1 ความหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

นักวิชาการและหน่วยงานที่ดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริมให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ให้มุมมองและคำอธิบายความหมายของคำว่า “คุณภาพชีวิต” ไว้ (เกษม จันทรแก้ว, 2540; ราชบัณฑิตยสถาน, 2546; UNESCO, 1981) สรุปได้ดังนี้

เกษม จันทรแก้ว (2540) อธิบายคุณภาพชีวิต (Quality of life) ในแง่ของสิ่งแวดล้อมว่า หมายถึง การศึกษาความเป็นอยู่ของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพทางการศึกษา อนามัยและเศรษฐกิจ ตามลักษณะของสิ่งแวดล้อมทางชีวกายภาพ เชื้อชาติ วัฒนธรรม และวิธีการเลี้ยงดู โดยที่คุณภาพชีวิตนั้นขึ้นอยู่กับสภาพทั่วไปของสิ่งแวดล้อมทางชีวกายภาพบุคคลอยู่ในที่ทรัพยากรสิ่งแวดล้อมที่อุดมสมบูรณ์ย่อมจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า บุคคลที่อยู่ในที่ขาดแคลนทรัพยากรสิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิตต้องขึ้นอยู่กับความพึงพอใจ ซึ่งมีความแตกต่างกันแต่ละบุคคลอีกด้วย

ซึ่งสอดคล้องกับ พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมาย คุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะที่ดีเด่นของบุคคลในความเป็นอยู่ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546)

และสอดคล้องกับ UNESCO (1981) ได้สรุปแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกของการอยู่อย่างพอใจ มีความสุขความพอใจต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ของชีวิตที่มีส่วนสำคัญต่อบุคคลนั้น ๆ โดยได้ชี้ให้เห็นว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อันได้แก่ อาหาร สุขภาพอนามัย โภชนา การศึกษา สิ่งแวดล้อมและทรัพยากรที่อยู่อาศัย และรายได้

กล่าวโดยสรุป คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกของการดำเนินชีวิตในแต่ละวันอย่างมีสุขและพึงพอใจในสิ่งที่ตนเองมี โดยมีปัจจัยหลายด้านที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

4.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาและสรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตาม Power, Bollinger & WHOQOL group (2002) โดยแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์ อื่น ๆ เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมใน เวลาว่าง เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

4.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เพื่อให้สอดคล้องกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ได้ศึกษา (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540)

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือ วัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็น จิตนินัย (Subjective) ซึ่งฝังแน่นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม เพราะฉะนั้นยามของ QOL จะเน้นไปที่การรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบไม่ได้คาดหวังที่จะเป็นวิธีการที่จะวัดในรายละเอียดของอาการโรค หรือสภาพต่าง ๆ แต่ถือเป็นการประเมินผลของโรคและวิธีการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิต

เป็นเครื่องชี้วัดที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิต และสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม หลังจากนั้นคณะทำงานพัฒนาเครื่องชี้วัด คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHOQOL-BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐาน แตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ ทำเช่นนี้อยู่ 3 รอบ การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL - 100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ

วิธีการใช้ เป็นแบบวัดที่ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ในผู้ที่มีอายุ 15-60 ปี ไม่จำกัดเพศ ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านออก เขียนได้ อาจใช้วิธีให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟังและผู้ตอบแบบประเมินเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL - BREF -THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังที่ได้อธิบายไปในหัวข้อองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

การนำไปใช้ประโยชน์ เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ฉบับย่อนี้ สามารถนำไปใช้ในการทดลองทางคลินิก ใช้หาคะแนนพื้นฐาน (baseline scores) ในพื้นที่ ๆ ต้องการและสามารถใช้วัดการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิต เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาที่ใช้มาตรการอย่างหนึ่งอย่างใด ทั้งยังคาดหวังว่า เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิต WHOQOL จะมีประโยชน์อย่างยิ่งในกรณีที่มีการดำเนินของโรคนั้น ๆ ดู

เหมือนว่าอาการจะดีขึ้น หรือรุนแรงขึ้นเพียงบางส่วน และในกรณีที่การรักษาอาจจะเป็นแค่การบรรเทาอาการให้ดีขึ้นมากกว่าจะเป็นการรักษาให้หายขาด

ในทางคลินิกเครื่องชี้วัด WHOQOL จะช่วยแพทย์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา สามารถบ่งชี้ถึงความเป็นไปได้ว่าการรักษานั้นได้ผลดี และเสียค่าใช้จ่ายมากหรือน้อย แพทย์สามารถนำมาใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงระดับของคุณภาพชีวิตจากการรักษาได้

เป็นที่คาดหวังว่าในอนาคต WHOQOL-BREF จะมีประโยชน์ในการวิจัยเพื่อวางนโยบายทางสุขภาพ เพราะเครื่องมือถูกพัฒนาขึ้นมาให้ใช้ได้ไม่จำกัดวัฒนธรรม ไม่จำกัดผู้ให้บริการทางการแพทย์ ผู้ใช้และในแง่ของกฎหมาย จากความเป็นสากลของแบบวัด สามารถเปรียบเทียบคะแนนกันได้ในเชิงระบาดวิทยา หรือในกรณีการศึกษาที่ต้องใช้การสะสมข้อมูลจากหลาย ๆ ศูนย์จะช่วยให้มั่นใจและยอมรับข้อมูลที่ได้

ข้อจำกัด

1) การนำแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทยไปใช้กับประชาชนบางกลุ่ม เช่นกลุ่มผู้สูงอายุอาจจะมีปัญหาในการใช้ เนื่องจากในการพัฒนาแบบวัดไม่ได้ศึกษาบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แนวทางแก้ไขหากมีปัญหากเกิดขึ้นจากการตอบคำถามอาจจะเปลี่ยนไปใช้วิธีสัมภาษณ์ตามข้อคำถามที่มีอยู่ แล้วให้ผู้ตอบเป็นผู้ประเมินคำตอบด้วยตนเอง หากมีข้อสงสัยไม่เข้าใจผู้สัมภาษณ์สามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ ตามกรอบหรือขอบเขตที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเอาไว้ในแต่ละหมวด

2) ข้อคำถามบางข้อยังมีจุดอ่อนของการเข้าใจคำถามอยู่บ้างโดยเฉพาะข้อคำถามที่เกี่ยวกับเรื่องเพศเป็นคำถามที่ค่อนข้างมีปัญหาอยู่บ้าง ทั้งนี้เนื่องจากคำถามที่ต้องการบางข้อเป็นการยากที่จะใช้เพียงคำถามเดียว แล้วให้ผู้ตอบเข้าใจได้อย่างถูกต้องตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ แนวทางแก้ไขในกรณีที่นำไปใช้แล้วเกิดปัญหาไม่เข้าใจคำถามที่ทำได้ คือ การให้คำอธิบายเพิ่มเติมตามขอบเขตที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ในแต่ละข้อคำถาม

กล่าวโดยสรุป ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของ (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540) ที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ โดยประกอบไปด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวนทั้งสิ้น 25 ข้อ เพื่อวัดคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

4.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

อิมทิพย์ อนิสดา และประเสริฐ อินทร์รักษ์ (2555) ทำการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของครูที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพครูในโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา

ประถมศึกษากาญจนบุรี เขต 4 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบ 1) คุณภาพชีวิตของครูในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากาญจนบุรีเขต 4 2) การปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพครูในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากาญจนบุรี เขต 4 และ 3) คุณภาพชีวิตของครูที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพครูในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากาญจนบุรี เขต 4 กลุ่มตัวอย่างคือ โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากาญจนบุรี เขต 4 จำนวน 68 โรงเรียน ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้บริหาร รองผู้บริหาร หรือผู้รักษาการ และครูผู้สอน รวมทั้งสิ้น 272 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของครู ตามแนวคิดของยูเนสโก (UNESCO) และการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพครูของคุรุสภา สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่ามัชฌิมเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า 1) คุณภาพชีวิตของครูในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากาญจนบุรีเขต 4 โดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก 2) การปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพครูในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากาญจนบุรีเขต 4 โดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก และ 3) คุณภาพชีวิตของครูโดยภาพรวมและคุณภาพชีวิตด้านสังคม ส่งผลต่อการปฏิบัติงาน ตามมาตรฐานวิชาชีพครูในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากาญจนบุรี เขต 4 โดยภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นิตยา พรหมพินิจ, วไลยิกา ฉลากบาง และพิศุทธิ์ กิติศรีวรพันธุ์ (2558) ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตครู สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนคร เขต 2 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตครู สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนครเขต 2 และ 2) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลโครงสร้างตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตครูที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ การดำเนินการมี 2 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตครูสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนคร เขต 2 โดยการวิเคราะห์เอกสารงานวิจัยและการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อจัดทำกรอบแนวคิดและร่างตัวบ่งชี้ ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 2 การตรวจสอบเพื่อยืนยันตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตครู โดยวิธีวิจัยเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครูจำนวน 352 คน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติและโปรแกรมลิสเรล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.60 – 1.00 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อระหว่าง 0.26 - 0.74 ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.95 ผลการวิจัยพบว่า 1) ตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตครู สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนคร เขต 2 ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก 18 องค์ประกอบย่อย 58 ตัวบ่งชี้ จำแนกเป็น ด้านครอบครัว จำนวน 13 ตัวบ่งชี้

