



การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ



270.-

ดร.ณวรรณ สุขสม

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ / ดร.ณวรรณ สุขสม

1. การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ 2. สมรรถภาพทางกาย 3. ผู้ฝึกออกกำลังกายส่วนบุคคล

ISBN 978-616- 455-231- 9

พิมพ์ครั้งที่ 1 จำนวน 1,000 เล่ม มกราคม 2561

สงวนลิขสิทธิ์ตามพรบ.การพิมพ์ พ.ศ. 2550

การผลิตและการลอกเลียนตำราเล่มนี้ไม่ว่ารูปแบบใดทั้งสิ้น

ต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้แต่ง

จัดพิมพ์ : รองศาสตราจารย์ ดร. ณวรรณ สุขสม

ทำรูปเล่ม : นางสาวศิริประภา พานทอง และนางสาวปิยาภรณ์ สุนทองห้าว

พิสูจน์อักษร : อาจารย์ ดร. อาพรณชนิด ศิริแพทย์ นางสาวพัทธวรรณ ละโป้ และนางสาวพัชรินทร์ ตั้งชัยสุริยา

ปก และอาร์ตเวิร์ก : นายภูมิวัฒน์ จิตรโครครวญ

ถ่ายภาพ : นายณรัช ดินะคัต

นาย – นางแบบ : นายชนาธร ประเสริฐสม และนางสาวสุดิศา จันสมดี

พิมพ์ที่ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คุณความดีอันพึงได้รับจากตำราเล่มนี้ ขออุทิศแด่คุณยายทองคำ ยอดถาวร และนายวรรณสิทธิ์ สุขสม (ผู้ล่วงลับ)

คำนำ

ตำราการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเล่มนี้ ได้เรียบเรียงขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นคู่มือประกอบการเรียนการสอนรายวิชาการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับนิสิตนักศึกษาทางด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา พลศึกษา และสาขาวิชาอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับบทนำสู่การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย หลักการออกกำลังกาย การประเมินสุขภาพ และทดสอบสมรรถภาพทางกาย ก่อนการออกกำลังกาย การออกกำลังกายสำหรับการเสริมสร้างสมรรถภาพของระบบไหลเวียนโลหิตและหายใจ กล้ามเนื้อ และความยืดหยุ่นของร่างกาย รวมถึงการเป็นผู้ฝึกออกกำลังกายส่วนบุคคล โดยรายละเอียดของเนื้อหาส่วนใหญ่ถูกแปลและเรียบเรียงมาจากตำรา และวารสารวิชาการของต่างประเทศ รวมถึงจากผลงานวิจัยของผู้เขียนเองที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพมาโดยตลอด ซึ่งผู้เขียนต้องการให้นิสิตนักศึกษาทางด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา และพลศึกษาได้นำความรู้เหล่านี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในสถานการณ์จริง สำหรับการให้คำแนะนำการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับบุคคลทั่วไปในบทบาทที่เหมาะสมกับวิชาชีพ

ผู้เขียนขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องทำให้ตำราเล่มนี้เสร็จสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. สุทธิลักษณ์ ปทุมราช Prof. Dr. Hirofumi Tanaka และครูอาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ตลอดจนเจ้าของตำราและวารสารวิชาการต่างๆ ที่ผู้เขียนใช้ประกอบการเขียนตามที่ระบุไว้ในรายการเอกสารอ้างอิง ทั้งนี้รูปที่มีได้ระบุแหล่งที่มาทั้งหมดนั้น ผู้เขียนได้ดำเนินการถ่ายรูปรูปเอง กราบขอบพระคุณ คณะกรรมการตรวจอ่านทุกท่านที่ทำให้ตำราเล่มนี้ถูกต้อง และสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกคนที่มีส่วนช่วยในการจัดทำตำราเล่มนี้ให้เป็นอย่างดี รวมถึงขอบใจลูกศิษย์ระดับบัณฑิตศึกษาในความดูแลทุกคนที่มีความเพียร และอดทนสร้างผลงานวิจัยด้วยกันมา ตำราเล่มนี้ได้รับทุนสนับสนุนบางส่วนจากโครงการพัฒนารายวิชาเพื่อการเรียนการสอน คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณคุณสุนทรรัตน์ จักรพันธุ์ คุณยายทองคำ ยอดถาวร และญาติพี่น้องทุกคนสำหรับกำลังใจ และความช่วยเหลือที่มีให้มาโดยตลอด ขอขอบคุณเป็นพิเศษแต่เด็กหญิงพาขวัญ สุขสมที่คอยสร้างความสดใส และความสุขระหว่างการเขียน คุณความดีของตำราเล่มนี้ขออุทิศแด่นายวรรณสิทธิ์ สุขสม ผู้ล่วงลับที่เป็นแรงบันดาลใจ สละเวลาให้ และสนับสนุนทุกอย่างจนตำราเล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ตำราการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อนิสิตนักศึกษาทางด้านวิทยาศาสตร์การกีฬาและพลศึกษา ผู้ฝึกออกกำลังกายส่วนบุคคล และผู้นำการออกกำลังกายระดับต่างๆ รวมถึงผู้ที่สนใจอ่านไม่มากนักน้อย หากตำราเล่มนี้มีข้อผิดพลาดประการใด ผู้เขียนขอน้อมรับไว้เพื่อการปรับปรุงในโอกาสต่อไป

ดร.ณวรรณ สุขสม

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	
สารบัญ	
บทที่ 1 บทนำสู่การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (Introduction to exercise for health)	1
วัตถุประสงค์	1
นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง	1
สุขภาพ (Health)	2
ความสุขสมบูรณ์ (Wellness)	3
ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและความสุขสมบูรณ์	7
(Factors influencing health and wellness)	
การสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion)	9
พฤติกรรมการออกกำลังกาย (Exercise behavior)	11
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย	17
(Strategies and theory for promoting exercise behavior)	
สรุปสาระสำคัญ ปฏิบัติการท้ายบท	22
รายการเอกสารอ้างอิง	34
บทที่ 2 กิจกรรมทางกาย (Physical activity)	37
วัตถุประสงค์	37
นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง	38
กิจกรรมทางกาย (Physical activity)	38
ระดับความหนักของกิจกรรมทางกาย (The intensity of physical activity)	39
ค่าการใช้พลังงานของกิจกรรมทางกาย (Compendium of physical activity)	43
ข้อเสนอแนะทั่วไปสำหรับการมีกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ	44
(Recommended levels of physical activity for health)	
ประโยชน์ทางสุขภาพของการมีกิจกรรมทางกาย	47
(The health benefit of physical activity)	
การประเมินการมีกิจกรรมทางกาย (Assessment of physical activity)	54
สรุปสาระสำคัญ ปฏิบัติการท้ายบท	59
รายการเอกสารอ้างอิง	68

