

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

นฤปดินทร์ วีรวัฒโนดม*
จินตนา สรายุทธพิทักษ์**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ 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 และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แบบเพียร์สัน

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

สรุปผลการวิจัย ครูในจังหวัดบุรีรัมย์ส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นควรส่งเสริมให้ครูมีระดับความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพเพิ่มขึ้น เพราะจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ : ครู ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิต

*นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษาและพลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชาสุขศึกษาและพลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ติดต่อผู้พิมพ์: นฤปดินทร์ วีรวัฒโนดม E-mail: roticheezi@hotmail.com มือถือ: 089-2023369

รับบทความ 9 กรกฎาคม 2563 แก้ไขบทความ 10 ธันวาคม 2566 ตอรับ 31 ธันวาคม 2566

Relationship Between Health Locus of Control with Health Behavior and Quality of Life of Teachers in Buriram Province

Naruebodin Wiravathanodom *

Jintana Sarayuthpitak **

Abstract

This descriptive study was aimed to examine the health locus of control, health behavior, quality of life, and the interplay among all of the three variables of teachers working in the Buriram province. The sample was composed of 400 teachers who are currently working in the Buriram province. The data was collected by adopting a questionnaire, including questions about health locus of control, health behavior and the overall quality of life. The results showed correlation indices of 0.93, 0.92, and 0.97, respectively, and questionnaire validity values of 0.92, 0.86, and 0.90, respectively. The data was then analyzed by means of basic statistics, including the usage of average and percentage calculations, the standard deviation, and the Pearson's correlation coefficient.

The research results were as follows: 1) The teachers overall health locus of control level was classified as low, consisting of a high level of internal locus of control, and a low level of external health locus of control. Furthermore, their health behavior level was classified as high, while their quality of life was measured to be equal to that of the average level. 2) With a statistical significance level of 0.05, there was a weak positive correlation between the teacher's health locus of control and their health behavior. Moreover, with a statistical significance level of 0.01, there was a weak positive correlation between teacher's health locus of control and their measured quality of life.

In conclusion, the majority of the sampled teachers were associated with 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.

Keywords: Teachers, Health Locus of Control, Health Behavior, Quality of Life

*Master's degree students Department of Health and Physical Education Chulalongkorn University

**Professor Dr. Department of Health and Physical Education Chulalongkorn University

Contract: Naruebodin Wiravathanodom E-mail.: rotiicheezi@hotmail.com Mobile: 089-2023369

Received July, 7 2020 ; Revised December, 10 2023; Accepted December, 31 2023

บทนำ

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์และงานสาธารณสุขของไทยมีการพัฒนาปรับเปลี่ยนไปตามยุคสมัย อีกทั้งยังส่งผลโดยตรงต่อประชาชนในการเสริมสร้าง ดูแลสุขภาพให้มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักงานปลัดกระทรวงสุขภาพแห่งชาติเห็นความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพและออกเป็นพระราชบัญญัติสุขภาพขึ้น โดยมีหลักการที่สำคัญ คือ ประชาชนจะต้องการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ และควรส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองในเบื้องต้น อาจต้องพึ่งระบบบริการทางการแพทย์บ้างเมื่อถึงเวลาจำเป็น (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

การสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจึงจำเป็นต้องได้รับการยกระดับ เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวางรากฐานให้ความรู้ ความเข้าใจด้านพฤติกรรมสุขภาพต่ออาชีพสำคัญอย่างวิชาชีพครู ซึ่งผู้เป็นครูนั่นต้องรับภาระหน้าที่ต่อสังคมและชาติบ้านเมือง หากผู้เป็นครูปฏิบัติภาระที่ตนเองได้รับบกพร่อง ผลกระทบก็จะตกไปถึงเยาวชน รวมถึงสังคมด้วย การเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลจึงแตกต่างกันไป ทั้งนี้ การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยร่วมในการตัดสินใจก่อนการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Pender, 1987) และมีความเชื่อเป็นปัจจัยสนับสนุน ความเชื่อที่เป็นตัวกำหนดการกระทำของแต่ละบุคคล ส่งผลต่อสุขภาพ เรียกว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ (Health Locus of Control) แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน (Internal Belief) หมายถึง เชื่อว่าตนเองเท่านั้นที่เป็นผู้มีสิทธิ์เลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตน 2) ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจากผู้อื่น (Powerful Others Belief) หมายถึง เชื่อว่าการที่ตนเองจะมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ขึ้น ต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น และ 3) ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแบบบังเอิญ (Chance Belief) หมายถึง เชื่อว่าการที่สุขภาพดีขึ้นเกิดขึ้นเพราะตนเองโชคดี ส่วนสุขภาพร่างกายที่แย่ขึ้นเกิดขึ้นเพราะเคราะห์กรรมที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งแต่ละคนจะมีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพแตกต่างกันออกไปตามสภาพแวดล้อมและสภาพความเป็นอยู่ที่ทำให้พฤติกรรมแสดงออกแตกต่างกันด้วย หากเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพที่ดีก็จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง

จากการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจควบคุมภายนอกตนด้านสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่ออำนาจควบคุมผู้อื่นด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจควบคุมความบังเอิญด้านสุขภาพสามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมอนามัยของบุคคลทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วยได้ (Wallston, Wallston, & DeVellis, 1978) พฤติกรรมที่สามารถใช้ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพมาทำนาย และค้นหาข้อมูลที่เป็นจริงได้ คือ การแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพ การใช้เวลา การปฏิบัติ การรักษาของแพทย์ การรับประทานอาหาร เป็นต้น บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนด้านสุขภาพ มักจะมีพฤติกรรมที่กล่าวมาทางบวก นอกจากนั้นบุคคลที่มีความเชื่อควบคุมอำนาจภายในตนด้านสุขภาพจะเป็นผู้สนใจต่อสุขภาพสามารถปฏิบัติตนให้เป็นบุคคลที่มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ มีการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุขย่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งแตกต่างจากบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพที่เชื่อว่าการที่มีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับโชคชะตา ความบังเอิญและสิ่งแวดล้อมบันดาลให้เป็นไป มักจะเฉื่อยชา ไม่กระตือรือร้นที่จะแสวงหาความรู้หรือมีพฤติกรรมอนามัยที่ดี ทำให้สุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรม ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ สอดคล้องกับวิจัยของ สโรชา อยู่ยงสินธุ์ และ

สุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์ (2558) ที่ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า จากบริบทวิถีชีวิตของประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่ดำรงชีวิตด้วยการประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม และมีการใช้ชีวิตโดยอาศัยการดำเนินตามระบบศาสนา ยึดถือความเชื่อหรือข้อห้ามและขนบประเพณีดั้งเดิมในภูมิภาค

การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชากรทุกกลุ่มจึงมีความสำคัญ และเมื่อศึกษาปัญหาสุขภาพของครูและบุคลากรทางการศึกษาพบว่ายังมีปัญหาสุขภาพอยู่มาก ดังเช่นที่ 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 ซึ่งส่วนใหญ่จะเสียชีวิตจากโรคมะเร็งไข้เจ็บ โดยโรค 5 อันดับแรกที่ครูและบุคลากรทางการศึกษาเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคมะเร็งตับ มะเร็งปอด โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และเส้นเลือดในสมองแตก ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ปีที่ผ่านมาสถานพยาบาลของ สกสค. ได้ให้บริการตรวจสุขภาพและได้จัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ตระเวนไปให้บริการตรวจสุขภาพกับครูและบุคลากรทางการศึกษาในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศกว่า 20,000 คน ซึ่งได้พบว่ามีครูและบุคลากรทางการศึกษาจำนวนกว่า 8,000 คน ต้องได้รับการดูแลสุขภาพเป็นพิเศษ เนื่องจากบางคนมีโรคมะเร็งไข้เจ็บคุกคามแล้ว แต่ยังไม่แสดงอาการ และบางคนก็อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคร้ายแรงได้ ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมการกิน เช่น ชอบดื่มเหล้า ชอบกินอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เป็นต้น