ด้านการทำงาน จำนวน 17 ตัวบ่งชี้ด้านสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต จำนวน 16 ตัวบ่งชี้ และด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ จำนวน 12 ตัวบ่งชี้ ซึ่งเป็นไปตามหลักการแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 2) โมเดลโครงสร้างคุณภาพชีวิตครู สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนคร เขต 2 มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าไค-สแควร์ (Chi-square) เท่ากับ 67.18 ค่าองศาอิสระ (df) เท่ากับ 77 ค่านัยสำคัญทางสถิติ (P-value) เท่ากับ .78 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ .98 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ .95 และค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (RMSEA) เท่ากับ .00 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อเรียงลำดับค่าน้ำหนักองค์ประกอบจากมากไปหาน้อยเป็นดังนี้ ด้านครอบครัว (.99) ด้านการทำงาน (.99) ด้านสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต (.98) และด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (.89)

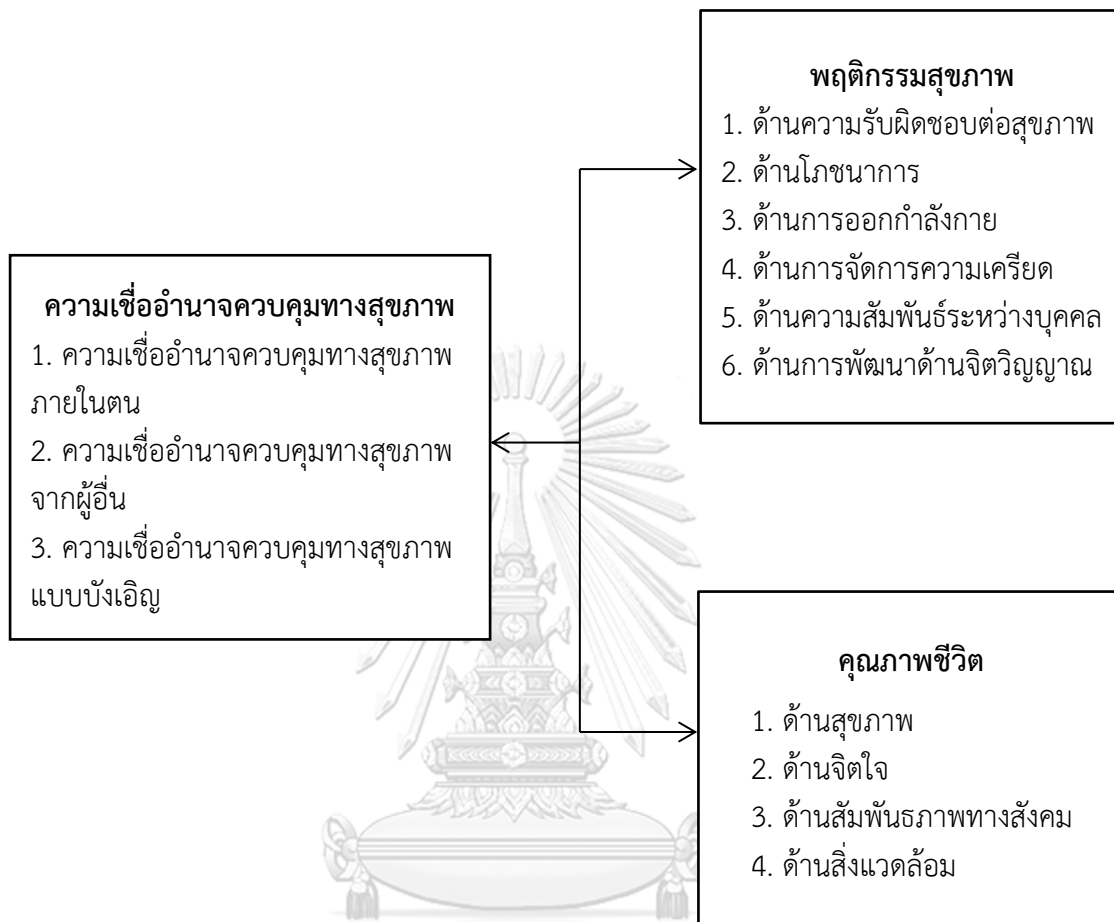
สนุก สิงห์มาตร, พิกุล มีมานะ และธีรภัทร์ ถิ่นแสนดี (2560) ทำการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตตามวิถีปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงสำหรับครูและบุคลากรทางการศึกษาในพื้นที่จังหวัดยโสธร โดยมีวัตถุประสงค์คือ (1) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตตามวิถีปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงสำหรับครูและบุคลากรทางการศึกษาในพื้นที่จังหวัดยโสธร และ (2) เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Study) ประชากร ได้แก่ ครูและบุคลากรทางการศึกษาที่สังกัดในจังหวัดยโสธร ประกอบไปด้วย 1) สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา ยโสธร เขต 1, (2) สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา ยโสธร เขต 2, และ 3) สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 28 (ยโสธร) รวมจำนวน 4,902 คน และ กลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 370 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตตามวิถีปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงสำหรับครูและบุคลากรทางการศึกษาในพื้นที่จังหวัดยโสธร โดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยที่ระดับ 3.46 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อทั้ง 32 ข้อ พบว่า อยู่ในระดับมาก ทั้งจำนวน 21 ข้อ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 12 ข้อ เมื่อเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย จำนวน 3 ลำดับ ได้แก่ ข้อ 6. ท่านและครอบครัวได้ยึดหลักคุณธรรมจริยธรรม ในการดำเนินชีวิต เช่น การไม่นอกใจสามี ภรรยา เป็นต้น มีค่าเฉลี่ยที่ระดับ 3.69 รองลงมาคือ ข้อ 5. ท่านและครอบครัวยึดมั่นในหลักการปกครองแบบประชาธิปไตย มีค่าเฉลี่ยที่ระดับ 3.68 ต่อมาคือ ข้อ 17. ท่านและครอบครัว มีวิธีการออมหลายรูปแบบในครัวเรือน เช่น กะปุกออมสิน ออมผ่านสถาบันการเงิน ออมผ่านกองทุนหมู่บ้าน เป็นต้น มีค่าเฉลี่ยที่ระดับ 3.68 ส่วนที่ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ 29. ท่านและครอบครัวของท่านมีการใช้พลังงานทดแทนที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม เช่น โซล่าเซลล์ พลังงานลม พลังงานน้ำ พลังงานก๊าซชีวภาพ เป็นต้น มีค่าเฉลี่ยที่ระดับ 2.71 ตามลำดับ

สุภัชฌาน์ ศรีเอี่ยม และคณะ (2562) ทำการศึกษาเรื่อง รูปแบบกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็ก เยาวชน และครูในเขตเทศบาลตำบลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว โดยมี

วัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาโปรแกรมการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต 2) ศึกษาผลของการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ประชากรที่ใช้ในงานวิจัยคือเด็ก เยาวชน และครู ในเขตเทศบาลตำบลโคกสูง จ.สระแก้ว กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือ เด็ก เยาวชน และครู ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้คือ 1) โปรแกรมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ 2) เครื่องมือประเมินผลการดำเนินงาน ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยแปรผลด้วยสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า 1) โปรแกรมการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย การสร้างความคุ้นเคยของคนในชุมชน การวิเคราะห์ปัญหาชุมชนร่วมกัน การส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอาหาร การสร้างเสริมรายได้ เศรษฐกิจในชุมชน 2) ผลประเมินความพึงพอใจของเด็ก เยาวชนและครูในเขตเทศบาลตำบลโคกสูง จ.สระแก้วที่มีต่อการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับดีมาก

กล่าวโดยสรุป การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของครูในประเทศไทย พบว่า ยังมีข้อมูลน้อยมากที่ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของครู และที่มาก็จะนำไปสู่คุณภาพชีวิตในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ และหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ ทั้งนี้เป็นนำผลจากการศึกษาไปต่อยอดการส่งเสริมให้ครูมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

5. กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์คือ 1) เพื่อศึกษาระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ และ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ครูในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยคำนวณจากครูในเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 32 บุรีรัมย์ จำนวนครูทั้งหมด 11,247 คน (สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดบุรีรัมย์, 2561) จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรของยามาเน่ (Yamane, 1973) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n คือ จำนวนตัวอย่าง หรือขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย
N คือ จำนวนของประชากรที่ศึกษา คือครูในจังหวัดบุรีรัมย์
e คือ สัดส่วนความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ซึ่งวิจัยครั้งนี้กำหนดให้มีค่าความคาดเคลื่อน เท่ากับ 0.05

ดังนั้นเมื่อนำมาแทนค่าสูตรจะได้ ดังนี้

$$\begin{aligned} n &= \frac{11,247}{1 + 11,247 (0.05)^2} \\ &= 399.96 \\ &= 400 \text{ ตัวอย่าง} \end{aligned}$$

ดังนั้น จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างอย่างต่ำที่จะต้องรวบรวม คือ ครูในเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 32 บุรีรัมย์ จำนวน 400 คน และเพื่อชดเชยอัตราสูญเสียจากการตอบ