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 หลักการออกกำลังกาย (Principle of exercise)	71
วัตถุประสงค์	71
นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง	72
การออกกำลังกาย (Exercise)	72
หลักการกำหนดโปรแกรมการออกกำลังกาย (Principles of exercise prescription)	74
ความรู้และแนวปฏิบัติในการออกกำลังกาย (Knowledge and guidelines for exercise)	78
ตัวอย่างการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (Examples of exercise for health)	85
สรุปสาระสำคัญ ปฏิบัติการท้ายบท	99
รายการเอกสารอ้างอิง	103
 บทที่ 4 การประเมินสุขภาพและทดสอบสมรรถภาพทางกายก่อนการออกกำลังกาย	105
(Pre-exercise health screening and physical fitness testing)	
วัตถุประสงค์	105
นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง	106
การประเมินสุขภาพก่อนการออกกำลังกาย (Pre-exercise health screening)	106
สมรรถภาพทางกาย (Physical fitness)	112
การจัดการการทดสอบสมรรถภาพ (Physical fitness testing management)	117
วิธีการทดสอบสมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับสุขภาพหรือสุขสมรรถนะ	118
(Health related physical fitness protocol)	
สรุปสาระสำคัญ ปฏิบัติการท้ายบท	134
รายการเอกสารอ้างอิง	140
 บทที่ 5 การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพของระบบไหลเวียนโลหิตและหายใจ	143
(Exercise for improving cardiorespiratory fitness)	
วัตถุประสงค์	143
นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง	144
การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise)	144

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ประโยชน์ต่อสุขภาพของการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Health benefits of aerobic exercise)	153
ชนิดของการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Types of aerobic exercise)	154
สมรรถภาพของระบบไหลเวียนโลหิตและหายใจ (Cardiorespiratory fitness)	157
การประเมินสมรรถภาพของระบบไหลเวียนโลหิตและหายใจ (Assessment of cardiorespiratory fitness)	163
การกำหนดโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อพัฒนาสมรรถภาพของระบบไหลเวียนโลหิต และหายใจ (Exercise prescription for improving cardiorespiratory fitness)	164
สรุปสาระสำคัญ ปฏิบัติการท้ายบท	180
รายการเอกสารอ้างอิง	184
บทที่ 6 การออกกำลังกายเพื่อการเสริมสร้างสมรรถภาพของกล้ามเนื้อ (Exercise for improving muscular fitness)	187
วัตถุประสงค์	187
นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง	188
การออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน (Resistance exercise)	188
ประโยชน์ต่อสุขภาพของการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน (Health benefits of resistance exercise)	190
หลักการทั่วไปของการฝึกออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน (General principles of resistance training)	191
ชนิดของการฝึกออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน (Types of resistance exercise)	194
สมรรถภาพของกล้ามเนื้อ (Muscular fitness)	198
การประเมินสมรรถภาพของกล้ามเนื้อ (Assessment of muscular fitness)	201
การกำหนดโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อพัฒนาสมรรถภาพของกล้ามเนื้อ (Exercise prescription for improving muscular fitness)	201
สรุปสาระสำคัญ ปฏิบัติการท้ายบท	208
รายการเอกสารอ้างอิง	211

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 7 การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความยืดหยุ่น	213
(Exercise for improving flexibility)	
วัตถุประสงค์	213
นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง	214
การออกกำลังกายด้วยการยืดเหยียด (Stretching)	214
ประโยชน์ต่อสุขภาพของการยืดเหยียด (Health benefits of stretching)	217
เทคนิคของการยืดเหยียด (Stretching technique)	218
ความยืดหยุ่น (Flexibility)	224
การประเมินความยืดหยุ่น (Assessment of flexibility)	227
การกำหนดโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความยืดหยุ่น	228
(Flexibility exercise program prescription)	
สรุปสาระสำคัญ ปฏิบัติการท้ายบท	230
รายการเอกสารอ้างอิง	234
บทที่ 8 การเป็นผู้ฝึกออกกำลังกายส่วนบุคคล (Personal training)	235
วัตถุประสงค์	235
นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง	236
ผู้ฝึกออกกำลังกายส่วนบุคคล (Personal trainer)	236
การดำเนินการของการฝึกออกกำลังกายส่วนบุคคล (Personal training protocol)	239
การสร้างแรงจูงใจให้มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ	244
(Motivation for exercise adherence)	
เทคนิคการสื่อสารและการสอน (Communication and teaching techniques)	249
ลำดับการกำหนดโปรแกรมการออกกำลังกายเฉพาะบุคคล	256
(Sequencing the personal training program)	
สรุปสาระสำคัญ ปฏิบัติการท้ายบท	259
รายการเอกสารอ้างอิง	264

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	265
ภาคผนวก ก ค่าพลังงานจากการมีกิจกรรมทางกายชนิดต่างๆ	266
ภาคผนวก ข ค่ามาตรฐานอัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก (ครั้งต่อนาที)	333
ภาคผนวก ค ค่ามาตรฐานความดันโลหิตจัดแบ่งตามความรุนแรงในผู้ใหญ่	334
ภาคผนวก ง ค่าปกติของผลการตรวจทางโลหิตวิทยา	335
ภาคผนวก จ เกณฑ์มาตรฐานผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย	337
ภาคผนวก ฉ ทำการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน; กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้อง	347
ภาคผนวก ช ทำการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ	361
ภาคผนวก ซ การช่วยเหลือของผู้ฝึกออกกำลังกายส่วนบุคคล ในการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน	375



บทที่ 1

บทนำสู่การออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพ (Introduction to exercise for health)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ทราบถึงความหมาย องค์ประกอบ และปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและความสุขสมบูรณ์
2. เพื่อให้ทราบถึงวิธีการดำเนินชีวิตทางสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพ
3. เพื่อให้ทราบถึงแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การออกกำลังกาย รวมถึงกลยุทธ์สำหรับการส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย
4. เพื่อให้สามารถประเมินความสุขสมบูรณ์ คุณภาพชีวิต และวิธีการดำเนินชีวิตทางสุขภาพได้

การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่ทุกคนปรารถนา การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลเพื่อการมีสุขภาพดีของตนเองและสังคมเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้บุคคลมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง และควบคุมดูแลตนเองให้ดำเนินชีวิตในปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพที่เหมาะสม รวมถึงการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี เชื่อกันว่าระบบสุขภาพที่ดีจำเป็นต้องเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากกว่าการรักษาพยาบาลเพราะเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า และผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นมีมากกว่า การออกกำลังกายเป็นหนึ่งในวิธีการดำเนินชีวิตทางสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ 6 อ. (อันได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม โรคภัย และอบายมุข) ที่รัฐบาลสนับสนุนให้ประชาชนได้ปฏิบัติเพื่อเป็นแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ

ในบทนี้เป็นการเกริ่นนำสู่เนื้อหาของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ซึ่งจะกล่าวถึงความหมาย องค์ประกอบ และปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ สุขภาพสมบูรณ์ คุณภาพชีวิต การสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรม การออกกำลังกาย และแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การออกกำลังกาย

นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

สุขภาพ (Health) หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

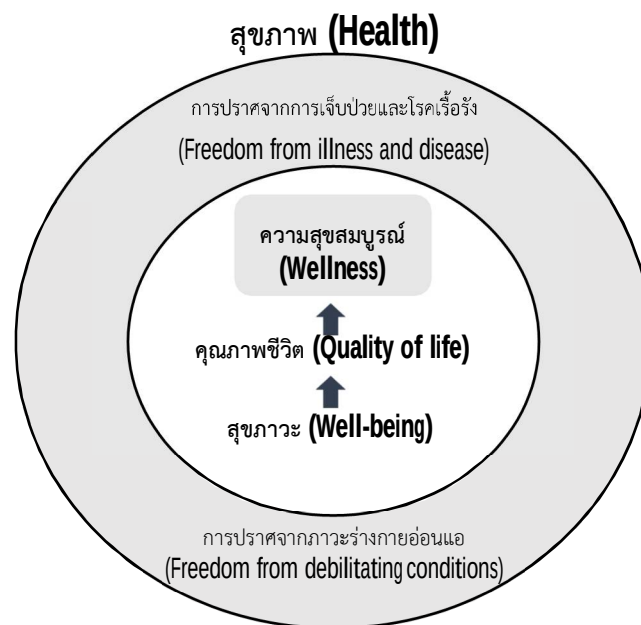
ความสุขสมบูรณ์ (Wellness) หมายถึง การรวมกันของมิติทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา สังคม และจิตวิญญาณ ที่จะทำใหบุคคลหนึ่งนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) หมายถึง การกระทำที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพทางกาย จิต ปัญญา และสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมบุคคล และการจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

พฤติกรรมการออกกำลังกาย (Exercise behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายที่เป็นผลทำให้เกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อโครงร่าง และใช้พลังงานมากกว่าขณะพักอย่างมีแบบแผนเพื่อเป้าหมายในการสร้างเสริมสมรรถภาพทางกาย

สุขภาพ (Health)

กว่า 60 ปีที่ผ่านมา องค์การอนามัยโลก (The World Health Organization; WHO) ได้นิยาม คำว่า “สุขภาพ” คือ การปราศจากการเจ็บป่วยและโรคเรื้อรัง รวมถึงการปราศจากภาวะอ่อนแอ หรือการไม่สามารถมีกิจกรรมได้ตามปกติ ต่อมาผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพได้ขยายนิยามของ “สุขภาพ” ให้รวมถึงความสุขสมบูรณ์ (Wellness) ซึ่งเป็นองค์ประกอบของการมีสุขภาพที่เหมาะสม (Optimal health) อันเป็นผลจากการมีสุขภาพ (Well-being) ที่เป็นผลสะท้อนมาจากการใช้ชีวิตอย่างสมดุลในทุกๆ เรื่อง อันส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี (รูปที่ 1-1) ดังนั้น สุขภาพ จึงหมายถึงการมีสุขภาพที่เหมาะสมที่สุดที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิต (Quality of life) (Corbin, Welk, Corbin, & Welk, 2013)



รูปที่ 1-1 รูปแบบของสุขภาพ (Health)

ที่มา : ปรับปรุงจาก Corbin, Welk, Corbin & Welk (2009, p. 4)

สุขภาพ เป็นสภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคลโดยเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (จรรยาพร ศรีศัลลักษณ์, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, อรพรรณ ศรีสุขวัฒนา, ทิพิชา โปษยานนท์, และวลัยพร พัทธนกุล, 2557) ที่เป็นผลลัพธ์โดยรวมจาก 3 กลุ่มปัจจัยหลัก (เพ็ญแข ลาภยง, 2552) ดังนี้

1. ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ กรรมพันธุ์ เพศ ความสมบูรณ์ของลักษณะทางกายภาพ และการทำงานของอวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกาย ปัจจัยกลุ่มนี้มีผลต่อความเสี่ยงหรือความทนทานของร่างกายที่มีต่อโรค ซึ่งเป็นลักษณะที่มีมาแต่กำเนิดโดยอาจได้รับอิทธิพลเพิ่มเติมจากวัยหรืออายุ
2. พฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมในการดำเนินชีวิต เช่น การทำงานประกอบอาชีพ การศึกษาเล่าเรียน การบริโภค การเสพติด รวมถึงการพักผ่อนหย่อนใจ อาจเป็นพฤติกรรมที่เอื้อหรือบั่นทอนต่อสุขภาพ พฤติกรรมบั่นทอนสุขภาพย่อมเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคเมื่อมีพฤติกรรมนั้นๆ เป็นเวลานาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อบุคคลมีวัยสูงขึ้น หรืออยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุกคามสุขภาพ
3. สภาพแวดล้อม ได้แก่ สถานการณ์ที่แวดล้อมบุคคลในการทำงานประกอบอาชีพ การศึกษา และการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งใน หรือนอกที่พำนัก อาจเป็นสิ่งแวดล้อมเชิงกายภาพ (เช่น น้ำ อากาศ ฝุ่น คิว สารเคมี และความร้อน) หรือเป็นสถานการณ์บริบททางสังคม (เช่น กระแสบริโภคนิยม การดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ ภัยพิบัติ ข่าวยากหามาแพง ความรุนแรงในสังคม และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านร้ายทุกเมื่อเชื่อวัน) ปัจจัยกลุ่มนี้นับวันจะมีอิทธิพลต่อสุขภาพมากขึ้นดังคำว่า “สุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดี” ดังนั้นบุคคลที่อยู่ในภาวะที่ไม่มั่นคงทั้งทางเศรษฐกิจ อารมณ์ และสังคม หรือไม่สามารถพึ่งตนเองได้จะมีความเสี่ยง ต่อสุขภาพและถูกคุกคามจากปัจจัยกลุ่มนี้มากกว่าคนทั่วไป

ความสุขสมบูรณ์ (Wellness)

ความสุขสมบูรณ์ หมายถึง การรวมกันของมิติทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา สังคม และจิตวิญญาณที่จะทำให้บุคคลหนึ่งนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดี บุคคลผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจะมีความสุขในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิต และสามารถทำหน้าที่ต่างๆ โดยปราศจากการพึ่งพา ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณค่าต่อสังคม สุขภาพสมบูรณ์สะท้อนถึงการรู้สึกเป็นสุขในชีวิต และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งตรงข้ามกับการเจ็บป่วย (Illness) บุคคลผู้ซึ่งมีความสุขสมบูรณ์ในชีวิตจะมีความพึงพอใจในงานที่ทำ มีความรอบรู้ในเรื่องต่างๆ สนุกสนานกับเวลาว่าง ร่างกายแข็งแรง เป็นที่ยอมรับของสังคม มีอารมณ์ดี มองโลกในแง่บวก มีความสุข และชีวิตทุกอย่างถูกเติมเต็ม การมีชีวิตที่ดีมีความจำเป็นที่จะต้องมีความสุขสมบูรณ์ให้ครบทุกมิติ ซึ่งประกอบด้วย 5 มิติ (รูปที่ 1-2) (Corbin et al., 2009) ดังต่อไปนี้

1. มิติทางร่างกาย (Physical dimension)

ความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถทำงานได้ตามเป้าหมายและใช้เวลาว่างที่เหลืออย่างมีประสิทธิภาพ สุขภาพสมบูรณ์ทางร่างกายจะรวมถึงการมีสมรรถภาพทางกาย (Physical fitness) ที่ดี และใช้ทักษะทางกลไก (Motor skills) ได้เป็นอย่างดี กล่าวคือ มีความฟิต (Fit) นั่นเอง

2. มิติทางอารมณ์-จิตใจ (Emotional-mental dimension)