นอกจากข้อมูลการเสียชีวิตของครูแล้ว ยังมีข้อมูลการเจ็บป่วยของครูดังที่ นายแพทย์กฤษดา ศิรามพุช ผู้อำนวยการศูนย์เวชศาสตร์อายุรวัฒน์นานาชาติกล่าวถึง โรคมะเร็งไข้เจ็บของอาชีพครูที่พบมาก 5 โรค (ไทยรัฐออนไลน์, 2556: ออนไลน์) ได้แก่ โรคเครียด โรคอ้วน โรคนอนดึก โรคนอนไม่หลับ และโรคที่เกี่ยวข้องกับการยืนตามลำดับ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องส่งเสริมสุขภาพครู (จินตนา สรายุทธพิทักษ์, 2561) ด้วยเหตุผลดังนี้ 1) ครูต้องคลุกคลีอยู่กับเด็กเกือบทุกวัน วันละหลาย ๆ ชั่วโมง ครูจึงมีโอกาสได้รับเชื้อโรคจากเด็กได้ง่าย และถ้าครูมีสุขภาพไม่ดีหรือเป็นโรคมะเร็งไข้เจ็บก็อาจถ่ายทอดหรือแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่เด็กได้ง่ายเช่นเดียวกัน 2) ในยุคโลกาภิวัตน์ครูต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ในการเรียนการสอนมากขึ้น บางครั้งอาจเป็นสาเหตุทำให้สุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของครูเสื่อมโทรมลงได้ 3) สุขภาพและสมรรถภาพทั้งทางกายและจิต ย่อมมีความสำคัญต่อการประกอบอาชีพของครูเป็นอันมาก เพราะสุขภาพและสมรรถภาพย่อมเป็นวิถีแห่งชีวิตที่สามารถจะช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะครูที่มีอาการสามวันดีสี่วันไข้ก็จะทำการสอนไม่ได้ผลอย่างเต็มที่ 4) ครูเป็นสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่สำคัญที่สุดสำหรับเด็ก เพราะครูในโรงเรียนเป็นสิ่งแวดล้อมทั้งทางกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา ซึ่งมีผลเกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนหรือการเรียนรู้ของนักเรียนทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม 5) โดยทั่วไปครูเป็นตัวอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้แก่เด็ก ๆ บางครั้งรวมถึงผู้ปกครองและชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “เด็ก ๆ มักจะเรียนรู้และเลียนแบบจากครูเสมอ” ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของครูจึงมีความสำคัญมาก 6) หากครูประจำการในวันนี้มีสุขภาพสมบูรณ์ดี นอกจากจะเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมากแล้ว ยังจะส่งผลดีไปสู่วันหน้าในอนาคต เมื่อครูเกษียณอายุราชการไปแล้วอีกด้วย นับว่าเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระหนักของกระทรวงสาธารณสุขได้เป็นอย่างดีอีกทางหนึ่ง

การสำรวจประชากรที่ประกอบวิชาชีพครูในจังหวัดบุรีรัมย์ทั้งสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 32 บุรีรัมย์ ทุกสังกัด/หน่วยงาน พบว่า มีครูทั้งหมดจำนวน 11,247 คน (สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดบุรีรัมย์, 2561) และจากคติความเชื่อที่ปรากฏในพิธีกรรมของชาวจังหวัดบุรีรัมย์มีความเชื่อเรื่องผีบรรพบุรุษที่ปฏิบัติสืบกันมา จึงมีการสะเดาะเคราะห์แก้กรรมให้ตนเองหายจากการเจ็บป่วยและความทุกข์ใจต่าง ๆ ดังนั้น ในการดูแล ส่งเสริม สุขภาพของครูจึงต้องเริ่มด้วยการสร้างความรู้ความเข้าใจโดยเฉพาะความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การสร้างพื้นฐานพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของวิชาชีพ ครูจึงจำเป็นต้องได้รับแนวทางสร้างพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น โครงการตรวจสุขภาพประจำปี ของครูและบุคลากรทางการศึกษาเป็นหนึ่งในโครงการตัวอย่างที่สำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู และบุคลากรทางการศึกษา (สกสค.) ให้ความสำคัญ เพราะหากครูมีสุขภาพดีจะมีผลไปถึงการจัดการเรียนการสอน ได้ดีตามไปด้วย การส่งเสริมสุขภาพของครูจึงจำเป็นต้องมีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพเป็นองค์ประกอบ ในการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ

นอกจากสภาพปัญหาความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของครูยังพบว่า คุณภาพชีวิต ของครูในสังคมไทยก็ลดลงเนื่องด้วยภาระงานที่มากและมีปัญหาหนี้สิน สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวง ศึกษาธิการที่พยายามเดินหน้าพัฒนาคุณภาพชีวิตของครูไทยให้ดีขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (อัมทิพย์ อนิสดา และประเสริฐ อินทร์รักษ์, 2555; นิตยา พรหมพินิจ, วไลนิกา ฉลากบาง และพิศุทธิ์ กิตติศรีวรพันธ์, 2558; สนุก สิงห์มาตร, พิกุล มีมานะ และธีรภัทร์ ถิ่นแสนดี, 2560; สุภชฌาน ศรีเอี่ยม และคณะ, 2562) พบ ว่า มีการศึกษาคุณภาพชีวิตของครูอย่างแท้จริงน้อยมาก โดยการศึกษาส่วนใหญ่เน้นไปที่คุณภาพในการทำงาน จากการศึกษาค้นคว้าความหมายของคุณภาพชีวิตพบว่าหมายถึงความรู้สึของการดำเนินชีวิตในแต่ละวันอย่างมีความสุขและ พึงพอใจในสิ่งที่ตนเองมี โดยมีปัจจัยหลายด้านที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

จากสภาพปัญหาความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของครูผู้วิจัย จึงสนใจศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพ ชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ อีกทั้งจะเป็นแบบอย่างที่ดีต่อนักเรียน ผู้ปกครอง ชุมชนและสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของครูใน จังหวัดบุรีรัมย์
- 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพ ของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มประชากร กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ครูในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยคำนวณจากครูในเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 32 บุรีรัมย์ พ.ศ. 2560 จำนวนครูทั้งหมด 11,247 คน (สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดบุรีรัมย์, 2561)

กลุ่มตัวอย่างครูในเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 32 บุรีรัมย์ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จากสูตรของ ทาโร่ ยามาเน่ (Yamane, 1973 อ้างถึงใน ชโลธร เสียงใส และสุจิตรา สุคนธทรัพย์, 2558) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณควรมีอย่างน้อยจำนวน 400 คน ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มตัวอย่างโดยบังเอิญ (Accidental sampling) และได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยพัฒนาปรับปรุงมาจาก Wallston et al. (1978), Pender (1996) และ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) โดยแบ่งออกเป็น 4 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 แบบสอบถามวัดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และ ตอนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต โดยผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยประมวลผลข้อมูลที่ได้จากการเก็บแบบสอบถามด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ โดยแบบสอบถามวัดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพได้ดำเนินการวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนแบบสอบถามคุณภาพชีวิตได้รวมคะแนนแต่ละด้านแล้วนำคะแนนที่ได้ไปเทียบกับเกณฑ์การประเมิน และดำเนินการวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ และค่าความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิต โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

1.1 ผลการวิเคราะห์ระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ จำแนกรายด้าน

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	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 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.36$, S.D. = 0.46) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนมากที่สุด โดยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.84$, S.D. = 0.40)

1.2 ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์จำแนกรายด้าน

พฤติกรรมสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	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 2 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.06$, S.D. = 0.53) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านโภชนาการ ($\bar{X} = 3.17$, S.D. = 0.49) ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ($\bar{X} = 3.10$, SD = 0.71) และด้านการจัดการความเครียด ($\bar{X} = 3.04$, S.D. = 0.51) และ ด้านการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 3.04$, S.D. = 0.51)

1.3 ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์จำแนกรายด้าน

คุณภาพชีวิต	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านร่างกาย	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 3 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 86.21 คะแนน (S.D. = 7.70) หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีระดับคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมสูงที่สุด คือ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี

ตอนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์
(n = 400)

พฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่ออำนาจ ควบคุมทางสุขภาพ	ด้านความรับผิดชอบ ด้านสุขภาพ	ด้านการ ออกกำลังกาย	ด้านโภชนาการ	ด้านการจัดการ ความเครียด	ด้านความ สัมพันธ์ระหว่าง บุคคล	ด้านการพัฒนา ด้านจิตวิญญาณ	รวม
	r	r	r	r	r	r	r
ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน	0.244**	0.324**	0.329**	0.075	0.099*	-0.094	0.274**
ความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพจากผู้อื่น	0.258**	0.123*	0.146**	0.106*	0.065	0.015	0.198**
ความเชื่ออำนาจทางสุขภาพแบบบังเอิญ	-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 4 แสดงให้เห็นว่าความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.101$)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ ($n = 400$)

พฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่ออำนาจ ควบคุมทางสุขภาพ	ด้านร่างกาย	ด้านจิตใจ	ด้านความสัมพันธ์ ทางสังคม	ด้านสิ่งแวดล้อม	รวม
	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 5 แสดงให้เห็นว่าความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.143$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

1.1 ระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

จากผลการศึกษาความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีความเชื่ออำนาจควบคุมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ อย่างไรก็ตาม ครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนมากที่สุด ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะครูถือว่าเป็นผู้รอบรู้และมีหลักการและแบบแผนในการ

ดำเนินชีวิตที่เป็นต้นแบบที่ดีให้กับนักเรียน เพราะต้องนำความรู้ทางด้านสุขภาพไปถ่ายทอดให้กับนักเรียน และถึงแม้ว่าครูคนนั้นจะไม่ได้สอนวิชาที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับทางสุขภาพก็ตาม ดังนั้นจึงทำให้ครูมีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตนมากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของพรณี ปานเทวัญ (2533) ที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิต และสนับสนุนแนวคิดของ Strickland (1978) ที่กล่าวว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมีความเชื่อว่า การที่สุขภาพนั้นเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง ดังนั้นการแสดงออกของพฤติกรรมทางสุขภาพจะเป็นไปทิศทางบวกคือจะเป็นผู้สนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพ แสวงหาความรู้เพื่ออนามัยที่ดีของตนอยู่เสมอ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับ West, Theuma & Cordina (2018) ที่สรุปผลการวิจัยว่า ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพควรมีการประยุกต์ใช้หลักความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพเพื่อควบคุมความเชื่อมั่น และทำให้การดูแลสุขภาพประสิทธิผลมากที่สุด

1.2 ระดับพฤติกรรมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

จากผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการมากที่สุด ได้แก่ การรับประทานผักหรือผลไม้ทุกมื้อ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างอยู่ในพื้นที่เกษตรกรรมซึ่งทำให้ง่ายและสะดวกในการรับประทานผักและผลไม้ทุกวัน รวมถึงครูมีการดูแลตนเอง และปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการมีสุขอนามัยที่ดี ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ครูมีการดูแลตนเองในเรื่องของโภชนาการและการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุก ๆ ปี และหากพบว่าร่างกายมีความผิดปกติ ก็จะสามารถดูแลตนเองได้อยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พวงทอง ป้องภัย (2540) ได้กล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติทางร่างกายหรือทางจิตใจแล้ว บุคคลจะปฏิบัติแตกต่างกันออกไปตามความรู้ที่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (1987) กล่าวว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต โดยเฉพาะเมื่อผสมผสานอยู่ในวิถีชีวิตทุกด้าน โดยมีการวางแผนแนวคิดการปฏิบัติอย่างครอบคลุมไว้ 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับ Jimenez et al. (2016) ที่อธิบายประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพว่า ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งได้แก่ การมีกิจกรรมทางกาย และการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์จะเป็นส่วนสำคัญที่ส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีมากยิ่งขึ้น

1.3 ระดับคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

จากผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ครูในจังหวัดบุรีรัมย์ มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง โดยมีระดับคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมสูงที่สุด คือระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่ ความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะบริบทที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้ชิดมากกว่าในเมืองหลวง รวมถึงวัฒนธรรมไทยที่ให้ความสำคัญในเรื่องการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่ครูยังคงมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ช่วยเหลือตนเองได้ และสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ โดยการปรับตัวให้เข้ากับเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน สอดคล้องกับการศึกษาของชัยนาท จิตตวัฒน์ (2540) ที่กล่าวถึงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่ที่ดีมีอุปการะและเกื้อกูลซึ่งกันและกันภายในของแต่ละหน่วยชีวิตและระหว่างสิ่งมีชีวิตกับสิ่งแวดล้อม จากคานิยามของการมีคุณภาพชีวิตดีนั้นย่อมเกิดจากการที่บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตทั่ว ๆ ไป ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และการดำเนินชีวิตที่อยู่ภายใต้วิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละคน นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับ อรชา อุดม และสำเริง