กลับ ผู้วิจัยได้วางแผนการเก็บข้อมูลเป็น 420 คน และได้แบบสอบถามกลับมา 402 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 95.71 ซึ่งผู้วิจัยตัด 2 ฉบับออก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ โดยใช้การสุ่มตัวอย่างโดยบังเอิญ (Accidental sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัยการศึกษานี้ คือ แบบสอบถามชนิดปลายปิด (Close-Ended Questionnaire) ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจาก Wallston et al. (1978), Pender (1987) และ (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2540) แบ่งออกเป็น 4 ตอน มีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และลักษณะความเป็นอยู่

ตอนที่ 2 แบบสอบถามวัดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ เป็นการสอบถามความเชื่อหรือความรู้สึกของครุที่มีต่อการควบคุมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามของ Wallston et al. (1978) มีจำนวนคำถามทั้งหมด 18 ข้อแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพภายในตน จำนวน 6 ข้อ ความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพจากผู้อื่น จำนวน 6 ข้อ และความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพแบบบังเอิญ จำนวน 6 ข้อ และเลือกใช้ข้อคำถามในชุด A ซึ่งเป็น 1 ใน 3 ชุดจากแบบสอบถามของ Wallston แบบสอบถามวัดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามเกณฑ์การให้คะแนนของ Likert Scale 6 ระดับ โดยผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว ดังนี้

มีความเชื่อในระดับสูง	ให้	3 คะแนน
มีความเชื่อในระดับปานกลาง	ให้	2 คะแนน
มีความเชื่อในระดับต่ำ	ให้	1 คะแนน

แบบวัดความเชื่อควบคุมอำนาจทางสุขภาพ ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน รายละเอียดดังนี้

4. ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน จำนวน 6 ข้อ คือ 1, 6, 8, 12, 13, และ 17
5. ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่น จำนวน 6 ข้อ คือ 3, 5, 7, 10, 14, 18
6. ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ จำนวน 6 ข้อ คือ 2, 4, 9, 11, 15, 16

การแปลผลคะแนนความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพรายข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ จากการคำนวณโดยใช้สูตรความกว้างอันตรภาคชั้น

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} \\ &= \frac{6 - 1}{3} \\ &= 1.66 \end{aligned}$$

สามารถพิจารณาคะแนนเฉลี่ยความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 2.66	หมายถึง	มีความเชื่อในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	2.67 – 4.33	หมายถึง	มีความเชื่อในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	4.34 – 6.00	หมายถึง	มีความเชื่อในระดับสูง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยปรับปรุงจากกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1987) โดยข้อคำถามครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ลักษณะข้อคำถามเป็นไปในทางบวกและทางลบ ใช้การวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามเกณฑ์การให้คะแนนของ Likert Scale 4 ระดับ โดยผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่เคยปฏิบัติ	4 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	3 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	2 คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัติประจำ	1 คะแนน	4 คะแนน

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยในการแปลผล ซึ่งจากการคำนวณโดยใช้สูตรความกว้างอันตรภาคชั้น (มณฑกาจญจน์ วิจิตรสกลธ์, 2552)

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับ}} \\ &= \frac{4 - 1}{4} \\ &= 0.75 \end{aligned}$$

สามารถพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ โดยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.75	หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่เหมาะสม
คะแนนเฉลี่ย	1.76 – 2.51	หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.52 – 3.27	หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี
คะแนนเฉลี่ย	3.28 - 4.00	หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

ตอนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ฉบับภาษาไทย ที่ถูกแปลโดยสุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9 และ 11 โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว ดังนี้

	ข้อความทางลบ	ข้อความทางบวก
ไม่เลย	5 คะแนน	1 คะแนน
เล็กน้อย	4 คะแนน	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
มาก	2 คะแนน	4 คะแนน
มากที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผล คือ คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ดังนี้

- 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
- 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง
- 96-130 คะแนน ถึงแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

นอกจากนี้ สามารถแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ ดังนี้

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพ	7-16	17-26	27-35
2. ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิต ที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิต ปานกลาง	คุณภาพชีวิต ที่ดี
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

วิธีการพัฒนาเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรม และศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อควบคุมอำนาจทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของครู

2. ปรับปรุงข้อคำถามในแบบสอบถามให้เหมาะสมกับบริบทของประชากรในการศึกษาครั้งนี้ โดยแบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 แบบวัดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

3. นำแบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทของประชากรในการศึกษาครั้งนี้แล้ว ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบพิจารณาเนื้อหา ภาษาที่ใช้และขอคำแนะนำในการปรับแก้ไขให้เนื้อหาให้มีความสมบูรณ์ เหมาะสมยิ่งขึ้น

4. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence, IOC) กำหนดค่าที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ผลการวิเคราะห์พบว่า ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบวัดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเท่ากับ 0.93, 0.92 และ 0.97 ตามลำดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขแบบวัดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ให้สมบูรณ์และเหมาะสมยิ่งขึ้น

5. นำแบบสอบถามไปทำการทดสอบกับครูที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม (Polit & Hungler, 1999) กำหนดค่าที่

ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร Coefficient Alpha ของ Cronbach ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเท่ากับ 0.92, 0.86 และ 0.90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และดำเนินการเก็บด้วยตนเอง ดังนี้

1) จัดทำหนังสือขอความร่วมมือในการแจกแบบสอบถาม ไปยังโรงเรียนในเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 32 บุรีรัมย์ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าไปแจกและเก็บแบบสอบถามในการวิจัย

2) ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากครูในจังหวัดบุรีรัมย์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองโดยขอความร่วมมือจากครูที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อช่วยตอบแบบสอบถาม และคอยให้คำแนะนำในกรณีที่ครูมีข้อสงสัยในแบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ และถูกต้องตรงกับความเป็นจริง

3) ผู้วิจัยจะใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 เดือน คือ พฤศจิกายน ถึง ธันวาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยประมวลผลข้อมูลที่ได้จากการเก็บแบบสอบถามด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา และลักษณะความเป็นอยู่ โดยจะนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ส่วนข้อมูลอายุ นำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. แบบวัดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ ทั้ง 3 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่น และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ หลังจากหาคะแนนแต่ละด้านแล้ว นำคะแนนที่ได้ไปหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนค่ามาตรฐาน

3. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ทำการให้คะแนนจากการตอบคำถามใน 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ หลังจากหาคะแนนแต่ละด้านแล้ว นำคะแนนที่ได้ไปหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนค่ามาตรฐาน

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ใน 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม หลังจากกรวมนคะแนนแต่ละด้านแล้ว นำคะแนนที่ได้ไปเทียบในเกณฑ์การวัดคุณภาพชีวิต พิจารณามีคะแนนสูงหรือต่ำกว่าช่วงคะแนนปกติ

5. วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ และวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิต โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) มีเกณฑ์ (Gujarati, 2000 อ้างถึงใน สีวะโชติ ศรีสุทธิยากร และ กนิษฐ ศรีเคลือบ, 2559) ดังนี้

ค่าระหว่าง	0.00 – 0.29	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
ค่าระหว่าง	0.30 – 0.69	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
ค่าระหว่าง	0.70 – 1.00	มีความสัมพันธ์ระดับสูง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

- 1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของครูในจังหวัดบุรีรัมย์
- 1.2 ผลการวิเคราะห์ระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์
- 1.3 ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์
- 1.4 ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

ตอนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

- 2.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์
- 2.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

ตอนที่ 1 ระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

- 1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ ปรากฏดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ จำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา และ ลักษณะความเป็นอยู่

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	131	32.75
หญิง	269	67.25
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	58	14.50
ปริญญาโท	337	84.25
ปริญญาเอก	5	1.25
ลักษณะความเป็นอยู่		
อยู่ตามลำพัง	84	21.00
อยู่ร่วมกับคู่สมรส บุตรหลาน หรือญาติพี่น้อง	316	79.00
รวม	400	100

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่าง คือ ครูในเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 32 บุรีรัมย์ จำนวน 400 คน เป็นเพศชายทั้งสิ้น 131 คน คิดเป็นร้อยละ 32.75 และเพศหญิงทั้งสิ้น 269 คน คิดเป็นร้อยละ 67.25 เมื่อพิจารณาการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาโท จำนวน 337 คน คิดเป็นร้อยละ 84.25 และเมื่อพิจารณาลักษณะความเป็นอยู่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรส บุตรหลาน หรือญาติพี่น้อง จำนวน 316 คิดเป็นร้อยละ 79.00

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของครูในจังหวัดบุรีรัมย์จำแนกตามอายุ

รายการ	\bar{X}	SD
อายุ	36.77	6.05

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าค่าสถิติพื้นฐานของตัวอย่างวิจัยจำแนกตามอายุ พบว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.77 ปี (SD = 6.05)

1.2 ผลการวิเคราะห์ระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ ปรากฏดังตารางที่ 3, 4, 5 และ 6

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์จำแนกรายด้าน

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ	\bar{X}	SD	ระดับ
ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน	2.84	0.40	ปานกลาง
ความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพจากผู้อื่น	2.60	0.42	ต่ำ
ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพแบบบังเอิญ	1.65	0.56	ต่ำ
รวม	2.36	0.46	ต่ำ