ความสามารถของบุคคลที่จะรับมือ (Cope) กับสถานการณ์ในแต่ละวันและจัดการกับความรู้สึกของตนเองไปในแง่บวกด้วยการมองโลกในแง่ดี (Optimistic manner) และเป็นไปด้วยความสร้างสรรค์ (Constructive manner)

3. มิติทางสติปัญญา (Intellectual dimension)

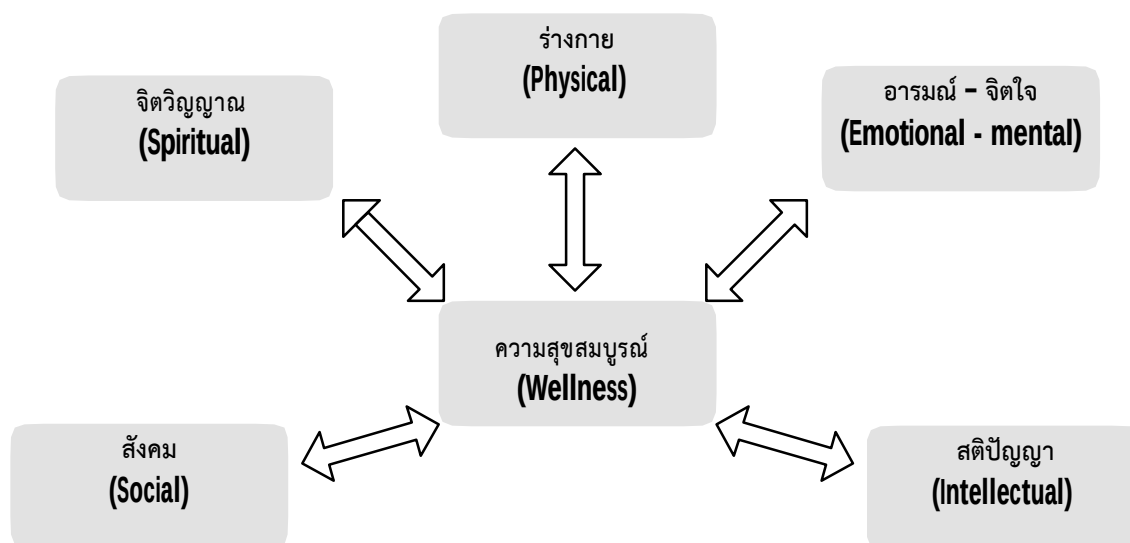
ความสามารถของบุคคลในการเรียนรู้ และใช้ความรู้ข้อมูลต่างๆ ในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตในชีวิตประจำวันในบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม

4. มิติทางสังคม (Social dimension)

ความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างประสบความสำเร็จ และสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับทุกคน รวมถึงตนเองด้วย

5. มิติทางจิตวิญญาณ (Spiritual dimension)

ความสามารถของบุคคลในการสร้างคุณค่า และปฏิบัติในระบบความเชื่อ รวมถึงการตั้งเป้าหมายของชีวิตที่มีความหมายและสร้างสรรค์ และทำให้บรรลุเป้าหมาย เป็นความเชื่อในพลังที่เข้มแข็งที่จะช่วยให้บุคคลนั้นพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น



รูปที่ 1-2 5 มิติของความสุขสมบูรณ์
ที่มา : Corbin et al. (2009, p. 4)

การประเมินความสุขสมบูรณ์ของแต่ละบุคคล กระทำได้โดยการประเมินการรับรู้ตนเอง (Self-perceptions) ว่ามีความรู้สึก (Feeling) ที่สอดคล้องกับแต่ละมิติอย่างไร (ตารางที่ 1-1) ซึ่งการรับรู้ความรู้สึกมีความสำคัญต่อการมีความสุขสมบูรณ์ของแต่ละบุคคลมากกว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ตัวอย่างเช่น นาย ก มีตำแหน่งหน้าที่การงานใหญ่โตแต่ไม่รู้สึกพึงพอใจก็มีความสุขสมบูรณ์ที่น้อยกว่า นาย ข ผู้ซึ่งมีหน้าที่การงานไม่โดดเด่นแต่มีความพอใจ และมีความสุขกับงานที่ทำ เป็นต้น

ตารางที่ 1-1 การรับรู้แต่ละมิติของความสุขสมบูรณ์

มิติของความสุขสมบูรณ์	การรับรู้ความรู้สึก	
	ด้านลบ	ด้านบวก
1. ร่างกาย	ไม่แข็งแรง (Unfit)	แข็งแรง (Fit)
2. อารมณ์-จิตใจ	ซึมเศร้า (Depressed)	มีความสุข (Happy)
3. สถิติปัญญา	ความไม่รู้ (Ignorant)	มีการรับรู้ (Informed)
4. สังคม	โดดเดี่ยว (Lonely)	มีส่วนร่วม (Involved)
5. จิตวิญญาณ	ไม่เต็มเต็ม (Unfulfilled)	ได้รับการเติมเต็ม (Fulfilled)
โดยรวม	ลบ (Negative)	บวก (Positive)

ที่มา : Corbin et al. (2009, p. 5)

สำหรับผู้เขียนสนับสนุนแนวคิดที่ความสุขสมบูรณ์ประกอบด้วย 7 มิติ (รูปที่ 1-3) (Hoeger & Hoeger, 2011) เนื่องจากมีความครบถ้วนขององค์ประกอบทางความสุขสมบูรณ์ของชีวิตมากยิ่งขึ้น ดังต่อไปนี้

1. มิติทางร่างกาย (Physical dimension)

ความสามารถของบุคคลที่จะทำให้ร่างกายแข็งแรง และดูแลตนเองไม่ให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ

2. มิติทางจิตวิญญาณ (Spiritual dimension)

ความสามารถของบุคคลที่จะรับรู้ความหมายและทิศทางของชีวิต อันนำไปสู่ความเป็นอิสระของแต่ละบุคคลในการอธิษฐาน (Prayer) ความศรัทธา (Faith) ความรัก (Love) ความสงบ (Peace) ความสนุกสนาน (Fun) และการเห็นประโยชน์ของผู้อื่นเป็นสำคัญ (Altruism)

3. มิติทางสิ่งแวดล้อม (Environmental dimension)

ความสามารถของบุคคลที่จะเลือกอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีสำหรับตนเอง การที่สิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งหมายรวมถึงการใช้ชีวิตประจำวันด้วย จึงควรหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ มลภาวะเป็นพิษ สารเคมี รังสีอัลตราไวโอเลต น้ำและอาหารที่ปนเปื้อน ควันบุหรี่ เสียงดัง สภาพการทำงานที่ไม่พึงพอใจ และการขาดความปลอดภัยในชีวิต เป็นต้น

4. มิติทางจิตใจ (Mental dimension)

ความสามารถของบุคคลในการเป็นผู้เรียนรู้ และเข้าใจในสิ่งต่างๆ รอบๆ ตัว มีจิตใจเข้มแข็ง ไม่ถูกคุกคามด้วยความจริง หรือสิ่งที่ไม่คุ้นเคย เป็นผู้ที่เปิดใจ และยอมรับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี

5. มิติทางอารมณ์ (Emotional dimension)