อ่อนสัมพันธ์ (2562) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานของครูและอธิบายว่า การที่ครูสามารถจัดเวลาให้เหมาะสมทั้งด้านการทำงาน สังคม และครอบครัว รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน จะเป็นแนวทางที่นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของครูต่อไป

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะครูได้รับแรงสนับสนุนด้านความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ ส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพภายในตน โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ตนเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตน ทั้งการตรวจสุขภาพประจำปี การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ทั้งยังมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ช่วยเหลือตนเองได้ และสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้โดยการปรับตัวให้เข้ากับ ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ Pender (1987) ที่ว่าความเชื่ออำนาจภายในตนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมแสดงออกและความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ครูในเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 32 บุรีรัมย์ ที่มีความเชื่ออำนาจทางสุขภาพภายในตนจะใส่ใจสุขภาพหรือสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวเป็นอย่างดี ทั้งจากการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ การมีกิจกรรมการออกกำลังกาย การพบปะสังสรรค์ และการพร้อมรับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพเป็นประจำ ซึ่ง Rotter (1996) กล่าวว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงจะคิดว่าตนเองมีสุขภาพที่ดี เนื่องจากตนได้ปฏิบัติตนอย่างถูกต้องและเหมาะสม และยังเชื่อว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีความเชื่อที่ว่าสุขภาพเกิดจากการกระทำของตนเอง จึงส่งผลทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพคุณภาพชีวิต (Strickland, 1978) ในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ที่จะสามารถชะลอความเสื่อมของร่างกายคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี และมีการปรับตัวและยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับ Pourhoseinzadeh et al. (2017) ที่สรุปว่าผู้นำหรือเจ้าหน้าที่ในสาขาสุขภาพมีความจำเป็นต้องพัฒนาโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ เนื่องจากจะเป็นส่วนที่ส่งเสริมให้ประชาชนหรือผู้ที่เข้ารับบริการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของครูในจังหวัดบุรีรัมย์มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะครูยังมีการดูแลตนเอง และปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการมีสุขอนามัยที่ดี จึงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องแนวความคิดของ Wallston et al. (1978) ที่เชื่อว่าบุคลากรทางการแพทย์นั้นสามารถที่จะควบคุมสุขภาพและทำให้บุคคลนั้นมีสุขภาพที่ดี และเป็นไปตามการศึกษาของ Pender (1987) ที่กล่าวว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านแรงผลักดันทางสังคม (social pressure) หรือความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งการที่ครูใส่ใจสุขภาพตนเองแม้ว่าจะเกิดจากแรงผลักดันจากบุคคลภายนอกก็ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่พึงประสงค์และการที่ได้รับการใส่ใจดูแลจากคนรอบข้าง ทำให้ครูรู้สึกพึงพอใจที่จะมีชีวิตอยู่ ด้วยเหตุนี้เอง ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพของครูจึงสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตของครู นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับ Octari, Suryadi,

& Sawitri (2020) ที่สรุปผลการศึกษาว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพและมีแนวความคิดที่ดี จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามไปด้วย และสอดคล้องกับ Sharif (2017) ที่สนับสนุนว่าเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ควรให้คำแนะนำในการดูแลตนเองด้วยการสร้างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีประชาชน
2. สนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมครูในเขตพื้นที่ เพื่อให้ครูมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนได้พบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารความเชื่อที่ถูกต้อง
3. สนับสนุนให้สถาบันการศึกษา โรงเรียน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดกิจกรรมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพครูในเขตพื้นที่ จะเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตให้แก่ครู