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.36$, $SD = 0.46$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนมากที่สุด โดยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.84$, $SD = 0.40$)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนของครูในจังหวัดบุรีรัมย์จำแนกรายข้อ

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน	\bar{X}	SD	ระดับ
1. เมื่อฉันป่วยพฤติกรรมของฉันจะเป็นตัวบอกว่าเมื่อใดจะมีสุขภาพดีอีกครั้ง	2.91	0.30	ปานกลาง
2. ฉันสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตัวเอง	2.87	0.35	ปานกลาง
3. เมื่อฉันป่วย ฉันมักจะตำหนิตัวเอง	2.69	0.66	ปานกลาง
4. การกระทำของฉันจะส่งผลต่อสุขภาพของฉัน	2.97	0.20	ปานกลาง
5. ฉันหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยได้ถ้าฉันดูแลสุขภาพ	2.83	0.49	ปานกลาง
6. ถ้าฉันปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องแล้ว จะทำให้ฉันมีสุขภาพดีอยู่เสมอ	2.81	0.43	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.84$, $SD = 0.40$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน 3 อันดับแรก ได้แก่ การกระทำของฉันจะ

ส่งผลต่อสุขภาพของฉันทัน ($\bar{X} = 2.97, SD = 0.20$) เมื่อฉันทป่วยพลติกรรมของฉันทจะเป็นตัวบอกว่าเมื่อใดจะมีสุขภาพดีอีกครั้ง ($\bar{X} = 2.91, SD = 0.30$) และฉันทสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตัวเอง ($\bar{X} = 2.87, SD = 0.35$)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่นของครูในจังหวัดบุรีรัมย์จำแนกรายข้อ

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่น	\bar{X}	SD	ระดับ
1. การพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอเป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับฉันทที่จะช่วยหลีกเลี่ยงการป่วยได้	2.77	0.48	ปานกลาง
2. เมื่อฉันทรู้สึกไม่สบาย ฉันทจะไปปรึกษาแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.99	0.12	ปานกลาง
3. ครอบครัวของฉันทมีส่วนสำคัญที่จะทำให้ฉันทป่วยหรือมีสุขภาพดี	2.83	0.40	ปานกลาง
4. แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ควบคุมสุขภาพของฉันท	1.55	0.66	ต่ำ
5. ฉันทหายป่วยได้เพราะแพทย์ พยาบาล ครอบครัวหรือเพื่อนที่ดูแลฉันทเป็นอย่างดี	2.64	0.49	ปานกลาง
6. ในเรื่องของสุขภาพ ฉันทจะปฏิบัติตามที่แพทย์บอกเท่านั้น	2.84	0.39	ปานกลาง
รวม	2.60	0.42	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่นอยู่ในระดับกลาง ($\bar{X} = 2.60, SD = 0.42$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่น 3 อันดับแรก ได้แก่ เมื่อฉันทรู้สึกไม่สบาย ฉันทจะไปปรึกษาแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\bar{X} = 2.99, SD = 0.12$) ในเรื่องของสุขภาพ ฉันทจะปฏิบัติตามที่แพทย์บอกเท่านั้น ($\bar{X} = 2.84, SD = 0.39$) และครอบครัวของฉันทมีส่วนสำคัญที่จะทำให้ฉันทป่วยหรือมีสุขภาพดี ($\bar{X} = 2.83, SD = 0.40$)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเชื่ออำนาจทางสุขภาพแบบบังเอิญของครูในจังหวัดบุรีรัมย์จำแนกตามรายชื่อ

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ถ้าถึงเวลาป่วยแล้ว ฉันก็ต้องป่วยไม่ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไร	2.53	0.57	ต่ำ
2. สิ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพของฉันส่วนใหญ่เกิดจากความบังเอิญ	1.44	0.51	ต่ำ
3. ฉันจะหายป่วยได้เร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับโชคชะตาเป็นส่วนใหญ่	1.25	0.46	ต่ำ
4. ฉันมีสุขภาพดีเป็นเพราะฉันโชคดี	1.35	0.55	ต่ำ
5. ฉันต้องป่วยไม่ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไร	2.10	0.85	ต่ำ
6. การที่ฉันมีสุขภาพดี เนื่องจากมักถูกกำหนดไว้แล้ว	1.26	0.44	ต่ำ
รวม	1.65	0.56	ต่ำ

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.65$, $SD = 0.56$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อ พบว่า ของครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ 3 อันดับแรก ได้แก่ ถ้าถึงเวลาป่วยแล้ว ฉันก็ต้องป่วยไม่ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไร ($\bar{X} = 2.53$, $SD = 0.57$) ฉันต้องป่วยไม่ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไร ($\bar{X} = 2.10$, $SD = 0.85$) และสิ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพของฉันส่วนใหญ่เกิดจากความบังเอิญ ($\bar{X} = 1.44$, $SD = 0.51$)

1.3 ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ ปรากฏดังตารางที่ 7 และ 8

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์จำแนกรายด้าน

พฤติกรรมสุขภาพ	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านความรับผิดชอบต่อด้านสุขภาพ	3.00	0.53	ดี
ด้านการออกกำลังกาย	3.04	0.48	ดี
ด้านโภชนาการ	3.17	0.49	ดี
ด้านการจัดการความเครียด	3.04	0.51	ดี
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.02	0.47	ดี
ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ	3.10	0.71	ดี
รวม	3.06	0.53	ดี

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.06$, $SD = 0.53$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านโภชนาการ ($\bar{X} = 3.17$, $SD = 0.49$) ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ($\bar{X} = 3.10$, $SD = 0.71$) และด้านการจัดการความเครียด ($\bar{X} = 3.04$, $SD = 0.51$)

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ จำแนกรายข้อ

พฤติกรรมสุขภาพ	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ			
1. ท่านตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี	3.09	0.52	ดี
2. ท่านสังเกตความผิดปกติของร่างกายอยู่เสมอ	3.17	0.48	ดี
3. เมื่อเจ็บป่วยท่านจะซื้อยารับประทานเอง**	2.74	0.61	ดี
ด้านการออกกำลังกาย			
4. เมื่อมีเวลาว่างท่านจะไปออกกำลังกาย เช่น เดินเร็ว เป็นต้น	2.97	0.44	ดี
5. ท่านทำงานบ้านด้วยตนเอง เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น	3.19	0.52	ดี
6. ท่านออกกำลังกายแต่ละครั้งใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาที	3.00	0.49	ดี
ด้านโภชนาการ			
7. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด เช่น เค็มจัด หวานจัด เผ็ดจัด เป็นต้น	3.01	0.50	ดี
8. ท่านรับประทานอาหารประเภทต้ม หรือย่าง	3.07	0.42	ดี
9. ท่านรับประทานผักหรือผลไม้ทุกมื้อ	3.45	0.57	ดีมาก
ด้านการจัดการความเครียด			
10. เมื่อไม่สบายใจท่านจะสวดมนต์ นั่งสมาธิ หรือ อ่านหนังสือธรรมะ	2.99	0.61	ดี
11. เมื่อท่านไม่สบายใจท่านจะคุยกับคนในครอบครัว	3.10	0.42	ดี
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล			
12. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้านและครอบครัว เช่น การ ร่วมงานแต่งงานบวช หรือ งานศพ เป็นต้น	2.93	0.46	ดี
13. ท่านมีการพูดคุยกับเพื่อนบ้าน	3.11	0.50	ดี
ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ			
14. ท่านเตรียมพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต	3.03	0.33	ดี
15. ท่านยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันได้	3.17	0.38	ดี

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่า **ด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ** การสังเกตความผิดปกติของร่างกายอยู่เสมอ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.17$, $SD = 0.48$) **ด้านการออกกำลังกาย** การทำงานบ้านด้วยตนเอง เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.19$, $SD = 0.52$) **ด้านโภชนาการ** การรับประทานผักหรือผลไม้ทุกมื้อ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.45$, $SD = 0.57$) **ด้านการจัดการความเครียด** การคุยกับคนในครอบครัวเมื่อไม่สบายใจ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.10$, $SD = 0.42$) **ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล** การพูดคุยกับเพื่อนบ้าน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.11$, $SD = 0.50$) และ**ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ** การยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันได้ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.17$, $SD = 0.38$)

1.4 ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ ปรากฏดังตารางที่ 9 และ 10

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์จำแนกรายด้าน

คุณภาพชีวิต	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านสุขภาพ	20.91	2.16	คุณภาพชีวิตปานกลาง
ด้านจิตใจ	22.32	2.64	คุณภาพชีวิตปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	13.24	1.52	คุณภาพชีวิตที่ดี
ด้านสิ่งแวดล้อม	29.75	2.55	คุณภาพชีวิตปานกลาง
รวม	86.21	7.70	คุณภาพชีวิตปานกลาง

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 86.21 คะแนน ($SD = 7.70$) หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีระดับคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมสูงที่สุด คือระดับคุณภาพชีวิตที่ดี

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของครูในจังหวัดบุรีรัมย์จำแนกรายข้อ