ความสามารถของบุคคลในการทำความเข้าใจความรู้สึกของตนเอง ยอมรับข้อจำกัดของตนเอง

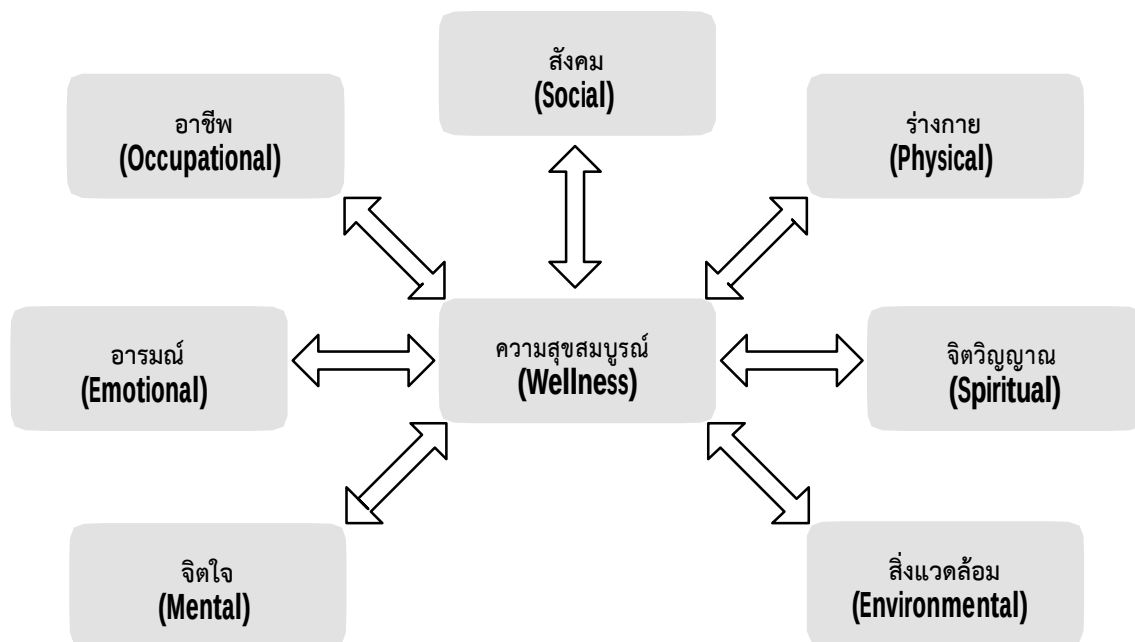
และทำให้อารมณ์ของตนเองมั่นคง อันหมายรวมถึงความสามารถในการแสดงอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม มีการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงได้ดี สามารถจัดการความเครียดในทางที่เหมาะสมได้ และสนุกกับการใช้ชีวิตแม้ว่าจะมีเหตุการณ์ที่ทำให้ผิดหวัง หรือไม่พึงพอใจ

6. มิติทางอาชีพ (Occupational dimension)

ความสามารถของบุคคลในการประกอบอาชีพได้เป็นอย่างดี งานใดๆ ก็สามารทำให้เกิดความสุขสมบูรณ์ทางอาชีพได้ ซึ่งไม่ยึดติดกับเงินรายได้ แต่อาชีพนั้นต้องสามารถนำมาซึ่งการตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของแต่ละบุคคล และต้องเป็นอาชีพที่ทำให้ทักษะความสามารถของบุคคลพัฒนาขึ้น รวมถึงเป็นอาชีพที่มีโอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงาน และประสบความสำเร็จได้

7. มิติทางสังคม (Social dimension)

ความสามารถของบุคคลในการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นทั้งในครอบครัว และนอกครอบครัว ตนได้ ซึ่งการที่บุคคลมีความรู้สึกดีต่อตนเองจะทำให้มีความมั่นใจ และง่ายต่อการเข้าสังคม



รูปที่ 1-3 7 มิติของความสุขสมบูรณ์
ที่มา : Hoeger & Hoeger (2011, p. 14)

สำหรับแบบประเมินการรับรู้ตนเองเกี่ยวกับความสุขสมบูรณ์และคุณภาพชีวิต ดังแสดงใน
ปฏิบัติการท้ายบท : ปฏิบัติการ 1-1 และ 1-2 ตามลำดับ

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและความสุขสมบูรณ์ (Factors influencing health and wellness)

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและความสุขสมบูรณ์ มีหลายประการ ทั้งที่สามารถควบคุมได้และไม่สามารถควบคุมได้ (รูปที่ 1-4) (Corbin et al., 2009; Alters, & Schiff, 2013) ดังนี้

1. พันธุกรรม (Hereditary)

พันธุกรรมส่งผลถึงปัญหาทางสุขภาพโดยรวม (ประมาณร้อยละ 16) โดยพันธุกรรมมีผลต่อสมรรถภาพทางกายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หรือสุขสมรรถนะ (Health-related physical fitness) รวมไปถึงการสร้างกล้ามเนื้อ และการสลายไขมันในร่างกาย นอกจากนี้ พันธุกรรมเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถใช้ทำนายโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non – communicable disease; NCDs) เช่น โรคหัวใจ หรือโรคเบาหวานได้ อย่างไรก็ตาม โรคเรื้อรังดังกล่าวที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม ก็อาจสามารถป้องกันได้โดยการมีวิถีการดำรงชีวิตทางสุขภาพ (Health lifestyle) ที่เหมาะสม

2. อายุ (Age)