เอกสารอ้างอิง

- จินตนา สรายุทธพิทักษ์. (2561). *โปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชลอธร เสียงใส และสุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายของนิสิตนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาในกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ*, 16(3). 63-75.
- ชัยนาท ตั้งสุวรรณกุล. (2555). *การอบรมโครงการเมืองน่าอยู่*. ชลบุรี: ศูนย์อนามัยและสิ่งแวดล้อม.
- ไทยรัฐออนไลน์. (2554). *โรคร้ายไข้เจ็บรุมเร้าคร่าชีวิตแม่พิมพ์อื้อ*. สืบค้นเมื่อ 11 พฤษภาคม 2561, สืบค้นจาก <https://www.thairath.co.th/content/191645>
- ไทยรัฐออนไลน์. (2556). *เดือน '5 โรคร้าย' อันตรายต่อ 'ครู' เน้นเทคนิคดูแลสุขภาพ*. สืบค้นเมื่อ 11 พฤษภาคม 2561, สืบค้นจาก thairath.co.th/content/320315
- นิตยา พรหมพินิจ, วลัยกาน ฉลากบาง และพิศุทธิ์ กิตติศรีวรพันธุ์. (2558). การพัฒนาตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตครูสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสกลนครเขต 2. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม*, 5(3). 42-47.
- พรณี ปานเทวัญ. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตน ด้านสุขภาพอนามัย ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของ คนงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอใน เขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พระราชบัณฑิตสุขภาพแห่งชาติ. (2550). *ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 124 ตอนที่ 16 ก*. สืบค้นเมื่อ 11 พฤษภาคม 2561, สืบค้นจาก <http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%CA71/%CA71-20-9999-update.pdf>
- พวงทอง ป้องภัย. (2540). *พฤติกรรมศาสตร์เบื้องต้น*. ปัตตานี: ภาควิชาพลศึกษา, คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.
- สนุก สิงห์มาตร, พิกุล มีมานะ และธีรภัทร์ ถิ่นแสนดี. (2560). *คุณภาพชีวิตตามวิถีปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง สำหรับครูและบุคลากรทางการศึกษาในพื้นที่จังหวัดยโสธร*. *วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม*, 4(2). 147-160.
- สโรชา อยุ่ยงสินธุ์ และสุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์. (2558). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ*

- กับพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬา และสุขภาพ*, 16(2). 73-86.
- สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดบุรีรัมย์. (2561). *ข้อมูลรายงาน : จำนวนสถานศึกษา นักเรียน ครู และห้องเรียนจำแนกรายอำเภอและสังกัด ปีการศึกษา 2560*. สืบค้นเมื่อ 11 พฤษภาคม 2561, สืบค้นจาก <http://eduwh.moe.go.th/pub/report/stat/?cmd=report&year=2560&rep=3&zone=&prov=31&div=&area=>
- สุภชฌาน ศรีเอี่ยม, อังคนา กรณยาธิกุล, กนกวรรณ ปานสุขสาร และสายนภา วงศ์วิศาล. (2562). รูปแบบกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็ก เยาวชน และครูในเขตเทศบาลตำบลโคกสูง จังหวัดสระแก้ว. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 13(3). 149-162.
- สุวัฒน์ มหัตตนิรันดร์กุล และคณะ. (2540). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- อรชา อุดม และสำเร็จ อ่อนสัมพันธ์. (2562). คุณภาพชีวิตการทำงานของครูโรงเรียนวัดห้วยเหนียว “ปัญญสิริวิทยา” จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารการบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร*, 10(2). 1005-1017.
- อิมทิพย์ อนิสดา และประเสริฐ อินทร์รักษ์. (2555). คุณภาพชีวิตของครูที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพครูในโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากาญจนบุรี เขต 4. *วารสารบริหารการศึกษามหาวิทยาลัยศิลปากร*, 3(1). 77-86.
- 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*. (2nd ed.). New York: Appleton & Lange.
- 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.
- Rotter, J.B. (1996). Generalization Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1). No. 609.
- 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.
- Strickland, B.R. (1978). *Internal-External Control of Reinforcement in Personality Variables in Social Behavioral*. Edited by Thomas Blass. New York: John Wiley and Son.
- 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.