คุณภาพชีวิต	\bar{X}	SD
ด้านสุขภาพ		
1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้	3.64	0.50
2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักน้อยเพียงใด	2.60	0.53
3. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันหรือไม่ (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	3.61	0.54
4. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักน้อยเพียงใด	3.61	0.56
5. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเองได้หรือไม่	3.68	0.56
6. ท่านจำเป็นต้องรับการรักษายาบาลมากนักน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	3.77	0.55
ด้านจิตใจ		
7. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวังมากนักน้อยเพียงใด	3.50	0.52
8. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด	3.25	0.52
9. ท่านรู้สึกใจในตนเองมากนักน้อยเพียงใด	2.46	0.70
10. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน	3.33	0.51
11. ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	2.99	0.88
12. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากนักน้อยเพียงใด	3.34	0.49
13. ท่านพอใจในชีวิตของเพศของท่านแค่ไหน	3.46	0.51
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม		
14. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานอย่างที่เคยทำมามากนักน้อยเพียงใด	3.31	0.55
15. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอยากที่ท่านมาแค่ไหน	3.31	0.55
16. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่นั้น	3.33	0.49
17. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน	3.30	0.49
ด้านสิ่งแวดล้อม		
18. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากนักน้อยเพียงใด	3.19	0.50

ตารางที่ 10 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	\bar{X}	SD
19. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด	3.26	0.44
20. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด	3.14	0.53
21. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด	3.32	0.48
22. ท่านมีโอกาสดักพักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด	3.22	0.53
23. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด	3.37	0.50
24. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน(หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด	3.34	0.51
25. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	3.45	0.52
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด	3.46	0.51

จากตารางที่ 10 แสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ ด้านร่างกาย ความจำเป็นต้องรับการรักษายาบาล เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.77$, $SD = 0.55$) ด้านจิตใจ ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.50$, $SD = 0.52$) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.33$, $SD = 0.49$) และด้านสิ่งแวดล้อม การมองว่าตนเองมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.46$, $SD = 0.51$)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตอนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

2.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ ปรากฏดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของครู
ในจังหวัดบุรีรัมย์ (n=400)

พฤติกรรม สุขภาพ	ด้านความรับผิดชอบ	ต่อสุขภาพ	ด้านการออกกำลังกาย	ด้านโภชนาการ	ด้านการจัดการ	ความเครียด	ด้านความสัมพันธ์	ระหว่างบุคคล	ด้านการพัฒนา	จิตวิญญาณ	รวม
	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	
ความเชื่อ อำนาจ ควบคุมทาง สุขภาพ											
ความเชื่ออำนาจ ควบคุมทาง สุขภาพภายใน ตน	0.244**	0.324**	0.329**	0.075	0.099*	-0.094	0.274**				
ความเชื่ออำนาจ ควบคุมสุขภาพ จากผู้อื่น	0.258**	0.123*	0.146**	0.106*	0.065	0.015	0.198**				
ความเชื่ออำนาจ ทางสุขภาพแบบ บังเอิญ	-0.352**	-0.151**	-0.223**	-0.125*	-0.125*	-0.019	-0.277**				
รวม	0.053	0.194**	0.156**	0.017	0.016	-0.077	0.101*				

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

จากตารางที่ 11 แสดงให้เห็นว่าความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.101$)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนกับพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มากที่สุด ($r=$

0.329) และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนกับพฤติกรรมสุขภาพด้านด้านการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รองลงมา ($r=0.324$)

2.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ ปรากฏดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ (n=400)

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ	คุณภาพชีวิต				
	ด้านร่างกาย	ด้านจิตใจ	ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	ด้านสิ่งแวดล้อม	รวม
ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน	r	r	r	r	r
ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน	0.539**	0.510**	0.397**	0.370**	0.531**
ความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพจากผู้อื่น	0.375**	0.264**	0.241**	0.248**	0.328**
ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพแบบบังเอิญ	-0.540**	-0.524**	-0.431**	-0.472**	-0.570**
รวม	0.195**	0.129**	0.102*	0.054	0.143**

** $p < 0.01$

จากตารางที่ 12 แสดงให้เห็นว่าความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.143$)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มากที่สุด ($r=0.539$) ส่วนความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 รองลงมา ($r=0.510$) และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนกับคุณภาพชีวิตโดยรวม มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์” มีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อ 1) ศึกษาระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ครูในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 11,247 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ครูในเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 32 บุรีรัมย์ จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) แบบวัดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และ 3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต มีค่าความตรงเท่ากับ 0.93, 0.92 และ 0.97 ตามลำดับ ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92, 0.86 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แบบเพียร์สัน

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ สามารถสรุปผลการวิจัยได้ ดังต่อไปนี้

1. ผลการศึกษาระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

1.1 ข้อมูลทั่วไปของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

จากข้อมูลทั่วไปของครูในเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 32 บุรีรัมย์ จำนวน 400 คน พบว่า เป็นเพศชายทั้งสิ้น 131 คน คิดเป็นร้อยละ 32.75 และเพศหญิงทั้งสิ้น 269 คน คิดเป็นร้อยละ 67.25 โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.77 ปี (SD = 6.05) เมื่อพิจารณาระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาโท จำนวน 337 คน คิดเป็นร้อยละ 84.25 และเมื่อพิจารณาลักษณะความเป็นอยู่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรส บุตรหลาน หรือญาติพี่น้อง จำนวน 316 คิดเป็นร้อยละ 79.00

1.2 ระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

1.2.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.36$, $SD = 0.46$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนมากที่สุด โดยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.84$, $SD = 0.40$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน 3 อันดับแรก ได้แก่ การกระทำของฉันจะส่งผลต่อสุขภาพของฉัน ($\bar{X} = 2.97$, $SD = 0.20$) เมื่อฉันป่วยพฤติกรรมของฉันจะเป็นตัวบอกว่าเมื่อใดจะมีสุขภาพดีอีกครั้ง ($\bar{X} = 2.91$, $SD = 0.30$) และฉันสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตัวเอง ($\bar{X} = 2.87$, $SD = 0.35$)

1.2.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่นของครูในจังหวัดบุรีรัมย์อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.60$, $SD = 0.44$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่น 3 อันดับแรก ได้แก่ เมื่อฉันรู้สึกไม่สบาย ฉันจะไปปรึกษาแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\bar{X} = 2.99$, $SD = 0.12$) ในเรื่องของสุขภาพ ฉันจะปฏิบัติตามที่แพทย์บอกเท่านั้น ($\bar{X} = 2.84$, $SD = 0.39$) และครอบครัวของฉันมีส่วนสำคัญที่จะทำ给我ป่วยหรือมีสุขภาพดี ($\bar{X} = 2.83$, $SD = 0.40$)

1.2.3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญของครูในจังหวัดบุรีรัมย์อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.65$, $SD = 0.56$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ของครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ 3 อันดับแรก ได้แก่ ถ้าถึงเวลาป่วยแล้ว ฉันก็ต้องป่วยไม่ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไร ($\bar{X} = 2.53$, $SD = 0.57$) ฉันต้องป่วยไม่ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไร ($\bar{X} = 2.10$, $SD = 0.85$) และสิ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพของฉันส่วนใหญ่เกิดจากความบังเอิญ ($\bar{X} = 1.44$, $SD = 0.51$)

1.3 ระดับพฤติกรรมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

1.3.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.06$, $SD = 0.53$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านโภชนาการ ($\bar{X} = 3.17$, $SD = 0.49$) ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ($\bar{X} = 3.10$, $SD = 0.71$) และด้านการจัดการความเครียด ($\bar{X} = 3.04$, $SD = 0.51$)

1.3.2 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อในแต่ละด้าน พบว่า ด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ การสังเกตความผิดปกติของร่างกายอยู่เสมอ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.17$, $SD = 0.48$) ด้านการออกกำลังกาย การทำงานบ้านด้วยตนเอง เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.19$, $SD = 0.52$) ด้านโภชนาการ การรับประทานผักหรือผลไม้ทุกมื้อ มี

ค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.45$, $SD = 0.57$) **ด้านการจัดการความเครียด** การคุยกับคนในครอบครัว เมื่อไม่สบายใจ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.10$, $SD = 0.42$) **ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล** การพูดคุยกับเพื่อนบ้าน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.11$, $SD = 0.50$) **และด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ** การยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันได้ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.17$, $SD = 0.38$)

1.4 ระดับคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

1.4.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์เท่ากับ 86.21 คะแนน ($SD = 7.70$) หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีระดับคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมสูงที่สุด คือระดับคุณภาพชีวิตที่ดี

1.4.2 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อในแต่ละด้าน พบว่า **ด้านร่างกาย** ความจำเป็นต้องรับการรักษายาบาล เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.77$, $SD = 0.55$) **ด้านจิตใจ** ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.50$, $SD = 0.52$) **ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม** ความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.33$, $SD = 0.49$) **และด้านสิ่งแวดล้อม** การมองว่าตนเองมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.46$, $SD = 0.51$)

2. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

2.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.101$)

2.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของครูใน

จังหวัดบุรีรัมย์มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.143$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ในประเด็นดังต่อไปนี้

1. ผลการศึกษาระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

1.1 ระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

จากผลการศึกษาความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ อย่างไรก็ตามครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพภายในตนมากที่สุด ได้แก่ การกระทำของฉันทันจะส่งผลต่อสุขภาพของฉันทัน เมื่อฉันทันป่วยพฤติกรรมของฉันทันจะเป็นตัวบอกว่าเมื่อใดจะมีสุขภาพดีอีกครั้ง และฉันทันสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตัวเอง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะครูถือว่าเป็นผู้รอบรู้ และมีหลักการและแบบแผนในการดำเนินชีวิต ที่เป็นต้นแบบที่ดีให้กับนักเรียน เพราะต้องนำความรู้ทางด้านสุขภาพไปอบรมสั่งสอนนักเรียน และถึงแม้ว่าครูคนนั้นจะไม่ได้สอนวิชาที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับทางสุขภาพก็ตาม ดังนั้นจึงทำให้ครูมีความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพภายในตนมากที่สุด สอดคล้องกับ Pourhoseinzadeh et al. (2017) ที่อธิบายว่าความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพเป็นความเชื่อส่วนบุคคลตามประสบการณ์ที่เคยได้รับ และการมีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพทั้งภายในและภายนอกอาจส่งผลต่อสุขภาพ และสอดคล้องกับ West et al. (2018) ที่สรุปผลการวิจัยว่า ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพควรมีการประยุกต์ใช้หลักความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพเพื่อควบคุมความเชื่อมั่นและทำให้การดูแลสุขภาพประสิทธิผลมากที่สุด

1.2 ระดับพฤติกรรมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

จากผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการมากที่สุด ได้แก่ การรับประทานผักหรือผลไม้ทุกมื้อ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างอยู่ในพื้นที่เกษตรกรรมซึ่งทำให้ง่ายและสะดวกในการรับประทานผักและผลไม้ทุกวัน รวมถึงครูมีการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการมีสุขอนามัยที่ดี ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ครูมีการดูแลตนเองในเรื่องของ

โภชนาการและการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุก ๆ ปี และหากเมื่อร่างกายมีความผิดปกติ จะเกิดการดูแลตนเองในลักษณะที่แตกต่างออกไปของอาการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (1987) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจะช่วยให้คุณมีสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต โดยเฉพาะเมื่อผสมผสานอยู่ในวิถีชีวิตทุกด้าน โดยมีการวางแผนแนวทางการปฏิบัติอย่างครอบคลุมไว้ 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Jimenez et al. (2016) ที่อธิบายผลการศึกษาว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจะมีประโยชน์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงการจัดการโรคเรื้อรัง เกิดการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักและองค์ประกอบของร่างกาย นอกจากนี้ยังทำให้มีความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้น

1.3 ระดับคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

จากผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ครูในจังหวัดบุรีรัมย์ มีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ โดยมีระดับคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมสูงที่สุด คือระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ ความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะบริบทที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้ชิดมากกว่าในเมืองหลวง รวมถึงวัฒนธรรมไทยมีชอบช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุภัชฉาน ศรีเอี่ยม และคณะ (2562) ที่อธิบายว่า การสร้างความคุ้นเคยของคนในชุมชน การวิเคราะห์ปัญหาชุมชนร่วมกัน การส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ อาหาร การสร้างเสริมรายได้ เศรษฐกิจในชุมชนเป็นกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ที่สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของครูได้ และสอดคล้องกับ อรชา อุดม และสำเร็จ อ่อนสัมพันธ์ (2562) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานของครูและอธิบายว่า การที่ครูสามารถจัดเวลาให้เหมาะสมทั้งด้านการทำงาน สังคม และครอบครัว รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน จะเป็นแนวทางที่นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของครูต่อไป

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะครูได้รับแรงสนับสนุน

ด้านความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ ส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตน ทั้งการตรวจสุขภาพประจำปี การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ทั้งยังมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ช่วยเหลือตนเองได้ และสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้โดยการปรับตัวให้เข้ากับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ Pender (1987) ที่ว่าความเชื่ออำนาจภายในตนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมแสดงออกและความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ครูในเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 32 บุรีรัมย์ ที่มีความเชื่ออำนาจทางสุขภาพภายในตนจะใส่ใจสุขภาพหรือสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวเป็นอย่างดี ทั้งจากการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ การมีกิจกรรมการออกกำลังกาย การพบปะสังสรรค์ และการพร้อมรับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพเป็นประจำ ซึ่ง Rotter (1996) กล่าวว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงจะคิดว่าการที่ตนเองมีสุขภาพที่ดี เนื่องจากตนได้ปฏิบัติตนอย่างถูกต้องและเหมาะสม และยิ่งเชื่อว่าผู้ที่มีอำนาจภายในตนจะมีความเชื่อที่ว่าสุขภาพเกิดจากการกระทำของตนเองจึงส่งผลทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิต นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับ Pourhoseinzadeh et al. (2017) ที่อธิบายว่าความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพเป็นความเชื่อส่วนบุคคลตามประสบการณ์ที่เคยได้รับ และการมีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพทั้งภายในและภายนอกอาจส่งผลต่อสุขภาพ และสรุปว่าผู้นำหรือเจ้าหน้าที่ในสาขาสุขภาพมีความจำเป็นต้องพัฒนาโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ เนื่องจากจะเป็นส่วนที่ส่งเสริมให้ประชาชนหรือผู้ที่เข้ารับบริการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะครูยังมีการดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการมีสุขอนามัยที่ดี จึงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตร่วมด้วย เป็นไปตามการศึกษาของ Pender (1987) ที่กล่าวว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านแรงผลักดันทางสังคม (social pressure) หรือความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งการที่ครูมาใส่ใจสุขภาพตนเองแม้ว่าจะเกิดจากแรงผลักดันจากบุคคลภายนอกก็ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่พึงประสงค์ และการที่ได้รับการใส่ใจดูแลจากคนรอบข้าง ทำให้ครูรู้สึกพึงพอใจที่จะมีชีวิตอยู่ ด้วยเหตุนี้เอง ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพของครูจึงสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตของครู นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับ Octari, Suryadi, & Sawitri (2020) ที่สรุปผลการศึกษาว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพและแนวความคิดที่

ดี จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามไปด้วย และสอดคล้องกับ Sharif (2017) ที่สนับสนุนว่า เชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ควรให้คำแนะนำในการดูแลตนเองด้วยการสร้างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. สนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมครูในเขตพื้นที่ เพื่อส่งเสริมให้ครูมีส่วนร่วมในกิจกรรม ชุมชน ได้พบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น-ข้อมูลข่าวสาร และได้มีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น
3. สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการจัดกิจกรรมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพครูในเขตพื้นที่ เนื่องจากเป็นการช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้แก่ครู

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพในประเด็นความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของครูในเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 32 บุรีรัมย์
2. ควรศึกษาตัวแปรอื่นที่อาจมีอิทธิพลต่อความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งส่งผลคุณภาพชีวิตเพิ่มเติม เช่น ระดับการศึกษา เพศ อายุ อาชีพ เป็นต้น

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กัตติกา ณะขว้าง. (2552). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : การวิเคราะห์
อภิमान.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะ
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัลยาณี พรหมทอง. (2560). **บทที่ 1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับครู.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:
[http://www.ipebk.ac.th/bep/wp-content/uploads/2017/11/Kanlayanee-
B3L01.pdf](http://www.ipebk.ac.th/bep/wp-content/uploads/2017/11/Kanlayanee-B3L01.pdf) [11 พฤษภาคม 2561]
- เกษม จันทร์แก้ว. (2540). **การจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อม.** โครงการสหวิทยาการบัณฑิตศึกษา,
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- จินตนา สรายุทธพิทักษ์. (2561). **โปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน.** (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุไรพร โสภการีย์, สกลพร โสภการีย์, ชมพูนุช โสภการีย์ และเกเบียว อิบารรา-เมเจีย. (2561). ความ
ชุกและปัจจัยเสี่ยงของการปวดหลังส่วนกลางของครูในจังหวัดอุดรธานีและพิษณุโลก. **พยาบาล
สาร** 45(2): 76-87.
- ชัชวาล เทียมถนอม. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างระหว่างเพศ ความเชื่ออำนาจในการ
ควบคุมและการประเมินสภาวะแวดล้อมของนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต.
วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 7(1): 128-159.
- ทงศักดิ์ ยี่รัตน์สุข, ฌาน ปัทมะ พลยง, กาญจนา พิบูลย์, ธนิดา จุลวนิชย์พงษ์, ภัทรา หิรัญรัตน์พงศ์
และพวงทอง อินใจ. (2563). รูปแบบการวางเสริมสุขภาพครูในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. **วารสารควบคุมโรค** 46(2): 185-194.
- ไทยรัฐออนไลน์. (2554). **โรคภัยไข้เจ็บรุมเร้าคร่าชีวิตแม่พิมพ์อื้อ.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:
<https://www.thairath.co.th/content/191645> [11 พฤษภาคม 2561]
- ไทยรัฐออนไลน์. (2556). **เดือน '5 โรคภัย' อันตรายต่อ 'ครู' เน้นเทคนิคดูแลสุขภาพ.** [ออนไลน์].
แหล่งที่มา: [thairath.co.th/content/320315](http://www.thairath.co.th/content/320315) [11 พฤษภาคม 2561]
- นงพิมพ์ นิมิตรอนันต์, ศศิธร รุจนเวช และสมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์. (2561). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการสร้าง
เสริมสุขภาพสำหรับครูกลุ่มเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อม ในเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครปฐม
เขต 2. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา** 26(1): 50-59.