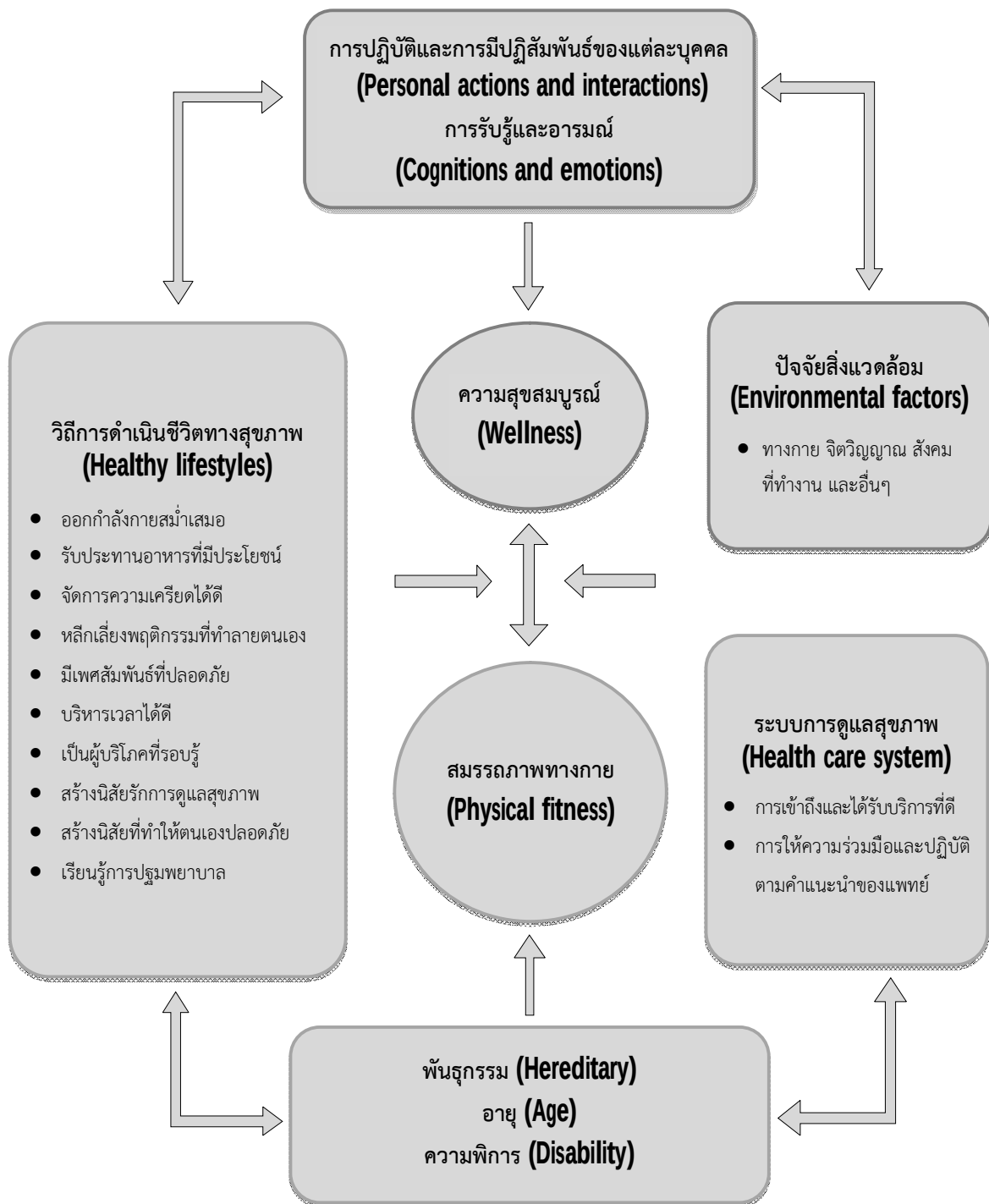
อายุเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ อายุที่มากขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพที่ถดถอย การสูญเสียความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งกายและใจ และรายได้ไม่เพียงพอ ในบางกรณีอาจมีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว ต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว อายุจึงมีผลต่อสุขภาพและความสุขสมบูรณ์อย่างมาก อย่างไรก็ตาม การดูแลตนเอง และการปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสมจะสามารถช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากการมีอายุที่มากขึ้นได้

3. ความพิการ (Disability)

ความพิการเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ไม่สามารถควบคุมได้ ความพิการมีหลายประเภท ได้แก่ พิการทางการเคลื่อนไหว พิการทางสายตา พิการทางหู และพิการทางสมอง เป็นต้น ซึ่งเป็นข้อจำกัดต่อการดูแลตนเองมีผลต่อสุขภาพและความสุขสมบูรณ์ สังคมจึงควรสนับสนุนให้ผู้พิการสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพในข้อจำกัดของตนเอง ควรมีสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะต่างๆ ที่เอื้อต่อผู้พิการ เช่น ทางเท้าที่เป็นทางลาด รถเมล์สาธารณะที่สามารถให้รถวีลแชร์ขึ้นลงได้โดยง่าย เป็นต้น

4. ระบบการดูแลสุขภาพ (Health care system)

การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพและสถานพยาบาลที่มีคุณภาพ มีความสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิต และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น นอกจากนี้ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญอย่างเคร่งครัดก็มีความสำคัญด้วยเช่นเดียวกัน มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับจากสถานพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยเพศชาย จะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เป็นจำนวนมากกว่าผู้ป่วยเพศหญิงส่งผลทำให้มีสุขภาพแย่ลงเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือไม่หายจากโรคนั้นๆ ดังนั้น จึงควรมีการให้ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และความสุขสมบูรณ์ในแต่ละบุคคล นอกเหนือจากการรักษาพยาบาลโดยการให้รับประทานยา เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ ควรได้รับความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาที่ดี และการออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างจริงจัง นอกจากนี้ ควรมีการติดตามการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับจากสถานพยาบาลด้วย



รูปที่ 1-4 ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและความสุขสมบูรณ์
ที่มา : Corbin et al. (2009, p. 10)

ในกรณีนี้ ผู้ฝึกออกกำลังกายส่วนบุคคล (Personal trainer) หรือนักวิทยาศาสตร์การกีฬา สามารถมีบทบาทในการมีส่วนร่วมอยู่ในทีมสุขภาพดังกล่าว โดยได้รับการส่งต่อจากแพทย์เจ้าของไข้ และทำการปรึกษาหารือกันในการออกแบบโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยแต่ละบุคคลเพื่อช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันอาจเกิดจากโรคนั้นๆ ได้

5. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (Environmental factors)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ และความสุขสมบูรณ์ที่สามารถควบคุมได้ ประชาชนทุกคนควรที่จะสามารถเลือกสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการรักษาสุขภาพมากกว่าเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ หรือไม่ปลอดภัย ตัวอย่างปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ที่อยู่อาศัย หรือสถานที่ทำงาน เป็นต้น ตลอดจนสิ่งแวดล้อมทางสังคม จิตวิญญาณ หรือการเรียนรู้ต่างๆ ด้วยคนเราทุกคนไม่สามารถอยู่คนเดียวในโลกได้ ดังนั้น ความคิด การตัดสินใจ และอารมณ์ที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกกับบุคคลรอบข้างอาจส่งผลที่ดีหรือไม่ดีต่อสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับ การแสดงออกนั้นว่าเหมาะสมหรือไม่ ดังนั้น การมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) หรือการแสดงออกกับบุคคลอื่นจึงเป็นอีกหนึ่งปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ที่สำคัญที่มีผลต่อสุขภาพและมีความสุขสมบูรณ์

6. วิถีการดำเนินชีวิตทางสุขภาพ (Healthy lifestyles)

วิถีการดำเนินชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพอย่างมาก การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็ง เป็นต้น ล้วนแล้วแต่มีสาเหตุมาจากการมีการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม (Unhealthy lifestyles) วิถีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อสุขภาพที่สำคัญ 3 ประการแรกที่ทุกคนพึงควรปฏิบัติ ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการจัดการความเครียด ปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลและในประชากรทุกคนเหมือนกัน และทุกคนก็สามารถปรับปรุงวิถีการดำเนินชีวิตทั้ง 3 ประการ ได้เหมือนกัน มีการศึกษาพบว่า การมีกิจกรรมทางกายความหนักระดับปานกลางร่วมกับการได้รับโภชนาการที่ดีช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ 400,000 คนต่อปี การจัดการความเครียดก็ช่วยลดปัญหาพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ การได้รับยาและสารเสพติด และการสูบบุหรี่ได้อย่างมาก สำหรับแบบประเมินวิถีการดำเนินชีวิตทางสุขภาพได้แสดงไว้ในแบบปฏิบัติการท้ายบท : ปฏิบัติการ 1-3

การสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion)