- นนทรี สัจจารธรรม และณัฐนิพงษ์ ไพฑูรย์สิน. (2555). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการใช้บริการสาธารณสุข**. นนทบุรี: วิทยาลัยราชพฤกษ์.
- นิตยา พรหมพินิจ, วัลนิกา ฉลากบาง และพิศุทธิ์ กิติศรีวรพันธุ์. (2558). การพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตครู สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนคร เขต 2. **วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม** 5(3): 42-47.
- ปурินทร์ ศรีศศลักษณ์. (2557). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาจารย์พยาบาลเครือข่ายภาคกลางกระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. (2550). **ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 124 ตอนที่ 16 ก.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%CA71/%CA71-20-9999-update.pdf> [11 พฤษภาคม 2561]
- รัตนวดี โชติกนิช. (2557). **เอกสารประกอบการสอน วิชาจริยธรรมและจรรยาบรรณในวิชาชีพครู**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาหลักสูตรและการสอน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542**. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- สนุก สິงห์มาตฺร, พิฑูล มีมานะ และธีรภัทร์ ถิ่นแสนดี. (2560). คุณภาพชีวิตตามวิถีปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงสำหรับครูและบุคลากรทางการศึกษาในพื้นที่จังหวัดยโสธร. **วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม** 4(2): 147-160.
- สมหมาย ปวะบุตร. (2558). **เอกสารประกอบการสอน ชุดวิชาการพัฒนาความเป็นครูวิชาชีพ**. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- สโรชา อยู่ยงสินธุ์ และสุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. **วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ** 16(2): 73-86.
- สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. (2553). **ครู (๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๓)**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.royin.go.th/?knowledges=ครู-๒๑-กุมภาพันธ์-๒๕๕๓> [11 พฤษภาคม 2561]
- สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดบุรีรัมย์. (2561). **ข้อมูลรายงาน : จำนวนสถานศึกษา นักเรียน ครู และห้องเรียนจำแนกรายอำเภอและสังกัด ปีการศึกษา 2560**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://eduwh.moe.go.th/pub/report/stat/?cmd=report&year=2560&rep=3&zone=&prov=31&div=&area=> [11 พฤษภาคม 2561]
- สิวะโชติ ศรีสุทธิยากร และกนิษฐ์ ศรีเคลือบ. (2559). **เอกสารประกอบการสอนเรื่องการวิเคราะห์ความสัมพันธ์**. กรุงเทพฯ: ครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภัชฌานี ศรีเอี่ยม, อังคนา กรัณยาธิกุล, กนกวรรณ ปานสุขसार และสายนภา วงศ์วิศาล. (2562).

รูปแบบกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็ก เยาวชน และครูในเขตเทศบาล ตำบลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว. **วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์** 13(3): 149-162.

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. (2540). **เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด**. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.

แสงเดือน ชื่นทองคำ, พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และอาภา หวังสุขไพศาล. (2558). ผลการใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลร่วมกับการจัดการเวลาของพยาบาล ต่อความเชื่ออำนาจทางสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. **วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย** 8(2): 154-168.

อรชา อุดม และสำเร็จ อ่อนสัมพันธ์. (2562). คุณภาพชีวิตการท างานของครูโรงเรียนวัดห้วยเหนียว “บุญสิริวิทยา” จังหวัดกาญจนบุรี. **วารสารการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร** 10(2): 1005-1017.

อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2552). **การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ: 3 self ด้วยหลัก PROMISE Model**. กรุงเทพฯ: สุขุมวิท.

อิมทิพย์ อนิสดา และประเสริฐ อินทร์รักษ์. (2555). คุณภาพชีวิตของครูที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพครูในโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากาญจนบุรี เขต 4. **วารสารบริหารการศึกษามหาวิทยาลัยศิลปากร** 3(1): 77-86.

อุดมลักษณ์ มณีวงศ์ และมุขธิดา นันติชัย. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพช่องปากกับความเชื่ออำนาจการควบคุมตนด้านสุขภาพ. **วิทยาสารทันตสาธารณสุข** 13(2): 146-158.

อุษา ต้นทองษ์, นงพิมพ์ นิมิตรอนันท์ และศศิธร รุจนเวช. (2562). ปัจจัยคัดสรรที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมชนิดปฐมภูมิของครูในจังหวัดนครปฐม. **วารสารพยาบาลทหารบก** 20(2): 316-326.

ภาษาอังกฤษ

Good, C., V. (1973). **Dictionary of Education**. New York: McGraw-Hill Book.

Jimenez, D. E., et al. (2016). Health behavior change benefits: Perspectives of Latinos with serious mental illness. **Transcultural Psychiatry** 53(3): 313-329.

Octari, T. E., Suryadi, B., & Sawitri, D. R. (2020). The role of self-concept and health locus of control on quality of life among individuals with diabetes. **Jurnal Psikologi** 19(1): 80-94.

- Pender, N. J. (1987). **Health Promotion in nursing practice**. (2 ed.). New York: Appleton & Lange.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). **Nursing Research: Principles and Methods**. (6 ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Pourhoseinzadeh, M., Gheibizadeh, G., Moradikalboland, M., & Cheraghian, B. (2017). The Relationship between Health Locus of Control and Health Behaviors in Emergency Medicine Personnel. **IJCBNM** 5(4): 397-403.
- Power, M. J., Bullinger, M., & The WHOQOL Group. (2002). 'The universality of quality of life: An empirical approach using the WHOQOL', in E. Gullone & R.A. Cummins, (eds.), *The University of Subjective Wellbeing Indicators*. vol. 16.
- Rotter, J. B. (1996). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. **Psychological Monographs: General and Applied** 80: 1-28.
- Sharif, S. P. (2017). Locus of control, quality of life, anxiety, and depression among Malaysian breast cancer patients: The mediating role of uncertainty. **European Journal of Oncology Nursing** 27: 28-35.
- UNESCO. (1981). **Quality of Life: An Orientation to Population Education**. New York: UNESCO.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scale. **Health Educ Monogr** 6(2): 160-170.
- West, L. M., Theuma, R. B., & Cordina, M. (2018). Health locus of control: Its relationship with medication adherence and medication wastage. **Research in Social and Administrative Pharmacy** 14(11): 1015-1019.
- Yamane, T. (1973). **Statistics: An Introductory Analysis**. (3 ed.). New York: Harper and Row Publications.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

1. รองศาสตราจารย์ ดร.บัญชา ชลาภิรมย์
อาจารย์พิเศษ สาขาวิชาสุศึกษาและพลศึกษา
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรตี เอกกรณรงค์ชัย
อาจารย์ประจำสาขาวิชาพลศึกษาและสุศึกษา
คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จักริน ต้วงค์คำ
อาจารย์ประจำสาขาวิชาพลศึกษาและสุศึกษา
คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์จินตนา บรรลือศักดิ์
อาจารย์ประจำกลุ่มสาระวิชาสุศึกษาและพลศึกษา
โรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ฝ่ายประถม)
5. อาจารย์ ดร.สรินญา รอดพิพัฒน์
อาจารย์ประจำสาขาวิชาสุศึกษาและพลศึกษา
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในระดับปริญญาโท คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงใคร่ขอความร่วมมือท่านในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงอย่างครบถ้วน ซึ่งการให้ข้อมูลของท่านจะไม่มีผลใดๆ ต่อท่าน เนื่องจากจะไม่มีการนำข้อมูลไปเปิดเผยเป็นรายบุคคล ข้อมูลคำตอบของท่านทุกข้อจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง และขอขอบพระคุณที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง

1. โปรดทำเครื่องหมาย หน้าข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน หรือเติมข้อความในช่องว่างที่กำหนด

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และลักษณะความเป็นอยู่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่นทางสุขภาพ และความเชื่ออำนาจทางสุขภาพแบบบังเอิญ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบด้านสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง ให้ผู้ตอบแบบสอบถาม โปรดทำเครื่องหมาย หน้าข้อความที่เป็นคำ และข้อความลงในช่องว่างในข้อคำตอบแต่ละข้อตามความเป็นจริง

1. อายุ ปี
2. เพศ (.....) ชาย (.....) หญิง
3. ระดับการศึกษา
 (.....) ปริญญาตรี (.....) ปริญญาโท
 (.....) ปริญญาเอก (.....) อื่น ๆ ระบุ.....