ในทศวรรษที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงสำคัญในระบบการสร้างเสริมสุขภาพ เริ่มที่การปรับเปลี่ยนแนวคิดจากความหมายของคำว่า “ส่งเสริมสุขภาพ” สู่ “สร้างเสริมสุขภาพ” ซึ่งมาจากคำว่า “Health Promotion” เหมือนกัน โดยเริ่มใช้คำว่า การสร้างเสริมสุขภาพครั้งแรกในปี พ.ศ. 2541 ในขั้นตอนการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ต่อมาในปี พ.ศ. 2554 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ขยายขอบเขตของการส่งเสริมสุขภาพจากกิจกรรมส่งเสริมอนามัยส่วนบุคคล และอนามัยสิ่งแวดล้อม

เป็นกระบวนการที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนบุคคล และชุมชนให้สามารถจัดการ หรือพัฒนาสุขภาพของตนเอง และชุมชน รวมทั้งพัฒนาหรือยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพพระระดับสากล ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ให้ความหมายของ “การสร้างเสริมสุขภาพ” ว่าหมายถึง การกระทำที่มุ่งส่งเสริม และสนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพะทางกาย จิต ปัญญา และสังคมโดยสนับสนุนพฤติกรรมบุคคล และการจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการในการเพิ่มความสามารถให้บุคคลในการควบคุมสุขภาพ และปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้สุขภาพดีขึ้น (จรรยาพร ศรีศศลักษณ์ และคณะ, 2557)

แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ (Guidelines for health promotion)

แนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพได้รับการทบทวน และปรับปรุงครั้งสำคัญในการประชุมสร้างเสริมสุขภาพนานาชาติที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา ในปี พ.ศ. 2530 จัดโดยองค์การอนามัยโลก ที่ประชุมมีข้อสรุปร่วมกันเรียกว่า “กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter)” โดยกำหนดยุทธศาสตร์สำคัญ 5 ด้านในการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ 1) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข 2) การสร้างศักยภาพรายบุคคลว่าด้วยการดูแลสุขภาพ 3) การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ 4) การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และ 5) การพัฒนาให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้านสะท้อนถึงแนวคิดที่ว่าด้วยสุขภาพองค์รวมที่ไม่ได้มองเรื่องสุขภาพเป็นแค่เรื่องของบริการสาธารณสุขกับพฤติกรรมของปัจเจกบุคคลอย่างที่เคยเชื่อกัน

แนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพได้รับการพัฒนาต่อยอดอีกครั้งหนึ่งในการประชุมสร้างเสริมสุขภาพโลกที่กรุงเทพฯ ใน พ.ศ. 2548 ที่ประชุมได้มีการวิเคราะห์สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปโดยเฉพาะสิ่งแวดล้อมในระดับสากลทั้งในแง่การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (เช่น โลกร้อน) และการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจการเมือง และได้นำเสนอกฎบัตรกรุงเทพฯ (Bangkok Charter) ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเน้นความสำคัญของยุทธศาสตร์ที่ต่อยอดจากกฎบัตรออตตาวา โดยขอให้รัฐบาลต่างๆ ให้ความสำคัญกับการมีนโยบายสาธารณะที่เฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างจริงจังโดยเฉพาะนโยบายที่เป็นผลมาจากกระบวนการโลกาภิวัตน์ ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในหลายด้าน ได้แก่ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและความเท่าเทียมทางสังคม และผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ในขณะเดียวกัน ก็เรียกร้องให้ภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการมีนโยบายทางด้านธุรกิจที่มองเรื่องสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางธุรกิจแทนการมองเพียงผลกำไร หรือมูลค่าทางเศรษฐกิจแต่เพียงอย่างเดียว (สุรจิต สุนทรธรรม, 2555)

ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพหรือการสร้างเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้ผลักดันให้เกิดการ “รวมพลังสร้างสุขภาพ” ในด้านต่างๆ โดยให้เกิดการผสมผสานภารกิจต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกาย-จิตของแต่ละเพศ และแต่ละวัยอย่างเหมาะสม (วิชัย เทียนถาวร, 2555) นโยบายของรัฐที่ส่งเสริมให้

คนไทยมีสุขภาพดีด้วยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคีเครือข่ายในการผลักดันและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเรียกว่าการสร้างสุขภาพ 6 อ. (สมศรี คามากิ และภานี ขวัญดี, 2549) ได้แก่

อ. ที่ 1 อาหาร หมายถึง ประชาชนรู้จักบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะและมีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ และกินอาหารที่ปรุงสุก สะอาด ปลอดภัย

อ. ที่ 2 ออกกำลังกาย หมายถึง ประชาชนมีพฤติกรรมในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ร่างกายได้ใช้แรงงานหรือกำลังงานที่มีอยู่ในตัวเพื่อให้ร่างกายหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายเกิดการเคลื่อนไหว เช่น การเดิน การทำงาน หรือการเล่นกีฬา เป็นต้น

อ. ที่ 3 อารมณ์ หมายถึง ประชาชนรู้จักวิธีควบคุมอารมณ์ การมีชีวิตที่เป็นสุข ลดความเครียด สร้างสายสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว และมีครอบครัวที่อบอุ่น

อ. ที่ 4 อนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง การสร้างและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้อื้อหรือเหมาะสมต่อการส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนมีจิตสำนึกที่จะช่วยดูแลสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวเรา ตั้งแต่ในบ้านและบริเวณบ้านให้มีการเก็บกวาด เช็ดถู มีน้ำสะอาดดื่มและใช้อย่างเพียงพอ มีส่วนที่ถูกสุขลักษณะ ไม่ทิ้งขยะมูลฝอยในแหล่งน้ำลำคลอง

อ. ที่ 5 โรคภัย หมายถึง โรคที่เกิดจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิต เช่น โรคไข้หวัดนก โรคมะเร็ง โรคไข้หวัด/ไข้หวัดใหญ่ โรคเอดส์ อุบัติเหตุ โรคเลปโตสไปโรซิส โรคพยาธิใบไม้ในตับ โรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น

อ. ที่ 6 อบายมุข หมายถึง พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาสังคมและสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และเสพสารเสพติด

ตำราเล่มนี้ มุ่งให้ความรู้ในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะอ.ที่ 2 คือ ออกกำลังกาย ซึ่งประชาชนควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกายให้เหมาะสมเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

พฤติกรรมออกกำลังกาย (Exercise behavior)

พฤติกรรมออกกำลังกาย หมายถึง การกระทำกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย อันเกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อโครงร่างและใช้พลังงานมากกว่าขณะพักอย่างมีแบบแผน เพื่อเป้าหมายในการสร้างเสริมสมรรถภาพทางกาย (Nigg, 2014)

สถานการณ์พฤติกรรมการเล่นกีฬารีหรือออกกำลังกาย

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2554) สำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬารีหรือออกกำลังกายเป็นครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ. 2544 เพื่อให้ประเทศมีข้อมูลจำนวน และคุณลักษณะทั่วไปของผู้ที่เล่นกีฬารีหรือออกกำลังกาย รวมทั้งพฤติกรรมการเล่นกีฬารีหรือออกกำลังกาย การสำรวจครั้งที่ 4 ในปี พ.ศ. 2554 โดยเก็บข้อมูลจากประชากรที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไป พบว่า จากประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไปจำนวนทั้งสิ้น 57.7 ล้านคน ในช่วง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ มีผู้ที่เล่นกีฬารีหรือออกกำลังกาย 15.1 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 26.1 โดยผู้ชายมีอัตราการเล่นกีฬารีหรือออกกำลังกายสูงกว่าผู้หญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 27.4 และ 25.0 ตามลำดับ) และประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครมีอัตราการเล่นกีฬารีหรือออกกำลังกายสูงกว่าภาคอื่นๆ เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเล่นกีฬารีหรือออกกำลังกายกับการสำรวจที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2547 และ 2550) พบว่า อัตราการเล่นกีฬารีหรือออกกำลังกายลดลงประมาณร้อยละ 3 (ตารางที่ 1-2) ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากในเดือนกุมภาพันธ์ซึ่งเป็นช่วงของการสำรวจข้อมูลจาก 77 จังหวัดนั้น ประเทศไทยประสบปัญหาน้ำท่วมถึง 54 จังหวัด ทำให้ไม่สะดวกที่จะไปเก็บข้อมูลในสถานที่ต่างๆ

ตารางที่ 1-2 สัดส่วนการเล่นกีฬารีหรือออกกำลังกายของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไปจำแนกตามเพศ เขตการปกครอง และภาค (พ.ศ. 2547, 2550 และ 2554)

การจำแนกประชากร	การเล่นกีฬารีหรือออกกำลังกายของประชากร (ร้อยละ)		
	พ.ศ. 2547	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2554
ภาพรวม	29.1	29.6	26.1
เพศ			
ชาย	32.8	32.7	27.4
หญิง	25.4	26.7	25.0
เขตการปกครอง			
ในเขตเทศบาล	33.4	33.5	30.4
นอกเขตเทศบาล	26.9	27.9	23.9
ภาค			
กรุงเทพมหานคร	33.5	33.4	31.5
กลาง	24.3	24.3	22.0
เหนือ	29.9	28.3	28.8
ตะวันออกเฉียงเหนือ	28.5	29.7	24.5
ใต้	33.5	37.4	29.9

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ (ม.ป.ป.)

ในปี พ.ศ. 2558 สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ดำเนินการจัดทำ “การสำรวจกิจกรรมทางกายของประชากร” ทั้งนี้ได้เปลี่ยนชื่อจาก “การสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายของประชากร” เพื่อให้สามารถตอบโจทย์ในสภาวะการณ์ปัจจุบัน และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบาย และวางแผน หรือกำหนดมาตรการต่างๆ ตลอดจนประเมินผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างสุขภาพของประชากร หรือนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม – เมษายน 2558 จากครัวเรือนตัวอย่างทั้งสิ้น 55,920 ครัวเรือน ผลการสำรวจพบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีอัตราการทำงานออกแรงระดับหนักหรือปานกลาง ร้อยละ 37.2 อัตราการเดินทางโดยการเดินหรือขี่จักรยาน ร้อยละ 40.3 อัตราการเล่นกีฬา/ออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมนันทนาการระดับหนักหรือปานกลาง ร้อยละ 23.4 และอัตราการเคลื่อนไหวน้อย ร้อยละ 95.5 เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างเพศ พบว่า อัตราการทำงานออกแรงๆ และอัตราการเล่นกีฬา/ออกกำลังกายของเพศชาย (ร้อยละ 42.8 และ 27.0 ตามลำดับ) มีมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 31.9 และ 20.0 ตามลำดับ) ในขณะเดียวกันอัตราการเดินทางๆ และอัตราการเคลื่อนไหวน้อยของเพศหญิง (ร้อยละ 41.3 และ 96.0 ตามลำดับ) มีมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 39.2 และ 94.9 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณากลุ่มอายุ พบว่า การทำงานออกแรงๆ และการเดินทางๆ พบในกลุ่มอายุ 45 – 59 ปีมากที่สุด ในอัตราร้อยละ 44.1 และ 42.2 ตามลำดับ สำหรับการเล่นกีฬา/ออกกำลังกายๆ พบในกลุ่มอายุ 15 – 24 ปีมากที่สุด ในอัตราร้อยละ 40.6 และการเคลื่อนไหวน้อยพบในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด ในอัตราร้อยละ 99.5 ดังแสดงในตารางที่ 1-3 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559) ข้อค้นพบจากการศึกษานี้ น่าจะมีประโยชน์ในการนำไปใช้ประกอบการพิจารณาพัฒนานโยบายเพื่อลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง และเพิ่มกิจกรรมทางกายของคนไทย โดยเน้นการเพิ่มกิจกรรมทางกายในกลุ่มการทำงานและการเดินทาง และมุ่งเป้าไปที่การลดพฤติกรรมเนือยนิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ไม่ได้ทำงาน และผู้ที่มีโรคประจำตัวซึ่งมีระดับกิจกรรมทางกายต่ำ และมีระดับกิจกรรมทางกายน้อย-เนือยนิ่งสูง (นุชราภรณ์ เลี้ยงรินรัมย์ และคณะ, 2560)

ผู้เขียนได้เคยทำการสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างต่างๆ ได้แก่ เด็กอ้วน จำนวน 37 คน (Chuensiri, Suksom, & Tanaka, 2018) นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 5 จำนวน 1,600 คน (ดรณวรรณ สุขสม, คณางค์ ศรีหิรัญ, ทศนา จารุชาติ, เสาวลักษณ์ ศิริปัญญา, เสาวลักษณ์ สุนทรลักษณ์, และวิจิต คณิงสุขเกษม, 2558) นิสิตนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 ในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐและเอกชน จำนวน 22,500 คน (วิภาวดี ลีมั่งสวัสดิ์, ดรณวรรณ สุขสม, อุไรวรรณ ขมวัฒนา, เบญจพล เบญจพลากร และ อาพรณชนิด ศิริแพทย์, 2549) บุคลากรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 450 คน (ดรณวรรณ สุขสม, วรรณพร ทองตะโก, สุวิมล ทรัพย์วโรบล, และณอมวงศ์ กฤษณ์เพ็ชร, 2554) และผู้พิการทางการเคลื่อนไหว จำนวน 279 คน (สุชาติ ทวีพรปฐมกุล, คณางค์ ศรีหิรัญ, อาพรณชนิด ศิริแพทย์, และดรณวรรณ สุขสม, 2558) พบว่า ทุกกลุ่มดังกล่าวมีผู้ที่ออกกำลังกายในชีวิตประจำวันจำนวนมากพอควร (ร้อยละ 40 - 70) โดยมีเป้าหมายในการออกกำลังกายส่วนใหญ่ที่เหมือนกัน คือ ต้องการมีสุขภาพที่ดี อย่างไรก็ตาม พบว่า ปริมาณการออกกำลังกายของแต่ละกลุ่มนั้น ส่วนใหญ่ยังไม่เหมาะสม และเพียงพอที่จะสร้างเสริมสุขภาพ และสมรรถภาพทางกายได้ จึงเป็นหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องทุกระดับที่จะทำการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับ หลักการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพให้ประชาชนทั่วไปได้รับรู้สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายให้เหมาะสมต่อไป