4. ลักษณะความเป็นอยู่

(.....) อยู่ตามลำพัง

(.....) อยู่ร่วมกับคู่สมรส บุตรหลานหรือญาติพี่น้อง

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อและเขียนเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

อธิบายความหมาย

เห็นด้วย หมายความว่า ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเชื่อ

ไม่แน่ใจ หมายความว่า ข้อความนั้นอาจไม่ตรงหรือตรงกับความรู้สึกหรือความเชื่อ

ไม่เห็นด้วย หมายความว่า ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเชื่อ

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. เมื่อฉันป่วยพฤติกรรมของฉันจะเป็นตัวบอกว่าเมื่อใดจะมีสุขภาพดีอีกครั้ง			
2. ถ้าถึงเวลาป่วยแล้ว ฉันก็ต้องป่วยไม่ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไร			
3. การพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอเป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับฉันที่จะช่วยหลีกเลี่ยงการป่วยได้			
4. สิ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพของฉันส่วนใหญ่เกิดจากความบังเอิญ			
5. เมื่อฉันรู้สึกไม่สบาย ฉันจะไปปรึกษาแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
6. ฉันสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตัวเอง			
7. ครอบครัวของฉันมีส่วนสำคัญที่จะทำให้ฉันป่วยหรือมีสุขภาพดี			
8. เมื่อฉันป่วย ฉันมักจะตำหนิตัวเอง			
9. ฉันจะหายป่วยได้เร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับโชคชะตาเป็นส่วนใหญ่			
10. แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ควบคุมสุขภาพของฉัน			
11. ฉันมีสุขภาพดีเป็นเพราะฉันโชคดี			
12. การกระทำของฉันจะส่งผลต่อสุขภาพของฉัน			

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
13.ฉันหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยได้ถ้าฉันดูแลสุขภาพ			
14.ฉันหายป่วยได้เพราะแพทย์ พยาบาล ครอบครัวหรือเพื่อนที่ดูแลฉันเป็นอย่างดี			
15.ฉันต้องป่วยไม่ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไร			
16.การที่ฉันมีสุขภาพดี เนื่องจากมักถูกกำหนดไว้แล้ว			
17.ถ้าฉันปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องแล้ว จะทำให้ฉันมีสุขภาพดีอยู่เสมอ			
18.ในเรื่องของสุขภาพ ฉันจะปฏิบัติตามที่แพทย์บอกเท่านั้น			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อและเขียนเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

อธิบายความหมาย

ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติเลยในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา
ปฏิบัติหลายๆครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติอย่างน้อย 3 ครั้งขึ้นไปในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติอย่างน้อย 5 ครั้งขึ้นไปในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา
ปฏิบัติประจำ	หมายถึง ท่านปฏิบัติอย่างน้อย 10 ครั้งขึ้นไปในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

พฤติกรรมสุขภาพ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ความถี่ของการปฏิบัติ			
	ไม่เคย	นานๆครั้ง (3ครั้งขึ้นไป)	บางครั้ง (5ครั้งขึ้นไป)	ประจำ (10ครั้งขึ้นไป)
1.ท่านตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี				
2.ท่านสังเกตความผิดปกติของร่างกายอยู่เสมอ				
3.เมื่อเจ็บป่วยท่านจะซื้อยา รับประทานเอง (เชิงลบ)				
4.เมื่อมีเวลารว่างท่านจะไปออกกำลังกาย เช่น เดินเร็ว เป็นต้น				

พฤติกรรมสุขภาพ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ความถี่ของการปฏิบัติ			
	ไม่เคย	นานๆครั้ง (3ครั้งขึ้นไป)	บางครั้ง (5ครั้งขึ้นไป)	ประจำ (10ครั้งขึ้นไป)
5.ท่านทำงานบ้านด้วยตนเอง เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น				
6.ท่านออกกำลังกายแต่ละครั้งใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาที				
7.ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด เช่น เค็มจัด หวานจัด เผ็ดจัด เป็นต้น				
8.ท่านรับประทานอาหารประเภทต้ม หรือย่าง (เชิงลบ)				
9.ท่านรับประทานผักหรือผลไม้ทุกมื้อ				
10.เมื่อไม่สบายใจท่านจะสวดมนต์ นั่งสมาธิ หรือ อ่านหนังสือธรรมะ				
11.เมื่อท่านไม่สบายใจท่านจะคุยกับคนในครอบครัว				
12.ท่านเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้านและครอบครัว เช่น การร่วมงาน แต่งงานบวช หรือ งานศพ เป็นต้น				
13.ท่านมีการพูดคุยกับเพื่อนบ้าน				
14.ท่านเตรียมพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เช่น ความเจ็บป่วย ความพลัดพราก				
15. ท่านยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันได้				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ในช่องคำตอบที่เหมาะสม และเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบ 5 ตัวเลือก

อธิบายความหมาย

- ไม่เลย หมายถึง ท่านรู้สึกไม่พอใจมากหรือรู้สึกแย่มาก
 เล็กน้อย หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่น้อย
 ปานกลาง หมายถึง ท่านรู้สึกพอใจระดับกลางหรือรู้สึกแย่น้อยระดับกลาง
 มาก หมายถึง ท่านรู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
 มากที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกดีมาก

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ความรู้สึกต่อข้อความ				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1.ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี					
2.การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนัก เพียงใด					
3.ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันหรือไม่ (ทั้งเรื่องงาน หรือการ ดำเนินชีวิตประจำวัน)					
4.ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่าน มากนักเพียงใด					
5.ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต เช่น มี ความสุข ความสงบ มีความหวังมากนัก เพียงใด					
6.ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดี เพียงใด					

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ความรู้สึกต่อข้อความ				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
7. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยเพียงใด					
8. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเองได้มากน้อยเพียงใด					
9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
10. ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11. ท่านจำเป็นต้องรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					
12. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานอย่างที่เคยทำมากน้อยเพียงใด					
13. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น					
14. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่ไหน					
15. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18. ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นมากเพียงใด					

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ความรู้สึกต่อข้อความ				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
19. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
20. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยเพียงใด					
24. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25. ท่านพอใจในชีวิตของเพศของท่านแค่ไหน					
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					



ผลการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

ตารางค่า IOC ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ

ข้อที่	ผู้ทรงคุณวุฒิ (R)					ผลรวมของคะแนน (ΣR)	ค่า IOC	แปลผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5			
1	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
2	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
3	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
4	0	1	1	1	1	4.00	0.80	ใช้ได้
5	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
6	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
7	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
8	0	1	1	1	1	4.00	0.80	ใช้ได้
9	0	1	1	1	1	4.00	0.80	ใช้ได้
10	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
11	0	1	1	1	1	4.00	0.80	ใช้ได้
12	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
13	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
14	1	1	1	1	0	4.00	0.80	ใช้ได้
15	0	1	1	1	1	4.00	0.80	ใช้ได้
16	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
17	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
18	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
รวม							0.93	ใช้ได้

ตารางค่า IOC ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อที่	ผู้ทรงคุณวุฒิ (R)					ผลรวมของคะแนน ($\sum R$)	ค่า IOC	แปลผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5			
1	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
2	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
3	0	1	1	1	1	4.00	0.80	ใช้ได้
4	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
5	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
6	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
7	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
8	-1	1	1	1	1	3.00	0.60	ใช้ได้
9	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
10	1	1	1	0	1	4.00	0.80	ใช้ได้
11	0	1	1	0	1	3.00	0.60	ใช้ได้
12	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
13	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
14	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
15	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
รวม							0.92	ใช้ได้

ตารางค่า IOC ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามคุณภาพชีวิต

ข้อที่	ผู้ทรงคุณวุฒิ (R)					ผลรวมของคะแนน ($\sum R$)	ค่า IOC	แปลผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5			
1	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
2	0	1	1	1	1	4.00	0.80	ใช้ได้
3	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
4	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
5	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
6	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
7	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
8	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
9	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
10	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
11	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
12	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
13	1	1	1	1	0	4.00	0.80	ใช้ได้
14	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
15	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
16	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
17	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
18	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
19	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
20	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
21	1	1	1	1	0	4.00	0.80	ใช้ได้
22	1	1	1	1	0	4.00	0.80	ใช้ได้
23	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
24	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
25	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
26	1	1	1	1	1	5.00	1.00	ใช้ได้
	รวม						0.97	ใช้ได้

ผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบวัดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ

ค่าความเที่ยงของแบบวัดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ มีค่าเท่ากับ 0.92

ค่า r (อำนาจจำแนก) อยู่ในช่วง 0.23 – 0.82

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.63
2	0.57
3	0.65
4	0.82
5	0.66
6	0.73
7	0.61
8	0.57
9	0.81
10	0.66
11	0.60
12	0.26
13	0.76
14	0.23
15	0.62
16	0.57
17	0.65
18	0.35

ผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าเท่ากับ 0.86

ค่า r (อำนาจจำแนก) อยู่ในช่วง 0.24 – 0.80

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.24
2	0.33
3	0.58
4	0.41
5	0.57
6	0.26
7	0.61
8	0.64
9	0.41
10	0.30
11	0.62
12	0.64
13	0.80
14	0.58
15	0.75

ผลการตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามคุณภาพชีวิต

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามคุณภาพชีวิต มีค่าเท่ากับ 0.90

ค่า r (อำนาจจำแนก) อยู่ในช่วง 0.31 - 0.77

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.66
2	0.65
3	0.52
4	0.30
5	0.61
6	0.39
7	0.64
8	0.34
9	0.32
10	0.67
11	0.37
12	0.66
13	0.36
14	0.52
15	0.77
16	0.66
17	0.32
18	0.33
19	0.65
20	0.51
21	0.45
22	0.31
23	0.46
24	0.31
25	0.43
26	0.36

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นายณฤพดินทร์ วีรวัฒน์โนดม
วัน เดือน ปี เกิด	12 กรกฎาคม พ.ศ. 2537
สถานที่เกิด	จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
วุฒิการศึกษา	สำเร็จการศึกษาหลักสูตรบริหารธุรกิจบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต และศึกษาต่อหลักสูตร ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและพลศึกษา ภาควิชาหลักสูตร และการสอน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2559



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY