

ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับเซ็กซ์สภาพของบุคลากรทางการแพทย์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

พฤษภาคม 2554

ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับเซ็กซ์สภาพของบุคลากรทางการแพทย์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

พฤษภาคม 2554

ลิขสิทธิ์เป็นของ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับเซ็กซ์สภาพของบุคลากรทางการแพทย์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
พฤษภาคม 2554

รุ่งอรุณ พึ่งแย้ม. (2554). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับเชาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. ปรินต์งานพิมพ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง, อาจารย์ ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สม.

การวิจัยสหสัมพันธ์เปรียบเทียบครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษา 1) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับเชาว์สุขภาพ 2) ทำนายเชาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย และ 3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในกลุ่มสถานการณ์ร่วมกับตัวแปรในกลุ่มจิตลักษณะเดิมที่เกี่ยวข้องกับเชาว์สุขภาพ กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) เป็นบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลของโรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 300 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบวัด 6 ระดับ จำนวน 8 ฉบับ มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .75 - .92 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติพื้นฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละขั้น และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง ผลการวิจัยพบว่า 1) การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน และลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน มีความสัมพันธ์กันทางบวกกับเชาว์สุขภาพ ของบุคลากร ($p < 0.01$) 2) ในกลุ่มรวม การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ และการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ สามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพได้ร้อยละ 54.6 ($p < 0.05$) เมื่อพิจารณาในกลุ่มย่อย พบว่ากลุ่มที่มีดัชนีมวลกายไม่เหมาะสมและกลุ่มเพศชาย พบตัวทำนายอันดับแรก คือ การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง มีค่าเบต้าเท่ากับ .46 และ .56 ตามลำดับ ($p < 0.001$) ในกลุ่มที่ทำงานในเวลาราชการ กลุ่มรายได้มาก และกลุ่มสถานภาพสมรสคู่ พบว่าตัวทำนาย 2 อันดับแรก คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ และเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพที่สามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพได้ร้อยละ 48.7, 53.2 และ 39.9 ตามลำดับกลุ่มย่อย ($p < 0.001$, 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ) ส่วนในกลุ่มอายุมาก พบว่า การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ สามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพได้ร้อยละ 53.2 ($p < 0.001$) ในกลุ่มมีโรคประจำตัว พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ และการมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง สามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพได้ร้อยละ 62.9 ($p < 0.001$) 3) ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานการณ์ทางสังคมกับด้านจิตลักษณะเดิมที่มีต่อเชาว์สุขภาพ

PSYCHOSOCIAL FACTORS RELATED TO HEALTH QUOTIENT OF HEALTH CARE PROVIDERS
IN THE FACULTY OF MEDICINE, RAMATHIBODI HOSPITAL, MAHIDOL UNIVERSITY.



Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Master of Science Degree in Applied Behavioral Science Research
at Srinakharinwirot University

May 2011

Rungaroon Phuengyaem. (2011). *Psychosocial Factors Related to Health Quotient of Health Care Providers in the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University*. Master Thesis, M.S. (Applied Behavioral Science Research). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Asst. Prof. Dr. Ungsinun Intarakamhang, Dr. Narisara Peungposop.

This research objectives were to 1) to investigate the relationship between psychosocial factors related to Health Quotient (HQ), 2) predict to HQ of health care providers and difference biosocial, and 3) to find the interaction between psychological characteristics and social-situational influencing HQ. The samples are 300 health care providers in the Ramathibodi hospital were selected by stratified random sampling. The data collection were summated rating scales. Reliability of each instrument was between .75 - .92. Then data were analyzed by Multiple Regression Analysis and two-way ANOVA. The results revealed as follows:

1. The reference modeling in health behavior, receiving health information, perceived incentives of self-care, internal locus of control, future orientation and self control, perceived self-efficacy in health behavior, attitude toward self-care were positively related to HQ of health care providers ($p < 0.01$).

2. Perceived self-efficacy in health behavior, reference modeling in health behavior, attitude toward self-care and perceived incentives of self-care could predict 54.6% of the variance in HQ of health care providers ($p < 0.05$). The group is biosocial finding, the reference modeling in health behavior was the first order factor of predicting HQ in the BMI suitably group ($\beta = .46$) and meal group ($\beta = .56$) ($p < 0.001$), two mainly: perceived self-efficacy in health behavior and attitude toward self-care predicted HQ, it was found that 48.7% in the works day shift group ($p < 0.001$), 53.2% in the more incomes ($p < 0.01$), 39.9% in the married group ($p < 0.05$), the older group perceived incentives of self-care and perceived self-efficacy in health behavior could predict 53.2% of the variance in HQ ($p < 0.05$). The underlying diseases group perceived self-efficacy in health behavior and reference modeling in health behavior could predict 62.9% of the variance in HQ ($p < 0.05$).

3. There wasn't interaction effect between situational factors and psychological traits to HQ.

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับเซ็กซ์สภาพของบุคลากรทางการแพทย์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ของ

รุ่งอรุณ พิงเยี่ยม

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

วันที่ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2554

คณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

..... ประธาน

.....ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ)

.....กรรมการ

.....กรรมการ

(อาจารย์ ดร.นริศรา พิงโพธิ์สม)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง)

.....กรรมการ

(อาจารย์ ดร.นริศรา พิงโพธิ์สม)

.....กรรมการ

(อาจารย์ ดร.สุภาพร ณะชานันท์)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร. อังคินันท์ อินทรกำแหง ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์และอาจารย์ดร. นริศรา พึ่งโพธิ์ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าเพื่อให้คำปรึกษาแนะนำ รวมทั้งให้กำลังใจในการจัดทำงานวิจัยนี้ทุกขั้นตอน อีกทั้งทำให้ข้าพเจ้าได้รับประสบการณ์ในการทำวิจัย จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ และขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิลาศลักษณ์ ชั่ววัลลี สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นพวรรณ เปียชื่อ และผู้ช่วยศาสตราจารย์วิศาล คันธารัตนกุล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย และขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.สุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ ที่เป็นประธานในการสอบปากเปล่าและได้ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการปรับปรุงงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์ขึ้น

การได้รับโอกาสเข้าศึกษาต่อเป็นนิสิตในสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ เป็นความภาคภูมิใจของข้าพเจ้าเป็นอย่างยิ่ง ข้าพเจ้าได้รับความรู้ที่มีคุณค่า การอบรมสั่งสอนที่นอกเหนือจากตำราเรียนได้รับความเมตตาจากคณาจารย์รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของสถาบันที่ให้ความอนุเคราะห์แก่ข้าพเจ้าอย่างสม่ำเสมอ ข้าพเจ้าขอขอบคุณไว้ ณ ที่นี้

นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอขอบคุณเพื่อนนิสิตทุกคนในสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ทั้งเพื่อนรุ่นพี่และเพื่อนร่วมรุ่นสาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ภาคปฏิรู้นที่ 13 ทุกคนที่เป็นกำลังใจและให้คำแนะนำตลอดเวลาการศึกษาที่ผ่านมา รวมถึงขอขอบคุณหัวหน้าและเพื่อนร่วมงานหอผู้ป่วยซีซียู โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ให้การสนับสนุนเอื้อในด้านเวลาเรียนของข้าพเจ้า

ท้ายสุดข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณบิดา และขอบคุณพี่น้องทุกๆ คน ที่เป็นกำลังใจให้แก่ข้าพเจ้าฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆ คุณประโยชน์ที่ได้รับจากการทำปริญญานิพนธ์เล่มนี้ขอมอบแก่ผู้มีพระคุณยิ่งดังที่กล่าวมาทั้งหมดนี้

รุ่งอรุณ พึ่งแย้ม

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ภูมิหลัง	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย	5
ความสำคัญของปัญหา	5
ขอบเขตของการวิจัย	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย	9
สมมติฐานการวิจัย	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับเซาว์สุขภาพ	13
แนวคิดเกี่ยวกับเซาว์สุขภาพ	21
แนวคิดการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมบุคคล	37
แนวคิดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเซาว์สุขภาพ	39
สถานการณ์ทางสังคมและจิตลักษณะเดิมกับเซาว์สุขภาพ	39
จิตลักษณะเดิมกับเซาว์สุขภาพ	51
จิตลักษณะตามสถานการณ์กับเซาว์สุขภาพ	58
ปัจจัยด้านลักษณะทางชีวสังคม	65
3 วิธีดำเนินการวิจัย	69
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	69
เครื่องมือและการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	70
การเก็บรวบรวมข้อมูล	77
การนำเสนอข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	77
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	78
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	98

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 (ต่อ)	
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	100
อภิปรายผลตามสมมติฐาน	101
ข้อเสนอแนะของการวิจัย	107
บรรณานุกรม	109
ภาคผนวก	127
ภาคผนวก ก	128
ภาคผนวก ข	135
ประวัติย่อผู้วิจัย	150

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะชีวิตสังคม	80
2 จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง.....	81
3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา	83
4 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยและการทดสอบนัยสำคัญ ในการทำนายเชาว์สุภาพ ของบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มรวม	84
5 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยและการทดสอบนัยสำคัญ ในการทำนายเชาว์สุภาพ ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีชีวิตสังคมต่างกัน	86
6 ค่าเฉลี่ยของคะแนนเชาว์สุภาพ โดยพิจารณาตามการมีตัวแบบทางสุภาพ จากบุคคลอ้างอิงและความเชื่ออำนาจภายในตน	90
7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของเชาว์สุภาพที่มีตัวแบบทางสุภาพ จากบุคคลอ้างอิงและความเชื่ออำนาจภายในตนที่แตกต่างกัน	90
8 ค่าเฉลี่ยของคะแนนเชาว์สุภาพ โดยพิจารณาตามการมีตัวแบบทางสุภาพ จากบุคคลอ้างอิงและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	91
9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของเชาว์สุภาพที่มีตัวแบบทางสุภาพ จากบุคคลอ้างอิงและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนที่แตกต่างกัน	91
10 ค่าเฉลี่ยของคะแนนเชาว์สุภาพ โดยพิจารณาตามการได้รับข่าวสารทาง สุภาพและความเชื่ออำนาจภายในตน	92
11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของเชาว์สุภาพที่มีการได้รับข่าวสาร ทางสุภาพและความเชื่ออำนาจภายในตนที่แตกต่างกัน	93
12 ค่าเฉลี่ยของคะแนนเชาว์สุภาพ โดยพิจารณาตามการได้รับข่าวสารทาง สุภาพและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	93
13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของเชาว์สุภาพที่มีการได้รับข่าวสาร ทางสุภาพและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนที่แตกต่างกัน	94
14 ค่าเฉลี่ยของคะแนนเชาว์สุภาพ โดยพิจารณาตามการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแล สุภาพและความเชื่ออำนาจภายในตน	95

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
15 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของเซาร์สุขภาพที่มีการได้รับสิ่งจูงใจ ในการดูแลสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายในตนที่แตกต่างกัน	95
16 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนเซาร์สุขภาพ โดยพิจารณาตามการได้สิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ สุขภาพและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	96
17 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของเซาร์สุขภาพที่มีการได้รับสิ่งจูงใจใน การดูแลสุขภาพและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนที่แตกต่างกัน	96
18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาและลักษณะชีวิตสังคม	129
19 สัมประสิทธิ์ถดถอยและการทดสอบนัยสำคัญของการวิเคราะห์ถดถอยของ ตัวทำนายที่ละชุดตัวแปร และทุกชุดตัวแปรที่มีผลต่อเซาร์สุขภาพ	131
20 สัมประสิทธิ์ถดถอยและการทดสอบนัยสำคัญของการวิเคราะห์ถดถอยของ ตัวทำนายทุกชุดตัวแปรที่มีผลต่อเซาร์สุขภาพในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และทางการพยาบาล	134

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	11
2 ทฤษฎีสี่ง่า 48	
3 แสดงผลการทำนายเชาว์สุภาพของชุดทำนายทั้ง 3 ชุดและชุด	136



บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

การพัฒนาประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี ตลอดระยะเวลาที่ล่วงเลยผ่านมา นอกจากจะส่งผลให้สังคมไทยเปลี่ยนสภาพจากสังคมชนบทสู่สังคมเมืองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อประชากรโดยเฉพาะด้านสุขภาพ จะเห็นได้ว่าปัจจุบันสถานการณ์สุขภาพของคนไทยเปลี่ยนจากโรคระบาดและติดเชื้อมาเป็นโรคที่มนุษย์สร้างขึ้นหรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมมนุษย์ สะท้อนได้จากสาเหตุการตาย 5 อันดับแรกของคนไทยในปี พ.ศ. 2551 ได้แก่ มะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด อุบัติเหตุและการเป็นพิษ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดในสมอง และปอดอักเสบ/โรคอื่นๆ ของปอดตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2552: 139) และจากรายงานการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2547-2548 ของศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ ภาวะน้ำหนักเกิน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก./ม²) จากร้อยละ 15.28 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 16.10 ในปี พ.ศ. 2548 เช่นเดียวกับการสูบบุหรี่เพิ่มจากร้อยละ 21.42 เป็นร้อยละ 22.25 และการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.27 เป็นร้อยละ 37.44 นอกจากนี้การสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนไทยฯ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ก็พบว่าปัญหาโรคเรื้อรังยังเป็นปัญหาสุขภาพ อาทิ มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติร้อยละ 20.5 หรือคิดเป็น 9.9 ล้านคน มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน หรือสภาวะก่อนอาการเบาหวาน (Pre-Diabetes) ในประชากรชายร้อยละ 15.4 และหญิงร้อยละ 10.6 เป็นต้น อีกทั้งยังพบปัญหาของโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ (Re-Emerging Infectious Disease) ซึ่งเกิดจากการแพร่ระบาดของเชื้อโรคที่มีรหัสพันธุกรรมใหม่ เช่น โรคซาร์ส ไข้หวัดนก ไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ 2009 และโรคเอดส์ เป็นต้น ก็กำลังส่งผลกระทบในวงกว้างและก่อให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงและบั่นทอนคุณภาพชีวิต ทั้งระดับปัจเจกบุคคลและสังคมอย่างมาก (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10. 2550: 25) ปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้นจึงไม่ใช่เรื่องของบุคคลเพียงคนเดียวอีกต่อไป แต่เป็นเรื่องของชุมชนหรือสังคมที่ต้องตระหนักและรับผิดชอบต่อสิ่งแวดล้อมร่วมกัน เพื่อให้สุขภาพของบุคคลหรือสังคมนั้นดีได้

จากการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์สุขภาพและปัญหาสาธารณสุขรูปแบบใหม่ ส่งผลให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขเองก็มีการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินงานจากอดีตที่เน้นการรักษาพยาบาลมาเป็นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เนื่องจากความจำเป็นเพื่อสุขภาพของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก 2.5 หมื่นล้านบาท ในปี 2523 เพิ่มขึ้นเป็น 4.34 แสนล้านบาท หรือเพิ่มขึ้นถึง 17.2 เท่า

ในปี 2548 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2550: 302) การปรับทิศทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโดยใช้หลักการ “สร้าง นำ ช่อม” นอกจากจะทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลงแล้ว ยังส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะที่เป็นสุข (Wellness or Well-being) ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และพร้อมที่จะเผชิญสิ่งท้าทายต่างๆ ได้ (พริ้มเพรา ผลเจริญสุข. 2545: 9) โดยใช้การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) แนวใหม่นี้เป็นกระบวนการที่ช่วยให้คนสามารถควบคุมและเพิ่มพูนสุขภาพให้กับตนเองได้ (ภิรมย์ กมลรัตนกุล; และ วิโรจน์ เจียมจรัสศรี. 2549: 295; อ้างอิงจาก Ottawa Charter. 1986) และยังมีผู้นำเสนอวิธีอีกหลากหลายเพื่อให้ถึงจุดหมายสำคัญของสุขภาพคือสุขภาพที่สมบูรณ์ (Wellness) วิธีการหนึ่งที่สถาบันหรือศูนย์บริการทางการแพทย์ในต่างประเทศได้คิดและนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายและเป็นที่ยอมรับก็คือหลักการของเชาว์สุขภาพ

เชาว์สุขภาพถูกนำมาใช้โดยอาศัยหลักความรู้ทางการแพทย์ การประเมินความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่เชื่อมโยงกับวิถีการดำเนินชีวิตในปัจจุบันของบุคคล ให้บุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองและทำนายสุขภาพในอนาคตได้ รวมทั้งมองความสามารถในการจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองเพื่อคงไว้ ดำรงไว้ ซึ่งการมีสุขภาพดี ซึ่งเป็นหลักการเดียวกับพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการกระทำของปัจเจกบุคคลเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยที่ผ่านมามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender. 1987) เป็นการเน้นให้บุคคลกระทำจนเป็นแบบแผนชีวิตเพื่อให้ผลดีต่อสุขภาพส่วนบุคคลให้แข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากความเจ็บป่วย และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข แต่สำหรับเชาว์สุขภาพได้มองรวมไปถึงความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตทั้งด้านความปลอดภัยส่วนบุคคล สังคม จนถึงสิ่งแวดล้อมที่จะมากระทบต่อสุขภาพของบุคคล เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ยืนยาวและแข็งแรง โดยอาศัยแนวคิดของสุขภาพที่สมบูรณ์ (Wellness) ประกอบด้วย 7 มุมมองหลัก คือ ร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม การประกอบอาชีพ และจิตวิญญาณ (Hogger. 2005: 5) ในการศึกษาครั้งนี้ได้ให้ความหมายของเชาว์สุขภาพ ว่าเป็นพฤติกรรมการดำรงชีวิตอย่างปลอดภัย ปราศจากความเสี่ยงด้านสุขภาพ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสภาพแวดล้อมที่ดีมีความเป็นอยู่อย่างปกติสุข ประกอบด้วย การแสดงออกทางพฤติกรรม 9 ด้าน คือ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การรับประทานอาหารถูกหลักโภชนาการ การป้องกันตนจากสิ่งเสพติด การมีสุขอนามัยส่วนบุคคล การจัดการความเครียด การจัดการอารมณ์ให้เป็นสุข ความปลอดภัยของร่างกาย การป้องกันโรค และการมีอนามัยสิ่งแวดล้อม (อังคินันท์ อินทรกำแหง; และภัทราวุธ อินทรกำแหง. 2550)

การที่บุคคลรู้จักวิเคราะห์และประเมินภาวะสุขภาพรวมถึงการแสดงพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์และคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ แสดงว่าบุคคลมีความสามารถในการเชิงสุขภาพหรือเชาว์สุขภาพ (Health Quotient: HQ) เชาว์สุขภาพเป็นการจัดการกับความรู้ทั้งการ

เรียนรู้โดยตรงหรือโดยอ้อมที่เกี่ยวกับด้านสุขภาพตามที่บุคคลเข้าใจร่วมกับลักษณะนิสัยและคุณลักษณะทางจิตใจและอารมณ์ของบุคคลนั้น ตัดสินใจกระทำพฤติกรรมทางสุขภาพออกมาให้เห็น (Tze, Wah Jun. 2000: Online) และเชาว์สุขภาพยังเป็นการสะท้อนถึงควมมีสติด้านสุขภาพ (Health Consciousness) ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Knowledge) และระดับสุขภาพ (Health Level) ของบุคคลและชุมชนนั้นๆ ได้ (Enchang. 2001: Online) มีผู้นำเชาว์สุขภาพมาใช้ในต่างประเทศ อาทิ บริษัท WebMD (WebMD. 2004: Online) บริษัท WellMed (Bensley; & Lewis. 2002) และบริษัท ฟิลิป เวน (บริษัท ฟิลิป เวน. 2550: Online) เป็นต้น

ประชากรวัยทำงานเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ร้อยละ 60 ของประชากรทั้งประเทศและเป็นกำลังสำคัญที่ผลักดันเศรษฐกิจของประเทศให้เจริญรุดหน้า นอกจากนี้ยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลครอบครัว และพัฒนาสังคมของประเทศโดยรวม แต่โดยภารกิจหน้าที่การงานที่เร่งรัด และอยู่ในวัยที่มีพลังกำลัง ทำให้ขาดความตระหนักและละเลยต่อการดูแลสุขภาพ ทำให้ประชากรวัยทำงานต้องประสบกับปัญหาสุขภาพมากมาย ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร และอุบัติเหตุ เป็นต้น (กรมอนามัย. 2552: 45) บุคลากรทางการแพทย์เป็นกลุ่มหนึ่งในประชากรวัยทำงานที่มีความสำคัญกับประเทศ และเป็นทุนมนุษย์ที่สำคัญของหน่วยงาน ถ้าผู้ปฏิบัติงานมีปัญหาสุขภาพมาก ย่อมส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล จากการศึกษาที่ผ่านมา กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ยังมีปัญหาสุขภาพ จากลักษณะการทำงานที่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง มีการทำงานเป็นกะ ทั้งผลัดเช้า บ่าย และดึก โดยเฉพาะกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ลักษณะการทำงานดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานเป็นอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวย สังคม รวมถึงประสิทธิภาพการทำงาน เนื่องจากการพักผ่อนที่ไม่เป็นเวลาทำให้จังหวะชีวภาพของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต (ไพฑูรย์ สมุทรสินธ์. 2542) มีการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับความเครียด ทำให้ระดับความดันโลหิต ระดับโคเลสเตอรอล และระดับไตรกลีเซอไรด์เพิ่มสูงขึ้น (สุจิตรา สุวรรณแพร์. 2545: 2; อ้างอิงจาก Theriault; & Amre. 2000) โดยเฉพาะผู้ที่ต้องปฏิบัติงานในผลัดดึกเป็นประจำเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงถึงร้อยละ 40 (สุจิตรา สุวรรณแพร์. 2545: 2; อ้างอิงจาก Alward.1996) และจากรายงานวิจัยถึงสาเหตุที่ทำให้ทันตแพทย์จำนวนมากที่ต้องงดให้การรักษาทันตกรรมก่อนถึงวัยเกษียณ คือ อาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อร้อยละ 29.5 โรคทางระบบหมุนเวียนเลือดและหัวใจร้อยละ 21.2 โรคแสดงอาการทางระบบประสาท ร้อยละ 16.5 เนื้องอกหรือมะเร็ง ร้อยละ 7.6 โรคทางระบบประสาทร้อยละ 6.1 (แมนสรวง วงศ์อภัย. 2551: Online; อ้างอิงจาก Burke; & et al.1997) นอกจากนั้นจากข้อมูลตรวจสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลรามารัตนาธิเบศร์ระหว่างปี พ.ศ. 2544-2546 เทียบกับในช่วงปี พ.ศ. 2548-2549 พบว่าความชุกของภาวะอ้วน ($BMI > 25 \text{ kg/m}^2$) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.3 เป็นร้อยละ 20.4 ความชุกของประวัติการเป็นโรคความดัน

โลหิตสูง เบาหวานสูง และมะเร็ง เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.1, 0.8 และ 0.6 ตามลำดับ และในการสำรวจครั้งล่าสุดท้าย ยังพบว่าบุคลากรของโรงพยาบาลร้อยละ 41 มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ มีปัญหาด้านทันตกรรม ฟันผุร้อยละ 32 และในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา มีภาวะกังวลหรือเครียดทางจิตใจร้อยละ 17 (วิชัย เอกพลากร; และคนอื่นๆ. 2550: 1, 37)

จากข้อมูลข้างต้นเป็นการศึกษาบุคลากรทั้งโรงพยาบาลแม้ไม่ได้ศึกษาเฉพาะในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ก็เป็นข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มปัญหาสุขภาพได้ว่าเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญและส่งเสริมกระตุ้นเตือนให้บุคลากรทางการแพทย์เห็นความสำคัญของการประเมินสุขภาพด้วยตนเองและส่งเสริมให้เกิดความสามารถในเชิงสุขภาพ โดยใช้เชาว์สุขภาพเป็นรูปแบบพื้นฐานการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงและปลอดภัย สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยจะเลือกโรงพยาบาลรามาริบัติเป็นพื้นที่ในการศึกษา เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ระดับตติยภูมิ ที่ให้การรักษายาบาลโรคที่ซับซ้อน และมีบุคลากรทางการแพทย์ที่หลากหลายวิชาชีพ จึงมีความเหมาะสมเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากร

งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา ทำให้ทราบว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่ซับซ้อนและยากที่จะอธิบายด้วยปัจจัยเพียงชีวสังคม จึงมีการศึกษาแนวทางต่างๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพของคนไทยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและยืนยาว โดยเฉพาะการให้บุคคลมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (Self Care) ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior Change) ทั้งกระบวนการปรับเปลี่ยนทางจิตและทางสภาพร่างกายหรือพฤติกรรมภายในและภายนอกเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามวิถีชีวิตของแต่ละปัจเจกบุคคลรวมถึงความปลอดภัยในการดำรงชีวิต เชาว์สุขภาพจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่เหมาะสมในการเริ่มต้นรู้จักสุขภาพด้วยตนเอง ในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับเชาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ โดยใช้การวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมมนุษย์ด้วยรูปแบบทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยม (Interactionism Model) เป็นกรอบแนวคิดเบื้องต้นในการประมวลเอกสาร เพื่อกำหนดตัวแปรเชิงเหตุในการอธิบายและทำนาย เชาว์สุขภาพ โดยสาเหตุด้านจิตลักษณะใช้ตัวแปรจากทฤษฎีต้นไม้อัจฉริยะ คือ ความเชื่ออำนาจในตนเอง ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน และเจตคติต่อการดูแลสุขภาพ รวมถึงการรับรู้ความสามารถของตน ของแบนคูรา (1986) สาเหตุด้านสถานการณ์ทางสังคม จากการศึกษาตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากการสังเคราะห์งานวิจัยโดยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ของอริยา ทองกร (2550) พบว่าตัวแปรปัจจัยภายนอกบุคคล คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าด้านอื่นๆ ในการวิจัยครั้งนี้ จึงสนใจการเป็นต้นแบบ (Modeling) ของบุคคลอ้างอิง ที่เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพที่ทางกระทรวงสาธารณสุขเน้นย้ำ และจากการประมวลเอกสารพบว่า

การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ และการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ ก็เป็นตัวแปรสำคัญในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำมาเป็นตัวแปรในการอบการศึกษาครั้งนี้ เพื่อใช้ทำนายเชาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ด้วย

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยสถานการณ์ทางสังคม ปัจจัยทางจิตลักษณะเดิม และปัจจัยทางจิตลักษณะตามสถานการณ์กับเชาว์สุขภาพ
2. เพื่อทำนายเชาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีชีวิตสังคมแตกต่างกัน จากปัจจัยทางจิตลักษณะเดิม จิตลักษณะตามสถานการณ์ และสถานการณ์ทางสังคม
3. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในกลุ่มจิตลักษณะเดิมและตัวแปรในกลุ่มสถานการณ์ทางสังคม จะเกี่ยวข้องกับเชาว์สุขภาพมากน้อยเพียงใด

ความสำคัญของการวิจัย

1. เพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้ทางด้านสาเหตุของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในรูปแบบเชาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ให้กว้างขึ้นในวงการวิชาการด้านสุขภาพ
2. เพื่อให้ฝ่ายพัฒนาบุคลากรนำปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อเชาว์สุขภาพ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน พัฒนาปรับปรุงกิจกรรมด้านสุขภาพให้แก่บุคลากรของโรงพยาบาล
3. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ ได้ศึกษาและประเมินเชาว์สุขภาพของตนเอง อันนำไปสู่การเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นบุคลากรทางการแพทย์ ที่สังกัดและเป็นเจ้าหน้าที่ประจำของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 3,026 คน (สถิติงานการเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลรามาธิบดี. 2551)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลรามาธิบดี โดยใช้วิธีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยกฎอัตราส่วนระหว่างหน่วยตัวอย่าง และจำนวนพารามิเตอร์หรือตัวแปรควรเป็น 20 ต่อ 1 (อังคินันท์ อินทรกำแหง. 2550; อ้างอิงจาก Liderman; Merenda; & Gold. 1980: 163; & Weiss. 1972) ในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยรวม 14 ตัวแปร จึงประมาณขนาดกลุ่ม

ตัวอย่างตามข้อกำหนดนี้ได้อย่างน้อย 280 คน และใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะตำแหน่งอาชีพ ได้แก่ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ คือ พยาบาลวิชาชีพ และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ คือ แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักรังสีการแพทย์/นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์/นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ และนักกายภาพบำบัด/นักกิจกรรมบำบัด โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทั้ง 2 กลุ่มมาร้อยละ 10 และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) อีกครั้งตามลักษณะงาน ขั้นสุดท้ายใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ในการวิจัยครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างมาจำนวน 300 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็น 4 กลุ่มดังนี้
 - 1.1 ปัจจัยทางสถานการณ์ทางสังคม
 - 1.1.1 การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง
 - 1.1.2 การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ
 - 1.1.3 การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ
 - 1.2 ปัจจัยทางจิตลักษณะเดิม
 - 1.2.1 ความเชื่ออำนาจภายในตน
 - 1.2.2 ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน
 - 1.3 ปัจจัยทางจิตลักษณะตามสถานการณ์
 - 1.3.1 เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ
 - 1.3.2 การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ
 - 1.4 ลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่
 - 1.4.1 เพศ
 - 1.4.2 อายุ
 - 1.4.3 รายได้ต่อเดือน
 - 1.4.4 สถานภาพสมรส
 - 1.4.5 การทำงานเป็นวงรอบเวลาหรือเป็นกะ
 - 1.4.6 โรคประจำตัว
 - 1.4.7 ดัชนีมวลกาย
2. ตัวแปรตาม คือ เซาวิสุขภาพ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **บุคลากรทางการแพทย์** หมายถึง ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการทั้งในด้านการรักษาพยาบาล และสนับสนุนการรักษาพยาบาล ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ และนักรังสีการแพทย์ เป็นต้น
2. **โรคประจำตัว** หมายถึง โรคที่เป็นอยู่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องมาตลอด เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง วัณโรค หอบหืด ภูมิแพ้ และลมชัก เป็นต้น
3. **การทำงานเป็นวงรอบเวลาหรือเป็นกะ** หมายถึง การแบ่งลักษณะการทำงานเป็น 2 ลักษณะ คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในเวลาราชการหรือเวรเช้า และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการอยู่เวรปฏิบัติงานในช่วงเวลากลางคืนเป็นบางส่วนหรือทุกสัปดาห์
4. **ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI)** หมายถึง ดัชนีที่มีความสัมพันธ์กับระดับไขมันที่สะสมอยู่ใต้ผิวหนังในร่างกายคนเรา โดยคำนวณจาก น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) หารด้วย ส่วนสูง (เมตร)² แล้วเปรียบเทียบกับเกณฑ์ ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งดัชนีมวลกายเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีดัชนีมวลกายปกติ คือ อยู่ระหว่าง 18.5-24.9 (AHA/ACC. 2006) และกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายไม่ปกติ คือ น้อยกว่า 18.5 หรือมากกว่า 24.9

นิยามปฏิบัติการ

เชาว์สุขภาพ หมายถึง การที่บุคลากรทางการแพทย์มีพฤติกรรมการดำรงชีวิตอย่างปลอดภัย ปราศจากความเสี่ยงด้านสุขภาพ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสภาพแวดล้อมที่ดี มีความเป็นอยู่อย่างปกติสุข ประกอบด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรม 9 ด้าน คือ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การรับประทานอาหารถูกหลักโภชนาการ การป้องกันตนจากสิ่งเสพติด การมีสุขอนามัยส่วนบุคคล การจัดการความเครียด การจัดการอารมณ์ความรู้สึก ความปลอดภัยของร่างกาย การป้องกันโรค และการมีอนามัยสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยวัดเชาว์สุขภาพ โดยปรับปรุงแบบวัดของอังคินันท์ อินทรกำแหง; และ ภัทราวุธ อินทรกำแหง (2550) ที่ดัดแปลงจาก Hoeger; & Hoeger (2005) ซึ่งเป็นมาตรวัดประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย” จำนวน 36 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด ช่วงของคะแนนอยู่ระหว่าง 36 - 216 คะแนน โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีเชาว์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนรวมต่ำ

การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง หมายถึง การที่บุคลากรทางการแพทย์รายงานถึงการเห็นการแสดงออกของบุคคลอ้างอิง เช่น เพื่อนร่วมงาน บิดามารดา และนักแสดง เป็นต้น ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ผู้วิจัยวัดการปฏิบัติตามตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง โดยการสร้างแบบวัดขึ้นใหม่ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย”

จำนวน 10 ข้อ มีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ ช่วงของคะแนนอยู่ระหว่าง 10 - 60 คะแนนโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนรวมต่ำ

การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ หมายถึง การที่บุคลากรทางการแพทย์ได้รับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อประเภทต่างๆ เช่น หนังสือ ตำรา นิตยสาร วารสาร บทความวิชาการ อินเทอร์เน็ต ตัวบุคคล รวมทั้งได้รับการอบรมหรือฟังประชุมวิชาการด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ความรู้ จิตลักษณะและพฤติกรรมผู้รับสาร ผู้วิจัยวัดการได้รับข่าวสารทางสุขภาพ โดยปรับปรุงแบบวัดการรับข่าวสารสุขภาพของดวงกมล พรหมลักขโณ (2549: 43) เป็นมาตรวัดประเมินรวมค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย” จำนวน 10 ข้อ มีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ ช่วงของคะแนนอยู่ระหว่าง 10 - 60 คะแนน โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงว่าได้รับข่าวสารทางสุขภาพมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมต่ำ

การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ หมายถึง การที่บุคลากรทางการแพทย์ได้รับสิ่งมาช่วยเสริมหรือเป็นแรงกระตุ้นให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพหรือการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องซึ่งอาจจะเป็นสิ่งจูงใจที่เป็นลบหรือบวกก็ย่อมได้ เช่น คำชมเชย การยอมรับ ความมั่นคงปลอดภัย การให้รางวัลที่เป็นสิ่งของหรือเงิน การตีเตือน การข่มขู่ ลงโทษ เป็นต้น จากบุคคลรอบข้าง ผู้วิจัยวัดการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ โดยสร้างแบบวัดขึ้นใหม่ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย” จำนวน 10 ข้อ มีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ ช่วงของคะแนนอยู่ระหว่าง 10 - 60 คะแนน โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงว่าได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนรวมต่ำ

ความเชื่ออำนาจภายในตน หมายถึง การที่บุคลากรทางการแพทย์รับรู้ว่ามีผลดีหรือผลเสียต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นมีสาเหตุที่สำคัญจากการกระทำของตนเอง โดยตนเองสามารถเพียรพยายามให้เกิดผลดีมากขึ้น หลีกเลี่ยงหรือป้องกันผลเสียที่จะเกิดขึ้นกับตนเองให้ลดลงได้ ผู้วิจัยวัดความเชื่ออำนาจภายในตนโดยปรับปรุงจากแบบวัดของทัศนาก ทองภักดี (2528: 113-117) เป็นมาตรวัดประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย” จำนวน 12 ข้อ มีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ ช่วงของคะแนนอยู่ระหว่าง 12 - 72 คะแนน โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีความเชื่ออำนาจในตนสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนรวมต่ำ

ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน หมายถึง ปริมาณความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะคาดการณ์และวางแผนเพื่อจะรอรับผลดี หรือป้องกันผลเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ตลอดจนควบคุมตนเองให้รู้จักอดได้รอได้อย่างเหมาะสม และสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมที่ต้องใช้ความเสียสละหรืออดทนเป็นเวลานานพอที่จะนำไปสู่ผลที่ต้องการในอนาคตได้ ผู้วิจัยวัดลักษณะมุ่งอนาคต

ควบคุมตน โดยใช้แบบวัดของอุบล เลี้ยววาริณ (2534: 110) เป็นมาตรวัดประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด ถึง ไม่จริงที่สุด” จำนวน 14 ข้อ มีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ ช่วงของคะแนนอยู่ระหว่าง 14 - 84 คะแนน โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน สูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนรวมต่ำ

เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ หมายถึง การที่บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ ความเข้าใจ เห็นคุณค่า และมองเห็นประโยชน์ของการดูแลสุขภาพว่าเป็นสิ่งที่ดี รู้สึกพอใจและพร้อมที่จะกระทำ พฤติกรรมดูแลตนเองให้เกิดสุขภาพดี ผู้วิจัยวัดเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ โดยปรับปรุงแบบวัดเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ของอุบล เลี้ยววาริณ (2534) เป็นมาตรวัดประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย” จำนวน 20 ข้อ มีทั้งข้อความทางบวกและลบ ช่วงของคะแนนอยู่ระหว่าง 20 - 120 คะแนน โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนรวมต่ำ

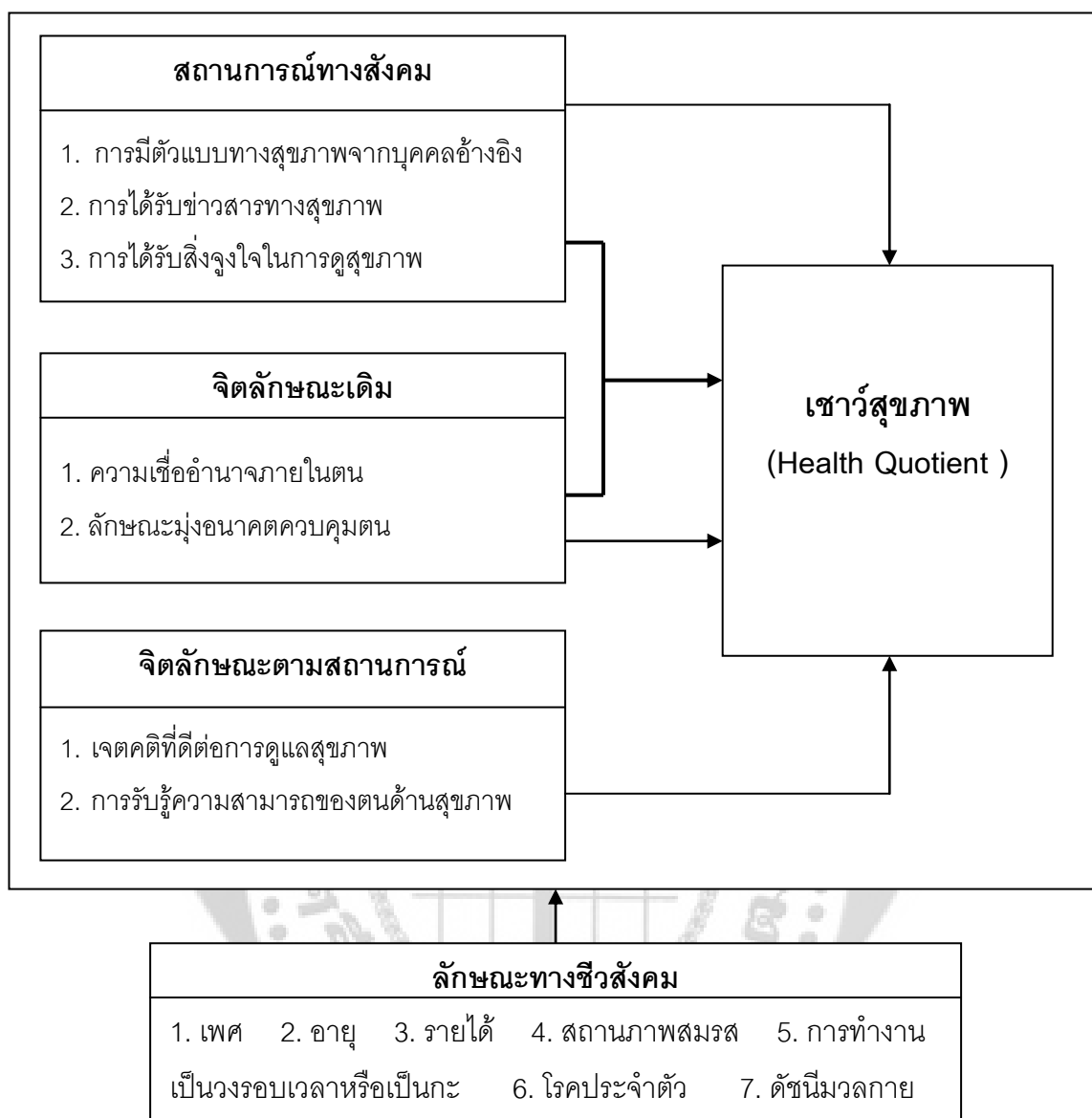
การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ หมายถึง การที่บุคลากรทางการแพทย์มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพให้เกิดสุขภาพดีได้สำเร็จ การวัดการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ ผู้วิจัยวัดการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ โดยปรับปรุงแบบวัดของเบญจมาศ นาควิจิตร (2551) เป็นมาตรวัดประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย” จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด ช่วงของคะแนนอยู่ระหว่าง 10 - 60 คะแนน โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนรวมต่ำ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับเซาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยใช้กระบวนการการวิเคราะห์และพัฒนา พฤติกรรมในรูปแบบปฏิสัมพันธ์นิยม (Interactionism Model) (ดูเจเดียน พันธุมนาวัน. 2547; อ้างอิงจาก Endler; & Magnusson.1977 ; Tett; & Bumett. 2003) มาเป็นกรอบแนวคิดหลักเพื่อกำหนดตัวแปรเชิงเหตุในการอธิบายและทำนายเซาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์มี 4 ด้าน ดังนี้ 1) สาเหตุสถานการณ์ทางสังคม เป็นสาเหตุที่อยู่ภายนอกตัวบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของแบนดูรา (Bandura.1977) เพื่อกำหนดตัวแปรการมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง ใช้ทฤษฎีเกี่ยวกับสิ่งจูงใจ (Incentive theory) เพื่อกำหนดตัวแปรการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสาร ของคอบบ์ (Cobb. 1976) เพื่อกำหนดตัวแปรการได้รับข่าวสารทางสุขภาพ 2) สาเหตุทางจิตลักษณะเดิม

เป็นสาเหตุทางจิตใจภายในตัวบุคคลที่ติดตัวมาแต่ดั้งเดิม ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีต้นไม้อัจฉริยะ ของดวงเดือน พันธุมนาวิน (2543) เพื่อกำหนดตัวแปรความเชื่ออำนาจในตน และลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน 3) สาเหตุทางจิตลักษณะตามสถานการณ์ หรือที่เรียกว่าปฏิสัมพันธ์แบบในตน (Organismic Interaction) ซึ่งเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างจิตลักษณะเดิมของบุคคลกับสถานการณ์ที่บุคคลนั้นกำลังเผชิญอยู่ โดยเฉพาะเจตคติต่อพฤติกรรมต่างๆ ซึ่งทำให้เกิดตัวแปรเจตคติต่อการดูแลสุขภาพ และใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตน (Theory of Self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura.1986) เพื่อกำหนดตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ และ 4) สาเหตุร่วมระหว่างจิตลักษณะกับสถานการณ์ ที่เรียกว่าปฏิสัมพันธ์แบบกลไก (Mechanical Interaction) โดยมีตัวแปรทางจิตลักษณะเดิมกับตัวแปรทางสถานการณ์ที่ส่งผลต่อตัวแปรตามตัวหนึ่ง เช่น การปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ (สถานการณ์) กับลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน (จิตลักษณะเดิม) ที่ส่งผลต่อเขารู้สึกสุขภาพ เป็นต้น จากคำอธิบายข้างต้น แสดงเป็นแผนภาพกรอบแนวคิดในการศึกษาเขารู้สึกสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ดังภาพประกอบ 1





ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ การได้รับสิ่งจูงใจทางสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเชาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์
2. การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ การได้รับสิ่งจูงใจทางสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน เจตคติต่อการดูแล

สุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายเซาว์สุขภาพของ บุคลากรทางการแพทย์ได้ทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน

3. ปัจจัยด้านจิตลักษณะเดิมร่วมกับปัจจัยด้านสถานการณ์ทางสังคม เกี่ยวข้องกับเซาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ดังนี้

3.1 บุคลากรทางการแพทย์ที่มีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงมาก และมีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง จะมีเซาว์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีลักษณะตรงข้าม

3.2 บุคลากรทางการแพทย์ที่มีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงมาก และมีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนสูง จะมีเซาว์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีลักษณะตรงข้าม

3.3 บุคลากรทางการแพทย์ที่มีการได้รับข่าวสารทางสุขภาพมาก และมีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง จะมีเซาว์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีลักษณะตรงข้าม

3.4 บุคลากรทางการแพทย์ที่มีการได้รับข่าวสารทางสุขภาพมาก และมีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนสูง จะมีเซาว์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีลักษณะตรงข้าม

3.5 บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพมาก และความเชื่ออำนาจภายในตนสูง จะมีเซาว์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีลักษณะตรงข้าม

3.6 บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพมาก และมีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนสูง จะมีเซาว์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีลักษณะตรงข้าม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับเชาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลนั้น มีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับเชาว์สุขภาพ (Health Quotient)

เชาว์สุขภาพ เกิดขึ้นจากการนำแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ และแนวคิดการดูแลตนเองที่เป็นผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง มาใช้เพื่อให้บุคคลเป็นหลักในการในการดำเนินชีวิตให้มีสุขภาพแข็งแรงปลอดภัยและมีความสุข รวมทั้งรู้จักภาวะสุขภาพของตนเองเป็นสำคัญ ในส่วนนี้จึงเป็นการประมวลแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและแนวคิดการดูแลตนเองในฐานะที่เป็นแนวคิดพื้นฐานของเชาว์สุขภาพดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

พฤติกรรมสุขภาพที่นำมาใช้ในเชาว์สุขภาพ นั้นมาจากความหมายของสุขภาพที่ว่าสุขภาพ คือ สุขภาวะ (Wellness or Well-Being) หมายถึง ความเป็นดีอยู่ดี หรือภาวะที่เป็นสุขในลักษณะองค์รวมของสังคมด้านต่าง ๆ คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางปัญญา สุขภาวะทางอารมณ์ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ มีพื้นฐานโยงใยมาจากการมีสุขภาพดี (Healthy) แบบดีที่สุด เหมาะสมที่สุด และเป็นที่น่าพอใจที่สุด โดยเป็นความหมายที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้เสนอไว้ (วาสนา คุณาอภิสิทธิ์. 2547: 17-22)

การให้ความหมายสุขภาพต่างกันมาจากการมองสุขภาพหรือจำแนกสุขภาพที่ต่างกัน สุขภาพสามารถจำแนกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่มที่เน้นความมั่นคง (Stability) กลุ่มที่เน้นการบรรลุเป้าหมายสูงสุด (Actualization) และกลุ่มที่เน้นทั้งความมั่นคงและการบรรลุเป้าหมายสูงสุด ทั้งนี้แต่ละกลุ่มจะให้ความสำคัญกับการรับรู้ตามระดับสติปัญญาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งมีอิทธิพลต่อวิถีการดำรงชีวิตเพื่อสุขภาพต่างกัน เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย ตัวตน (Self) และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น นักทฤษฎีทั้งหลายต่างมีความเห็นพ้องต้องกันว่า ควรเน้นความสำคัญของภาวะสุขภาพแบบพลวัต (Dynamic) มากกว่าภาวะสุขภาพแบบคงตัว (Static) และเน้นว่าสุขภาพเป็นสิ่งผสมผสานแบบองค์รวมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นภาวะสุขภาพจึงเป็นส่วนหนึ่งของบุคคลที่ต้องการปรับเปลี่ยนและมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา (ผ่องศรี ศรีมรกต. 2540: 1)

สรุปว่าสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง สภาวะที่ทำให้บุคคลสามารถดำรงชีวิต และทำหน้าที่ของตนเองได้สมบูรณ์ที่สุด โดยมาจากความสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นศัพท์วิชาการทางสาธารณสุขที่มีความหมายโดยทั่วไปว่าเป็นการปฏิบัติตนด้านต่างๆ ของบุคคลเพื่อให้มีสุขภาพพลานามัยสมบูรณ์แข็งแรง สำหรับความหมายของพฤติกรรมสุขภาพนั้น มีการให้ความหมายไว้ตามมติการมองในด้านต่างๆ ดังนี้

วอกเกอร์ และคนอื่นๆ (เดียนใจ เทียนทอง. 2546: 10-11; อ้างอิงจาก Walker; et al. 1990: 268) อธิบายพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง การกระทำทางบวกของชีวิต มีผลโดยตรงต่อการคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ของบุคคล การบรรลุเป้าหมายในชีวิตและสมปรารถนาของบุคคล

ธนวรรณ อิมสมบูรณ์ (2532: 38) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เองหรือบุคคลอื่น รวมถึงการกระทำหรืองดการกระทำใดที่เป็นผลดีต่อสุขภาพในรูปของความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการกระทำ หรือการปฏิบัติที่มีผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ โดยมีระดับการแสดงออกทางพฤติกรรมสุขภาพ 3 ระดับด้วยกัน คือ 1) เป็นการปฏิบัติตามข้อกำหนดกฎเกณฑ์ 2) เป็นการปฏิบัติตามข้อแนะนำหรือแนวทางที่ควรปฏิบัติต่างๆ และ 3) เป็นการปฏิบัติหรือกระทำที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลเอง ในลักษณะของค่านิยมทางสุขภาพ หรือสไตลชีวิตของคน โดยมีจิตสำนึกและจิตวิญญาณเป็นพื้นฐาน

กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2541) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง การกระทำหรือปฏิบัติของบุคคลที่มีต่อสุขภาพซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญ โดยแสดงออกให้เห็นได้ในลักษณะของการกระทำ และการไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541: 18) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าพฤติกรรมนั้นๆ จะสัมฤทธิ์ผล สมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด

ในการศึกษาครั้งนี้พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำของตัวบุคคล ทั้งเรื่องสุขภาพส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคล เพื่อดำรงรักษาสุขภาพของตนให้แข็งแรงปลอดภัย คงไว้ซึ่งภาวะสุขสมบูรณ์

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ

ตามแนวคิดทางพฤติกรรมด้านการศึกษามองปัญหาสุขภาพมาจากกระบวนการเรียนรู้ บลุ่ม ความอหังล บลุ่ม และมาเซีย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และสวิง สุวรรณ. 2534: 45-49; อ้างอิงจาก Bloom; Krathohl Bloom; & Macia) ได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพไว้ 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1. พฤติกรรมสุขภาพด้านพุทธิพิสัยหรือพฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรู้ การจำข้อเท็จจริงต่างๆ รวมถึงการพัฒนาความสามารถ ทักษะทางสติปัญญา ซึ่งเริ่มต้นจากระดับความรู้ง่ายๆ และเพิ่มการใช้ความคิดและพัฒนาสติปัญญาขึ้นเรื่อยๆ ตามลำดับขั้น ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ ความรู้ (Knowledge) ความเข้าใจ (Comprehensions) การประยุกต์หรือนำความรู้ไปใช้ (Application) การวิเคราะห์ (Analysis) การสังเคราะห์ (Synthesis) และการประเมินผล (Evaluation)

2. พฤติกรรมสุขภาพด้านเจตพิสัยหรือด้านเจตคติ (Affective Domain) เป็นความเชื่อ ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ ความไม่ชอบ เจตคติ การให้คุณค่า การรับ การเปลี่ยนหรือการปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ ซึ่งเป็นเรื่องภายในจิตใจของบุคคล กระบวนการเกิดพฤติกรรมด้านเจตพิสัย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การรับหรือการให้ความสนใจ (Receiving) การตอบสนอง (Responding) การสร้างคุณค่าและค่านิยม (Value) การจัดระบบหรือการจัดกลุ่มค่า (Organization) และ การแสดงลักษณะค่านิยมที่ยึดถือเป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายในการปฏิบัติตน โดยมีการพิจารณาถึงเหตุผลด้านความสุข ความปลอดภัย ศีลธรรม จรรยา เป็นต้น

3. พฤติกรรมสุขภาพด้านทักษะพิสัยหรือด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นความสามารถในด้านการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกายหรือความสามารถในการแสดงออกทางกาย ถือเป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่เป็นเป้าหมายของการศึกษา ซึ่งจะต้องอาศัยกระบวนการทางพฤติกรรมในระดับต่างๆ ดังกล่าวมาแล้ว คือ ด้านความรู้และเจตคติ พฤติกรรมนี้เมื่อแสดงออกมาจะประเมินผลได้ง่าย แต่ในการเกิดขึ้นของพฤติกรรมต้องอาศัยระยะเวลา จากการตัดสินใจหลายขั้นตอน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การเลียนแบบ (Imitation) การทำตามแบบ (Manipulation) การมีความถูกต้อง (Precision) การกระทำอย่างต่อเนื่อง (Articulation) และการกระทำโดยธรรมชาติ (Naturalization)

แกลันท์ และคนอื่นๆ (สุปรียา ตันสกุล. 2549: 2; อ้างอิงจาก Glanz K; Lewis FM; & Rimer BK.1997) ได้แบ่งองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ส่วน เช่นเดียวกับบลุ่ม ความอหังล บลุ่ม และมาเซีย คือ ส่วนที่ 1 เป็นคุณลักษณะของบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ การรับรู้ค่านิยม เป็นต้น ส่วนที่ 2 เป็นคุณลักษณะของอารมณ์ ความรู้สึก และบุคลิกลักษณะ ส่วนที่ 3 เป็นพฤติกรรมภายนอกที่เป็นการกระทำและนิสัย ทั้ง 3 ส่วนนี้สัมพันธ์กับการกระทำให้ตนมีสุขภาพดี

สรุปได้ว่าองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพที่สมบูรณ์นั้น ต้องมีความสัมพันธ์กันขององค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน คือ 1) ส่วนของความรู้พื้นฐานที่ทำให้เกิดลักษณะของบุคคล 2) ส่วนของด้านเจตคติหรือลักษณะของอารมณ์ความรู้สึก และ 3) ส่วนของด้านทักษะพิสัยหรือความพร้อมจะกระทำ

ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพจำแนกออกเป็น 3 รูปแบบ ตามกระบวนการพัฒนาสุขภาพ (ธนวรรธน์ อิมสมบุญ. 2532: 14) คือ

1. พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล เป็นพฤติกรรมที่สามารถปลูกฝังหรือสามารถเปลี่ยนแปลงได้ กระบวนการการเรียนรู้ที่ใช้สำหรับพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ จะเน้นเกี่ยวข้องกับการรับรู้ ความเชื่อ และประสบการณ์ของบุคคลเป็นสำคัญ

2. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค กระบวนการเรียนรู้ทำให้เกิดผลการป้องกันและควบคุมโรคของบุคคลต้องเน้นการตระหนักและแรงจูงใจเป็นสำคัญ

3. พฤติกรรมส่งเสริมและการดูแลตนเอง การเรียนรู้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมลักษณะต้องเป็นการสร้างค่านิยมและวิถีการดำเนินชีวิตให้ฝังลึกลงไปในกลุ่มเป้าหมายของแต่ละเรื่องรวมทั้งการสร้างจิตสำนึกของการดูแลดำรงชีวิตตามหลักสุขภาพด้วย

สอดคล้องกับประภาเพ็ญ สุวรรณ (2534: 75) ที่แบ่งประเภทพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิด คือ พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) และ พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick-Role Behavior) นำไปสู่การจำแนกพฤติกรรมสุขภาพเป็น 4 รูปแบบตามรูปแบบในการดำเนินงานสาธารณสุข (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์; และเฉลิมพล ต้นสกุล. 2549: 10-11) คือ

1. พฤติกรรมเจ็บป่วยหรือพฤติกรรมการรักษาโรค เป็นการแสดงออกเมื่อเจ็บป่วยหรือเกิดความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ หรือสังคม ประชาชนหรือบุคคลต่างๆ จะมีพฤติกรรมในการรักษาโรคต่างกันซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ คือ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ และการรักษาโรค การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ค่านิยมความเชื่อดั้งเดิมขนบธรรมเนียมประเพณี และสถานบริการสาธารณสุขในชุมชน

2. พฤติกรรมป้องกันโรค เป็นการกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลเพื่อการป้องกันการเจ็บป่วย ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความเชื่อ ค่านิยม การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจของบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมการไม่รับประทานอาหารดิบหรือสุกๆ ดิบๆ การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร และการขับถ่าย เป็นต้น

3. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลเพื่อการดูแลรักษาและสร้างเสริมสุขภาพ ให้มีความสมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารตรงตามเวลา และครบ 5 หมู่ เป็นต้น

4. พฤติกรรมมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุข เป็นการกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสาธารณสุข เพื่อการมีสุขภาพที่ดี อาทิ การร่วมรณรงค์ในการกวาดล้างโรคโปลิโอ การร่วมกิจกรรมการกำจัดลูกน้ำยุงลาย การพาสุนัขไปรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เป็นต้น

พฤติกรรมสุขภาพที่นำมาประยุกต์ใช้กับชาวสุขภาพ เป็นพฤติกรรมด้านทักษะพิสัย ซึ่งหมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ หรือการแสดงออกของบุคคลที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ และการงดเว้นไม่กระทำหรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ในลักษณะและรูปแบบของการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพแข็งแรง ปลอดภัย ชะลอการเจ็บป่วยหรือ พุฒสภาพที่จะเกิดขึ้นกับตน โดยเน้นทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมรอบข้างที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคล

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Self-care Concepts)

การดูแลตนเอง เป็นเรื่องธรรมชาติที่มนุษย์ได้ปฏิบัติกันมาช้านาน และเป็นพฤติกรรมพื้นฐานดั้งเดิม (Primitive) ของบุคคลที่พยายามหาวิธีดูแลตนเองให้พ้นจากความเจ็บป่วย โดยที่รูปแบบการดูแลตนเองนั้นมีความแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม ความเชื่อ และทรัพยากรที่มีอยู่ของแต่ละสังคม ในประเทศไทยแนวคิดการดูแลตนเอง เป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาสาธารณสุขตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 – 2529) และพัฒนาต่อๆ มาจนถึงปัจจุบัน โดยกระทรวงสาธารณสุขถือว่าเป็นระดับการบริการขั้นปฐมภูมิ จากแนวคิดที่ว่าเมื่อทุกคนมีความสามารถดูแลตนเองเมื่อนั้นคำว่า “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ก็จะเกิดขึ้น การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลถือเป็นหลักปฏิบัติ รวมทั้งตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและครอบครัว (หัสยา เกตุจิตร. 2542: 33) ได้มีการสรุปแนวคิดในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เน้นความแตกต่างระหว่างการดูแลสุขภาพตนเองกับการดูแลสุขภาพด้วยวิชาชีพ กลุ่มแนวคิดทางด้านสาธารณสุขที่มองการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ที่ระดับการบริการขั้นต้น เป็นฐานล่างสุดของระบบบริการสุขภาพ และกลุ่มที่สาม ที่มองจากมุมด้านพฤติกรรมและสังคมศาสตร์ ที่เห็นว่าการดูแลสุขภาพตนเองเป็นลักษณะสำคัญของระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ เป็นพฤติกรรมและการตัดสินใจของปัจเจก ที่เกิดในบริบทของเครือข่ายทางสังคม และระบบบริการอื่นๆ (ทวีทอง หงส์วิวัฒน์. 2533:15-16)

ความหมายของการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง ประกอบด้วยคำว่า “ดูแล” กับ “ตนเอง” ตามพจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมาย ดูแล คือ เอาใจใส่ ปกปักรักษา ปกครอง ตน คือ ตัว (ตัวคน) เมื่อรวมคำว่า

ดูแลตนเอง จึงหมายถึง เอาใจใส่ ในตัวคนนั่นเอง หรือปกป้อง ปกครองตนเอง การดูแลตนเองถูกอธิบาย ในลักษณะของมโนทัศน์ กรอบแนวคิด รูปแบบ ทฤษฎีกระบวนการ การเคลื่อนไหว หรือปรากฏการณ์ (อรสา พันธภักดี. 2542: 29; อ้างอิงจาก Gantz.1990) มีผู้นิยามการดูแลสุขภาพของตนเองไว้ ดังนี้

เลวิน (Levin. 1976: 206) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า การดูแลตนเองเป็น กระบวนการที่บุคคลทั่วไปกระทำหน้าที่ของตนเองให้เกิดประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การ ป้องกันโรค และตลอดจนการสืบค้นหาโรคและการรักษาขั้นต้นด้วยตนเอง

สไตเกอร์ และลิปสัน (Steiger; & Lipson. 1985: 12) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นกิจกรรมที่ริเริ่มกระทำโดย บุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้บรรลุ หรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพให้ดีที่สุด

เพนเดอร์ (Pender. 1987: 150) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติที่บุคคล ริเริ่มและกระทำในวิถีทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตน ไว้ การดูแลตนเองจะต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอนตลอดจนความต่อเนื่องกัน และเมื่อใดที่ได้ ปฏิบัติอย่างถูกต้องครบถ้วน จะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

องค์การอนามัยโลก (กระทรวงสาธารณสุข. 2534: 210; อ้างอิงจาก WHO) กล่าวว่า การดูแล ตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน โดยรวมถึงความคิด การตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุม ทั้งการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค (รวมทั้งการใช้ยา) และการปฏิบัติตน หลังรับบริการ

โอเร็ม (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536: 22-23; อ้างอิงจาก Orem. 1991: 177) ให้ความหมายของ การดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตัวเองเป็นการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate Action) และ เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนิน ไปถึงขีดสูงสุด กิจกรรมการดูแลตนเองรวมทั้งการมุ่งจัดการหรือแก้ไขปัญหาซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัย ภายนอก ซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ และการปรับความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติหรือการทำกิจกรรมของบุคคล เพื่อให้ เกิดความปลอดภัยในการดำรงชีวิต มีสุขภาพแข็งแรง และสามารถจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพต่างๆ ได้ดีและเหมาะสม

รูปแบบของการดูแลตนเอง

ตามความหมายของการดูแลตนเองสามารถจำแนกได้เป็น 2 แบบแผน คือ การดูแลตนเองใน แบบที่เป็นการกระทำพฤติกรรมหรือกระบวนการ และการดูแลตนเองในแบบที่เป็นเป้าหมาย

1. การดูแลตนเองในแบบที่เป็นการกระทำพฤติกรรมหรือกระบวนการ

ในสาขาวิชาชีพแพทย์ ให้ความหมายในรูปแบบที่เป็นการกระทำ เลวิน (Levin. 1976: 206) ให้ความหมายการดูแลตนเองว่า หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การสืบค้นหาโรคและการรักษาในระดับปฐมภูมิของระบบบริการสุขภาพ ส่วน เลวิน แคทซ์ และโฮลส์ (Levin; Katz; & Holst. 1979) ได้ขยายความหมายของการดูแลตนเองเพิ่มเติมว่า เป็นกระบวนการตัดสินใจ เกี่ยวข้องกับการสังเกตตนเอง การรับรู้อาการและวินิจฉัย การตัดสินใจความรุนแรงและการเลือก รวมทั้งการประเมินทางเลือกในการรักษา

ในสายทางการพยาบาล โอเร็ม (Orem. 1991) สนใจเรื่องการดูแลตนเองที่มองการดูแลตนเองเป็นกระบวนการการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย ประกอบด้วย 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ และโอเร็มได้จำแนกพฤติกรรมการดูแลตนเองออกเป็น 3 สถานะ สถานะแรก คือ ความต้องการการดูแลตนเองทั่วไปในภาวะปกติ (Universal Self - Care Requisite) ประกอบด้วย 1.การคงไว้ซึ่งอากาศที่เพียงพอ 2.การคงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ 3.การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ 4.การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน 5.การคงไว้ซึ่งการรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และ 6.การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่ และความเป็นอยู่ที่ดี สถานะที่ 2 ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental Self - Care Requisite) ประกอบด้วย 1.ความต้องการตามระดับพัฒนาการในวัย 2.ความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต สถานะที่ 3 ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self - Care Requisite) ประกอบด้วย 1.การแสวงหาบริการสุขภาพ 2.การรับรู้ ความสนใจต่อโรค และผลกระทบของโรคต่อตนเอง 3.การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา พันฟู และป้องกันโรค 4.การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค 5.การปรับภาพลักษณ์และจิตมโนทัศน์ 6.การยอมรับภาวะสุขภาพ และการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น โดยมีการกำหนดเป้าหมายของการกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเองว่า 1) เพื่อเป็นการประดับประดากระบวนการชีวิตและสนับสนุนการดำเนินชีวิตปกติสุข 2) เพื่อคงไว้ซึ่งการเจริญเติบโตพัฒนาการและวุฒิภาวะที่เหมาะสม 3) เพื่อป้องกัน ควบคุม บำบัดรักษา โรคภัยไข้เจ็บ และการได้รับอันตรายต่างๆ 4) เพื่อป้องกันหรือปรับตัวให้สอดคล้องกับความบกพร่องของสมรรถนะ และ 5) เพื่อส่งเสริมความผาสุก นักจิตวิทยาสนใจการดูแลตนเองในลักษณะที่การดูแลตนเองเป็นปรากฏการณ์หนึ่งที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดอัตมโนทัศน์ ความเชื่อด้านสุขภาพ บารอฟสกี (Orsa พันธักดี. 2542: 32; อ้างอิงจาก Barofsky. 1978) ให้ความหมายการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจของบุคคลอย่างมีเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยแบ่งการดูแลตนเองเป็น 3 แบบ 1) การดูแลตนเองในการบรรเทาความเจ็บป่วย 2) การดูแล

ตนเองในการรักษาหรือเผชิญกับอาการ และ 3) การดูแลตนเองในการป้องกันอันตรายที่จะมีผลต่อสวัสดิภาพ กระบวนการทำหน้าที่ของร่างกาย การดูแลตนเองจึงมีเป้าหมายเพื่อปรับ ควบคุมให้กระบวนการทำงานทางร่างกายเป็นปกติ

ในสาขาสังคมศาสตร์ สนใจการดูแลตนเองในความสัมพันธ์ทั้ง 3 ระบบ คือ ระบบบุคคล ระบบกลุ่มย่อย และระบบชุมชน และมุ่งเน้นที่ สังคม กฎหมาย นโยบาย และองค์กรที่สนับสนุนและส่งเสริมการดูแลตนเอง ดีฟรายส์ (ออร์สา พันธักดี. 2542: 33; อ้างอิงจาก Defries; citing Gantz. 1990) ให้ทัศนะว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของแผนการรักษา ชุมชน และการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนดิน (ออร์สา พันธักดี. 2542: 33; อ้างอิงจาก Dean. 1989) เน้นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ คือ การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งมีรูปแบบของการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม และทัศนคติต่อพฤติกรรม การให้คุณค่า ความเชื่อที่เรียนรู้ในสังคมวัฒนธรรม มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้นบุคคลจะยอมรับหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ จึงขึ้นอยู่กับสังคมวัฒนธรรมมากกว่าการตัดสินใจเฉพาะบุคคล ซึ่งต่างจาก คิคบูช (ออร์สา พันธักดี. 2542: 33; อ้างอิงจาก Kickbusch. 1989) เห็นว่า การดูแลตนเองเกี่ยวข้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่บุคคลยอมรับที่จะจัดการตนเอง ในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการกำกับประเมินตนเอง มีการตัดสินใจ การใช้ยาด้วยตนเอง และการรักษาตนเอง

2. การดูแลตนเองในทัศนะที่เป็นผลลัพธ์ คือ การดูแลตนเองมีผลต่อสุขภาพ

สมิท (Smith. 1981) ชี้ให้เห็นว่า การดูแลตนเองเกี่ยวข้องกับสุขภาพ 4 รูปแบบ โดยเสนอ “Smith's Model of Health” ได้แก่

1) รูปแบบทางคลินิก (Clinical Model) รูปแบบนี้ให้ความหมายสุขภาพเป็นการปราศจากอาการ อาการแสดงของพยาธิสภาพ หรือการที่บุคคลปราศจากความพิการ เป็นการรักษาสมดุลทางด้านสรีรวิทยาซึ่งบุคคลจะรอให้เกิดอาการและอาการแสดงแล้วจึงมุ่งรักษาโรค ผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง มีต่ออัตราการตาย อัตราความเจ็บป่วยพิการ การใช้สถานที่บริการสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการรักษา

2) รูปแบบทางด้านการปฏิบัติตัวตามบทบาท (Role Performance Model) เป็นรูปแบบที่ให้ความหมายสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติหน้าที่ตามที่สังคมคาดหวังได้ครบถ้วน การดูแลตนเองมีผลต่อสุขภาพในด้านการทำบทบาท ความสามารถในการทำหน้าที่ ทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างมีอิสระ หรืออย่างพึงพา

3) รูปแบบด้านการปรับตัว (Adaptation Model) รูปแบบนี้เชื่อว่าบุคคลมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมอย่างจริงจังและตลอดเวลาเพื่อรักษาดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อม เป็นความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่ทำนาย รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางสังคม และสิ่งที่คุกคามทางกายภาพ สุขภาพที่ดี

จะเป็นความยืดหยุ่นในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุลเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับชีวิต ผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง คือการเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการความเครียดที่เกี่ยวข้องกับอาการและความสามารถในการจัดกระทำ

4) รูปแบบด้านความผาสุก (Eudemonistic Model) หมายถึง ความผาสุก (Well - Being) ความสุข (Happiness) รูปแบบนี้เชื่อว่าการที่บุคคลสามารถกระทำตามบทบาทที่ได้รับมอบหมาย และมีศักยภาพทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ สุขภาพเป็นภาวะที่มีความผาสุกที่ไม่หยุดนิ่ง และเป็นความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชนได้ บุคคลที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรงสามารถจะทำงานได้ตามหน้าที่รับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง คือ ความผาสุก ความกลมกลืนและความพอดี

การดูแลตนเองที่นำมาประยุกต์ใช้กับเชาว์สุขภาพ หมายถึง การดูแลตนเองในทัศนะที่เป็นผลลัพธ์ การดูแลตนเอง คือ การปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี ไม่ได้หมายถึงคุณลักษณะหรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อผู้ที่มีสุขภาพดี แต่มุ่งถึงการกระทำและการแสดงออกของบุคคล ที่ได้เลือกปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมออกมาได้เหมาะสมกับตนเองในพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ โดยอาศัยการเรียนรู้ด้วยตนเองและการสนับสนุนจากสังคมวัฒนธรรมที่เป็นสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นทั้งในวิชาชีพและนอกวิชาชีพทางด้านสุขภาพมาใช้ เพื่อนำไปสู่สุขภาพที่สุขสมบูรณ์มีคุณภาพชีวิตที่ดี

แนวคิดเกี่ยวกับเชาว์สุขภาพ

เชาว์สุขภาพให้ความสำคัญกับการกระทำของปัจเจกบุคคลเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริมป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพเพื่อให้ผลดีต่อสุขภาพส่วนบุคคลให้แข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากความเจ็บป่วย และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขจากตามหลักการของพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับเชาว์สุขภาพได้มองรวมไปถึงความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตทั้งด้านความปลอดภัยส่วนบุคคล สังคม จนถึงสิ่งแวดล้อมที่จะมากระทบต่อสุขภาพของบุคคล จากแนวคิดการดูแลตนเอง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียืนยาว

ความหมายเชาว์สุขภาพ

เชาว์สุขภาพ (Health Quotient) ในภาษาอังกฤษ “Quotient” หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำเอาตัวเลขสองตัวมาหารกัน หรืออาจเรียกว่าผลหารในภาษาไทย เพื่อความกระชับ ความเข้าใจ การแปลความหมาย และรวมไปถึงการใช้งานโดยไม่คลาดเคลื่อนไปจากความหมายเดิม ในความหมายนี้จึงแปลว่า “ค่า” หรือ “ระดับ” (เอกชัย แสงอินทร์. 2546) เชาว์สุขภาพเป็นการสะท้อนถึง ความมีสติด้านสุขภาพ (Health Consciousness) ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Knowledge) และระดับสุขภาพของบุคคลและชุมชนนั้นๆ และระดับของเชาว์สุขภาพยังสะท้อนถึงความสามารถในการ

เลือกปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ (Enchang. 2001: Online) ทางแพทย์หรือสถานบริการเกี่ยวกับสุขภาพต่างๆ ได้นำมาใช้เพื่อประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของบุคคลและใช้เป็นหลักการข้อหนึ่งของผู้บริหารงานที่ต้องคำนึงถึง ซึ่งมีการให้ความหมายต่างๆ ดังนี้

ชาญวิทย์ โคธีรานุรักษ์ (2547) ได้นำเสนอบทความเรื่อง “อยู่ไรให้มีสุข อายุยืนยาวถึง 100 ปี” ได้กล่าวถึง ความฉลาดทางสุขภาพ (HQ) ว่าเป็น การเรียนรู้ถึงวิถีทางการดำเนินชีวิตเพื่อการมีสุขภาพแข็งแรง ร่างกายต้องการการเคลื่อนไหวออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อาหารการกินในปริมาณพอเหมาะและเลือกชนิดอาหารที่มีคุณประโยชน์เป็นธรรมชาติมากที่สุด ปรุงแต่งแต่น้อย รู้จักจัดการความเครียดได้ดีท่ามกลางสังคมที่กำลังเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจสังคมที่ซับซ้อนและยุ่งเหยิงมากขึ้น ถ้าสามารถปรับพฤติกรรมได้ดังนี้ รวมทั้งไม่นำเอาสารที่ก่อปัญหาต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่ แอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง เข้าสู่ร่างกาย ก็จะทำให้มีสุขภาพที่ดี อายุยืนอย่างมีคุณภาพโดยไม่ต้องพึ่งยารักษา

ภัทรารุณ อินทรกำแหง และอังศินันท์ อินทรกำแหง (2550) ได้กล่าวถึงเชาว์สุขภาพ (Health Quotient) ในการอบรมเชิงปฏิบัติการ 6Qs หนทางสู่ความสุขความสำเร็จ ว่าเป็นเชาว์ทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะ ผู้ที่มีสุขภาพกายที่แข็งแรงก็ย่อมทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีได้ ซึ่งสามารถที่จะทำให้ชีวิตประสบกับความสำเร็จ

สิริธร พึ่งเทิดธรรม และอิทธิยา จุลบาท (2542) ได้เขียนหนังสือเรื่อง เชาว์สุขภาพ (Health Quotient) โดยนำหลักการวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในด้านวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Examination) มาใช้ประเมินสภาวะสุขภาพ โดยเน้นให้ได้ความรู้เกี่ยวกับระดับความสมบูรณ์ของสุขภาพพลานามัย รวมถึงวิธีการตรวจวัดข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้เข้าใจผลตรวจร่างกายเบื้องต้นจากผลวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเช่น ตรวจการทำงานของตับ ตรวจไขมันในเลือด และนำข้อมูลที่ได้มาประเมินภาวะสุขภาพตนเองได้

ทชิ วาฮ์ จุน (Tze, Wah Jun. 2000: Online) ได้กล่าวถึงเชาว์สุขภาพ ในหนังสือ Health Quotient ว่าเป็นการจัดการกับความรู้ทั้งการเรียนรู้โดยตรงหรือโดยอ้อมที่เกี่ยวกับด้านสุขภาพตามที่บุคคลเข้าใจร่วมกับลักษณะนิสัยและคุณลักษณะทางจิตใจและอารมณ์ของบุคคลนั้น และตัดสินใจกระทำพฤติกรรมทางสุขภาพออกมาให้เห็น ถ้ากระทำถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์และจากคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพถือว่าบุคคลนั้นมีเชาว์สุขภาพมาก และถือเป็นความรับผิดชอบของบุคคลต่อการพัฒนาระดับสุขภาพและการดูแลตัวเองให้ดีขึ้น

อาภรณ์ ภูวิทย์พันธุ์ (2548: Online) ได้เขียนหนังสือทำงานอย่างไรให้ HAPPY และนำเสนอบทความ “เทคนิคการบริหารงานด้วยหลัก 4Q” กล่าวถึง ความฉลาดในด้านสุขภาพ (Health Quotient) คือ ความสามารถทางการจัดการและการบริหารสุขภาพ เป็นการสอบถามในเรื่องการใส่ใจสุขภาพของ

ตนเอง เช่น คุณใส่ใจสุขภาพของตัวเองมากน้อยแค่ไหน เคยคิดไหมว่าหากคุณทำงานหนักโดยไม่ใส่ใจต่อสุขภาพหรือการพักผ่อนใด ๆ มันจะเกิดอะไรขึ้นกับตัวเอง

นิภา แก้วศรีงาม (2547: 78-79) ได้นำเสนอบทความเรื่อง “6Q: ส่วนประกอบของคนสมบูรณ์แบบ” กล่าวว่าผู้ที่มีศักยภาพ หรือบุคคลสมบูรณ์แบบ มีความเป็นอเนกประสงค์อยู่ในตนเอง จะประกอบด้วยส่วนที่สมดุลกันของ 6Q คือระดับสติปัญญา (IQ) ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ระดับความเพียร วิทยะอุตสาหะ (AQ) ระดับแห่งศีลธรรม (MQ) ระดับของจิตวิญญาณ (SQ) และระดับของความเป็นคนที่มีสุขภาพดี (HQ) อันเนื่องมาจากการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีการออกกำลังกาย อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่มีมลภาวะ มีการป้องกันอุบัติเหตุ อันตรายจากโรคภัยไข้เจ็บ ผู้ที่มี HQ ที่ดี นอกจากจะประเมินจากความสมบูรณ์ และสมดุลของร่างกายที่มีสัดส่วนของส่วนสูง น้ำหนัก เจริญเติบโตไปตามเพศและวัย ระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ปกติแล้ว จะประเมินได้จากจิตสำนึก การป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ อุบัติเหตุ และรู้วิธีการแก้ไขบำบัดเมื่อเกิดปัญหาทางสุขภาพ คนที่มี HQ ต่ำ นอกจากจะปรากฏชัดด้วยสรีระและโรคภัยของตนแล้ว ยังประเมินจากนิสัยที่บริโภคสิ่งทำลายสุขภาพ มีกิจวัตรที่บั่นทอนร่างกาย รวมทั้งจิตสำนึกของความปลอดภัยในสุขภาพและชีวิต

วัชรพงษ์ พนิธธารง (2548: 20) ได้เสนอบทความเรื่อง “ผู้บริหารแบบ 5 Q'S” กล่าวว่าผู้บริหารที่จะประสบความสำเร็จในการทำงานได้เป็นอย่างดี จะต้องประกอบด้วย 5Q'S ซึ่งเชาว์สุขภาพ (Health Quotient: HQ) เป็นส่วนประกอบตัวหนึ่ง โดยผู้บริหารสมัยใหม่ต้องรู้จักบริหารเวลาและบริหารสุขภาพ กล่าวคือ ต้องพักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารและออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ตลอดจนถึงการปล่อยวางต่อความเครียดในบางสถานการณ์

จากความหมายที่มีผู้ให้นิยามไว้ส่วนใหญ่มองเชาว์สุขภาพในด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ความสามารถทางการจัดการและการบริหารสุขภาพหรือวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ความหมายดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการให้นิยามเชาว์สุขภาพของการศึกษาค้นคว้า หมายถึง พฤติกรรมการดำรงชีวิตอย่างปลอดภัย ปราศจากความเสี่ยงด้านสุขภาพเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมที่เข้มแข็ง และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีมีความปลอดภัยทางสุขภาพ ประกอบด้วย การแสดงออกทางพฤติกรรม 9 ด้าน คือ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การรับประทานอาหารถูกหลักโภชนาการ การป้องกันตนจากสิ่งเสพติด การมีสุขอนามัยส่วนบุคคล การจัดการความเครียด การจัดการอารมณ์ความรู้สึกที่เป็นสุข ความปลอดภัยของร่างกาย การป้องกันโรค และการมีอนามัยสิ่งแวดล้อม

แบบวัดและพัฒนาการของการวัดเชาว์สุขภาพ

พัฒนาการของแบบวัดเชาว์สุขภาพนำหลักการการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ ที่เป็นกระบวนการการประมาณระดับความเสี่ยงและการตัดสินใจว่าความเสี่ยงนั้นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้หรือไม่

กระบวนการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพนั้นมุ่งหวังที่จะเข้าไปจัดการความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในภาพรวม บ่งบอกลักษณะความเสี่ยง เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ดำเนินการจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบในด้านอาชีวอนามัย โดยแบบวัดเชาว์สุขภาพปรับมาใช้เพื่อทำนายสุขภาพเฉพาะบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือมีปัญหาสุขภาพด้านใดตามมาในอนาคต

แบบวัดเชาว์สุขภาพในต่างประเทศ

แบบวัดเชาว์สุขภาพส่วนใหญ่สร้างขึ้นเพื่อให้บุคคล รู้จักสุขภาพตนเองและหาแนวทางในการจัดการทางสุขภาพตนเองได้ ผู้ศึกษาเชาว์สุขภาพในต่างประเทศพัฒนาแบบวัดเชาว์สุขภาพ เพื่อการประเมินสุขภาพตนเองในรูปแบบออนไลน์และนำมาใช้ในงานวิจัยอย่างแพร่หลาย ดังเช่น

บริษัท เว็บ เอ็มดี (WebMD. 2004: Online) แบล็ด บอว์แมน (Brad Bowman) ได้ริเริ่มสร้างเครื่องมือ Health Quotient ครั้งแรกในปี ค.ศ.1993 โดยสร้างแบบสอบถามเพื่อประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ (Health Risk Assessment Tool (HRAs) และต้องการให้บุคคลทั่วไปเข้าถึงหลักการทางวิทยาศาสตร์กับภาวะสุขภาพ จึงสร้าง Health Quotient บนเว็บไซต์ WebMD เป็นเครื่องมือเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพโดยใช้สถิติวิเคราะห์คล้ายกับ IQ Scale เรียกว่า HealthQuotient™ สามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพได้ถึง 21 อย่าง จากข้อคำถาม 3 หัวข้อใหญ่ คือ 1) ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว (Family Health History) 2) ภาวะสุขภาพปัจจุบัน (Personal Health Status) และ 3) ลักษณะนิสัยและวิถีชีวิต (Lifestyle Choices and Habits) มีทั้งหมด 20 ข้อคำถาม เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ ต่อมา อเวอรี (Bellye Y. Avery. 2005: Online) ได้เห็นถึงประโยชน์ของ WebMD ที่สร้าง HQ จึงพัฒนาเว็บไซต์ The Black Women's Health Imperative เพื่อมาเป็นเครื่องมือในการดูแลตนเอง โดยเก็บข้อมูลครอบครัว ลักษณะสุขภาพ ลักษณะจิตใจ และจิตวิญญาณ ข้อคำถามในการประเมินระดับเชาว์สุขภาพจะใช้ ภาวะสุขภาพปัจจุบัน ประวัติการรักษาที่ผ่านมา ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว และวิถีการดำเนินชีวิต

บริษัท ฟิลิป เวน (2550: Online) เอ็ดวิน ฟิลลิป และแบรี เวน ร่วมกันเปิดศูนย์บริการความงามและสถาน ออกกำลังกายครบวงจร ใช้ชื่อ ฟิลิป เวน (Phillip Wain) และในนามของบริษัทได้นำการตรวจวัด Health Quotient (HQ) ซึ่งเป็นโปรแกรมทดสอบสุขภาพ คล้ายกับโปรแกรมตรวจวัดความฉลาด (IQ) หรือความมั่นคงทางอารมณ์ (EQ) เป็นการตรวจวัดสุขภาพที่มีดัชนีวัดหลายปัจจัย อาทิเช่น ความถี่ในการออกกำลังกาย, ความรู้ด้านสุขภาพ, วิธีการลดน้ำหนัก, วิธีการใช้ชีวิต, สภาวะทางอารมณ์, ระดับความมั่นใจ และสุขภาพโดยทั่วไป ฟิลิป เวน ให้ความสำคัญกับ HQ เป็นอย่างมาก จึงได้ทำการพัฒนาและรวบรวมบริการที่มี HQ อยู่ในระดับสูง เพื่อวัตถุประสงค์ให้ลูกค้าของบริษัทจะไม่เพียงดูดีแต่ภายนอกเท่านั้น แต่ยังมีความแข็งแรง เปล่งประกายความงามจากภายใน

บริษัท เวลล์เมด (WellMed.1999: Online) ในช่วงปี ค.ศ.1998 ได้รวบรวมข้อมูลระบบการจัดการสุขภาพส่วนบุคคล เพื่อประเมินสุขภาพผ่านระบบ Online เรียกว่า Health Quotient™ (HQ) โดยข้อคำถามจะครอบคลุมถึง ประวัติครอบครัว ภาวะสุขภาพและวิถีชีวิต ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยเฉพาะการประเมินการสูบบุหรี่

สมาคมแพทย์อินเดีย (Indian Medical Association, Mumbai: 2007) มีการพัฒนาเครื่องมือ The Health Quotient (HQ) เพื่อหามาตรฐานภาวะสุขภาพ มีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคล 25 ข้อให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก การให้คะแนนถูกจัดไว้ 4 ระดับ คือ ระดับดี ได้คะแนน 80-100 คะแนน ระดับมีความใส่ใจ ได้คะแนน 60-80 คะแนน ระดับเสี่ยง ได้คะแนน 40-60 คะแนน และระดับที่ต้องจัดการกับสุขภาพ ได้คะแนนต่ำกว่า 40 คะแนน

อีเดน เอนเตอร์ไพรส์ (Eden Enterprises. 2005) เป็นหน่วยงานที่ให้บริการแนะนำเรื่องวิถีชีวิต (Lifestyle Coaching) ได้นำข้อดีและข้อเสียของวิถีชีวิตในปัจจุบันมาสร้างเป็นข้อคำถามทั้งหมด 7 องค์ประกอบ เพื่อค้นหาระดับความฉลาดทางสุขภาพ (Health Intelligence) ได้แก่ 1) ความแข็งแรงของร่างกาย 2) โภชนาการและการขยับถ่าย 3) องค์ประกอบของบ้าน (Home Organization) 4) จิตใจและอารมณ์ 5) ประวัติการรักษาตัว 6) สิ่งแวดล้อม และ 7) จิตวิญญาณ โดยมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินรวมค่า 0 ถึง 5

ทซี วาห์ จูน (Tze, Wah Jun. 2001: Online) ศาสตราจารย์ด้านกุมารแพทย์ ของมหาวิทยาลัย British Columbia ได้เขียนหนังสือ Health Quotient ได้เสนอเครื่องมือวัดที่ง่ายแก่การเข้าใจ และสามารถวัดด้านจิตใจและร่างกาย ด้านจิตวิทยาการจัดการความเครียด การเข้ายาสูบ แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด การออกกำลังกาย และโภชนาการ รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 100 คำถาม แบ่งออกเป็น 5 มิติ คือ 1) การดูแลตนเอง 2) ความรู้ด้านสุขภาพ 3) รูปแบบการดำเนินชีวิต 4) จิตใจ และ 5) ทักษะในการใช้ชีวิต

บริษัท อะไลฟ์ พับลิชชิง กรุ๊ป (Alive Publishing Group. 2005: online) ในปี ค.ศ. 2002 ได้พัฒนาสร้าง HQ test ขึ้นมาใหม่จากผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ โดยสร้างข้อคำถาม 100 ข้อ ที่ครอบคลุมเรื่องสุขภาพปัจจุบัน (น้ำหนัก โรคประจำตัว และการใช้ยา เป็นต้น) พันธุกรรม ภาวะโภชนาการ การเคลื่อนไหวร่างกาย อารมณ์ สิ่งแวดล้อม และความตระหนักในสมดุลระหว่างอาหาร ร่างกายและอารมณ์ และเผยแพร่บนเว็บไซต์ โดยเรียกเครื่องมือวัดว่า แบบวัดเชาว์สุขภาพ (Health Quotient Assessment) จาก Your Store Health Tools, Canada (www.alivelink.com/site/, 2005)

แบบวัดเชาว์สุขภาพในประเทศไทย

สำหรับประเทศไทยยังไม่พบเครื่องมือวัดที่เรียกว่า “เชาว์สุขภาพ” โดยตรง แบบวัดเท่าที่ปรากฏอยู่เป็นแบบวัดด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนไทย เช่น ดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 54 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต (2547) ดัชนีวัดความสุขคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต (2547) เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย 26 ข้อ แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง 20 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต (2547) แบบประเมินความเครียด การเผชิญปัญหา และการปรับตัว 40 ข้อ ของอังคินันท์ อินทรกำแหง (2550) และ แบบบันทึกปริมาณอาหารและแบบสอบถามคุณภาพชีวิต (SF-36) ของชมรมฟื้นฟูหัวใจ(2550) ซึ่งแบบสอบถามบางฉบับยังมีองค์ประกอบไม่ครอบคลุมสุขภาพทั้งหมด ต่อมาโครงการชุดเครือข่ายพลังปัญญาสุขภาพ (2544) เครือข่ายนักวิจัยสถานะสุขภาพของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้เริ่มทบทวนเพื่อเลือกดัชนีหรือชุดเครื่องมือวัดสถานะสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย ได้แก่ ดัชนีวัดสุขภาพเชิงบวกหรือสุขภาวะ ดัชนีที่ใช้คือ อายุขัยเฉลี่ย หรือ ความยืนยาวของชีวิต จากนั้นปรับปรุงดัชนีนี้ตาม องค์การอนามัยโลก ที่วัดอายุขัยเฉลี่ยของความมีสุขภาพดี คือ DALE หรือ HALE ใน World Health Report 2000 ที่สะท้อนถึงสุขภาวะในมิติของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ เรียกเครื่องมือวัดนี้ว่า “เครื่องชี้วัดชุดคนไทยสุขภาพดี” ซึ่งมีความสอดคล้องกับเชาว์สุขภาพเป็นอย่างมาก

แบบวัดเชาว์สุขภาพที่มีการนำมาใช้ในต่างประเทศ มีองค์ประกอบด้านความรู้และประวัติการเจ็บป่วยซึ่งไม่ครอบคลุมในการวิจัยครั้งนี้ จึงเลือกใช้แบบสอบถามเชาว์สุขภาพของอังคินันท์ และภัทรารักษ์ อินทรกำแหง (2550) ที่ประยุกต์จากแบบวัดของ Hoeger; & Hoeger (2005) และนำมาปรับให้เหมาะกับคนไทย เพื่อวัดความสามารถและการแสดงออกทางพฤติกรรมสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม ในช่วงชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน แบบสอบถามดังกล่าวมีจำนวน 36 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย” โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนรวมมากแสดงว่ามีเชาว์สุขภาพมาก ส่วนผู้ที่ได้คะแนนรวมน้อยแสดงว่ามีเชาว์สุขภาพน้อย

องค์ประกอบของเชาว์สุขภาพ

องค์ประกอบของเชาว์สุขภาพในศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. ความสมบูรณ์ของร่างกาย 2. โภชนาการ 3. การหลีกเลี่ยงสารเคมีและสิ่งเสพติด 4. การจัดการความเครียด 5. สุขอนามัยส่วนบุคคล 6. การป้องกันโรค 7. อารมณ์และความรู้สึกเป็นสุข 8. ความปลอดภัยส่วนบุคคล และ 9. อนามัยสิ่งแวดล้อม มีรายละเอียดดังนี้

1. ความสมบูรณ์ของร่างกาย (Health Related Fitness)

ความสามารถของร่างกาย ประกอบด้วย ความสามารถเชิงสรีรวิทยาด้านต่างๆ ที่ช่วยป้องกันบุคคลจากโรคที่มีสาเหตุจากการขาดการออกกำลังกาย นับเป็นปัจจัยหรือตัวบ่งชี้สำคัญของ

การมีสุขภาพดี ความสามารถหรือสมรรถนะเหล่านี้สามารถปรับปรุงพัฒนาและคงสภาพได้ โดยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สมรรถภาพทางกายมีองค์ประกอบดังนี้ 1.องค์ประกอบของร่างกาย (Body Composition) ตามปกติแล้วในร่างกายมนุษย์ประกอบด้วย กล้ามเนื้อ กระดูก ไขมัน และส่วนอื่น ๆ แต่ในส่วนของสมรรถภาพทางกายนั้น หมายถึง สัดส่วนปริมาณไขมันในร่างกายกับมวลร่างกายที่ปราศจากไขมัน โดยการวัดออกมาเป็นเปอร์เซ็นต์ไขมัน (% Fat) ด้วยเครื่องวัด 2. ความอดทนของระบบไหลเวียนเลือด (Cardiorespiratory Endurance) หมายถึง สมรรถนะเชิงปฏิบัติของระบบไหลเวียนเลือด (หัวใจและหลอดเลือด) และระบบหายใจในการลำเลียงออกซิเจนไปยังเซลล์กล้ามเนื้อ ทำให้ง่ายสามารถยืนหยัดที่จะทำงานหรือออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่เป็นระยะเวลายาวนานได้ 3. ความอ่อนตัวหรือความยืดหยุ่น (Flexibility) หมายถึง พิสัยของการเคลื่อนไหวสูงสุดเท่าที่จะทำได้ของข้อต่อหรือกลุ่มข้อต่อ 4. ความอดทนของกล้ามเนื้อ (Muscular Endurance) หมายถึง ความสามารถของกล้ามเนื้อมัดใดมัดหนึ่งหรือกลุ่มกล้ามเนื้อ ในการหดตัวซ้ำ ๆ เพื่อต้านแรงหรือความสามารถในการคงสภาพการหดตัวครั้งเดียวได้เป็นระยะเวลายาวนาน และ 5. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscular Strength) หมายถึง ปริมาณสูงสุดของแรงที่กล้ามเนื้อมัดใดมัดหนึ่งหรือกลุ่มกล้ามเนื้อสามารถออกแรงต้านทานได้ ในช่วงการหดตัว 1 ครั้ง

ความสมบูรณ์ของร่างกาย วัดจากความสามารถของร่างกายในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยการออกกำลังกายหรือบริหารร่างกาย เพื่อให้เกิดความทนทานของหัวใจและหลอดเลือด ความแข็งแรงและยืดหยุ่นอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ การวิจัยด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์พบว่าระยะเวลาที่เหมาะสมคือเป็นเวลา 30 นาทีต่อวัน สัปดาห์ละ 3 วัน อย่างสม่ำเสมอ จึงทำให้มีรูปร่างสมส่วน ไม่อ้วนหรือผอมทำกิจกรรมต่างๆ ได้ ดังเช่นงานวิจัยของลีออน; และคนอื่นๆ (ปิเยนุช รักพานิชย์; ภัทรารุณ อินรังกำแหง; และวิศาล คันธารัตนกุล. 2544; อ้างอิงจาก Leon et al.1996) ศึกษาผลการใช้พลังงาน 2,000 กิโลแคลอรีต่อสัปดาห์ ด้วยการเดินออกกำลังกายบนสายพานและเดินขึ้นบันได 10 ขั้นกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นชาย 22 คน ใช้การทดลองแบบสลับ โดยทุกคนเป็นกลุ่มที่ออกกำลังกายและกลุ่มควบคุม หลัง 12 สัปดาห์ มีการเพิ่มระดับไขมัน HDL-C 28% ($P<0.05$) และมีการลดลงของไตรกลีเซอไรด์ 16% ($P<0.05$) ผลนี้จะกลับสู่ระดับปกติเมื่อหยุดการออกกำลังกายในขณะเว้นช่วง 4 สัปดาห์ และแชลล์ มนุญลุ่ม (2535) ศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยการวิ่งที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและความอดทนของระบบไหลเวียนโลหิต จากกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาหญิงวิทยาลัยครูจอมบึง จังหวัดราชบุรี อายุ 19-20 ปี จำนวน 45 คน เป็นการวิจัยแบบติดตามรุ่น (Cohort) แบ่งเป็น 3 กลุ่มเท่าๆ กัน ออกกำลังกายวิธีเดินเป็นเวลา 6 สัปดาห์ กลุ่มที่ 1 เดิน 3 วันต่อสัปดาห์ ระยะทาง 6,500 เมตร กลุ่มที่ 2 เดิน 4 วันต่อสัปดาห์ ระยะทาง 8,500 เมตร กลุ่มที่ 3 เดิน 5 วันต่อสัปดาห์ ระยะทาง 10,500 เมตร ผลการศึกษาพบว่า หลังการฝึกทั้ง 3 กลุ่มมีน้ำหนักลดลง ปริมาณไขมันลดลง ปริมาณ

กล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น อัตราการเต้นหัวใจขณะพักลดลง ความอดทนของระบบไหลเวียนโลหิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากร พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอในระยะเวลาที่นานกว่า 3 เดือนขึ้นไปจะมีการป่วยในรอบ 1 เดือนหรือเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลในรอบปี น้อยกว่าผู้ที่ออกกำลังกายในระยะเวลาที่สั้นกว่า

ส่วนงานวิจัยที่ศึกษากับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ เช่น วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2541) พบว่า พยาบาลวิชาชีพพยาบาลประจำเดือนมีการออกกำลังกายระดับดีโดยวิธีการออกกำลังกายที่กลุ่มตัวอย่างทำมากที่สุดคือ ทำงานบ้าน วิ่ง และขี่จักรยาน เป็นต้น แตกต่างจากสมจิตรา เหมเกษ (2539) พบว่าวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับไม่ดี เช่นเดียวกับ ชลลดา พิฑูรย์ (2548: 48) พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายของพยาบาลในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อยู่ในระดับไม่ดีแม้ว่าทุกคนจะรับทราบว่าการออกกำลังกายดีต่อสุขภาพร่างกายแต่ยังต้องอาศัยองค์ประกอบและปัจจัยอื่นร่วมด้วยที่จะช่วยให้ออกกำลังกายเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลหรือภายนอกตัวบุคคล ตัวอย่างเช่น ปรียาภรณ์ โกมุต (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าจังหวัดนนทบุรี พบว่า อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะงานที่ปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย กล่าวคือบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการออกกำลังกายระดับต่ำออกกำลังกายมากกว่าบุคลากรที่มีการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการออกกำลังกายระดับสูงเท่ากับ 7.62 เท่า และบุคลากรที่มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายระดับสูง ออกกำลังกายมากกว่าบุคลากรที่มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายระดับปานกลางเท่ากับ 2.04 เท่า ส่วนรัชดาวรรณ ลิมาชาน (2549) ศึกษากิจกรรมทางกายและภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพฯ และวชิรพยาบาล จำนวน 300 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77 ออกกำลังกาย

2. โภชนาการ (Nutrition)

การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ และแต่ละหมู่ให้หลากหลาย เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารต่างๆ ครบในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการ นำไปสู่ “ภาวะโภชนาการดี” พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นหนึ่งในองค์ประกอบที่สำคัญของการมีสุขภาพที่ดี ตั้งแต่การสนใจเลือกซื้ออาหารที่เป็นประโยชน์ รับประทานอาหารให้ถูกต้องทั้งชนิด คุณภาพและปริมาณที่เหมาะสมตามวัย งดหรือลดการบริโภคเครื่องดื่มและอาหารที่ก่อโทษแก่ร่างกาย ตัวอย่างการศึกษาที่ให้ความสำคัญกับโภชนาการ เช่น ไกรสิทธิ์ ตันติศิริจันทร์ (2536) ได้ศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลจากการตรวจสอบสุขภาพนักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักรรุ่น 36 และ นักศึกษาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ประจวบ 6 จำนวน 134

คน ของ พบว่านักศึกษาชายมีน้ำหนักเกินร้อยละ 31 และอ้วนร้อยละ 20.7 แต่ไม่พบภาวะโภชนาการขาดหรือเกินในนักศึกษาหญิง ในด้านการใช้ฉลากโภชนาการ คาร์ทีรีน; และคนอื่นๆ (Catherine et al. 2007) ศึกษาความหมายของการอ่านฉลากโภชนาการของนักศึกษาในรัฐ Texas ของอเมริกา จำนวน 1,294 คน พบว่านักศึกษาที่อ่านฉลากโภชนาการมีความรู้ และทัศนคติ เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างอาหารกับการเกิดโรคมามากกว่านักศึกษาที่ไม่ได้อ่านฉลากโภชนาการ ส่วนการศึกษาวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค เช่นงานวิจัยของ ถนนอมขวัญ ดำปาน (2539) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการลดภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจของสตรีอายุระหว่าง 35-54 ปี เขตเทศบาลเมือง จังหวัดระยองการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อหาวิถีทางสุขศึกษาที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกาย ซึ่งจะมีผลลดภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มสตรีอายุระหว่าง 35-54 ปี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างละ 40 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมสุขศึกษา ซึ่งน้ำหนักตัว และตวรจะดับโคเลสเตอรอล ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการประเมินอันตรายโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้านการประเมินการเผชิญปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้านความตั้งใจที่จะปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะเสี่ยง ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อลดภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับการศึกษาประเด็นด้านโภชนาการในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าผลการศึกษาให้ผลต่างกัน เช่น ชลลดา พิฑูรย์ (2548: 48) พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการบริโภคอาหารของพยาบาลในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อยู่ในระดับดี ส่วนวนิดา มกรกิจวิบูลย์ (2549: 92) พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลหัวเฉียวอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 56.2 แตกต่างจาก จุฑามาศ จันทร์ (2543) พบว่าเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ในโรงพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เขตกรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารในระดับต่ำ และนุชรรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์ (2549: 63) พบว่าบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับต่ำ ส่วนงานวิจัยที่ศึกษาสาเหตุขององค์ประกอบด้านการบริโภค เช่น ปฎิมา ชูขันธิน (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร โรงพยาบาลค่ายธนระวัติ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่ามีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ปัจจัยเอื้อคือ ความสะดวกในการประกอบอาหารรับประทานเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัยนำ คือ ค่านิยมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภค

อาหารของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร สุดสุนทร (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับค่อนข้างดี ตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุด คือ ความสะดวกที่จะสามารถประกอบอาหารรับประทานเอง และตัวแปรทำนายร่วม คือ ความสะดวกที่จะสามารถซื้ออาหารที่ส่งเสริมสุขภาพมาบริโภค ค่านิยมต่อการบริโภคอาหาร และความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

3. หลีกเลี่ยงสารเคมีและสิ่งเสพติด (Avoiding Chemical Dependency)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ความหมายของ สิ่งเสพติดหรือยาเสพติดว่า หมายถึง สิ่งที่เสพเข้าไปแล้วเกิดความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจต่อไปโดยไม่สามารถหยุดเสพได้ และจะต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อยๆ จนในที่สุด จะทำให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บต่อร่างกายและจิตใจขึ้น ส่วนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พุทธศักราช 2522 ที่ใช้ในปัจจุบันได้กำหนดความหมายสิ่งเสพติดให้โทษดังนี้ สิ่งเสพติดให้โทษ หมายถึง “สารเคมีหรือวัตถุดิบใดๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใดๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ ในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มปริมาณการเสพขึ้นเรื่อยๆ มีอาการขาดยาเมื่อไม่ได้เสพ มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงอยู่ตลอดเวลา และทำให้สุขภาพทรุดโทรมลง ให้รวมตลอดถึงพืช หรือส่วนของพืชที่เป็นหรือให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษหรืออาจใช้ผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษ และสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษด้วย ทั้งนี้ตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา แต่ไม่หมายความถึงยาสามัญประจำบ้านบางตำรับ ตามกฎหมายว่าด้วยยาที่มียาเสพติดให้โทษผสมอยู่” ดังนั้นพฤติกรรมหลีกเลี่ยงสารเคมีและสิ่งเสพติดหรือการป้องกันตนเองจากสิ่งเสพติด เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพดี งานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด เช่น สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ (2549) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพได้แก่ การสูบบุหรี่ (ร้อยละ 22.6) การดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 61.3) และการใช้สารเสพติด (ร้อยละ 1.6) สอดคล้องกับ รณภพ เอื้อพันธเศรษฐ และวิยะดา ตันวัฒนากุล (2547) ศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมด้านสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในกลุ่มมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ พบว่า นักศึกษาเคยใช้เครื่องดื่มกระตุ้นประสาทร้อยละ 40.5 เคยใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 17.8 และเคยใช้ยานอนหลับเพื่อช่วยให้นอนหลับหรือคลายเครียด ร้อยละ 7.8 กำลังใช้ยาของเครื่องดื่มกระตุ้นประสาทร้อยละ 5.9 กำลังใช้ยานอนหลับร้อยละ 2.1 มีการสูบบุหรี่ร้อยละ 7.7 สำหรับพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดในบุคลากรทางการแพทย์ เช่น งานวิจัยของชลลดา พิฑูรย์ (2548: 48) พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการใช้ยาและสารเสพติดของพยาบาลในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อยู่ในระดับดี คือ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และไม่สูบบุหรี่ มีบางที่ใช้ยาแก้

ปวดและการตีความแพ ส่วนนุชรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์ (2549: 62) พบว่า บุคลากรในวิทยาลัย แพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ส่วนใหญ่ไม่นิยมการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านนี้ในระดับสูงร้อยละ 72

4. จัดการความเครียด (Stress Management)

ความเครียดเป็นอาการที่เป็นผลมาจากปฏิกิริยาตอบสนองของทางร่างกาย จิตใจและสติปัญญากับสิ่งที่มาคุกคาม ซึ่งตามทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์ดแมน (Lazarus, R. S.; & Folkman, S. 1984) อธิบายว่าเป็นผลจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยที่บุคคลเป็นผู้ประเมินด้วยบุคลิกลักษณะของตนเองส่วนหนึ่งและตามธรรมชาติของเหตุการณ์ในขณะนั้นว่า ความสัมพันธ์เกินขีดความสามารถหรือทรัพยากรที่มีอยู่ ที่ตนเองจะใช้ต่อต้านได้ และรู้สึกว่าจะถูกคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อความเป็นสุข ส่วนเซลเย (Selye. 1976) ได้ตั้งทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดว่า “Selye Stress Theory” กล่าวคือ เมื่อร่างกายถูกคุกคามด้วยความเครียดหรือทำให้เกิดความเครียด จะทำให้ร่างกายของเราเปลี่ยนแปลงไป ขาดสมดุลและเมื่อร่างกายถูกคุกคามจะทำให้เกิดการตอบสนอง มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ชีววิทยาและชีวเคมีของร่างกาย และการตอบสนองต่อสิ่งเร้าก่อให้เกิดความเครียดในแต่ละบุคคลแตกต่างกันตามปัจจัยภายใน เช่น อายุ เพศ กรรมพันธุ์ ส่วนปัจจัยภายนอก เช่น การรักษาด้วยฮอร์โมน ยาและอาหาร ต่อมามีการศึกษามากมายพบว่าความเครียดเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังมากมาย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคมะเร็ง เป็นต้น บุคคลที่เกิดความเครียดและไม่สามารถจัดการได้อย่างเหมาะสมจะทำให้ความเครียดนำมาซึ่งโรคต่างๆ ส่วนผู้ที่จัดการความเครียดของตนเองได้ดี โดยฝึกเทคนิคลดความเครียด และเข้ารับคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ใกล้ชิดก็สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นสุข การศึกษาการจัดการกับความเครียดที่ผ่านมา เช่น งานวิจัยของอำภร ประคองจิต (2537) ได้ศึกษาวิธีการเอาชนะความเครียด และความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพะเยา จำนวน 146 คน พบว่านักศึกษาที่มีความคิดเห็นต่อสุขภาพดี ใช้วิธีการเอาชนะความเครียดแบบแก้ปัญหามากที่สุดร้อยละ 77.9 ส่วนอัจฉรา สุขารมณ์ และพรณี บุญประกอบ (2542: 46) ศึกษาภาวะเครียดทางการเรียนของนิสิตระดับปริญญาตรีและบัณฑิตศึกษาของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒจำนวน 879 คน พบว่าความสัมพันธ์กับเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเครียด แต่การรับรู้สิ่งแวดล้อมในมหาวิทยาลัยเรื่องอาคารสถานที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเครียดของนิสิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และงานวิจัยของโคบาซาและคนอื่นๆ (อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์. 2540: 121; อ้างอิงจาก Kobasa; et al. 1985) ศึกษาประสิทธิภาพของแหล่งต่อต้านความเครียด พบว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง การออกกำลังกาย และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเจ็บป่วย แสดงว่าแหล่งต่อต้านความเครียดทั้ง 3 แหล่งสามารถลดความเจ็บป่วยได้เมื่อต้องเผชิญกับความเครียด

สำหรับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ มีการศึกษาที่พบว่าความเครียดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น งานวิจัยของ จุฑามาศ จันทร (2543) พบว่า ระดับความเครียด มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนด้านเรื่องการจัดการความเครียด การศึกษาของชลดา พิฑูรย์ (2548: 58) พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการจัดการความเครียดของพยาบาลในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อยู่ในระดับดี ส่วนนุชรินทร์ จิตรเจริญทรัพย์ (2549: 64) พบว่า บุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดในระดับปานกลางร้อยละ 36.6สอดคล้องกับวนิดา มกรกิจวิบูลย์ (2549: 92) พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลหัวเฉียวอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 38.5

5. สุขอนามัยส่วนบุคคล (Personal Hygiene)

การดูแลสุขภาพอนามัยในชีวิตประจำวันของตน เช่น การรักษาความสะอาดร่างกายและของใช้ส่วนตัวให้สะอาด การแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟันเป็นประจำ การล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหารและหลังการขับถ่าย การรับประทานอาหารที่สุกสะอาดปราศจากสารอันตราย การตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น ล้วนเป็นสุขบัญญัติขั้นพื้นฐานที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี ดังเช่น ชาดิชาย สุวรรณนิตย์; และคนอื่นๆ (2545) ศึกษาการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวไทย พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่ส่งเสริมสุขภาพด้วย กินผักสด/ผักพื้นบ้านร้อยละ 88.4 มีการนอนพักผ่อนเพียงพอ ร้อยละ 81.1 การกินอาหารครบ 3 มื้อ ร้อยละ 71.0 ส่วนสุริยา วีรวงศ์ (2541) ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อมของคนกรุงเทพมหานคร จำนวน 420 คน พบว่า คนกรุงเทพฯ มีการรับรู้ระดับความเสี่ยงต่อสุขภาพในด้านการบริโภค โดยเฉพาะเรื่องอาหารที่มียาฆ่าแมลงปนเปื้อนสูงสุด รองลงมาได้แก่ น้ำจากลำคลอง อาหารที่ใส่ซันทอส และน้ำจากแม่น้ำเจ้าพระยา สำหรับพฤติกรรมที่พึงประสงค์และมีผู้ปฏิบัติกันมาก ได้แก่ พฤติกรรมด้านการบริโภคที่ไม่ซื้อขนมสดดูดชาติ การไม่ซื้ออาหารสำเร็จรูปที่บรรจุพลาสติกและกล่องโฟมเป็นประจำ การไม่ดื่มน้ำประปาเป็นประจำ และการซื้อผลิตภัณฑ์ที่มีเครื่องหมาย ออย.บนฉลากทุกครั้ง ส่วนนลินี มิ่งมณี (2549) พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านพฤติกรรมรักษาอนามัยส่วนบุคคลของผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลางอยู่ในระดับค่อนข้างดี ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ การศึกษาของหัสยา เกตุจิตร (2542: 95) พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด้านสุขนิสัยประจำวัน พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง

6. ป้องกันโรค (Disease Prevention)

การป้องกันโรค เป็นการกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลเพื่อการป้องกันการเจ็บป่วย ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความเชื่อ ค่านิยม การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจของบุคคล สำหรับการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง การตรวจหาปัญหาสุขภาพก่อนการเกิดโรคร้ายแรงต่างๆ หรือความผิดปกติต่างๆ ได้แก่ การตรวจสุขภาพประจำปีโดยแพทย์ หรือการตรวจทางทันตกรรม รวมถึงพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ เพื่อไม่ให้ติดโรคติดต่อต่างๆ หรือติดเชื้อจากการทำงาน ดังเช่นงานของวรรณวิไล ชุมภิรมย์ และคนอื่นๆ (2543) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 และ 4 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า นักศึกษารับบริการตรวจรักษาด้านสุขภาพเฉพาะเมื่อมีความเจ็บป่วย โดยใช้บริการที่หน่วยบริการอนามัยที่มหาวิทยาลัยจัดให้ และจากแหล่งบริการสุขภาพของหน่วยงานของรัฐและเอกชนเป็นบางครั้ง ส่วนชาติชาย สุวรรณนิษฐ์ และคนอื่นๆ (2545) ศึกษาครอบครัวจำนวน 1,680 ครอบครัว พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่ทราบวิธีป้องกันโรคติดต่อเรื่อง ท้องร่วง/ท้องเดิน/ท้องเสีย ร้อยละ 89.1 ทราบวิธีรักษาร้อยละ 89.5 ใช้เลือดออกทราบวิธีป้องกันร้อยละ 93.9 ทราบวิธีดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 83.8 โรคเอดส์ทราบวิธีการป้องกันร้อยละ 86.8 ทราบวิธีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ร้อยละ 68.7 ด้านโรคไม่ติดต่อทราบวิธีดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย เรื่องภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 64.9 โรคเบาหวานร้อยละ 66.9 อุบัติเหตุจราจรร้อยละ 92.3 สุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล เครียด กลุ่มใจ ร้อยละ 91.4 ส่วนแจ่มใส รัตนมาลี (2541) ศึกษาระบบสุขภาพองค์รวมของคนวัยทำงานที่ศึกษาภาคสมทบในสถาบันราชภัฏสวนดุสิตปีที่ 1-4 จำนวน 475 คน พบว่า คนวัยทำงานไปรับการตรวจสุขภาพประจำปีร้อยละ 33.42 ส่วนใหญ่ไม่ไปรับการตรวจสุขภาพ และพบว่าระบบสุขภาพองค์รวมของปัจเจกบุคคล มีความสัมพันธ์กับผลการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การศึกษาในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ งานวิจัยของอุดมศักดิ์ แสงวณิช (2546: 57) พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการป้องกันโรคของบุคลากรโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 50 รองลงมาในระดับมากร้อยละ 27.18 และในระดับน้อยมีเพียงร้อยละ 22.82 และการศึกษาของสุภาภรณ์ ตันตินันทตระกูล (2549) พบว่าพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี มีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในระดับพอใช้ ส่วนด้านการป้องกันการติดเชื้อ งานวิจัยของศศิธร ปรียานนท์ (2548) ที่ศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร พบว่ามีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อปานกลาง ส่วน อนงค์ศักดิ์ กองนิล (2548) ศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ของพยาบาลวิชาชีพในพยาบาลโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับดี และพบว่าลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน สุขภาพจิต และความ

เพียงพอของอุปกรณ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

7. อารมณ์และความรู้สึกที่เป็นสุข (Emotional Well Being)

อารมณ์ เช่น ความสุข ความโกรธ ความกลัว เป็นส่วนประกอบในธรรมชาติของมนุษย์ ที่มีอิทธิพลต่อความคิด การกระทำและความต้องการของเรามีผลต่อร่างกาย และสัมพันธ์ภาพของเรากับบุคคลอื่น การที่บุคคลมีความสุขสบายได้นั้น ขึ้นกับสภาพจิตและอารมณ์ที่ดีงาม ความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ในทางบวกจะเป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาพดี

ความสุขใจ (Psychological Well-Being) ได้ถูกศึกษารวบรวมจากศาสตร์ ของจิตวิทยา และสังคมวิทยา ดังตัวอย่างจิตพัฒนาการ ได้แก่ ทฤษฎีทางจิตสังคมของอิริคสัน และการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของเนนการ์แทน วิธีทางของความสุขที่ต่อเนื่องควบคู่กับการเจริญเติบโตในวงจรชีวิตของบุคคล ทฤษฎีของมาสโลว์ อธิบายความสุขด้านแนวคิดการบรรลุความเป็นจริงแห่งตน เป็นต้น สำหรับทางสังคมวิทยาจะเน้นความพึงพอใจในชีวิตพื้นฐานของความสุข (Well-being) เป็นองค์ประกอบด้านการรู้คิดและสามารถเพิ่มความสมบูรณ์ให้แก่ความหมายของความสุขได้มากขึ้น ไดเนอร์ (อ้อมเดือน สดมณี; และ อุษา ศรีจินดารัตน์. 2549: 20-21; อ้างอิงจาก Diener. 2000: 34) ได้สร้างดัชนีแห่งความสุขของประชาชนระดับชาติ จากการสุ่มตัวอย่างและวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าความรู้สึกดีซึ่งอาจเรียกง่ายๆ ว่า “ความสุข” (Happiness) เป็นการวัดคุณภาพชีวิตประชาชนทั้งด้านการคิดและจิตใจ โดยมุ่งให้ประชาชนวัดด้วยตนเองเป็นสำคัญและจากผลการวิจัยที่ศึกษาจาก 42 ประเทศ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษา 7,204 คน พบว่าทุกกลุ่มรายงานว่า ความสุขความพึงพอใจในชีวิตมีความสำคัญมากและคิดเกี่ยวกับตนเองเสมอ โดยมีเพียงร้อยละ 6 ที่ให้ความสำคัญกับเงินสูงกว่าความสุข ในประเทศไทยการศึกษาของสุวดี แยมเกษร (2547) พบว่าความสุขใจเป็นตัวทำนายที่สำคัญที่สุดในการทำนายพฤติกรรมการสอนของครูตามแนวปฏิรูปการศึกษาแห่งชาติ โดยทำนายได้ร้อยละ 31 สอดคล้องกับ อัจฉราพร บุญญพนิช (2547) พบว่า ความสุขใจเมื่อร่วมกับตัวแปรอื่นๆ จะมีผลต่อพฤติกรรมการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ และอ้อมเดือน สดมณี และอุษา ศรีจินดารัตน์ (2549) ศึกษาความสุขใจที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการทำงาน ตัวแปรความสุขใจเป็นตัวแปรสำคัญอันดับที่ 3 ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการทำงานของครูตามแนวทางการปฏิรูปการศึกษาทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 9 กลุ่มจาก 19 กลุ่ม และเป็นตัวแปรอันดับที่ 2 สามารถทำนายพฤติกรรมการทำงานของครูในกลุ่มครูที่มีการสมรสแล้วและสอนอยู่ในโรงเรียนขนาดใหญ่ การศึกษาที่ผ่านเป็นการชี้ให้เห็นว่าความสุขใจเป็นสิ่งที่ต้องมีในบุคคลเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการทำงานที่ดีซึ่งเป็นเรื่องที่เราต้องดำเนินชีวิตกับการทำงานเป็นส่วนใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ ส่วนในวัยรุ่นนั้นมีการศึกษาของพัชรี โชติกพงศ์ (2547) ศึกษาหาความสัมพันธ์ความเข้มแข็งในการมองโลก การปรับตัวด้านจิตสังคม และความสัมพันธ์ระหว่างความ

เข้มแข็งในการมองโลกกับการปรับตัวด้านจิตสังคมของวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายปีที่ 4-6 ในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญจำนวน 450 คน พบว่า วัยรุ่นในอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ มีคะแนนเฉลี่ยของความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 134.93$, $SD = 19.66$) แสดงให้เห็นว่าอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นย่อมส่งผลต่อสุขภาพ

8. ความปลอดภัยส่วนบุคคล (Personal Safety)

ความปลอดภัยส่วนบุคคล หมายถึง การรู้และปฏิบัติตามมาตรการสร้างความปลอดภัย การป้องกันอุบัติเหตุ เช่น ปฏิบัติตามกฎหมายจราจร การสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่หรือนั่งรถจักรยานยนต์ คาดเข็มขัดนิรภัย ไม่ประมาทและหาทางป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุต่างๆ เป็นต้น การศึกษาความปลอดภัยส่วนบุคคล เช่น สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ (2549) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่ ไม่สวมหมวกนิรภัยเมื่อนั่งซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ร้อยละ 86.3 และเมื่อขับขี่รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 2.9 นั่งซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ หรือรถยนต์ที่ผู้ขับขี่ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 14.7 และนักศึกษาร้อยละ 2.1 เคยถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 1.8 เคยถูกทำร้ายร่างกาย ส่วนชายชาติชาย สุวรรณนิตย และคนอื่นๆ (2545) ศึกษาการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวไทย 1,680 ครอบครัว พบว่าในภาวะปกติ การดูแลสุขภาพของครอบครัวที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ คือ ไม่สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 68.3 ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถยนต์ หรือนั่งตอนหน้า ร้อยละ 54.3 ไม่ตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 58.7

การศึกษาในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การศึกษาของชลลดา พิฑูรย์ (2548: 58) พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของพยาบาลในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายละเอียดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด การข้ามถนนบนทางม้าลายหรือสะพานลอยอยู่ในระดับปานกลาง การใช้รถใช้ถนนด้วยความมีระเบียบวินัย และเคารพกฎจราจรเป็นพฤติกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด การดูแลตนเองในด้านความปลอดภัยส่วนบุคคลนั้นพบว่ายังมีความเสี่ยงจากการทำงาน บุคลากรทางการแพทย์ต้องดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุจากการทำงานด้วย เช่น การป้องกันไม่ให้ตนเองบาดเจ็บจากของมีคม เป็นต้น

9. อนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health and Protection)

สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น บุคคลรอบข้าง ครอบครัว เพื่อน และสื่อมวลชน เป็นต้น และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพทั้งวัตถุ สิ่งของ ธรรมชาติ สิ่งก่อสร้างต่างๆ ดังนั้นการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่สะอาด แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร มีกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีและจิตสำนึกต่อสิ่งแวดล้อมจะส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีและเหมาะสม ดังงานวิจัยของศรีณัฐรัฐ นิลาชาติ (2545) ศึกษาการปฏิบัติเกี่ยวกับการลดปริมาณขยะมูลฝอยของนิสิตปริญญาตรี

ในมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พบว่ามีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนสุรียา วีรวงศ์ (2541) ศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อมของคนกรุงเทพมหานครด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ พบว่า คนกรุงเทพมหานครมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ระดับความเสี่ยงต่อสุขภาพสูงในเรื่องในเรื่องอุบัติเหตุบนท้องถนน ควันจากท่อไอเสียรถ และอากาศภายในบ้าน การใช้สารด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การใช้น้ำมันไร้สารตะกั่ว การขับรถยนต์ด้วยความเร็วปกติ และการตรวจสุขภาพเครื่องยนต์เป็นประจำ ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพที่เป็นพฤติกรรมไม่พึงประสงค์และมีผู้ปฏิบัติกันมาก ได้แก่ การไม่แยกขยะเปียกหรือแห้งก่อนทิ้ง การไม่ใช้หน้ากากป้องกันควันพิษ และการไม่มีเครื่องบำบัดน้ำเสียก่อนทิ้งลงท่อระบายน้ำ

สำหรับในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ธารธิป สมตน์ (2542) ได้ศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับปัญหาสิ่งแวดล้อมด้านขยะและน้ำเสียที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยของพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับปัญหาสิ่งแวดล้อมด้านขยะและน้ำเสียในระดับปานกลาง การปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการขยะและน้ำส่วนมากอยู่ในเกณฑ์เหมาะสม มีบางพฤติกรรมที่ต้องปรับเปลี่ยน คือ เรื่องการใช้ประโยชน์จากอาหารที่เหลือรับประทาน การเศษอาหารทิ้งลงท่อระบายน้ำ การนำขยะบางประเภทกลับมาใช้ใหม่ การมีถังกรองรองรับน้ำเสีย การใช้ประโยชน์น้ำที่เหลือทิ้งจากการล้างจาน การใช้น้ำในห้องสุขาอย่างประหยัด ส่วนชลลดา พิฑูรย์ (2548: 59) พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการอนุรักษ์ และฟื้นฟูสิ่งแวดล้อมของพยาบาลในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า พฤติกรรมที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ การดูแลรักษาบริเวณบ้านพักให้สะอาดสวยงาม การดูแลสถานที่ทำงาน และการมีจิตสำนึกในการรักษาความสะอาดสถานที่สาธารณะ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเชาว์สุขภาพ

ฮาวเวอร์สัน (Halvorsen. 1996: Online) ศึกษาประสิทธิภาพของ พลังของการฝึกการออกกำลังกาย การให้ความรู้ด้านสุขภาพในการออกกำลังกาย ภาวะสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ในสถานที่ที่มีโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ชายและผู้หญิงในรูปแบบการออกกำลังกายที่แตกต่างกัน ได้นำแบบสอบถาม Health Quotient มาใช้ประเมินรูปแบบการออกกำลังกาย (Physical Fitness) พบว่าผู้ที่เข้าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ (WHPP) มีเชาว์สุขภาพสูงขึ้นจาก 72 (± 26) เป็น 88 (± 27) ($p=0.013$)

ชากรัว (Shakour. 2000: Online) ศึกษาประสิทธิภาพของการจัดและไม่จัดสถานส่งเสริมสุขภาพตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของลูกจ้างในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในส่วนตะวันตกของมิชิแกนโดยแบ่งกลุ่มพนักงานของโรงพยาบาลตามการพักอาศัย คือ อาศัยอยู่ข้างนอก อาศัยอยู่ชั่วคราว และอาศัย

อยู่เป็นประจำ ตัวแปรที่ศึกษา คือ ผลการคัดกรองสุขภาพประจำปี (ใช้แบบคัดกรอง Health Quotient) ค่ารักษาพยาบาล การเจ็บป่วย การทุพพลภาพ พบว่าผู้ที่มีระดับ HQ ต่ำ มีความสัมพันธ์กับผู้ที่มีอาการอยู่ชั่วคราว และอยู่ประจำในโรงพยาบาลแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างค่ารักษาพยาบาลกับระดับ HQ ในกลุ่มผู้ที่มีอาการอยู่ช้านอก อาการอยู่ชั่วคราว และอาการอยู่เป็นประจำ

มา ยานี; วัง เบาปิง; และยาน ลิบุ (Ma Yami; Wang Bao ping; & Yuan Libo. 2003: 1209-1210) ศึกษาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเชอร์สุขภาพ (Health Quotient) และความมั่นคงของอารมณ์ (Mood Stability) ของนักศึกษาภาควิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยชานซี (Shannxi) สรุปว่าดัชนีของเชอร์สุขภาพนี้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับความมั่นคงทางอารมณ์ของนักศึกษา

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเชอร์สุขภาพของต่างประเทศที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพสามารถคัดกรองหรือประเมินได้จากเชอร์สุขภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเชอร์สุขภาพ

แนวคิดการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมบุคคล

นักพฤติกรรมศาสตร์ส่วนใหญ่นิยมอธิบายพฤติกรรมและพัฒนาพฤติกรรมของมนุษย์ผ่านแนวคิดด้านพฤติกรรมศาสตร์ที่เป็นการศึกษาในแนวสหวิทยาการซึ่งสามารถอธิบายสาเหตุและผลของพฤติกรรมประเภทต่างๆ ของมนุษย์ได้อย่างครอบคลุม (งามตา วณินทานนท์. 2536: 7; อ้างอิงจาก Berelson. 1968: 41-45; ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2523: 60-61)

การวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมมนุษย์สามารถศึกษาได้จากสาเหตุหลัก 2 ประการ คือ สาเหตุภายนอกตัวมนุษย์ เช่น สภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม ลักษณะภูมิประเทศ และภูมิอากาศ เป็นต้น และสาเหตุภายในตัวมนุษย์เอง ได้แก่ ลักษณะทางจิตใจของมนุษย์ ลักษณะทางจิตที่นิยมศึกษา เช่น เจตคติ บุคลิกภาพ แรงจูงใจ และการรับรู้ในด้านต่างๆ เป็นต้น ทั้งนี้มีแนวทางที่ใช้วิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรม 4 รูปแบบ คือ

1. รูปแบบที่เน้นจิตลักษณะ (Trait Model) คือ ศึกษาลักษณะภายในตัวบุคคลที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรม ได้แก่ การศึกษานุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งประกอบขึ้นด้วยลักษณะทางจิตใจย่อยๆ หลายลักษณะที่คงสภาพอยู่ภายในตัวบุคคล

2. รูปแบบการวิเคราะห์พลวัตทางจิต (Psychodynamic Model) มุ่งศึกษาโครงสร้างทางจิตที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรม ประกอบด้วย อิด (Id) อีโก้ (Ego) และ ซุปเปอร์อีโก้ (Superego) โครงสร้างทางจิตทั้ง 3 นี้จะมีความขัดแย้งกันอยู่ตลอดเวลา และแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม

3. รูปแบบสถานการณ์นิยม (Situational Model) มุ่งเน้นว่าพฤติกรรมของมนุษย์อาจแก้ไข ปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงได้ โดยอาศัยสถานการณ์แวดล้อมภายนอก เงื่อนไขทางสังคมและสิ่งเร้า ต่างๆ ซึ่งทำให้มนุษย์แสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะต่างๆ กัน

4. รูปแบบปฏิสัมพันธ์ (Interactionism Model) มุ่งศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับ สถานการณ์ ด้วยเหตุที่ว่า ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์เพียงด้านใดด้านหนึ่งไม่สามารถ เป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมของปัจเจกบุคคลได้ แต่เป็นผลจากการกระทำของกระบวนการต่อเนื่องของ ปฏิสัมพันธ์หลายทิศทาง หรือเป็นผลสะท้อนกลับระหว่างบุคคลกับสถานการณ์ที่บุคคลเผชิญอยู่ โดยที่ ปัจเจกบุคคลเป็นอินทรีย์ที่มีความตั้งใจและความกระตือรือร้น ซึ่งมีความสำคัญต่อพฤติกรรม คือ ปัจจัยด้านพุทธิปัญญาและปัจจัยด้านแรงจูงใจ ส่วนปัจจัยด้านสถานการณ์มีตัวบ่งชี้ที่สำคัญของ พฤติกรรม คือ การให้ความหมายต่อสถานการณ์ของบุคคล (เดอนใจ เทียนทอง. 2546: 8-9; อ้างอิง จาก Magnusson; & Endler. 1977: 3-4)

กล่าวโดยสรุป รูปแบบปฏิสัมพันธ์นิยม (Interactionism Models) มุ่งเน้นความสำคัญของ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางจิตใจของบุคคล (สาเหตุภายใน) กับสถานการณ์ที่บุคคลประสบอยู่ (สาเหตุภายนอก) จัดเป็นรูปแบบที่พยายามจะอธิบายสาเหตุของพฤติกรรมมนุษย์อย่างครอบคลุมสูง ที่สุดในปัจจุบันของวิชาการทางจิตวิทยา โดยมีการศึกษาปฏิสัมพันธ์ใน 2 ลักษณะ คือ ลักษณะแรก ศึกษาปฏิสัมพันธ์เชิงกลไก หรือปฏิสัมพันธ์เชิงสถิติวิเคราะห์ (Mechanical Interaction) ซึ่งเป็นการศึกษาอิทธิพลร่วมระหว่างลักษณะทางจิตใจของผู้กระทำ 1 ตัวแปรกับสถานการณ์ที่จะกระทำ 1 ตัวแปร ซึ่งส่งผลต่อความแปรเปลี่ยนของพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งในบุคคล ลักษณะที่สอง ศึกษา ปฏิสัมพันธ์แบบในตน หรือปฏิสัมพันธ์เชิงจิตลักษณะตามสถานการณ์ (Organismic Interaction) หมายถึง การศึกษาลักษณะทางจิตใจของบุคคลที่แปรเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ หรือมีความไวต่อ สถานการณ์ที่บุคคลเผชิญ เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะจิตใจเดิมกับสถานการณ์ปัจจุบัน ปฏิสัมพันธ์นี้เกิดภายในจิตใจของบุคคล ตัวอย่างเช่น การที่ประชาชนมีเจตคติที่ดีต่อการรักษาความ สะอาดท้องถนน อาจเกิดจากการรณรงค์ไม่ทิ้งขยะในท้องถนนของฝ่ายเทศบาล นักเรียนเกิดความวิตก กังวลสูงในสถานการณ์สอบวัดผลการเรียน หรือนักธุรกิจเกิดความรู้สึกเสี่ยงต่อการลงทุนเมื่ออยู่ใน ภาวะทางเศรษฐกิจตกต่ำ เป็นต้น (งามตา วรินทร์านนท์. 2540: 5-6)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบปฏิสัมพันธ์นิยมดังกล่าวข้างต้นมาเป็นกรอบแนวคิดหลักใน การประมวลเอกสาร ส่วนการกำหนดตัวแปรอื่นๆ ในแต่ละด้านผู้วิจัยนำมาจากทฤษฎีและแนวคิดที่ เกี่ยวข้องดังนี้ ตัวแปรภายใต้สถานการณ์ทางสังคมใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม จากการสังเกต ตัวแบบของแบนดูรา (Bandura. 1977) เพื่อกำหนดตัวแปรการมีตัวแบบทางด้านสุขภาพจากบุคคล อ้างอิง ใช้ทฤษฎีสิ่งล่อใจของสเปนซ์ (Spence. 1956) เพื่อกำหนดตัวแปรการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแล

สุขภาพ และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของคอบบ์ (Cobb. 1976) เพื่อกำหนดตัวแปรการได้รับข่าวสารทางสุขภาพ และตัวแปรภายใต้ลักษณะทางจิตได้จากทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรมของดวงเดือน พันธุมนาวิน (2543) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนของแบนดูรา (Bandura.1986) เพื่อกำหนดตัวแปรความเชื่ออำนาจในตน ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ

แนวคิดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเชาว์สุขภาพ

แนวคิดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเชาว์สุขภาพ ผู้วิจัยใช้แนวการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมบุคคลในรูปแบบปฏิสัมพันธ์นิยม (Interactionism Models) มากำหนดกรอบการประมวลเอกสารได้ดังนี้

1. สถานการณ์ทางสังคมและจิตลักษณะเดิมกับเชาว์สุขภาพ
2. จิตลักษณะเดิมกับเชาว์สุขภาพ
3. จิตลักษณะตามสถานการณ์กับเชาว์สุขภาพ

สถานการณ์ทางสังคมและจิตลักษณะเดิมกับเชาว์สุขภาพ

สถานการณ์ เป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่บุคคลต้องประสบอยู่จากอดีตถึงปัจจุบัน ลักษณะต่างๆ ของสถานการณ์ย่อมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล ปัจจัยทางสังคม หรือลักษณะสถานการณ์ทางสังคมที่น่าจะส่งผลต่อเชาว์สุขภาพในการศึกษาครั้งนี้ คือ การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ และการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวกับจิตลักษณะเดิม 2 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน และมีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน และจิตลักษณะตามสถานการณ์ 2 ด้าน คือ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ มีรายละเอียด ดังนี้

การปฏิบัติตามตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงและจิตลักษณะเดิมกับเชาว์สุขภาพ

ผู้วิจัยกำหนดตัวแปรอิสระภายใต้สถานการณ์ทางสังคมจากแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ ดังมีสาระสำคัญดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ ปัญหาสุขภาพเกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรมมนุษย์และสังคม ตลอดจนมิติทางสังคม วัฒนธรรม และจิตวิทยาของปรากฏการณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. 2541: 6) พฤติกรรมสุขภาพจึงได้รับความสนใจศึกษามาก รูปแบบของทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่มีการกล่าวถึง คือ อิทธิพลของสังคมและการเลียนแบบ บุคคลในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่จิตใจหยุดชะงักไม่พัฒนา มักขาดความเป็นตัวของตัวเองจึงถูกผู้อื่นชักนำได้ง่าย นอกจากนั้นการเริ่มพฤติกรรมบางอย่าง มักจะแสวงหาและเข้ากลุ่มกับคนที่

พฤติกรรมประเภทเดียวกับตน จึงช่วยส่งเสริมพฤติกรรมให้เกิดบ่อยและมั่นคงต่อไป จึงควรใช้รูปแบบการเกิดพฤติกรรมนี้มาส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่น่าปรารถนา เช่น การออกกำลังกายเป็นประจำ (ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2538) การเปลี่ยนแปลงความคิด หรือการเรียนรู้ของบุคคลส่วนใหญ่เกิดจากการสังเกตตัวแบบ เพราะตัวแบบสามารถถ่ายทอดได้ทั้งความคิด และการกระทำ (ประทีป จินฉ่ำ. 2540: 96; อ้างอิงจาก Bandura. 1986:47) และแบนดูรา มีความเชื่อว่า การรับรู้ของคนเรานั้นเกิดขึ้นจากการสังเกตจากตัวแบบ ซึ่งจะแตกต่างจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงที่ต้องอาศัยการลองผิดลองถูก เพราะนอกจากจะสูญเสียเวลาแล้ว ยังอาจมีอันตรายได้ในบางพฤติกรรม ในการเรียนรู้โดยผ่านตัวแบบนั้น ตัวแบบเพียงคนเดียวสามารถที่จะถ่ายทอดทั้งความคิดและการแสดงออกได้พร้อมๆ กัน และเนื่องจากคนเรานั้นใช้ชีวิตในแต่ละวัน ในสภาพแวดล้อมที่แคบๆ ดังนั้น การรับรู้เกี่ยวกับสภาพการณ์ต่างๆ ของสังคม จึงผ่านมาจากประสบการณ์ของผู้อื่น โดยการได้ยินหรือการได้เห็น โดยไม่มีประสบการณ์ตรงมาเกี่ยวข้อง พฤติกรรมสุขภาพก็เป็นพฤติกรรมหนึ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ มิได้เกิดจากสัญชาตญาณ

จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา ทฤษฎีนี้อธิบายวิธีการและขบวนการที่บุคคลได้รับอิทธิพลจากสังคมทำให้เกิดการยอมรับลักษณะและกฎเกณฑ์ทางสังคมเป็นลักษณะของตน ได้นำหลักการเสริมแรง (Principle of Reinforcement) และหลักการเชื่อมโยง (Principle of Association) มาใช้อธิบายปรากฏการณ์ทางสังคมซึ่งเน้นการเรียนรู้โดยบังเอิญ และการเลียนแบบเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งทำให้นักคนมีพฤติกรรมที่แปลกใหม่หรือแตกต่างไปจากเดิมได้โดยง่าย โดยทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญแก่ลักษณะของสถานการณ์ซึ่งจะเป็นเครื่องกระตุ้นให้บุคคล กระทำพฤติกรรมซ้ำๆ จนกลายเป็นนิสัยของบุคคลนั้นไปในที่สุด (Bandura. 1977)

กระบวนการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ ประกอบด้วย 4 กระบวนการดังนี้ 1) กระบวนการใส่ใจ (Attention Process) เป็นกระบวนการการรับรู้ลักษณะสำคัญของตัวแบบโดยการสังเกต และสามารถสรุปความรวบรวมนสิ่งที่รับรู้มาได้อย่างเป็นขั้นตอน สิ่งที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการของความเอาใจใส่ในการเรียนรู้ด้วยการสังเกต ได้แก่ปัจจัยที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เป็นตัวแบบ เป็นลักษณะหรือการแสดงออกที่แปลกและดึงดูดความสนใจ มีความชัดเจนหรือมีความซับซ้อนของแม่แบบ เป็นต้น 2) กระบวนการเก็บจำ (Retention Process) เป็นกระบวนการของการจำ อันเกิดจากการรวมพฤติกรรมของตัวแบบที่ได้จากการสังเกตไว้ทุกครั้ง การเก็บจำมี 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยที่เป็นการเก็บจำ และปัจจัยที่เกี่ยวกับลักษณะของผู้สังเกต จะกระทำในรูปลักษณะ ซึ่งกระบวนการในการสร้างสัญลักษณ์นี้จะช่วยให้จำพฤติกรรมของตัวแบบได้ แม้ในระยะเวลาอันสั้น 3) กระบวนการกระทำ (Production Process) เป็นกระบวนการดัดแปลงสัญลักษณ์ ซึ่งเป็นตัวแบบพฤติกรรมมาเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม มีปัจจัยหลัก 2 ปัจจัย คือปัจจัยที่เป็นการกระทำ และปัจจัยที่เกี่ยวกับลักษณะของผู้สังเกต เมื่อบุคคลมีข้อมูลที่เป็น

สัญลักษณ์ในความทรงจำแล้วจะมีการแสดงพฤติกรรมเหล่านั้นออกมาภายหลังได้ ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกในครั้งแรกๆ อาจจะยังไม่ถูกต้องทีเดียว เพียงแต่แสดงให้ใกล้เคียงกับพฤติกรรมของตัวแบบเท่านั้น แล้วค่อยๆ ปรับแก้ไขพฤติกรรมของตนเองจนกว่าจะได้รับผลที่พึงพอใจ และ 4) กระบวนการจูงใจ (Motivational Process) เป็นกระบวนการที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างความรู้ที่ได้รับมากับการแสดงออก ในการเรียนรู้ทางสังคมนั้นบุคคลไม่อาจแสดงออกได้ตามที่รับรู้มาทั้งหมด แต่จะเลียนแบบพฤติกรรมของตัวแบบที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อตนเองมากกว่าเลือกในทางที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเอง และจะประเมินคุณค่าของตัวแบบโดยการรับเอาสิ่งที่ตนพึงพอใจ และไม่ยอมรับสิ่งที่ตนไม่พึงพอใจ (ประทีป จินี, 2540; อ้างอิงจาก Bandura, 1986)

แบนดูรา ได้แบ่งตัวแบบออกเป็น 4 ประเภท คือ 1) ตัวแบบทางพฤติกรรม (Behavior Modeling) หมายถึง การมีตัวต้นแบบที่แสดงพฤติกรรมให้คนอื่นเห็น 2) ตัวแบบทางวาจา (Verbal Modeling) หมายถึง การมีตัวแบบที่พูด บอกหรือเขียนบอกว่าจะทำอะไรอย่างไร 3) ตัวแบบทางสัญลักษณ์ (Symbolic Modeling) หมายถึง การมีตัวแบบภาพหรือเสียงที่ผ่านสื่อต่างๆ คือ วิทยู โททัศน์ วีดิทัศน์ คอมพิวเตอร์ ฯลฯ และ 4) ตัวแบบทางสัมผัส (Kinesthetic Modeling) หมายถึง การมีตัวแบบโดยใช้การสัมผัส แต่แบนดูราให้ความสำคัญกับการเป็นตัวแบบทางพฤติกรรม เพราะมีอิทธิพลอย่างมากต่อการเสริมสร้างพฤติกรรมใหม่ (ประทีป จินี, 2540: 96-97; อ้างอิงจาก Bandura, n.d) และหน้าที่ของตัวแบบแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) ทำหน้าที่สร้างพฤติกรรมใหม่ ในกรณีนี้ที่ผู้สังเกตตัวแบบนั้นยังไม่ได้เรียนรู้พฤติกรรมดังกล่าวมาก่อนเลยในอดีต เช่น พฤติกรรมการพูดของเด็ก หรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับทักษะในการช่วยตัวเอง เป็นต้น 2) ทำหน้าที่เสริมพฤติกรรมที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้น เป็นกรณีที่ผู้สังเกตตัวแบบเคยเรียนรู้พฤติกรรมดังกล่าวมาบ้างแล้วในอดีต ตัวแบบก็จะทำหน้าที่เป็นแรงจูงใจให้ผู้ที่เคยเรียนรู้พฤติกรรมดังกล่าว พยายามพัฒนาให้ดีขึ้น เช่น การดูนักเทนนิสมือหนึ่งของโลกแข่งขัน อาจเป็นแรงจูงใจให้อยากทำให้ดีเหมือนกับนักเทนนิสมือหนึ่งของโลกบ้าง จึงทำการจดจำวิธีตีของนักเทนนิสคนนั้น แล้วนำมาพัฒนาทักษะการตีเทนนิสของตนให้ดียิ่งขึ้น และ 3) ทำหน้าที่ยับยั้งการเกิดของพฤติกรรม ในกรณีที่ผู้สังเกตมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือยังไม่เคยมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ตัวแบบนั้นก็จะช่วยให้พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้นลดลงหรือไม่เกิดขึ้น เช่น การเห็นคนข้ามถนนตรงบริเวณที่ไม่ใช่ทางม้าลายหรือสะพานลอยแล้วถูกรถชนตายก็จะทำให้เกิดการยับยั้งไม่ให้บุคคลที่สังเกตพฤติกรรมดังกล่าวทำตาม เป็นต้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541: 51; อ้างอิงจาก Fischer; & Gochros, 1975; Ross, 1981) และในทางจิตวิทยาสังคม มีตัวแปรสำคัญ 2 ตัวแปรที่ส่งผลต่อการเลียนแบบ คือ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแบบกับผู้เลียนแบบ คือ ความสนิทสนมคุ้นเคยเป็นหลัก ซึ่งผู้เลียนแบบจะให้ความสนใจต่อผลตอบแทนที่ตัวแบบได้รับน้อยมาก และผลตอบแทนที่ตัวแบบได้รับเมื่อแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ออกไปแล้วว่าตัวแบบได้ผลตอบแทนอย่างไร ดีหรือร้าย ซึ่งเป็นพลังเสริมที่ผู้

เลียนแบบจะตัดสินใจเลียนแบบโดยนำรางวัลที่ตัวเองได้รับมาเป็นตัวตัดสินว่าควรจะทำหรือไม่ (พรพิมล วรวิทย์พุทธพงศ์. 2538: 35-37)

ดังนั้นการมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง หมายถึง การที่บุคคลากรทางการแพทย์รับรู้หรือเห็นการแสดงออกของบุคคลอ้างอิงเช่น เพื่อนร่วมงาน บิดามารดา นักแสดง เป็นต้น ในการดูแลสุขภาพตนเอง หรือมีพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ แล้วจดจำพฤติกรรม ประเมินคุณค่า ดัดแปลงเลียนแบบพฤติกรรม มาเป็นพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม และพึงพอใจของบุคคลากรทางการแพทย์

การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง เป็นการรายงานถึงการเห็นการแสดงออกของบุคคลอ้างอิง เช่น เพื่อนร่วมงาน บิดามารดา และนักแสดง เป็นต้น ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นประโยคข้อความบอกเล่าจำนวน 15 ข้อ เป็นมาตรวัดประเมินรวมค่า 6 ระดับจาก “จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย” ผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงเป็นผู้ที่มีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมต่ำ

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงกับเชาว์สุขภาพ

งานวิจัยที่ใช้การเป็นตัวแบบทางสุขภาพผสมผสานเข้าไปในโปรแกรมสุขภาพศึกษา ในบทความของปราณี ลัคนาจันทร์โชติ และณลินี พูลทรัพย์ (2547) ได้เสนอแนวคิดในการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมุทรสาคร ซึ่งทบทวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถจะประสบความสำเร็จได้นั้น ต้องประยุกต์การเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขั้นตอนแรกจะเป็นการสอนให้ผู้ป่วยรับรู้ในความสามารถของตนเอง โดยใช้วิธี 1) กระตุ้นทางอารมณ์ โดยใช้ภาพที่น่าสนใจช่วยอธิบายปรากฏการณ์ที่ใกล้เคียงหรือเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเอง ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของผลตรวจที่ผู้ป่วยที่ได้รับ 2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) โดยให้บุคคลที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองมาพูดคุยถึงปัญหาและอุปสรรคและความรู้สึกที่เกิดขึ้น 3) การใช้คำพูดชักจูง และ 4) การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ต่อมาทำการฝึกทักษะและจัดส่งคู่มือการดูแลตนเองให้บุคคลที่ใกล้ชิดเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่วนพัชรีย์ รัตนพรพิทักษ์ (2550) ได้พัฒนาแนวปฏิบัติในการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคกระดูกพรุนในวัยรุ่นหญิงซึ่งดำเนินโปรแกรมโดยอาศัยแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน โดยการใช้ได้เห็นต้นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นทั้งต้นแบบที่เป็นบุคคลจริง โดยวิธีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กับผู้ที่มีรูปร่างดี สุขภาพดีและต้นแบบสัญลักษณ์ โดยการชม Power Point บุคคลที่ประสบความสำเร็จในการป้องกันโรคและคงทนไว้ซึ่งความแข็งแรงของกระดูกจากการออกกำลังกายแบบลงน้ำหนัก และประโยชน์ของแคลเซียมต่อกระดูกมาใช้ จากการพัฒนาโปรแกรมทั้ง 2 เรื่องการเป็นตัวแบบที่ชัดเจนร่วมกับการสนับสนุนอื่นๆ ทำให้พัฒนาพฤติกรรมทางสุขภาพได้

งานวิจัยที่บุคคลอ้างอิงมีผลกับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ งานวิจัยของของสดุดี ภูทองไสย (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการศึกษาของเตือนใจ เทียนทอง (2546) พบว่า อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเขตการศึกษา 1 และงานของ รุจิเรศ พิษิตานนท์ (2546: 58,61,76) ได้ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฉลาดเลือกกิน ของวัยรุ่นตอนปลาย พบว่า นักเรียนที่มีแบบอย่างจากบิดามารดามาก เป็นผู้มีพฤติกรรมฉลาดเลือกกินและมีพฤติกรรมการกินอาหารเหมาะสมกับสุขภาพมากกว่า ที่มีแบบอย่างจากบิดามาดาน้อย ส่วนนักเรียนที่ทำกิจกรรมเหมาะสมร่วมกับเพื่อนมาก มีพฤติกรรมฉลาดเลือกกินมากกว่า ผู้ที่ทำกิจกรรมเหมาะสมร่วมกับเพื่อนน้อย ส่วนดวงกมล พรหมลักขโณ (2549: 193-194) ศึกษาปัจจัยเชิงเหตุและผลของพฤติกรรมฉลาดดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ พบว่า การรับอิทธิพลการดูแลสุขภาพจากคนรอบข้าง เป็นตัวทำนายที่สำคัญลำดับแรก ของพฤติกรรมฉลาดเลือกกิน ในกลุ่มรวมได้ 36.3% และพบว่ากิจกรรมที่ทำร่วมกับเพื่อนเป็นตัวทำนายที่สำคัญลำดับแรก ของพฤติกรรมหลีกเลี่ยงสารพิษ ในกลุ่มรวมได้ 40.1% จากงานวิจัยข้างต้นในวัยรุ่นบุคคลอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ คือ เพื่อน และเพื่อนยังเป็นบุคคลอ้างอิงที่มีผลต่อสุขภาพในวัยอื่นๆ ด้วย ดังงานของพรรณราย พิทักษ์เจริญ (2543) ที่ศึกษาจิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพกายและจิตของข้าราชการสูงอายุ พบว่าในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว ปัจจัยร่วมที่สำคัญคือการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และการศึกษาของนพมาศ แซ่เลี้ยว (2550) พบว่าผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมาก เป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตใน 3 ด้าน (ทำงาน ครอบครัวย และสังคม) มากกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนน้อย รวมทั้งการมีแบบอย่างที่ดีจากครอบครัวก็มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย ได้แก่ งานวิจัยของยุทธนา ภาระนันท์ และนิภาพร โชติสุตเสนห์ (2546: 89,132) ศึกษาปัจจัยเชิงเหตุและผลของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ พบว่า ทหารเกณฑ์ที่มีแบบอย่างการสำรวจทางเพศมาก เป็นผู้ที่มีการป้องกันเอดส์มากกว่าทหารเกณฑ์ที่มีแบบอย่างการสำรวจทางเพศน้อย และแบบอย่างการสำรวจทางเพศร่วมกับสถานการณ์ 2 ตัว สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการเอดส์ในกลุ่มรวมได้ 9.5% และงานของเบญจมาศ นาควิจิตร (2551) พบว่าการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว และการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากข้อมูลข้างต้นพบว่าการเห็นตัวแบบอย่างจากบุคคลอ้างอิงมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการมีตัวแบบทางสุขภาพและจิตลักษณะเดิมกับเชาว์สุขภาพ

งานวิจัยที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างการมีตัวแบบจากบุคคลอ้างอิงกับความเชื่ออำนาจในตน ได้แก่ งานวิจัยของชัยยุทธ กุลตังวัฒนา; และคนอื่นๆ (2547) พบว่ามัคคุเทศก์ที่มีแบบอย่างที่ดีในการทำงานมาก และอยู่ในสถานการณทำงานที่มีลักษณะยั่วยุน้อย เป็นผู้มีความเชื่ออำนาจในตนในการทำงาน และมีพฤติกรรมดูแลสุขอนามัยนักท่องเที่ยวมากกว่า มัคคุเทศก์ที่มีแบบอย่างที่ดีในการทำงานน้อยและมัคคุเทศก์ที่อยู่ในสถานการณทำงานที่มีลักษณะยั่วยุมาก ส่วนงานวิจัยของรุจิเรศ พิษิตานนท์ (2546: 69,83) ได้ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฉลาดเลือกกิน ของวัยรุ่นตอนปลายโดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 650 คน พบว่า นักเรียนที่มีแบบอย่างจากบิดามารดามากจะมีความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพมากกว่านักเรียนที่มีแบบอย่างจากบิดามารดาน้อยในกลุ่มรวม และพบว่านักเรียนที่ทำกิจกรรมเหมาะสมร่วมกับเพื่อนมากมีความเชื่ออำนาจในตนมากกว่านักเรียนที่ทำกิจกรรมเหมาะสมร่วมกับเพื่อนน้อย พบผลในกลุ่มนักเรียนหญิง

งานวิจัยที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างการมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงกับลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน ได้แก่ งานวิจัยของดวงกมล พรหมลักขโณ (2549: 177) ศึกษาปัจจัยเชิงเหตุและผลของพฤติกรรมฉลาดดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ พบว่า นักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพขั้น 8 เห็นแบบอย่างการดูแลสุขภาพจากครอบครัวมาก มีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนมาก เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมฉลาดเลือกกิน พฤติกรรมหลีกเลี่ยงสารพิษ พฤติกรรมรักษาความสะอาดส่วนตัว และการมีความสุขในชีวิต มากกว่า นักเรียนประเภทตรงข้ามที่อยู่ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพขั้น 3 เห็นแบบอย่างการดูแลสุขภาพจากครอบครัวน้อย มีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนน้อย ในกลุ่มย่อย สอดคล้องกับงานวิจัยของ กุหลาบ ไทโรโพธิ์ (2546: 133) คือ นักเรียนที่มีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนมาก มีการเห็นแบบอย่างการรักษาความสะอาดจากครอบครัวมาก เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมรักษาความสะอาดมากกว่านักเรียนประเภทตรงข้าม พบในกลุ่มรวมและทุกกลุ่มย่อย และงานของ รุจิเรศ พิษิตานนท์ (2546: 81) พบว่า นักเรียนที่ทำกิจกรรมเหมาะสมร่วมกับเพื่อนมาก มีความรู้เกี่ยวกับอาหารและสุขภาพมาก มีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนสูง มีพฤติกรรมกินอาหารเหมาะสมกับสุขภาพมากกว่า นักเรียนที่ทำกิจกรรมเหมาะสมร่วมกับเพื่อนน้อย มีความรู้ต่ำ มีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนต่ำ

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัย จึงนำมาสู่การกำหนดสมมติฐานว่า การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเชาว์สุขภาพ และสามารถเป็นตัวทำนายเชาว์สุขภาพได้ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ที่มีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงมากและมีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงหรือมีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมสูง จะมีเชาว์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ประเภทตรงข้าม

การได้รับข่าวสารทางสุขภาพและจิตลักษณะเดิมกับชาวสุขภาพ

ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ในยุคข่าวสารไร้พรมแดนการที่จะก้าวให้ทันความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น บุคคลจำเป็นต้องติดตามข่าวสารใหม่ๆ เสมอ เปิดตัวเองให้รับประสบการณ์ใหม่ ๆ มีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของวิทยาศาสตร์และการแพทย์ โดยละทิ้งความเชื่อโชคลางต่างๆ เพื่อเผชิญกับอุปสรรคในชีวิต การรับข่าวสารที่มีประโยชน์มีส่วนช่วยละทิ้งความเชื่อโชคลางต่างๆ เพื่อเผชิญกับอุปสรรคในชีวิต (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534: 72; อ้างอิงจาก Inkeles. 1973) การรับข่าวสารที่มีประโยชน์ยังช่วยเพิ่มพูนความรู้ ช่วยเปลี่ยนแปลงเจตคติที่บุคคลมีอยู่ได้ (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534: 73; อ้างอิงจาก Rogers; & Shoemaker. 1971: 145) โรเจอร์ กล่าวว่า การสื่อสาร หมายถึง กระบวนการที่ความคิด ข่าวสาร ถูกส่งจากแหล่งสารไปยังผู้รับสาร ด้วยเจตนาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางประการของผู้รับสาร โดยที่ผลของการสื่อสารทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 3 ประการ คือ การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ เจตคติ และพฤติกรรม (พีระนันท์ บุรณะโสภณ. 2538: 30; อ้างอิงจาก Roger. 1983)

องค์ประกอบที่จำเป็นในการสื่อความหมายมีอยู่ 4 อย่าง คือ 1) ผู้ส่งสาร หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มที่เป็นผู้ให้ข่าวสาร เป็นต้นตอของข่าวสาร ผู้ส่งสารในด้านสื่อมวลชน คือ ผู้จัดทำหนังสือพิมพ์ ผู้จัดรายการวิทยุ โทรทัศน์ 2) ตัวข่าวสาร หรือข้อมูล ได้แก่ ข้อเท็จจริง แนวคิด สัญลักษณ์ ความรู้สึกอารมณ์ ฯลฯ ทั้งที่เป็นถ้อยคำภาษาและที่ไม่ใช่ถ้อยคำภาษา 3) ช่องทางหรือสื่อ หมายถึง ช่องทางหรือสิ่งที่จะช่วยให้การถ่ายทอดข่าวสาร เป็นไปได้โดยสะดวกและถูกต้องชัดเจนตามความประสงค์ของผู้ส่งสาร ได้แก่ เครื่องมือที่จะช่วยให้ผู้รับสารมองเห็นได้ยิน และสัมผัสกับข่าวสารมากที่สุด ดังนั้นจึงเป็นการพูดอธิบาย เขียนจดหมาย โทรศัพท์ ภาพยนตร์ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ 4) ผู้รับสาร คือ บุคคลได้ข่าวสารที่ผู้ส่งข่าวสารส่งมาให้ ผู้รับข่าวสารจากสื่อมวลชน คือ ผู้ชมโทรทัศน์ ผู้ฟังวิทยุ และผู้อ่านหนังสือพิมพ์ ตามปกติเมื่อผู้รับข่าวสารได้รับข่าวสารแล้วจะมีปฏิกิริยาเป็นข้อมูลย้อนกลับ กระบวนการสื่อความหมายจะได้ผลมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับผู้รับข่าวสารด้วย ถ้าผู้รับข่าวสารไม่สนใจ ไม่ตั้งใจที่จะดู ฟัง และรับข่าวสาร การสื่อความหมายก็จะไม่ได้ผล หรือปรากฏผลในทางที่ผิดไป (สงวนศรี วิรัชชัย. 2527: 51)

การได้รับข่าวสารยังเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม คอบบ์ (Cobb. 1976: 300-314) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ค่อนข้างกว้างว่าเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเขาเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และเพนเดอร์ (Pender. 1996: 257) ได้แบ่งแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดการเข้าใจว่าอย่างไรควรทำ จึงจะมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

ในการวิจัยครั้งนี้ การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ หมายถึง การรับรู้และสนใจข้อมูลด้านสุขภาพ จากสื่อประเภทต่าง ๆ เช่น หนังสือ ตำรา นิตยสาร วารสาร บทความวิชาการ อินเทอร์เน็ต ตัวบุคคล รวมทั้งได้รับการอบรมหรือฟังประชุมวิชาการด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ จิต ทัศนคติและพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น

การวัดการได้รับข่าวสารทางสุขภาพ เป็นการสร้างขึ้นตามการรับข่าวสารผ่านสื่อต่างๆ เป็นหลัก โดยปรับปรุงแบบวัดของดวงกมล พรหมลักษณ์ (2549) จำนวน 15 ข้อ ที่มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .90 เป็นมาตรวัดประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย” มีทั้งข้อความทางบวก และลบ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเพิ่มข้อคำถามตามแนวคิดสนับสนุนทางสังคมและปรับเปลี่ยนให้เข้ากับวัยผู้ใหญ่ที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการได้รับข่าวสารทางสุขภาพกับเชาว์สุขภาพ

การได้รับข่าวสารทางสุขภาพมาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้วย งานวิจัยของเตือนใจ เทียนทอง (2546) ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตการศึกษา 1 ในกลุ่มรวมพบตัวทำนาย 5 ตัวร่วมกันสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นได้ 33% โดยตัวทำนายที่สำคัญ คือ การรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อมวลชน และจุไรศ พิษิตานนท์ (2546: 59) ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฉลาดเลือกกิน ของวัยรุ่นตอนปลาย โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 650 คน พบว่า นักเรียนที่รับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพมากเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมฉลาดเลือกกินมากกว่านักเรียนที่รับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพน้อย และการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพร่วมกับจิตลักษณะเดิมและสถานการณ์ 3 ตัว สามารถทำนายพฤติกรรมฉลาดเลือกกินได้ 28.5% ในกลุ่มรวม โดยเป็นตัวทำนายลำดับที่ 4 ผลในทำนองเดียวกันนี้ยังพบในงานวิจัยของกุหลาบ ไทราษฎร์ (2546) พฤติกรรมการรักษาความสะอาดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น และอุบล เลี้ยววาริณ (2534) พฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพฯ ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ดังเช่น งานของวนิดา มกรกิจวินุลย์ (2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหัวเฉียว พบว่า ปัจจัยเสริม ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของอรไท แดงชาติ (2548) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลตำรวจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับ ดวงพร สุตสุนทร (2546) พบว่า ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า คือ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจากสื่อ

และบุคคลต่างๆ และวาทีนา ทาตายุ (2545: 90) ยังพบว่า ปัจจัยเสริมการได้รับความรู้จากการประชุมวิชาการของบุคลากรโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 2$)

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการได้รับข่าวสารทางสุขภาพและจิตลักษณะเดิมกับเชาว์สุขภาพ

การได้รับข่าวสารที่มีประโยชน์ มีความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจในตนและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน ดังเช่นงานวิจัยของลินดา สุวรรณดี (2543) ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการลดปริมาณขยะของนักเรียนในโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการรณรงค์ พบว่าปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมที่สำคัญ คือการรับรู้ข่าวสารด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเมื่อรวมกับปัจจัยทางจิตลักษณะ 3 ด้าน คือ สุขภาพจิตดี ความเชื่ออำนาจในตน และลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน สามารถทำนายพฤติกรรมหลักเลียงการสร้างขยะ และพฤติกรรมการใช้สิ่งของอย่างคุ้มค่า ในนักเรียนกลุ่มรวมได้ 47% และจงลักษณ์ คงแสง (2546) พบว่าตัวแปรทำนายที่สำคัญของพฤติกรรมประหยัดของพยาบาลวิชาชีพ คือเจตคติต่อการประหยัด ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน การได้รับข่าวสารประหยัดเหตุผลเชิงจริยธรรม โดยทำนายได้ร้อยละ 34.8 และส่วนงานวิจัยด้านพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ ดังเช่นการศึกษาของดวงกมล พรหมลักษโณ (2549: 192) พบว่า นักเรียนที่รับข่าวสารสุขภาพมาก มีจิตลักษณะตามสถานการณ์และพฤติกรรมฉลาดดูแลสุขภาพตนมากกว่า นักเรียนที่รับข่าวสารสุขภาพน้อยและเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนในการรักษาสุขภาพมาก ทั้งพฤติกรรมฉลาดเลือกกินหลักเลียงสารพิษ รักษาความสะอาดส่วนตัวและมีความสุขในชีวิตมากในกลุ่มรวม เช่นเดียวกับบุรจิเรศ พิชิตานนท์ (2546: 153) ที่พบว่านักเรียนที่รับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพมาก มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมฉลาดเลือกกินมากกว่า มีความเชื่ออำนาจในตนในการรักษาสุขภาพมากกว่า นักเรียนที่มีการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพน้อยพบในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อยอีก 4 กลุ่ม

จากการประมวลเอกสาร จึงนำมาสู่การกำหนดสมมติฐานว่า การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเชาว์สุขภาพ รวมทั้งสามารถเป็นตัวทำนายเชาว์สุขภาพได้ และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการรับรู้ข่าวสารทางสุขภาพมาก และมีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงหรือมีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนสูงจะมีเชาว์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มตรงข้าม

การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพและจิตลักษณะกับเชาว์สุขภาพ

ปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ ทั้งในทางตรงและทางอ้อม บุคคลรอบข้างเป็นบุคคลที่มีส่วนการปลูกฝังหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องต่างๆ ได้แก่ พ่อแม่ ผู้ปกครอง พี่น้อง ครู อาจารย์ กลุ่มเพื่อน และบุคลากรในโรงพยาบาล รวมทั้งบุคคลที่เป็นสิ่งแวดล้อมในสังคม บุคคลเหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อการปลูกฝังหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในแง่ของการกระตุ้นเตือน การชักจูง การ

เป็นตัวอย่าง รวมทั้งการส่งเสริมให้เกิดการกระทำหรือการปฏิบัติในลักษณะที่เหมาะสม จนนำไปสู่การเกิดการกระทำหรือพร้อมที่จะกระทำในสิ่งที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดีตามเป้าหมาย

ทฤษฎีเกี่ยวกับสิ่งจูงใจ (Incentive Theory)

ทฤษฎีเกี่ยวกับสิ่งจูงใจ หรือทฤษฎีการกระตุ้น (Cue-Stimulus Theory หรือ Non-drive Theory) ในช่วงราว ค.ศ. 1950 นักจิตวิทยาหลายท่านชี้ให้เห็นชัดว่าสิ่งเร้าจากภายนอกเป็นตัวกระตุ้นของพฤติกรรมได้ อินทรีย์ไม่เพียงแต่ถูกผลักดันให้เกิดกิจกรรมต่างๆ โดยแรงขับภายในเท่านั้น เหตุกระตุ้นใจหรือเครื่องชวนใจ (Incentives) บางอย่างก็มี ความสำคัญในการยั่วยุพฤติกรรม เราอาจมองการจูงใจได้ในฐานะเป็นการกระทำระหว่างกันของวัตถุที่เป็นสิ่งเร้าในสิ่งแวดล้อมกับสภาพทางสรีรวิทยาของอินทรีย์อย่างหนึ่งโดยเฉพาะ

ทฤษฎีการกระตุ้นหรือทฤษฎีที่ไม่ใช่แรงขับนี้ นักจิตวิทยาบางท่านเรียกว่า **ทฤษฎีสิ่งเร้า** ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญต่อสิ่งเร้ามากกว่าความต้องการภายในร่างกาย โดยเชื่อว่าสิ่งเร้า (Stimulus) หรือสิ่งจูงใจ (Incentive) จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความต้องการขึ้นมา และผลักดันให้เกิดพฤติกรรมจูงใจขึ้น ตัวอย่างเช่น เราอาจไม่มีความต้องการหรือยังไม่มีความคิดที่จะไปดูภาพยนตร์แต่มีเพื่อนมาชักชวนทำให้เราอยากไปดู คำชักชวนของเพื่อนเป็นสิ่งเร้าที่มากระตุ้นให้เกิดความต้องการขึ้น และผลักดันให้เกิดพฤติกรรมจูงใจตามมาหรือตัวอย่างเช่น เสียงกริ่งโทรศัพท์ดังขึ้นถี่ๆ ทำให้เราต้องลุกไปรับโทรศัพท์ เสียงกริ่งเป็นสิ่งเร้า ทั้งๆ ที่บางครั้งเราไม่ประสงค์จะลุกไปรับด้วยซ้ำไป แต่ก็จำเป็นต้องรับอาจจะเป็นนิสัยความเคยชินหรือเป็นเพราะรำคาญเสียงกริ่งก็ได้ ทฤษฎีนี้จึงเชื่อว่าพฤติกรรมบางอย่างอยู่ภายใต้การควบคุมของสิ่งเร้า ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 ทฤษฎีสิ่งเร้า

สเปนซ์ (Spence. 1956) เชื่อว่า สิ่งล่อใจของทฤษฎีการจูงใจ ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่า พฤติกรรมเป็นสิ่งที่นำไปสู่จุดหมายปลายทางและบุคคลนั้นก็มีความพยายามที่จะทำให้ได้รับประเภท สิ่งล่อใจทางบวก (สิ่งที่ปรารถนา) และพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งล่อใจทางลบ (สิ่งที่ไม่ปรารถนา)

สิ่งล่อใจหรือเครื่องล่อใจ(Incentives) คือ สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ เป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดการจูงใจ อันเป็นตัวทำให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ (กมลรัตน์ หล้าสูงงษ์. 2528: 227) มีความหมายเดียวกับ สิ่งจูงใจ (Motivators) คือ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดแรงผลักดันให้บุคคลแสดง พฤติกรรมออกมาอย่างมีทิศทางเพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายหรือเป้าหมายที่ต้องการ มีผู้ให้ความหมายของ สิ่งจูงใจหรือสิ่งล่อใจไว้ดังนี้

สตีแยร์ และปอร์เตอร์ (Steer; & Porter. 1979: 5) ได้ให้ความหมายของสิ่งจูงใจไว้ 3 ประการ คือ 1) สิ่งจูงใจ หมายถึง สิ่งที่เป็นพลังกระตุ้นให้แต่ละบุคคลกระทำพฤติกรรม 2) เป็นสิ่งที่ชี้ทิศทางหรือ แนวทางให้บุคคลแสดงพฤติกรรม เพื่อบรรลุเป้าหมายของแต่ละบุคคล และ 3) เป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุน รักษาพฤติกรรมนั้นๆ ให้คงอยู่

สงวน สุทธิเลิศอรุณ (2529: 124) สิ่งล่อใจ หมายถึง สิ่งเร้าที่ชักนำบุคคล ให้กระทำการอย่าง โดยอย่างหนึ่งเพื่อไปสู่จุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ สิ่งล่อใจนี้อาจเป็นวัตถุ เป็นสัญลักษณ์ เป็นคำพูดที่ทำให้บุคคล นั้นพึงพอใจที่จะแสดงพฤติกรรม

โยธิน ศันสนยุทธ (2531: 141) สิ่งล่อใจ หมายถึง สิ่งหรือเงื่อนไขภายนอกที่กระตุ้นอินทรีย์ให้ เกิดการกระทำเพื่อไปสู่เป้าประสงค์

พรรณราย ทพยะประภา (2529: 63) สิ่งล่อใจ หมายถึง สิ่งที่ใช้เป็นพลังกระตุ้นให้เกิด พฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือยับยั้งมิให้เกิดพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง

ประเภทของสิ่งล่อใจ (Types of Incentives) แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. สิ่งล่อใจที่เป็นเงิน (Financial Incentives)
2. สิ่งล่อใจที่ไม่ใช่เงิน (Non-Financial Incentives) เช่น การยกย่องสรรเสริญ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความพอใจหรือเป็นสิ่งล่อใจทางบวก และการใช้อิทธิพลทางสังคม โดยให้บุคคลมีความรู้สึกรู้ว่าเป็น ส่วนหนึ่งของสังคมนั้น ทำให้เกิดการกระตือรือร้นมีพลังในการกระทำพฤติกรรมนั้น เป็นต้น

สิ่งจูงใจที่นิยมใช้กันมักใช้ในพฤติกรรมการทำงาน บรรจบ เนียมมณี (2523: 226) ได้จำแนก ประเภทของสิ่งจูงใจออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) สิ่งจูงใจในทางบวก (Positive Incentive) หมายถึง การให้ สิ่งที่ได้รับยินดีจะยอมรับว่า เป็นประโยชน์แก่ผู้รับ เช่น การให้เงิน ค่าตอบแทน ความมั่นคงในหน้าที่การ งาน ความยกย่องชมเชย ความรู้สึกมีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของ การแข่งขัน เพื่อปรับปรุงตนเอง การรับรู้ ผลงานของตนเองการมีส่วนร่วมในกิจกรรมขององค์กร และ 2) สิ่งจูงใจในทางลบ (Negative Incentive) ได้แก่ การประณาม การตัดเงินเดือน การลดขั้น การให้ออกจากงาน การไล่ออกจากงาน

สอดคล้องกับชรูเดน และเชอร์แมน (Cruden; & Sherman. 1968: 274-280) ได้จำแนก สิ่งจูงใจออกเป็น 2 ประการ คือ 1) สิ่งจูงใจทางบวก ประกอบด้วย เงิน ความมั่นคงปลอดภัย การชมเชย การยอมรับนับถือ การแข่งขัน การได้รับรู้ผลงาน การมีส่วนร่วม สิ่งจูงใจทางบวกนี้เป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวย ต่อความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากร และ 2) สิ่งจูงใจทางลบ ได้แก่ การบังคับ การขู่เข็ญ และการลงโทษ สิ่งจูงใจทางลบจะก่อให้เกิดบุคลากรเกิดความคับข้องใจในการปฏิบัติหน้าที่การงาน

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ให้ความหมายของสิ่งจูงใจหรือสิ่งล่อใจว่า เป็นปัจจัยภายนอกของบุคคล ที่มากระตุ้นอินทรีย์ให้เกิดการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อบรรลุจุดหมายปลายทางของการมีสุขภาพดี และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงหรือการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ หมายถึง การได้รับอิทธิพลจากบุคคลรอบข้าง ได้แก่ บิดามารดา คู่สมรส เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และผู้บริหารหรือหัวหน้างาน เป็นต้น มาช่วยเสริมหรือเป็นแรงกระตุ้นให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการได้รับการสนับสนุนเพื่อให้เกิดการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยใช้สิ่งจูงใจต่างๆ เช่น สิ่งจูงใจทางบวก คือ คำชมเชย การยอมรับ การให้รางวัลที่เป็นสิ่งของหรือเงิน เป็นต้น และสิ่งจูงใจทางลบ คือ การตีเตือน การข่มขู่ ลงโทษ เป็นต้น

การวัดการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นมาตรวัด ประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด ถึงไม่จริงเลย” มีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ จำนวน 10 ข้อ ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และมีการวัดค่าความเชื่อมั่นที่น่าเชื่อถือตามวิธีการสร้างเครื่องมือ วัด โดยผู้ที่ได้คะแนนสูงเป็นผู้ที่ได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพมาก

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพกับเชาว์สุขภาพ

การได้รับสิ่งจูงใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงาน ดังงานวิจัยของ ประกอบพร สีนุรัตน์ (2542) ที่ศึกษาการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานเขตเมือง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า แรงจูงใจทั้ง 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุนทั้งในภาพรวมและรายด้านทุกด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของอสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถอธิบายความผันแปรของการปฏิบัติงานของ อสม.ได้ และวิไลวรรณ จงรักษัตย์ (2540) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการจูงใจในการล้างมือต่อ ความรู้และพฤติกรรมการล้างมือของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนก สูติกรรม โรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่ พบว่าภายหลังได้รับการจูงใจในการล้างมือโดยการให้ความรู้ และการจัดอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการล้างมือก่อนทำกิจกรรมที่มีความเสี่ยงสูงภายหลังได้รับการจูงใจมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.6 เป็น 6.7 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ ที่พบว่าสิ่งจูงใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ดังงานวิจัยของ พิษณุ อภิสมมาตรโยธิน (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ตามยุทธศาสตร์เมืองไทย

แข็งแรงของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยในจังหวัดนครปฐม พบว่าปัจจัยเสริม ได้แก่ ความตระหนักเรื่องสุขภาพ การใส่ใจจากครอบครัว และการใส่ใจจากเพื่อนในเรื่องสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพและจิตลักษณะเดิมกับเชาว์สุขภาพ

ไม่มีผลการวิจัยโดยตรงที่อธิบายความสัมพันธ์ของการได้รับสิ่งจูงใจกับจิตลักษณะความเชื่ออำนาจในตน และลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน แต่มีงานวิจัยที่สอดคล้องกับหลักการเสริมแรงหรือปัจจัยเสริม (Reinforcing Factor) ที่เป็นสิ่งจูงใจให้กระทำพฤติกรรม ดังเช่นงานของยศ อัมพรรัตน์ (2536) ศึกษาผลของการฝึกการอดได้รอได้และการให้แรงเสริมทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 พบว่า นักเรียนที่มีระดับความเชื่ออำนาจในตนสูง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องสูงกว่านักเรียนที่มีระดับ ความเชื่ออำนาจในตนต่ำ หลังจากได้รับการฝึกการอดได้รอได้ร่วมกับการให้แรงเสริมทางสังคม หรือได้รับทริทแมนท์ใดเพียงทริทแมนท์เดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ นักเรียนที่มีระดับความเชื่อที่ถูกต้องทางสุขภาพสูง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องสูงกว่านักเรียนที่มีระดับ ความเชื่อที่ถูกต้องทางสุขภาพต่ำ หลังจากได้รับการฝึกการอดได้รอได้ร่วมกับการให้แรงเสริมทางสังคม หรือได้รับทริทแมนท์ใดเพียงทริทแมนท์เดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการประมวลเอกสารในส่วนนี้ จึงนำมาสู่การตั้งสมมติฐานว่า ปัจจัยการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเชาว์สุขภาพ รวมทั้งสามารถเป็นตัวทำนายเชาว์สุขภาพได้ และบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพมาก และมีความเชื่ออำนาจในตนสูงหรือมีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนสูง จะมีเชาว์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ตรงข้าม

จิตลักษณะเดิมกับเชาว์สุขภาพ

จิตลักษณะเดิม หมายถึง ลักษณะของจิตใจที่ผลักดันให้เกิดพฤติกรรมหนึ่งๆ เป็นลักษณะที่สะสมมาในตัวบุคคลจากอดีต ถึงปัจจุบัน มีลักษณะที่ค่อนข้างคงที่ ไม่อยู่ภายใต้อิทธิพลของสถานการณ์ปัจจุบัน ในงานครั้งนี้ ใช้ทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรมในการกำหนดจิตลักษณะที่สำคัญเกี่ยวข้องกับเชาว์สุขภาพ ซึ่งแนวคิดหลักของทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรมสรุปได้ดังนี้

ทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรม เกิดจากการประมวลผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาสาเหตุของพฤติกรรมต่าง ๆ ของคนไทยทั้งเด็กและผู้ใหญ่ อายุตั้งแต่ 6-60 ปี โดยดวงเดือน พันธุมนาวิน (2543) เพื่อศึกษาอิทธิพลจิตใจต่อพฤติกรรมเป็นสำคัญ

ลักษณะของทฤษฎีต้นไม้จริยธรรม ทฤษฎีต้นไม้จริยธรรมแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นดอก และผลของต้นไม้ ส่วนลำต้น และส่วนราก ใน**ส่วนที่หนึ่ง** คือ ดอกและผลไม้บนต้น ที่แสดงถึง พฤติกรรมการทำดีละเว้นชั่วและพฤติกรรมการทำงานอย่างขยันขันแข็งเพื่อส่วนรวม ซึ่งล้วนแต่เป็น พฤติกรรมของพลเมืองดี พฤติกรรมที่เอื้อต่อการพัฒนาประเทศ **ส่วนที่สอง** คือ ลำต้นของต้นไม้ เป็นสาเหตุทางจิตใจ ซึ่งประกอบด้วยจิตลักษณะ 5 ด้าน คือ 1.เหตุผลเชิงจริยธรรม 2.มุ่งอนาคตและการควบคุมตนเอง 3.ความเชื่ออำนาจในตน 4.แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และ 5.ทัศนคติ คุณธรรมและค่านิยม (ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมนั้นๆ) ถ้าต้องการเข้าใจ อธิบายและพฤติกรรมชนิดใดจะต้องใช้จิตลักษณะบาง ด้าน หรือทั้ง 5 ด้านประกอบกัน **ส่วนที่สาม** คือ รากของต้นไม้ ประกอบด้วยจิตลักษณะ 3 ด้าน คือ 1.สติปัญญา 2.ประสบการณ์ทางสังคม และ 3.สุขภาพจิต โดยจิตลักษณะทั้งสามนี้อาจใช้เป็นสาเหตุของการพัฒนาจิตลักษณะ 5 ประการได้อย่างสมบูรณ์ นอกจากนั้นบุคคลยังมีความพร้อมที่จะพัฒนาจิต ลักษณะทั้ง 5 ด้าน โดยพัฒนาไปเองโดยอัตโนมัติหรือวิธีอื่นๆ ฉะนั้นจิตลักษณะพื้นฐาน 3 ประการ จึง เป็นสาเหตุของสาเหตุของพฤติกรรมของคนดีและของคนเก่ง นอกจากนี้จิตลักษณะพื้นฐาน 3 ประการที่ รากนี้อาจเป็นสาเหตุร่วมกับจิตลักษณะ 5 ประการที่ลำต้น เพื่อใช้อธิบาย ทำนาย และพัฒนาพฤติกรรม ได้ (ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2543) ปัจจัยทางจิตหรือจิตลักษณะเดิมที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ความเชื่ออำนาจ ภายในตน และลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน

ความเชื่ออำนาจภายในตนกับชาวสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจในตน (Internal Locus of Control) เป็นลักษณะทางจิตที่พัฒนามาจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม และเป็นจิตลักษณะที่สำคัญตัวหนึ่งในการกำหนดพฤติกรรมที่น่าปรารถนา ของบุคคล เกิดจากการรับรู้ผลตอบแทนของการกระทำของบุคคลว่าเป็นผลมาจากตัวเองหรือเป็นผล จากผู้อื่น โชคเคราะห์หรือสิ่งที่ไม่สามารถอธิบายได้ ความเชื่อนี้จะเกิดจากความคิดประสบการณ์ซึ่งใน เหตุการณ์เดียวกันเมื่อมีความเชื่อต่างกัน บุคคลก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาต่างกัน ความหมายและ ความสำคัญของความเชื่ออำนาจในตนมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีของรอตเตอร์

รอตเตอร์ (กมลรัตน์ ทองสว่าง. 2546: 33; อ้างอิงจาก Julian Rotter. 1996) นักจิตวิทยา ชาวอเมริกัน มีแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจ (Locus of control) ดังนี้ ความเชื่ออำนาจของบุคคลสามารถ แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน เป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้สาเหตุการณ์หรือ สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นเป็นผลจากการกระทำหรือความสามารถตนไม่ว่าจะเป็นด้านดีหรือด้านร้ายก็ ตาม อีกกลุ่มเป็นบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนคือ เชื่อหรือรับรู้สาเหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่เกิด ขึ้นกับตนเองมาจากผลของสิ่งที่ควบคุมไม่ได้เช่น โชค เคราะห์ ความบังเอิญหรือบุคคลอื่น เป็นต้น รอต เตอร์ยังพบว่าผู้ที่มีอำนาจในตน จะเป็นผู้ที่กระฉับกระเฉง ว่องไว เห็นคุณค่าของกาลเวลา สามารถ

ปรับตัวได้ทุกสถานการณ์และมีความวิตกกังวลน้อย และจากงานวิจัยของฮอลแลนด์พบว่า ความเชื่ออำนาจในตน จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลกระทำสิ่งที่ตนรับผิดชอบให้สัมฤทธิ์ผล และมีความพยายามมากกว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534; อ้างอิงจาก Hollander. 1981: 123) สอดคล้องกับสตรีกแลนด์ (ดวงเดือน แซ่ตั้ง. 2530; อ้างอิงจาก Strichland. 1977) จากการรวบรวมพฤติกรรมต่างๆ ได้ข้อสรุปว่า คนที่เชื่ออำนาจในตนเป็นผู้ที่ชอบแสวงหาความรู้ มีความเชื่อว่าการทำงานขึ้นอยู่กับความสามารถของตนมากกว่าอิทธิพลของสังคม ยังเป็นผู้ที่ทำงานหนักไม่ว่าจะเป็นงานเกี่ยวกับการเรียนหรืองานด้านอื่น และเป็นผู้ที่ฝ่าฝืนอุปสรรคเพื่อให้ได้มาซึ่งความสำเร็จ ถ้าพิจารณาเกี่ยวกับพฤติกรรมอนามัยตั้งแต่การป้องกันโรคจนกระทั่งการดูแลตนเองหลังการเจ็บป่วย พวกที่เชื่ออำนาจในตนจะรู้จักป้องกันและระมัดระวังไม่ให้เกิดอุบัติเหตุและการติดโรคได้ ตลอดจนการปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ในกรณีเกิดการเจ็บป่วย จนมีการประยุกต์เป็นความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตน เกี่ยวกับสุขภาพ (Health Locus of Control) โดยใช้แนวคิดเดียวกันคือ ผู้ที่เชื่ออำนาจภายในตนจะเชื่อว่าการที่ตนมีสุขภาพดีหรือไม่ดี ขึ้นอยู่กับการกระทำของตนเอง จะมีพฤติกรรมสนใจในสุขภาพอนามัย และหาแนวทางปฏิบัติให้ตนมีสุขภาพดีอยู่เสมอ ในขณะที่เดียวกันผู้มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน จะเชื่อว่าการที่ตนมีสุขภาพดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับโชคชะตา เคราะห์กรรม ความบังเอิญ ไสยศาสตร์ หรืออยู่ภายใต้การกระทำของบุคคลอื่น ไม่สนใจที่จะดูแลเอาใจใส่สุขภาพด้วยตนเองเพื่อให้เหมาะสมและสามารถนำมาใช้ทำนายพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2531) ได้ใช้ทฤษฎีต้นไม้อัจฉริยะ มาอธิบายถึงสาเหตุของพฤติกรรมของคนดีและพฤติกรรมของคนเก่ง สาเหตุทางจิตใจของเกิดพฤติกรรมในคนไทย 1 ใน 5 ประการของจิตลักษณะในส่วนลำต้นของต้นไม้ คือ ความเชื่ออำนาจในตน โดยที่ความเชื่ออำนาจในตนของบุคคลประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ ความสามารถในการทำนายความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุหนึ่งและผลหนึ่ง และความเชื่อที่ว่าตนสามารถควบคุมผลนั้นตามที่ต้องการได้ มีการนำมาใช้ศึกษาในหลายพฤติกรรม และกล่าวถึงความเชื่ออำนาจในตนว่า เป็นลักษณะทางจิตที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมที่หมายถึง ความคิดของบุคคลที่เชื่อว่าความสำเร็จ ความล้มเหลว หรือความเป็นไปได้ของเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้น เป็นผลมาจากความสามารถและการกระทำของตน ส่วนผู้ที่มีความเชื่ออำนาจนอกตน หมายถึง ความคิดของบุคคลที่เชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนนั้น เกิดจากความสามารถและการกระทำของผู้อื่นหรือสิ่งอื่น

ความเชื่ออำนาจภายในตนเป็นสิ่งที่ต้องอาศัยการเรียนรู้เริ่มมีการพัฒนาจากวัยเด็กมาโดยเปลี่ยนจากผู้ที่คอยรับความช่วยเหลือกลายเป็นผู้ที่สามารถไตร่ตรอง ตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้ และพัฒนาทักษะขึ้นมาจนควบคุมตนเอง ซึ่งโรบินสันและเซฟเวอร์ (วรินพร ยุทธสิทธิ์โยธิน. 2547;

อ้างอิงจาก Robinson; & Shaver. 1980: 171-173) ได้แบ่งประสบการณ์ในวัยเด็กเป็น 2 ประเภทที่ส่งผลให้เกิดความเชื่ออำนาจภายในตนคือ

1. ประสบการณ์สั่งสมในอดีต เป็นการอบรมเลี้ยงดูที่เด็กได้รับจากบิดามารดา
2. ประสบการณ์สำคัญในชีวิต เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงใดช่วงหนึ่งชีวิต ระยะเวลาจำกัด เช่น การพลัดพรากจากบุคคลที่รัก อุบัติเหตุหรืออุบัติเหตุต่างๆ

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน หมายถึง การรับรู้ว่ามีผลดีหรือผลเสียต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนนั้นมีสาเหตุที่สำคัญจากการกระทำของตนเอง โดยตนเองสามารถเพียรพยายามให้เกิดผลดีมากขึ้น หลีกเลี่ยงหรือป้องกันผลเสียที่จะเกิดขึ้นกับตนเองให้ลดลงได้

การวัดความเชื่ออำนาจภายในตน มีการพัฒนามาตามลำดับ โดยแฟรเส (พรณี ปานเทวัญ. 2533; อ้างอิงจาก Farense. 1957) ได้วัดความแตกต่างระหว่างบุคคลในลักษณะของความคาดหวังจำนวน 26 ข้อแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ทและรอตเตอร์ได้นำมาปรับปรุงลดเหลือ 23 ข้อและเพิ่มเติมลงไปอีก 6 ข้อเรียกว่า Internal External Locus of Control Scale (I-E Scale) ซึ่งมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายวัดความเชื่ออำนาจภายในและหรืออำนาจภายนอกตน ต่อมาเลเวนสัน (กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. 2542: 34; อ้างอิงจาก Levenson.1974) ได้แบ่งการวัดความเชื่อนี้ออกเป็น 3 มิติ คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจโชคชะตา จำนวน 24 ข้อแต่สเกลวัดนี้ไม่ได้วัดเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ จนมีการพัฒนาแบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ โดยวอลสตัน และคนอื่นๆ (โกสม นัยรุ่งเรือง. 2533; อ้างอิงจาก Wallston; et al. 1976: 580-585) ได้ดัดแปลงจากแบบวัดของรอตเตอร์ และต่อมามีการปรับปรุงแบบวัด โดยผ่านการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่จำนวนมากจนได้เป็นแบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนด้านสุขภาพหลายมิติ (Multidimension Health Locus of Control Scale-MHCL) ซึ่งประกอบด้วยความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ ข้อคำถามด้านละ 6 ข้อจำนวน 18 ข้อ เป็นมาตรวัดประเมินรวมค่า 6 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นของแต่ละด้านเท่ากับ .859, .830 และ.841 ตามลำดับ

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ปรับปรุงแบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตนทั่วไป ของทัศนาก ทอภักดี (2528: 113-117; อ้างอิงจาก Strickland. 1977) ที่มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .85 มีลักษณะเป็นมาตรวัดประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย” จำนวน 12 ข้อ ผู้ที่ได้คะแนนสูงรวมสูงเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมต่ำ

งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตนกับเชาว์สุขภาพ

งานวิจัยในประเทศไทยที่มีการศึกษาความเชื่ออำนาจภายในตนมากมาย จากการประมวลผลการวิจัยในสาขาจิตพฤติกรรมศาสตร์ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจในตนกับพฤติกรรมที่น่าปรารถนาต่างๆ ในบุคคลอายุตั้งแต่ 12 ปี ถึง 60 ปี พบค่าเฉลี่ยของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจในตนกับพฤติกรรมที่น่าปรารถนาต่างๆ ในพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ .26 และในวัยผู้ใหญ่ เท่ากับ .30 (ดุจเดือน พันธุมนาวิน. 2548: 123) งานวิจัยที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนกับพฤติกรรมด้านสุขภาพ เช่น วรินพร ยุทธสิทธิ์โยธิน (2547) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ กับการดูแลผิวพรรณของผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A จำนวน 390 คน พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายการดูแลสุขภาพผิวพรรณเรียงตามลำดับความสำคัญมากได้แก่ การรับรู้อุปสรรค ความเชื่ออำนาจภายในตน การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ ร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 51.6 ส่วนสุวารีวรรณ กิจสมัค (2539) ที่ศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี ที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี จำนวน 310 พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นิภา ทองรักชาติ (2543) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ความเชื่ออำนาจในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ พรรณราย พัทธการเจริญ (2543) พฤติกรรมสุขภาพกายและจิตของข้าราชการสูงอายุ พบว่า ความเชื่ออำนาจในตนมีความสัมพันธ์กับสุขภาพกายและจิตของข้าราชการสูงอายุ เช่นเดียวกับ ดรณี อันขวัญเมือง (2544) ศึกษาพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของผู้ประกอบการร้านค้าในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี พบว่า ความเชื่ออำนาจในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย สอดคล้องกับงานวิจัยต่างประเทศของ วอลสตัน และวอลสตัน (นงคินุช ประยูรหงษ์. 2547; อ้างอิงจาก Wallston; & Wallston. 1982: 115-120) รายงานว่าความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนสามารถทำนายและอธิบายพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคลได้ทั้งในยามปกติและภาวะเจ็บไข้ ได้แก่ การแสวงหาความรู้ทางด้านสุขภาพ การใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์ การไปพบแพทย์หรือทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ การควบคุมโภชนาการ การนอนหลับพักผ่อน ออกกำลังกายอย่างเพียงพอ การวางแผนครอบครัว ฉีดวัคซีนป้องกันโรคและการใช้เข็มขัดนิรภัย จะมีพฤติกรรมเหล่านี้ทางบวกในผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตน ดังนั้นจึงเชื่อว่าความเชื่ออำนาจในตนมีความสัมพันธ์กับเชาว์สุขภาพด้วย เนื่องจากเชาว์สุขภาพ มาจากแนวคิดของพฤติกรรมสุขภาพ

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัย จึงนำมาสู่การกำหนดสมมติฐานว่า ความเชื่ออำนาจในตนจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเชาว์สุภาพ และยังสามารถเป็นตัวทำนายเชาว์สุภาพได้สูง

ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนกับเชาว์สุภาพ

การที่บุคคลจะประสบความสำเร็จในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ตนเองคาดหวังไว้ มักเป็นบุคคลที่มีการวางแผนการดำเนินงานที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ตลอดจนสามารถสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการดำเนินงานไปสู่จุดมุ่งหมายนั้น

ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน มาจากแนวคิดของมาโฮเนย์และคนอื่นๆ (Mahoney; et al. 1978) มีสองส่วนเป็นลักษณะจิตที่เป็นนามธรรมและส่วนที่เป็นการวางแผนจัดการ มุ่งอนาคต หมายถึงความสามารถและรับรู้ในสิ่งที่เป็นนามธรรม เป็นสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นอาจเกิดขึ้นในอนาคต อาศัยสติปัญญาในการพิจารณาในการคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดในอนาคตทั้งใกล้และไกลได้ และเห็นผลต่างๆที่เกิดขึ้นกับคนอื่นก็สามารถเกิดขึ้นกับตนได้ด้วย ถ้ามีสาเหตุนั้นเกิดขึ้นกับตน ควบคุมตน หมายถึงทักษะความสามารถในการจัดระเบียบการกระทำของตนอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดเป้าหมายรวมที่ต้องการเกิดในอนาคตแล้วแบ่งเป้าหมายเป็นขั้นๆ เมื่อสำเร็จตามเป้าหมายย่อยให้รางวัลตนเองจนเกิดความสมบูรณ์ในที่สุด และ ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2538) ได้ให้ความหมายเพิ่มเติมว่า ลักษณะมุ่งอนาคต ประกอบด้วยลักษณะ 3 ประการ ได้แก่ 1) ความสามารถในการคาดการณ์ไกล 2) ความเชื่อว่าสิ่งที่จะเกิดในอนาคตนั้น อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ และ 3) การมองเห็นคุณค่าหรือความสำคัญของสิ่งที่จะเกิดในอนาคตในปริมาณที่ไม่ลดลง และส่วนทักษะการควบคุมให้ดำเนินการสู่เป้าหมายที่ตั้งใจไว้จนสำเร็จ ทักษะการควบคุมตนนี้ ถูกเรียกชื่อในหลายรูปแบบ เช่น วินัยในตนเอง เป็นต้น ทักษะนี้เป็นทักษะที่เกิดจากการเรียนรู้ เป็นการควบคุมตนด้วยตนเองหรือจากภายใน มิใช่การถูกควบคุมจากภายนอก ประกอบด้วย 7 ขั้นในรายละเอียด แต่สามารถสรุปได้ 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การชี้แนะพฤติกรรมที่ควรปรับปรุง เป็นการแสวงหาว่าตนเองกระทำพฤติกรรมนั้นตามปกติอย่างไร หรือเรียกว่า Baseline เพื่อเป็นพื้นฐานในการวางแผนเป้าหมายที่ต้องการปรับปรุง 2) ความสำเร็จย่อยๆนำไปสู่ชัยชนะที่ยิ่งใหญ่ เป็นการวางแผนเป้าหมายย่อยๆที่ร้อยเรียงกันเพื่อนำไปสู่เป้าหมายหลักที่ตั้งไว้ 3) การควบคุมสภาพแวดล้อมของตน เป็นการคิดวิเคราะห์หรือไตร่ตรองสภาพแวดล้อมที่จะเอื้ออำนวยหรือขัดขวางการดำเนินงานในแต่ละขั้นของเป้าหมายย่อย แล้วดำเนินการสร้างสภาพเอื้ออำนวยหรือขจัดสภาพที่ขัดขวางเหล่านั้น และ 4) ความพอใจจากการกระทำจะเป็นพลังหนุนส่งแก่การกระทำนั้น เป็นการให้รางวัลตนเองเมื่อดำเนินการสำเร็จในแต่ละเป้าหมายย่อย การให้รางวัลตนเองจะเป็นพลังทำให้บุคคลอนุรักษ์การกระทำนั้นให้คงอยู่ จนกระทั่งบรรลุผลตามเป้าหมายหลักที่ตั้งไว้

การวัดลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน เป็นการรายงานถึงปริมาณความสามารถของบุคคลที่จะคาดการณ์และวางแผนเพื่อจะรองรับผลดี หรือป้องกันผลเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ตลอดจนควบคุมตนเองให้รู้จักอดได้รอได้อย่างเหมาะสม และสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมที่ต้องใช้ความเสียสละ หรืออดทนเป็นเวลานานพอที่จะนำไปสู่ผลที่ต้องการในอนาคตได้

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แบบวัดของอุบล เลี้ยววาริณ (2534) มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .72 เป็นมาตรวัดประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด ถึง ไม่จริงที่สุด” ซึ่งปรับปรุงมาจากจินตนา บิลมาศและคนอื่นๆ (2529: 57) จำนวน 18 ข้อ ผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงเป็นผู้ที่มีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนสูงผู้ที่ได้คะแนนรวมต่ำ

งานวิจัยที่เกี่ยวกับลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนกับเชาว์สุขภาพ

ผลวิจัยในอดีตมักปรากฏผลที่สอดคล้องกันว่า ผู้ที่มีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนมาก เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมที่น่าปรารถนามากด้วย เช่น งานวิจัยของ ดวงกมล พรหมลักขโณ (2549) ศึกษาพฤติกรรมฉลาดดูแลสุขภาพตน ได้แก่ พฤติกรรมฉลาดเลือกกิน หลีกเลี้ยงสารพิษ รักษาความสะอาดส่วนตัว พบว่า นักเรียนที่มีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนมากเป็นตัวทำนายมากกว่ากลุ่มตรงข้าม ผลในทำนองเดียวกันนี้ยังปรากฏในพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ เช่น พฤติกรรมฉลาดเลือกกิน (รุจิเรศ พิษิตานนท์. 2546) พฤติกรรมการรักษาความสะอาด (กุหลาบ ไทวภู. 2546) พฤติกรรมการต้านทานการเสพติด (เกษม จันทศร. 2541) เป็นต้น และในอีกหลายพฤติกรรมของวัยผู้ใหญ่ เช่น ในพฤติกรรมการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดสงขลา (พรสวรรค์ พรกาญจน์วงศ์. 2539) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของผู้ประกอบการร้านค้าในเขตเทศบาลนครนนทบุรี (ดุริณี อ้นขวัญเมือง. 2544) ลักษณะมุ่งอนาคตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทั้ง 2 ข้างต้น และพฤติกรรมการขับซื้ออย่างปลอดภัย (รวีกาญจน์ เดือนดาว. 2547) เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนกับพฤติกรรมสุขภาพว่า ผู้ที่มีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนมาก เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเหมาะสมมากกว่า ผู้ที่มีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนน้อย ผลเช่นนี้ปรากฏในพฤติกรรมต่างๆ เช่น พฤติกรรมสุขภาพกายจิต (พรรณราย พิทักษ์เจริญ. 2543) พฤติกรรมการบริโภค (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534) เป็นต้น สำหรับงานวิจัยของต่างประเทศนั้น โรบินส์ และ บรานน์ (ดวงกมล พรหมลักขโณ. 2549: 20; อ้างอิงจาก Robins; & Bryan. 2004) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน และพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ใหญ่ 300 คน พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน ในหลายพฤติกรรมเสี่ยง โดยบุคคลที่มีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนมาก จะมีแนวโน้มที่จะใช้กัญชา ยาเสพติด และแอลกอฮอล์ในขณะมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่า มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์น้อยกว่า ความถี่และจำนวน

ครั้งในการใช้แอลกอฮอล์น้อยกว่า และมีการรับรู้ความเสี่ยงที่จะเกิดร่วมกับพฤติกรรมมากกว่า บุคคลที่มีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนน้อย

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัย จึงนำมาสู่การกำหนดสมมติฐานว่า ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเชาว์สุขภาพ และสามารถทำนายเชาว์สุขภาพได้

จิตลักษณะตามสถานการณ์กับเชาว์สุขภาพ

จิตลักษณะตามสถานการณ์ หมายถึง การศึกษาลักษณะทางจิตใจของบุคคลที่อยู่ภายใต้อิทธิพลของสถานการณ์ปัจจุบัน มีความไวต่อการเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ที่บุคคลเผชิญอยู่ในปัจจุบัน สำหรับในงานวิจัยนี้ได้ศึกษาปัจจัยทางจิตลักษณะตามสถานการณ์ คือ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ

เจตคติต่อการดูแลสุขภาพกับเชาว์สุขภาพ

เจตคติ หรือ ทศคติ (Attitude) เป็นจิตลักษณะประเภทหนึ่งของบุคคล เกิดจากการรู้คิดเชิงประมาณค่าเกี่ยวกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดทำนองประโยชน์หรือโทษทำให้มีความรู้สึกโน้มเอียงไปทางชอบ พอใจมากน้อยต่อสิ่งนั้นๆ หรืออาจกล่าวได้ว่า เจตคติความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ โดยมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ รวมทั้งความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมเฉพาะอย่าง (งามตา วณิชานนท์.2539) ดังนั้นบุคคลจึงมีเจตคติต่อสิ่งต่างๆ ได้มากมาย ทั้งเจตคติต่อตนเอง ต่อบุคคลอื่น หรือต่อการกระทำอย่างหนึ่งอย่างใด

เนื่องจากการศึกษาเกี่ยวกับเจตคติกันมากจึงมีการให้ความหมายแตกต่างกัน เฟสติงเจอร์ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2534: 140; อ้างอิงจาก Festinger.1957) ได้เสนอแนวคิดของทฤษฎีความไม่ลงรอยกันของความรู้ (Cognitive Dissonance Theory) โดยทฤษฎีนี้กล่าวว่า ถ้าพฤติกรรมของบุคคลไม่สอดคล้องกับความรู้ หรือทัศนคติขณะนั้น บุคคลจะไม่มีความสุขหรือเรียกสภาพนี้ว่า ความไม่ลงรอยกันของความรู้ ผลจากสภาพการณ์นี้ บุคคลจะถูกจูงใจให้แก้ไขปัญหาหรือสภาพการณ์เพื่อจะให้ความเชื่อและพฤติกรรมสอดคล้องกัน และในปี 1964 เฟสติงเจอร์ (Festinger) ได้เสนอแนวคิดทฤษฎีนี้เพิ่มเติมว่า ถ้าพฤติกรรมนั้น บุคคลได้เคยปฏิบัติมาก่อนและไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงได้ บุคคลก็จะพยายามเปลี่ยนเจตคติและความเชื่อ ดังนั้นถ้าบุคคลได้ตรวจพบว่าตนเองมีพฤติกรรมอย่างหนึ่ง ซึ่งขัดแย้งกับความเชื่อของตน และพฤติกรรมนั้นไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงได้อีก (เช่น เหตุผลอาจจะเป็นการได้รับค่าจ้างที่สูง) บุคคลก็จะพยายามเปลี่ยนแปลงความเชื่อของตนเองให้สอดคล้องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ ส่วนเบม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2534: 141; อ้างอิงจาก Bem. 1967) นักสังคมจิตวิทยาได้เสนอแนวคิดทฤษฎีว่า เราสามารถตรวจสอบหรือบอกได้ว่า บุคคลมีความเชื่อ และเจตคติอย่างไร ดูได้จากพฤติกรรมของบุคคล ตามแนวคิดของทฤษฎีนี้ บุคคลจะไม่ทราบเจตคติของตัวเอง จนกว่าจะศึกษาจาก

พฤติกรรมที่ตนปฏิบัติ และ ฟิชบายน์ (รุจิเรศ พิษิตานนท์. 2546: 32; อ้างอิงจาก Fishbein. 1975: 5) เจตคติ หมายถึง จิตลักษณะที่เกิดจากการเรียนรู้ในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ วัตถุ หรือสิ่งต่างๆ ทางด้านบวก ลบ หรือกลางๆ หรืออาจกล่าวได้ว่า เจตคติ คือ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ โดยมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบสำคัญ รวมทั้งความพร้อมที่จะกระทำเฉพาะอย่างต่อบุคคล สิ่งของ หรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ไปในทางที่สอดคล้องกับความไม่ชอบของตนต่อสิ่งนั้น ฉะนั้นบุคคลจึงมีเจตคติต่อสิ่งต่างๆ มากมาย แม้แต่เจตคติต่อตนเอง หรือ เจตคติต่อการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง (ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2531: 125)

เจตคติประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ กันซึ่งนักจิตวิทยาได้เสนอไว้ 3 ลักษณะคือ เจตคติที่มี 3 องค์ประกอบ คือ 1.องค์ประกอบด้านการรู้คิด (Cognitive component) หมายถึง ความคิด ความเชื่อถือที่คนมีต่อสิ่งเร้า (คนสิ่งเร้า สถานการณ์) รู้ในทางที่ดีหรือไม่ดี บวกหรือลบ ในกรณีที่เรารู้จักสิ่งใดดีเราก็จะมีเจตคติที่ดีต่อสิ่งนั้น ถ้าเรารู้จักสิ่งนั้นไม่ดี เราก็จะมีเจตคติที่ไม่ดีเช่นกัน ถ้าเราไม่รู้จักสิ่งใดเลย เราก็จะไม่เกิดเจตคติขึ้น ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2523: 6) กล่าวว่าในการวัดเจตคติองค์ประกอบด้านการรู้ การคิดนี้ ผู้วัดต้องแน่ใจว่าผู้ถูกวัดนี้มีความรู้หรือประสบการณ์ในเรื่องนั้นมากพอประมาณ ถ้าผู้ถูกวัดไม่ทราบเกี่ยวกับเรื่องนั้นเลย ก็ไม่ควรวัดเจตคติเพราะอาจทำให้เกิดข้อสรุปที่ผิดพลาดจากการวัดนั้น เช่น การวัดเจตคติของเด็กอนุบาลเกี่ยวกับ "กฎหมาย" หรือวัดเจตคติของชาวชนบทในถิ่นกันดารเกี่ยวกับ "การจราจรในเมืองหลวง" 2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective Component) เป็นองค์ประกอบทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกที่มีต่อสิ่งเร้าและเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดของเจตคติ คือ องค์ประกอบด้านความรู้สึกจะสอดคล้องกับองค์ประกอบด้านการรู้ การคิด กล่าวคือ ถ้าบุคคลรู้เกี่ยวกับสิ่งหนึ่งในทางดีก็จะชอบสิ่งนั้น แต่ถ้ารู้เกี่ยวกับสิ่งนั้นในทางไม่ดี ก็ย่อมไม่ชอบไม่พอใจสิ่งนั้น ในขั้นนี้จะเป็นทัศนคติที่มีทิศทางแล้วซึ่งจะเปลี่ยนแปลงค่อนข้างยากมาก และ 3.องค์ประกอบด้านความพร้อมปฏิบัติ (Behavioral Component) เป็นองค์ประกอบที่มีแนวโน้มในทางปฏิบัติ ถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสม พร้อมที่จะสนองต่อสิ่งนั้นๆ ในทางใดทางหนึ่ง องค์ประกอบของเจตคติทั้ง 3 นี้ มีความสัมพันธ์กันเสมอ ด้วยเหตุที่ว่าปฏิกิริยาของมนุษย์ที่มีต่อสิ่งใดก็ตาม จะตกอยู่ภายใต้องค์ประกอบทั้งสามนี้ทั้งสิ้น นักจิตวิทยาที่สนับสนุนแนวคิดนี้ได้แก่ ทริแอนด์ (Triandis) และ มอริส (Morris) (ศักดิ์ไทย สุรภิจวรร. 2545: 138)

เจตคติที่มี 2 องค์ประกอบ คือ 1.องค์ประกอบด้านสติปัญญา หมายถึง กลุ่มของความเชื่อที่บุคคลมีต่อเป้าหมายของทัศนคติ จะเป็นตัวส่งเสริมหรือขัดขวางการบรรลุถึงค่านิยมต่างๆ ของบุคคล และ 2. องค์ประกอบด้านอารมณ์ความรู้สึก หมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลมีเมื่อถูกกระตุ้นโดยเป้าหมายของเจตคติ นักจิตวิทยาที่สนับสนุนแนวคิดนี้ได้แก่ โรเซนเบิร์ก (Rosenberg) แคทซ์ (Katz) กิลฟอร์ด (Guiford) และคาแพลน (Kaplan) (วรรณดี แสงประทีปทอง. 2536: 54)

เจตคติที่มีองค์ประกอบเดียว คือ องค์ประกอบด้านอารมณ์หรือความรู้สึก หมายถึง ความรู้สึกชอบ-ไม่ชอบ หรือทำที่ที่ดี-ไม่ดี ที่บุคคลมีต่อเป้าหมายของเจตคติ นักจิตวิทยาที่สนับสนุนแนวคิดนี้ได้แก่ เทอร์สโตน (Thurstone) อินสโค (Insko) นิวแมนและนิวแมน (Newman; & Newman) (จิรวรรณ ชำนาญช่าง. 2544: 11)

เจตคดียังมีลักษณะสำคัญอีก 2 ประการ คือ ทิศทาง (Direction) หมายถึง การประเมินค่าความรู้สึก และการมุ่งกระทำไปในทางที่เป็นบวกหรือลบ นั่นคือ ดีหรือเลว มีประโยชน์หรือไร้ประโยชน์ ชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจ พร้อมทั้งจะให้การสนับสนุนช่วยเหลือและเข้าใจ หรือพร้อมที่จะทำลายขัดขวางและหลีกเลี่ยง และปริมาณ (Magnitude) หมายถึง ความเข้มข้นหรือปริมาณความรุนแรงของเจตคติไปในทางบวกหรือลบ นั่นคือ บุคคลอาจมีเจตคติต่อสิ่งหนึ่งเพียงบางเบา ขึ้นกับความสำคัญของสิ่งนั้น หรือความผูกพันของบุคคลต่อเรื่องนั้น (ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2523: 7-8) นอกจากนี้ เจตคติและพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กัน ดังเช่น การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพ ของไพบูลย์ อ่อนมั่ง (2542) พบว่า องค์ประกอบด้านเจตคติเป็นองค์ประกอบที่มีบทบาทเด่นชัด คือ ความรู้มีผลโดยตรงต่อเจตคติ เจตคติมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติและความรู้จะส่งผลต่อการปฏิบัติโดยตรงได้ต้องมีเจตคติเป็นตัวกระตุ้น

เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง การที่บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ ความเข้าใจ เห็นคุณค่า และมองเห็นประโยชน์สูงของการดูแลสุขภาพว่าเป็นสิ่งที่ดี รู้สึกพอใจ และพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองให้เกิดสุขภาพดี

การวัดเจตคติ ทำให้เข้าใจเจตคติของบุคคล และสามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ได้ การวัดเจตคติมีหลายวิธี ดังนี้ (สุชา จันทน์เอม. 2544: 271-273) **วิธีที่ 1** Scaling technique เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้วัดเจตคติ มี 2 แบบ คือ วิธีของเทอร์สโตน (The Thurstone method) วิธีการนี้ประกอบด้วยประโยคต่างๆ ประมาณ 10-20 ประโยคหรือมากกว่านั้น โดยเป็นตัวแทนของระดับความคิดเห็นต่างๆ กัน มีการกำหนดเป็น Scale value เริ่มจาก 0.0 ซึ่งเป็นประโยคที่ไม่พึงพอใจมากที่สุดเรื่อยๆ ไปถึง 5.5 สำหรับประโยคที่มีความรู้สึกเป็นกลางๆ จนกระทั่งถึง 11.0 สำหรับประโยคที่พึงพอใจมากที่สุด และ วิธีของลิเกิร์ต (The Likert Technique) มาตรฐานแบบนี้ ประกอบด้วยประโยคต่างๆ ซึ่งแต่ละประโยคผู้ถูกทดสอบจะแสดงความรู้สึกของตนเองออกมา 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เฉยๆ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แต่ละระดับมีคะแนนให้ไว้ตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนของคนหนึ่งๆ ได้จากคะแนนรวมจากทุกๆ ประโยค **วิธีที่ 2** Polling การหยั่งเสียงประชาชน ส่วนมากใช้กับการเลือกตั้งพรรคการเมือง หรือสิ่งที่ทำกับประชาชน โดยต้องมีการตรวจสอบ หยั่งเสียงกัน เพื่อหยั่งดูว่ามหาชนมีความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ อย่างไร และผลการหยั่งเสียงออกมาตรงหรือไม่ ขึ้นอยู่กับวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ว่านั้นเป็นตัวแทนของประชากรหรือไม่ **วิธีที่ 3** Questionnaire คือ การใช้แบบสอบถามว่าเห็นด้วยหรือไม่ ดีหรือไม่ดี โดยแบ่ง

ออกเป็น 2 แบบ คือ Fixed-Alternative Questions คือ คำถามที่ถามเฉพาะเจาะจงลงไปแล้วให้ตอบตามเรื่องที่ถามเท่านั้น และ Open-Ended Questions คือคำถามที่เปิดโอกาสให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม แล้วนำความคิดเห็นหรือความรู้สึกของคนส่วนมากมาจัดกลุ่มดูว่า มีความรู้สึกอย่างไร หรือมีทัศนคติอย่างไร ในการวัดเจตคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ผู้วัดอาจเลือกวัดองค์ประกอบความรู้เชิงประเมินค่า หรือด้านความรู้สึก และด้านความพร้อมที่จะกระทำ หรือทั้งสามองค์ประกอบพร้อมกันก็ได้ (ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2523)

การศึกษานี้ปรับปรุงจากแบบวัดของอุบล เลี้ยววาริณ (2534) ที่มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .70 จำนวน 25 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เชิงประเมินค่า 8 ข้อ ความรู้สึกต่อพฤติกรรมสุขภาพ 7 ข้อ ความพร้อมและการมุ่งกระทำพฤติกรรมสุขภาพ 10 ข้อ เป็นมาตรวัดประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย” มีทั้งข้อความทางบวกและลบ ผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมต่ำ

งานวิจัยที่เกี่ยวกับเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพกับเชาว์สุขภาพ

งานวิจัยที่ศึกษาเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ ได้แก่ งานวิจัยของอุบล เลี้ยววาริณ (2534) ศึกษาความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างอายุ 18-45 ปี ตัวแปรจิตลักษณะ 4 ตัว ได้แก่ ทัศนคติต่อสุขภาพ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ และลักษณะมุ่งอนาคต กับตัวแปรด้านรับข่าวสารสุขภาพ ร่วมทำนายพฤติกรรมการกินและพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลได้มากกว่าตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร และตัวแปรการศึกษาร่วมกับตัวแปรจิตลักษณะทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 41 และพบว่าผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลมีทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่ออำนาจในตนเกี่ยวกับสุขภาพ และลักษณะมุ่งอนาคตกับพฤติกรรมสุขภาพ 2 ด้าน คือ พฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลที่เหมาะสมมากกว่าผู้ที่ทำงานโรงงานหรือบริษัท สอดคล้องกับผลการศึกษา ของเบญจมาศ นาควิจิตร (2551) ที่ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพฯ พบว่า เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และยังพบว่าเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง การสนับสนุนด้านการดูแลตนเองจากครอบครัว และความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 54.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเจตคติยังมีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมสุขภาพอีกมาก อาทิงานวิจัยของอดัมส์ดี แสงวณิช (2546: 61) ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ บุคลากรโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ พบว่าเจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ส่วนงานวิจัยที่วัดระดับเจตคติต่อการดูแลสุขภาพ มีงานวิจัยของวิไล ตั้งตระกูล (2543: 97-99) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันของ คนงานในโรงพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า คนงานในโรงพยาบาลมีเจตคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าผู้ที่มีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมมาก เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมที่น่าปรารถนามากกว่า ผู้ที่มีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมน้อย จึงนำมาสู่การตั้งสมมติฐานว่า การมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเชาว์สุขภาพ และยังสามารถเป็นตัวทำนายเชาว์สุขภาพได้

การรับรู้ความสามารถของตน (Self-Efficacy) ด้านสุขภาพ

การรับรู้ความสามารถของตน เป็นมโนทัศน์หนึ่งที่อยู่ในทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมที่รู้จักกันในด้านเป็นตัวทำนายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ และการคงอยู่ของพฤติกรรม แบนดูราได้ให้คำจำกัดความว่า การรับรู้ความสามารถของตน เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ การรับรู้ความสามารถของตอนนี้จะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลือกกระทำในกิจกรรมต่างๆ และความพยายามที่จะกระทำในกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง เพราะการรับรู้ความสามารถของตนเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ถ้าบุคคลตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถ ก็จะกระทำกิจกรรมนั้น แต่ถ้ามีความเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถ ก็จะหลีกเลี่ยงการกระทำกิจกรรมนั้น (สุดารัตน์ ขวัญเงิน. 2537: 16-17; อ้างอิงจาก Fitzgerald. 1991: 552-553; citing Bandura.1977)

แบนดูรามีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคลโดยบุคคล 2 คน อาจมีความสามารถไม่แตกต่างกัน แต่จะแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ถ้าพบว่า คน 2 คน นี้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นเดียวกันแบนดูราเห็นว่าความสามารถไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสถานการณ์นั้นๆ นั่นคือ ถ้าคนมีความเชื่อว่ามี ความสามารถ ก็จะแสดงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถ จะมีความอดทน อุทิศหาะ ไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2541: 57-58; อ้างอิงจาก Even.1989)

การรับรู้ความสามารถของตนนั่นเกี่ยวข้องและมีความแตกต่างกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome Expectation) การรับรู้ความสามารถของตน เป็นการตัดสินใจถึงระดับความสามารถของตนในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้น เป็นการตัดสินใจว่าผลลัพธ์ใดจะเกิดขึ้นจาก

การกระทำพฤติกรรมดังกล่าว ดังนั้นปัจจัย 2 ประการที่จะช่วยให้บุคคลกระทำพฤติกรรมที่มุ่งหวัง คือ บุคคลนั้นต้องเห็นว่าพฤติกรรมนั้นน่าจะทำให้เกิดผลตามที่ต้องการและบุคคลนั้นต้องมีความเชื่อมั่นว่า มีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ (Bandura. 1977: 193) การรับรู้ความสามารถของตนและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กันสูง โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆที่เกิดขึ้น บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นสูง มีแนวโน้มที่จะกระทำอย่างแน่วแน่ แต่ถ้ามีเพียงด้านใดสูงหรือต่ำ บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะไม่แสดงพฤติกรรมของตนเอง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2541: 58)

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนคติในการดูแลสุขภาพตนเองที่กล่าวถึง คุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งบุคคลที่มีคุณภาพจะสร้างหรือพัฒนาการดูแลตนเอง เพนเดอร์ (Pender. 1987: 58) กล่าวถึง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ คือ ปัจจัยด้านการนึกคิดและการรับรู้ ปัจจัยร่วมและข้อแนะวิธีปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเป็นส่วนประกอบหนึ่งของปัจจัยด้านการนึกคิดและการรับรู้ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพ กล่าวคือ การรับรู้ความสามารถของตนเป็นความเชื่อในความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นให้สำเร็จ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวังไว้ (Bandura. 1977: 193) การรับรู้ความสามารถของตนมีอิทธิพลต่อการเลือกกระทำกิจกรรม การมีความพยายามที่จะกระทำกิจกรรมและการกระทำกิจกรรมต่อไปแม้จะมีอุปสรรค ดังนั้นการรับรู้ความสามารถของตนจึงเป็นตัววัดการกระทำของบุคคล

ในการวิจัยครั้งนี้ การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพหรือดูแลให้เกิดสุขภาพดี

การวัดการรับรู้ความสามารถของตน การวัด สี่และบอบโก (วิลาสลักษณ์ ชวัลลสี. 2542; อ้างอิงจาก Lee; & Biobko. 1994) ได้รวบรวมการวัดการรับรู้ความสามารถของตนตามทฤษฎีของแบนดูรา พบว่ามี 4 วิธี **วิธีที่ 1** การวัดความเข้มข้นหรือความมั่นใจ เป็นวิธีการที่นำมาใช้วัดการรับรู้ความสามารถของตนมากที่สุด ทำได้โดยการถามผู้ตอบถึงความมั่นใจว่า สามารถปฏิบัติงานที่มีความยากเพิ่มขึ้นได้เพียงใด โดยประเมินความมั่นใจจาก ไม่มีความมั่นใจเลย (0) จนถึงความมั่นใจเต็มที่ (100) **วิธีที่ 2** การระดับความยาก เป็นวิธีที่นิยมรองลงมา โดยใช้คำถามเช่นเดียวกับการวัดแบบแรกแต่คำตอบจะเป็นแบบใช่-ไม่ใช่ หากตอบใช่ จะได้ 1 คะแนน และตอบไม่ใช่ จะได้คะแนน 0 คะแนน ผู้มีคะแนนรวมมากกว่าจะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูงกว่า **วิธีที่ 3** การวัดแบบผสม โดยใช้การวัดแบบที่หนึ่งและสองผสมกัน ซึ่งข้อคำถามเป็นข้อเดียวกันแต่การตอบจะมี 2 ลักษณะคือความเข้มหรือความมั่นใจและระดับความยาก **วิธีที่ 4** การวัดความเข้มหรือความมั่นใจต่องานที่กำหนด โดยการให้ตอบคำถามเพียงข้อเดียวเกี่ยวกับงานที่กำหนดให้ทำ แล้วให้ประเมินความมั่นใจถึงความสำเร็จใน

การทำงานนั้นๆ ซึ่งแบบวัดนี้เป็นการวัดโดยไม่ให้ตอบในแง่ของความยากของการปฏิบัติงานที่เพิ่มขึ้น คำตอบให้เล็กลงจะใช้ลิเคอร์ทสเกล เป็นการประเมินความมั่นใจในความสามารถของตนในการจัดการ กับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ได้

แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพที่ใช้ในประเทศไทย ส่วนใหญ่จะเป็นแบบ วัดซึ่งดัดแปลงมาจากต่างประเทศ เช่น แบบวัดของ มาร์ค เอส และเจมส์ อีเอ็ม (จิราภรณ์ เทพหนู. 2540; อ้างอิงจาก Mark S.; & Jame E.M.) และแบบวัด Self – Efficacy Scale ของซีเรอร์ และคนอื่นๆ (สุดารัตน์ ขวัญเงิน. 2537; อ้างอิงจาก Sherer; et al.1982) ซึ่งสร้างตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ ความสามารถของตนของแบนดูรา มีทั้งหมด 23 ข้อ เป็นการถามถึงการรับรู้ความสามารถของตนเรื่อง ทั่วไป 17 ข้อ และถามถึงการรับรู้ความสามารถของตนด้านสังคม 6 ข้อ มีมาตรวัด 5 ระดับ ส่วนสถิติ ฎห่องไสย (2541) ได้สร้างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนต่อการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่ม มีค่า ความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.71 จำนวน 24 ข้อ มีมาตรวัด 5 ระดับ เป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด และ กมลพรรณ หอมนาน (2539) สร้างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้สูงอายุ มีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .91 ต่อมา เบญจมาศ นาควิจิตร (2551) ได้ปรับปรุงจากแบบวัด ของ กมลพรรณ หอมนาน ซึ่งสร้างตามแนวคิดของแบนดูรามาใช้โดยมีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .94 ในการศึกษาครั้งนี้ได้ปรับปรุงแบบวัด ของเบญจมาศ นาควิจิตร (2551) ที่มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .94 จำนวน 12 ข้อ ซึ่งเป็นมาตรวัดประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย” เป็นข้อความ ทางบวกทั้งหมด ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 12-72 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงแสดงว่ามีการรับรู้ ความสามารถของตนด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมต่ำ

งานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพกับเชาว์สุขภาพ

เมคคอบเลย์ และจาคอบสัน (สุดารัตน์ ขวัญเงิน. 2537: 4; อ้างอิงจาก McAuley; & Jacobson. 1991: 185–191) ได้ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนที่เกี่ยวกับการออกกำลังกาย แรงจูงใจของตนเอง (Self-Motivation) และน้ำหนักของร่างกายว่าปัจจัยใดเป็นปัจจัยร่วมทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมการ ออกกำลังกายแบบแอโรบิค เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ในผู้หญิงที่มีอาชีพที่ต้องนั่งทำงานอยู่กับโต๊ะ จำนวน 58 คน จากการศึกษาพบว่ามีเพียงการ รับรู้ความสามารถของตนเท่านั้นที่สามารถทำนายการ เข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นการรับรู้ความสามารถของตนมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคคล ส่วนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและควบคุมน้ำหนักให้ เหมาะสมนั้นเป็นเป้าหมายของการมีวิถีทางดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดี ซึ่งแซมปัสสิมส์ (สุดารัตน์ ขวัญเงิน. 2537: 4; อ้างอิงจาก Fitzgerald. 1991: 554; citing Chambliss. 1979) ได้ทำการศึกษาแบบกึ่งทดลอง โดยเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของตนในบุคคลที่ลดน้ำหนักที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรม

พบว่า การเพิ่มระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองจะทำให้ผู้ที่ลดน้ำหนัก สามารถลดน้ำหนักได้สูงขึ้น สำหรับในประเทศไทย สดุดี ภูห่องไสย (2537) และ สุดารัตน์ ขวัญเงิน (2537) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเตียนทอง (2546) พบว่า กลุ่มวัยรุ่นเพศชาย ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่อการส่งเสริมสุขภาพมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มวัยรุ่นที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่อการส่งเสริมสุขภาพต่ำ ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี หอมมาน (2539: 59) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในชุมชนจังหวัดเพชรบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีในทางตรงกันข้ามถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี และวันดี แยมจันทร์ฉาย (2538: 44-46) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัย นำมาสู่การตั้งสมมติฐานว่า การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเชาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ และสามารถเป็นตัวแทนนายเชาว์สุขภาพได้

ปัจจัยด้านลักษณะทางชีวสังคม

ปัจจัยทางชีวสังคมในการศึกษาครั้งนี้ คือ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส การทำงานเป็นวงรอบเวลาหรือกะ โรคประจำตัว และดัชนีมวลกาย

เพศกับเชาว์สุขภาพ

เพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกความแตกต่างทางด้านร่างกาย และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางด้านค่านิยม ยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคมด้วย (Orem, 1980) ในสังคมไทยกำหนดเพศชายเป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงถูกกำหนดบทบาทให้เป็นแม่บ้านทำให้ เพศชายถูกยกย่องจากสังคม มองตนเองว่ามีค่าเหนือกว่าเพศหญิง จากการศึกษาของ รจนารถ ล่วงลือ (2536: 69) พบว่าเพศชายมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิงเกือบทุกด้าน แต่การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่วัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลางของ นลินี มิ่งมณี (2549) พบว่า ผู้ใหญ่เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรวม พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเสพยาพิษ และพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล ดีกว่าผู้ใหญ่เพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ดีกว่าผู้ใหญ่เพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในกลุ่ม

ที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์ เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี (สุกัญญา ไผทโสภณ. 2540) พฤติกรรมการดูแลตนเองของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครปฐม (หวนใจ ขาวพัฒนวรรณ. 2543) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ (อุดมศักดิ์ แสงวณิช. 2546) ในการศึกษาครั้งนี้ตัวแปรเพศที่ต่างกันสามารถทำนายแนวโน้มสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ได้ต่างกัน

อายุกับแนวโน้มสุขภาพ

อายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล อายุเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับสิ่งใหม่ ผู้ที่มีอายุแตกต่างกันย่อมมีสภาพจิต อารมณ์ แนวความคิด และประสบการณ์ในการดำรงชีวิตที่แตกต่างกันอันเป็นผลทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน โอเร็ม (Orem. 1980) กล่าวว่า อายุมีอิทธิพลต่อการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลซึ่งจะเพิ่มตามอายุสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ดังงานวิจัยของ ปรียาภรณ์ โกมุท (2548) พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่มีอายุ 41-50 ปีและอายุมากกว่า 50 ปี มีพฤติกรรมการออกกำลังกายมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอายุ 21-30 ปี เท่ากับ 4.26 และ 11.3 เท่า ตามลำดับ สอดคล้องกับชลลดา พิฑูรย์ (2548: 59) ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของพยาบาลโรงพยาบาลสัมประสิทธิประสงค์ พบว่า กลุ่มอายุไม่เกิน 28 ปี มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มอายุ 46 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับงานวิจัยที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ อาทิเช่น พฤติกรรมการดูแลตนเองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลกลาง (ณัฐพร พลเดช. 2548) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในกองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (จิราภรณ์ ชันมัน. 2549) เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มอายุที่ต่างกันสามารถทำนายแนวโน้มสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ได้ต่างกัน

รายได้รวมต่อเดือนกับแนวโน้มสุขภาพ

รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของบุคคล โดยผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจจะเป็นผู้มีรายได้สูง ซึ่งเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้รับอาหารที่เพียงพอ ตลอดจนเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม เพนเดอร์ กล่าวว่า ความเพียงพอของรายได้จะมีส่วนเสริมแรงให้บุคคลสามารถจัดหาและเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ดังเช่น นลินี มิ่งมณี (2549) พบว่า ผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่า 20,000 บาท มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม และพฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคลดีกว่าผู้ใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,001 บาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ให้ผลเช่นเดียวกับการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลอนุสรณ์ ของสุรางค์ เชื้อวณิชชากร (2548)

ส่วนงานวิจัยของปริยาภรณ์ โกมุท (2548) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการศึกษาครั้งนี้รายได้ที่ต่างกันสามารถทำนายเชาว์สุภาพของบุคลากรทางการแพทย์ได้ต่างกัน

สถานภาพสมรสกับเชาว์สุภาพ

สถานภาพสมรสเป็นตัวบ่งชี้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือการได้รับความเกื้อหนุนจากคู่สมรส การรับรู้ถึงการมีแหล่งสนับสนุนจะช่วยให้บุคคลมีความภาคภูมิใจ มีความเชื่อมั่น คู่สมรสสามารถให้ความใกล้ชิดจึงส่งผลต่ออารมณ์และความรู้สึกนึกคิดโดยส่วนตัวของบุคคล กล่าวคือ ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ได้รับกำลังใจและความมั่นคงในอารมณ์เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าได้ดีขึ้น จึงพบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสจะมีพฤติกรรมสุขภาพโดยทั่วไปสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534: 80; อ้างอิงจาก Verbrugge. 1979) ดังเช่นงานวิจัยของ ปริยาภรณ์ โกมุท (2548) พบว่าบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีการออกกำลังกายมากกว่าบุคลากรที่มีสถานภาพโสด เท่ากับ 2.45 เท่า, (95% CI (OR) = 1.38-4.37) แตกต่างจาก จำปี ประสิทธิ์ชัย (2547) พบว่าบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลรามธิบดีที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมากกว่าบุคลากรที่มีสถานภาพโสด ม่าย หย่า แยกกันอยู่ เท่ากับ 3.94 เท่า, (95% CI (OR) = 2.25-6.86) ให้ผลในการทำงานเดียวกับอุดมศักดิ์ แสงวณิช (2546) พบว่า บุคลากรในโรงพยาบาลประจำพระตำหนักที่มียุทธศาสตร์ที่มีสถานภาพสมรสคู่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ มากที่สุดคือร้อยละ 20.95 และยังพบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสอดคล้องกับดวงพร สดสุนทร (2546) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในการศึกษาครั้งนี้สถานภาพสมรสที่ต่างกันสามารถทำนายเชาว์สุภาพของบุคลากรทางการแพทย์ได้ต่างกัน

ลักษณะการทำงานเป็นวงรอบเวลาหรือกะกับเชาว์สุภาพ

เนื่องจากการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์มีลักษณะการทำงานเป็นผลัดหรือกะด้วยเพื่อให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง จึงมีการปฏิบัติงานแตกต่างกัน ในที่นี้แบ่งลักษณะการทำงานเป็น 2 ลักษณะ คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ในเวลาราชการ และที่มีลักษณะการทำงานเป็นวงรอบๆ มีการอยู่เวรในช่วงเวลากลางคืนร่วมด้วย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ที่ปฏิบัติงานในเวลาราชการ จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่า ดังเช่นงานของปริยาภรณ์ โกมุท (2548) พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานแผนกหน่วยบำบัดพิเศษและแผนกผู้ป่วยนอก มีการออกกำลังกายมากกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานแผนกอายุรกรรมที่มีการทำงานเป็นเวรเช้า บ่าย ดึก ส่วนสุจิตรา สุวรรณแพร่ (2545: 52) พบว่า พยาบาลสตรีที่เคยปฏิบัติงานในลักษณะหมุนผลัดไปข้าง

หน้าที่แตกต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในการศึกษาครั้งนี้ลักษณะการทำงานที่ต่างกันสามารถทำนายเชาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ได้ต่างกัน

โรคประจำตัวกับเชาว์สุขภาพ

บุคคลที่มีโรคประจำตัว เป็นผู้ที่มีความสุขภาพบกพร่อง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเองจะต้องถูกจำกัด เนื่องจากความวิตกกังวล ขาดความมั่นคงทางจิตใจ ต่างจากบุคคลที่มีความสุขภาพที่ดี สามารถปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ได้ดี (อุษณีย์ แสงสุข. 2546: 53) แต่การมีโรคประจำตัวอาจส่งผลให้บุคคลดูแลสุขภาพมากขึ้นหรือน้อยลงขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลว่าเป็นปัญหาหรืออุปสรรค หรือเป็นแรงเสริมกระตุ้นให้ดูแลสุขภาพมากขึ้น การศึกษาของ อุษารัตน์ สุขผล (2548) พบว่า โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนำร่องส่งเสริมสุขภาพในเขตภาคเหนือตอนล่าง ส่วนวาทินา ทาตายุ (2545: 72) พบว่า บุคลากรโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับต่ำ ในการศึกษาครั้งนี้การมีและไม่มีโรคประจำตัวสามารถทำนายเชาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ได้ต่างกัน

ดัชนีมวลกายกับเชาว์สุขภาพ

ดัชนีมวลกาย เป็นการประเมินภาวะอ้วนผอมของบุคคลหรือการประเมินปริมาณไขมันในร่างกาย และยังสามารถบอกภาวะสุขภาพ คนที่มีโภชนาการเกิน (อ้วน) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง เช่น โรคหัวใจ ภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งบ่งบอกถึงการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่เหมาะสม ในการศึกษาเปรียบเทียบของรัชดาวรรณ ลิมาซาน (2549) พบว่า ดัชนีมวลกายของกลุ่มที่ออกกำลังกายไม่ครบเกณฑ์มีดัชนีมวลกายน้อยกว่าไม่ออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีกิจกรรมทางกายต่างกัน มีดัชนีมวลกายแตกต่างกัน ส่วนงานวิจัยของอุดมศักดิ์ แสงวณิช (2546) พบว่าดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ และเป็นตัวแปรร่วมทำนายกับตัวแปรอื่นอีก 4 ตัวได้ร้อยละ 50 สอดคล้องกับ สุกัญญา ไผทโสภณ (2540: 60) ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ ดัชนีมวลกายที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมสามารถทำนายเชาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ได้ต่างกัน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้วิจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับเชาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการดำเนินการวิจัยตามหัวข้อต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือและการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การนำเสนอข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่สังกัดคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 3,026 คน (สถิติงานการเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลรามาธิบดี. 2551)

กลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีลักษณะหลากหลายสาขาวิชาชีพ มีการศึกษาขั้นต่าระดับปริญญาตรีและทำงานสังกัดคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กฎอัตราส่วนระหว่างหน่วยตัวอย่างต่อจำนวนพารามิเตอร์หรือตัวแปร ควรเป็น 20 ต่อ 1 (อังคินันท์ อินทรกำแหง. 2550; อ้างอิงจาก Liderman; Merenda; & Gold. 1980: 163 & Weiss. 1972) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรอิสระตามกรอบแนวคิด จำนวนรวม 14 ตัวแปร จึงได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 280 คน

การสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอน

ขั้นที่ 1 การเลือกสาขาวิชาชีพของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ผู้วิจัยแบ่งบุคลากรทางการแพทย์ตามสาขาวิชาชีพเป็น 3 กลุ่ม คือ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และกลุ่มอื่นๆ คือ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักรังสีการแพทย์ และนักจิตวิทยา เป็นต้น และคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างของแต่ละสาขาอาชีพ จากอัตราส่วนของประชากรกับขนาดของตัวอย่าง ($\frac{n}{N}$ เมื่อ N คือ ประชากรทั้งหมด และ n คือขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละกลุ่มดังนี้

แพทย์ จำนวน 103 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 139 คน และกลุ่มอื่นๆ คือทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักรังสีการแพทย์ นักจิตวิทยา จำนวน 38 คน

ขั้นที่ 2 การเลือกบุคลากรทางการแพทย์แต่ละกลุ่มสาขาอาชีพโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นอีกครั้ง (Stratified Random Sampling) โดยกลุ่มแพทย์แบ่งออกเป็น 14 กลุ่มตามภาควิชาที่มีแพทย์ปฏิบัติงานโดยเลือกในสัดส่วนที่เท่ากัน ในกลุ่มสาขาทางการแพทย์พยาบาลแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยในสามัญและวิกฤต แล้วเลือกพยาบาลในแต่ละแผนกในสัดส่วนที่เท่ากัน และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ แบ่งตามกลุ่มสาขาอาชีพ แล้วจึงใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 280 คน

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง ผู้วิจัยไม่สามารถกำหนดกลุ่มตัวอย่างของแพทย์ได้ตามสัดส่วนข้างต้นได้ เนื่องจากภาระงานที่มากของบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มแพทย์ไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถาม จึงกำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างของบุคลากรทางการแพทย์ใหม่เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ เลือกมาร้อยละ 10 ของสัดส่วนประชากรจริง ได้ 150 คน และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ คือ แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักรังสีการแพทย์ นักจิตวิทยา เลือกมาร้อยละ 10 ของสัดส่วนประชากรจริง ได้ 150 คน รวมเป็น 300 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ มีจำนวน 9 แบบวัด ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
2. แบบวัดเชาว์สุขภาพ
3. แบบวัดการมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง
4. แบบวัดการได้รับข่าวสารทางสุขภาพ
5. แบบวัดการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ
6. แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน
7. แบบวัดลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน
8. แบบวัดเจตคติต่อการดูแลสุขภาพ
9. แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาจากเอกสาร ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด
2. กำหนดรูปแบบที่เหมาะสมของเครื่องมือวัดครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถาม
3. ดำเนินการสร้างแบบสอบถาม
4. นำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบแก้ไข
5. ปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ
6. ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม
7. จัดทำคู่มือการใช้เครื่องมือวัด

วิธีการหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. ตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้นด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบข้อคำถามแต่ละข้อว่าครอบคลุมและสอดคล้องตามนิยามที่กำหนดไว้หรือไม่ วัด โดยหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงรายข้อ (Index of item-Objective Congruence: IOC) จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะ
2. นำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วทดลองใช้ (Try-Out) กับบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จำนวน 41 คน
3. หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination) โดยการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมทั้งฉบับกับคะแนนเฉพาะข้อนั้นๆ (Item-Total Correlation) คัดเลือกข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์ตั้งแต่ 2.0 ขึ้นไปไว้ใช้ในแบบวัด (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2544: 314) หรือที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ไว้ใช้ในแบบวัด
4. หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543: 127,132)

ลักษณะของเครื่องมือวัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีทั้งหมด 9 ส่วน ซึ่งจะได้นำเสนอรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. **แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป** ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเอง เพื่อศึกษาความแตกต่างของลักษณะบางประการของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะของแบบสอบถามจะเป็นการเติมเครื่องหมายในช่องว่างเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปที่ตรงกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้ คือ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส การทำงานเป็นวงรอบเวลาหรือกะ โรคประจำตัว และดัชนีมวลกาย

2. **แบบวัดเชาว์สุขภาพ** เป็นแบบวัดที่ให้นักวิชาการทางการแพทย์รายงานเกี่ยวกับพฤติกรรม การดำรงชีวิตอย่างปลอดภัย ปราศจากความเสี่ยงด้านสุขภาพ ในด้านพฤติกรรม การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารถูกหลักโภชนาการ การป้องกันตนจากสิ่งเสพติด การมีสุขอนามัยส่วนบุคคล การจัดการความเครียด การจัดการอารมณ์ความรู้สึกที่เป็นสุข ความปลอดภัยของร่างกาย การป้องกันโรค และการมีอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ที่ดีมีคุณภาพอยู่อย่างปกติสุข โดยผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามที่ปรับปรุงจาก อังคินันท์ อินทรกำแหง; และ ภัทราวุธ อินทรกำแหง (2550) ซึ่งดัดแปลงจาก Hoeger; & Hoeger (2005) เป็นแบบมาตรวัดประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย” จำนวน 36 ข้อ จากการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 41 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แบบแอลฟาเท่ากับ .92

ตัวอย่าง แบบวัดเชาว์สุขภาพ

คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
0. ฉันออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาทีต่อเนื่อง เช่น วิ่ง เต้นแอโรบิค						
00. ฉันรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำทุกวัน						

3. **แบบวัดการมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง** เป็นแบบวัดที่ให้นักวิชาการทางการแพทย์ รายงานถึงการเห็นการแสดงออกของบุคคลอ้างอิง เช่น เพื่อนร่วมงาน บิดามารดา และนักแสดง เป็นต้น ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยใช้แบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่ เป็นแบบมาตรวัดประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย” จำนวน 12 ข้อ มีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ จากการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 41 คน มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง -.13 - .67 ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกไว้ใช้จริงจำนวน 10 ข้อ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แบบแอลฟาเท่ากับ .80

ตัวอย่าง แบบวัดการมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง

คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
0. ฉันเห็นเพื่อนร่วมงานของฉันที่ออกกำลังกายเป็นประจำแล้วเขาดูแข็งแรง สดใส						
00. ฉันเห็นพ่อแม่ของฉันรับประทานผักสดเป็นประจำ						

4. **แบบวัดการได้รับข่าวสารทางสุขภาพ** เป็นแบบวัดที่ให้ผู้คลากรทางการแพทย์ รายงานถึงการได้รับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ จากสื่อประเภทต่าง ๆ เช่น หนังสือ ตำรา นิตยสาร วารสาร บทความวิชาการ อินเทอร์เน็ต ตัวบุคคล รวมทั้งได้รับการอบรมหรือฟังประชุมวิชาการด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ความรู้ จิตลักษณะและพฤติกรรมของผู้รับสาร โดยผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามที่ปรับปรุงจากแบบวัดการรับข่าวสารสุขภาพของ ดวงกมล พรหมลักขโณ (2549: 43) แบบสอบถามเป็นมาตรวัดประเมินรวมค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย” จำนวน 15 ข้อ มีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ จากการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 41 คน มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .54 - .74 ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกไว้ใช้จริงจำนวน 10 ข้อ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แบบแอลฟาเท่ากับ .90

ตัวอย่าง แบบวัดการได้รับข่าวสารทางสุขภาพ

คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
0. ฉันมักอ่านบทความเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพ จากนิตยสารหรือวารสารต่างๆ						
00. ฉันไม่สนใจติดตามข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพ ในปัจจุบันจากสื่อต่างๆ						

5. **การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ** หมายถึง การที่บุคลากรทางการแพทย์ได้รับสิ่งมาช่วยเสริมหรือเป็นแรงกระตุ้นให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพหรือการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องซึ่งอาจเป็นสิ่งจูงใจที่เป็นลบหรือบวกก็ได้ เช่น คำชมเชย การยอมรับ ความมั่นคงปลอดภัย การให้รางวัลที่เป็นสิ่งของหรือเงิน การติเตียน การข่มขู่ ลงโทษ เป็นต้น จากบุคคลรอบข้าง ผู้วิจัยวัดการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ โดยสร้างแบบวัดขึ้นใหม่ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย” จำนวน 12 ข้อ มีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ จากการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 41 คน มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .19 - .73 ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกไว้ใช้จริงจำนวน 10 ข้อ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แบบแอลฟาเท่ากับ .75

ตัวอย่าง การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ

คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
0. ฉันได้รับคำชมว่าหลังออกกำลังกายแล้วดูสดใส						
00. คนรอบข้างยอมรับที่ฉันเป็นคนอารมณ์ดี						

6. แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน เป็นแบบวัดที่ให้ผู้คลาการทางการแพทย์ รายงานถึงการรับรู้ว่ามีผลดีหรือผลเสียต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นมีสาเหตุที่สำคัญจากการกระทำของตนเอง โดยตนเองสามารถเพียรพยายามให้เกิดผลดีมากขึ้น หลีกเลี่ยงหรือป้องกันผลเสียที่จะเกิดขึ้นกับตนเองให้ลดลงได้ โดยผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดความเชื่ออำนาจในตนของ ทศนา ทองภักดี (2528: 113-117) แบบสอบถามเป็นมาตรวัดประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย” คัดเลือกมาใช้จำนวน 12 ข้อ มีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ จากการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 41 คน มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .27 - .67 ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกไว้ใช้ทั้งหมด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แบบแอลฟาเท่ากับ .83

ตัวอย่าง แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน

คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
0. ในหน่วยงานงานข้าพเจ้า ความขยันขันแข็งในการทำงานเป็นสิ่งไม่สูญเปล่า						
00.ฉันขอช่วยเหลือตัวเองมากกว่าให้คนอื่นช่วย						

7. แบบวัดลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน เป็นแบบวัดที่ให้ผู้คลาการทางการแพทย์ รายงานถึงปริมาณความสามารถของบุคคลที่จะคาดการณ์และวางแผนเพื่อจะรอรับผลดี หรือป้องกันผลเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ตลอดจนควบคุมตนเองให้รู้จักอดได้รอได้อย่างเหมาะสม และสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมที่ต้องใช้ความเสียสละ หรืออดทนเป็นเวลานานพอที่จะนำไปสู่ผลที่ต้องการในอนาคตได้ โดยผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดของอุบล เลี้ยววาริณ (2534: 110) แบบสอบถามเป็นมาตรวัดประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด ถึง ไม่จริงที่สุด” จำนวน 18 ข้อ มีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ จากการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 41 คน มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง -.22 - .57 ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกไว้ใช้จริงจำนวน 14 ข้อ โดยมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .36 - .56 มีค่าสัมประสิทธิ์แบบแอลฟาเท่ากับ .80

ตัวอย่าง แบบวัดลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน

คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
0. ฉันมักทำงานไม่เสร็จทันเวลาที่กำหนด						
00. การทำดีไม่ควรหวังผลตอบแทนจากผู้อื่น						

8. **แบบวัดเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ** เป็นแบบวัดที่ให้นักวิชาการทางการแพทย์ รายงานถึง ความรู้สึก ความเชื่อ และการประเมินผลดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง รู้สึกพอใจและพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองให้เกิดสุขภาพดี โดยผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามที่ปรับปรุงจาก แบบวัดเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ของอุบล เลี้ยววาริณ (2534) แบบสอบถามเป็นมาตรวัดประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก "จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย" จำนวน 25 ข้อ มีทั้งข้อความทางบวกและทางลบจากการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 41 คน มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง -.67 - .66 ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกไว้ใช้จริงจำนวน 20 ข้อ โดยมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .36 - .66 มีค่าสัมประสิทธิ์แบบแอลฟาเท่ากับ .86

ตัวอย่าง แบบวัดเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ

คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
0. การออกกำลังแม้เป็นผลดีต่อสุขภาพ แต่ทำให้เสียเวลาโดยไม่จำเป็น						
00. ข้าพเจ้าชอบรับประทานผักสดและผลไม้						

9. **การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ** เป็นแบบวัดที่ให้นักวิชาการทางการแพทย์ รายงานถึง ความมั่นใจในความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพให้เกิดสุขภาพดีได้สำเร็จ โดยผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการดูแลสุขภาพ ของเบญจมาศ นาควิจิตร (2551) แบบสอบถามเป็นมาตรวัดประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก "จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย" จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด จากการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 41 คน มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง -.33 - .64 ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกไว้ใช้จริงจำนวน 10 ข้อ โดยมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .47 - .66 มีค่าสัมประสิทธิ์แบบแอลฟาเท่ากับ .87

ตัวอย่าง แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ

คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
0. ท่านสามารถออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยของตนได้อย่างสม่ำเสมอ						
00. ฉันสามารถรับประทานผักผลไม้ได้ทุกวันเพื่อสุขภาพที่ดี						

เกณฑ์การให้คะแนน

การให้คะแนนข้อคำถามจากเครื่องมือวัดชุดที่ 2-9 เป็นแบบมาตรวัดประเมิณรวมค่า 6 ระดับ โดยมีการให้ความหมายดังนี้

จริงที่สุด	หมายถึง ท่านปฏิบัติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ หรือเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
จริง	หมายถึง ท่านปฏิบัติเกือบเป็นประจำสม่ำเสมอ หรือเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
ค่อนข้างจริง	หมายถึง ท่านปฏิบัติค่อนข้างสม่ำเสมอ หรือเห็นด้วยกับข้อความนั้นค่อนข้างมาก
ค่อนข้างไม่จริง	หมายถึง ท่านค่อนข้างไม่ปฏิบัติเป็นประจำ หรือเห็นด้วยกับข้อความนั้นค่อนข้างน้อย
ไม่จริง	หมายถึง ท่านแทบจะไม่ปฏิบัติเลย หรือเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย
ไม่จริงที่สุด	หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติเลย หรือเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

การให้คะแนนเครื่องมือวัดชุดที่ 2-9 เป็นแบบมาตรวัดประเมิณรวมค่า 6 ระดับ ทั้งหมด โดยแบบวัดเชาว์สุภาพและแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุภาพเป็นแบบสอบถามที่มีข้อความทางบวกทั้งหมด ส่วนแบบวัดอื่นๆ เป็นแบบสอบถามที่มีทั้งข้อความทั้งทางบวกและทางลบ โดยแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนน 1-6 คะแนน โดยข้อความทางบวก "จริงที่สุด" ให้ 6 คะแนน และลดลงจนถึง "ไม่จริงเลย" ให้ 1 คะแนน ส่วนข้อความทางลบ "ไม่จริงเลย" ให้ 6 คะแนน และเพิ่มขึ้นจนถึง "จริงที่สุด" ให้ 1 คะแนน ดังรายละเอียดดังนี้

ระดับการวัด	คะแนนข้อความทางบวก	คะแนนข้อความทางลบ
จริงที่สุด	6	1
จริง	5	2
ค่อนข้างจริง	4	3
ค่อนข้างไม่จริง	3	4
ไม่จริง	2	5
ไม่จริงเลย	1	6

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวิธีการและขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจาก คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย ติดต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและจริยธรรมจากคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้วิจัยนำหนังสืออนุญาตที่ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว ติดต่อขอเก็บข้อมูลจากหน่วยบริหารงานวิจัยของโรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อทำหนังสือถึงหัวหน้าหน่วยงานต่างๆ ที่กลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติงานอยู่
4. เมื่อได้รับอนุญาตจากหน่วยงาน จึงเข้าเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบจุดมุ่งหมายของการทำวิจัยและให้ตอบแบบสอบถามที่เตรียมไว้
5. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งหมด เพื่อนำมาจัดกระทำข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การนำเสนอข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรในกรอบแนวคิดการวิจัย
2. ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1
3. ใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละขั้น (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2
4. ใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง (Two-way ANOVA) และหากพบผลความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะนำค่าเฉลี่ยไปเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ (Scheffe Method) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 3

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเรื่อง “ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับเชาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล” เป็นการวิจัยเชิงสัมพันธ์เปรียบเทียบที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์ 2 กลุ่มหลัก คือกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และทางการแพทย์พยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษากลุ่มตัวแปรจิตลักษณะตามสถานการณ์ จิตลักษณะเดิม และสถานการณ์ทางสังคมมีความเกี่ยวข้องและสามารถทำนายเชาว์สุขภาพมากน้อยเพียงใด ตามรูปแบบปฏิสัมพันธ์นิยม (Interactionism Model) โดยมีสมมติฐานในการวิจัย 3 ข้อ ดังนี้ 1) การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเชาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ 2) การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายเชาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ได้ทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน และ 3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานการณ์ทางสังคม 3 ตัวแปร คือ การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ และการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ กับปัจจัยด้านจิตลักษณะเดิม 2 ตัวแปร คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน และลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน ที่เกี่ยวข้องกับเชาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งการนำเสนอเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน

1. ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกลุ่มสถานการณ์สังคม กลุ่มจิตลักษณะเดิม และกลุ่มจิตตามสถานการณ์ กับเชาว์สุขภาพ

2. ผลการทำนายเชาว์สุขภาพด้านรวมและแต่ละด้านโดยใช้ตัวแปรกลุ่มสถานการณ์สังคม กลุ่มจิตลักษณะเดิม และกลุ่มจิตตามสถานการณ์ เป็นตัวทำนาย

3. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางของเชาว์สุขภาพพิจารณาตามปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยด้านสถานการณ์ทางสังคมกับปัจจัยด้านจิตลักษณะเดิม

ซึ่งแต่ละส่วนมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้มุ่งศึกษากลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 300 คน ดังตาราง 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์และทางพยาบาลมีสัดส่วนเท่ากันร้อยละ 50 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 87.7 เปรียบเทียบกับร้อยละ 12.3) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่าง 22-30 ปี (ร้อยละ 52) และทำงานเป็นกะ (ร้อยละ 58.7) ส่วนใหญ่เกือบ 3 ใน 4 มีรายได้รวมต่อเดือนระหว่าง 10,000-29,999 บาท (ร้อยละ 73.7) มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 74.2) และไม่มีประวัติโรคประจำตัว (ร้อยละ 77.3) รวมทั้งมีดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ 69.5)

ตาราง 2 แสดงคะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเชาว์สุภาพมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 119 - 206 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 160.35 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 16.20

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มสาเหตุด้านสถานการณ์สังคม จิตลักษณะเดิม และจิตลักษณะตามสถานการณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนในแต่ละกลุ่มสาเหตุดังนี้

ตัวแปรสถานการณ์ทางสังคม พบว่า 1) คะแนนการมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 21- 60 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 42.68 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.19 2) คะแนนการได้รับข่าวสารทางสุขภาพ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 25 - 60 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 44.25 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.00 และ 3) คะแนนการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 23 - 60 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 42.03 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.31

ตัวแปรจิตลักษณะเดิม พบว่า 1) คะแนนความเชื่ออำนาจภายในตน มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 33 -72 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 51.78 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.90 และ 2) คะแนนลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 37 - 74 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 54.31 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.71

ตัวแปรจิตลักษณะตามสถานการณ์ พบว่า 1) คะแนนเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 68 - 120 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 93.73 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.94 และ 2) คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 19 - 60 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 44.09 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.00

จากตาราง 2 ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเชาว์สุภาพสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 51 และกลุ่มที่มีคะแนนเชาว์สุภาพต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ร้อยละ 49 และเมื่อพิจารณาด้านกลุ่มสาเหตุก็พบว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำนั้นมีจำนวนไม่แตกต่างกันมากนัก

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะชีวิตสังคม

ลักษณะทั่วไป	เกณฑ์การแบ่งกลุ่ม	พิสัย	จำนวน (300 คน)	ร้อยละ (100)
1. ประเภทบุคลากร				
พยาบาลวิชาชีพ	บุคลากรทางการพยาบาล		150	50.0
แพทย์	บุคลากรทางการแพทย์		37	12.3
นักวิชาการ/วิทยาศาสตร์การแพทย์			29	9.7
เภสัชกร			25	8.3
นักรังสีการแพทย์/นักเทคโนโลยีหัวใจ			22	7.3
นักโภชนาการ			20	6.7
นักกายภาพบำบัด/กิจกรรมบำบัด			10	3.3
นักเทคนิคการแพทย์			7	2.3
2. เพศ				
	ชาย		37	12.3
	หญิง		263	87.7
3. อายุ				
	น้อย	22 - 30 ปี	156	52.0
	ปานกลาง	31 - 40 ปี	100	33.3
	มาก	41 - 58 ปี	44	14.7
4. รายได้รวมต่อเดือน (บาท)				
	น้อย	10,000 - 29,999	221	73.7
	มาก	มากกว่า 29,999	79	26.3
5. สถานภาพสมรส*				
	โสด		222	74.2
	สมรส/คู่		72	24.1
	หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่		5	1.7
6. ลักษณะการทำงาน				
	ทำงานเป็นกะ		176	58.7
	ทำงานเวลาราชการ		124	41.3
7. ประวัติโรคประจำตัว				
	มี		68	22.7
	ไม่มี		232	77.3
8. ดัชนีมวลกาย*				
	ปกติ	BMI 18.5-24.9	205	69.5
	ไม่ปกติ	BMI<18.5, >24.9	90	30.5

หมายเหตุ: * มีค่าไม่แสดงข้อมูล

ตาราง 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	เกณฑ์การ แบ่งกลุ่ม	พิสัย (คะแนน)	จำนวน (300 คน)	ร้อยละ (100)	Min	Max	Mean	SD.
ตัวแปรตาม*								
เซาร์สุขภาพ	ต่ำ	119 - 160	147	49.0	119	206	160.35	16.20
	สูง	161- 206	153	51.0				
สถานการณ์สังคม*								
1. การมีตัวแบบทางสุขภาพจาก บุคคลอ้างอิง	ต่ำ	21- 43	151	50.3	21	60	43.68	7.19
	สูง	44 - 60	149	49.7				
2. การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ	ต่ำ	25 - 44	152	50.7	25	60	44.25	7.00
	สูง	45 - 60	148	49.3				
3. การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแล สุขภาพ	ต่ำ	23 - 41	143	47.7	23	60	41.03	6.31
	สูง	42 - 60	157	52.3				
จิตลักษณะเดิม*								
1. ความเชื่ออำนาจภายในตน	ต่ำ	33 - 51	129	43.0	33	72	51.78	5.90
	สูง	52 - 72	171	57.0				
2. ลักษณะมุ่งอนาคตควบ คุมตน	ต่ำ	37 - 53	144	48.0	37	74	53.31	5.71
	สูง	54 - 74	156	52.0				
จิตลักษณะตามสถานการณ์*								
1. เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ	ต่ำ	68 - 94	154	51.3	68	120	94.73	9.94
	สูง	95 - 120	146	48.7				
2. การรับรู้ความสามารถ ของตนด้านสุขภาพ	ต่ำ	19 - 44	131	43.7	19	60	44.09	6.00
	สูง	45 - 60	169	56.3				

หมายเหตุ: * สำหรับกลุ่มตัวแปรที่คะแนนมีค่าต่อเนื่อง ใช้ค่าเฉลี่ยในการแบ่งกลุ่มสูงกลุ่มต่ำ

เมื่อพิจารณาตามกลุ่มสาเหตุด้านสถานการณ์สังคม จิตลักษณะเดิม และจิตลักษณะตามสถานการณ์ พบว่าสาเหตุด้านสถานการณ์สังคม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง และการได้รับข่าวสารทางสุขภาพ ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ย แต่มีคะแนนการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ สูงกว่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนสาเหตุด้านจิตลักษณะเดิม พบว่า มีคะแนนความเชื่ออำนาจ

ภายในตน และลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน สูงกว่าคะแนนเฉลี่ย และสาเหตุด้านจิตลักษณะตามสถานการณ์ พบว่า มีคะแนนเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ย และมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ สูงกว่าคะแนนเฉลี่ย

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน

ผู้วิจัยลำดับการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยและสมมติฐานมีรายละเอียดดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกลุ่มสถานการณ์สังคม กลุ่มจิตลักษณะเดิม และกลุ่มจิตตามสถานการณ์ กับเชาว์สุขภาพ
2. ผลการทำนายเชาว์สุขภาพด้านรวมและแต่ละด้านโดยใช้ตัวแปรกลุ่มสถานการณ์สังคม กลุ่มจิตลักษณะเดิม และกลุ่มจิตตามสถานการณ์ เป็นตัวทำนาย
3. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางของเชาว์สุขภาพพิจารณาตามปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยด้านสถานการณ์ทางสังคมกับปัจจัยด้านจิตลักษณะเดิม

2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานข้อที่ 1

สมมติฐานข้อที่ 1 การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ การได้รับสิ่งจูงใจทางสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเชาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์

จากตาราง 3 พบว่าตัวแปรที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กันทางบวก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) อยู่ระหว่าง .165 ถึง .644 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาในแต่ละตัวแปร พบผลดังนี้ เชาว์สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรอิสระทุกตัว โดยที่เชาว์สุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพมากที่สุด ($r = .644$) รองลงมา คือ การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง ($r = .585$) การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ ($r = .565$) เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ ($r = .564$) การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ ($r = .436$) ความเชื่ออำนาจภายในตน ($r = .326$) และมีความสัมพันธ์กับลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนน้อยที่สุด ($r = .197$)

นอกจากนั้นยังพบว่า ตัวแปรกลุ่มปัจจัยทางจิตลักษณะทุกตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเชาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ค่า r อยู่ระหว่าง .197 - .644) โดยพบว่าเชาว์สุขภาพมีความสัมพันธ์สูงสุดกับการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ ($r = .644$) รองลงมา คือ เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ ($r = .564$) ความเชื่ออำนาจภายในตน ($r = .326$) และลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนมีความสัมพันธ์ ($r = .197$) ตามลำดับ

ตาราง 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. เชาวน์สุภาพ	1	.585**	.436**	.565**	.326**	.197**	.564**	.644**
2. การมีตัวแบบทางสุภาพ		1	.446**	.611**	.273**	.214**	.487**	.495**
3. การได้รับข่าวสารทางสุภาพ			1	.494**	.300**	.267**	.489**	.444**
4. การได้รับสิ่งจูงใจ				1	.299**	.165**	.498**	.531**
5. ความเชื่ออำนาจภายในตน					1	.394**	.420**	.335**
6. ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน						1	.442**	.204**
7. เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุภาพ							1	.569**
8. การรับรู้ความสามารถของตน								1

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 3 ยังพบว่าปัจจัยทางสถานการณ์ทางสังคมทุกตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเชาวน์สุภาพของบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกัน (ค่า r อยู่ระหว่าง .436 - .585) โดยพบว่าเชาวน์สุภาพมีความสัมพันธ์สูงสุดกับการมีตัวแบบทางสุภาพจากบุคคลอ้างอิง ($r = .585$) รองลงมา คือ การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุภาพ ($r = .565$) และการได้รับข่าวสารทางสุภาพ ($r = .436$) ตามลำดับ ซึ่งคู่ที่มีความสัมพันธ์สูงสุดได้แก่ การปฏิบัติตามตัวแบบทางสุภาพจากบุคคลอ้างอิงกับการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุภาพ ($r = .611$) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมคู่ที่มีความสัมพันธ์สูงสุดได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุภาพกับการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุภาพ ($r = .531$)

จากข้อค้นพบข้างต้น จึงกล่าวได้ว่าสมมติฐานข้อที่ 1 การมีตัวแบบทางสุภาพจากบุคคลอ้างอิง การได้รับข่าวสารทางสุภาพ การได้รับสิ่งจูงใจทางสุภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเชาวน์สุภาพของบุคลากรทางการแพทย์ นั้นได้รับการยอมรับ

2.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานข้อที่ 2

สมมติฐานข้อที่ 2 การมีตัวแบบทางสุภาพจากบุคคลอ้างอิง การได้รับข่าวสารทางสุภาพ การได้รับสิ่งจูงใจทางสุภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน เจตคติต่อการ

ดูแลสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายเชาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ได้ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน

การวิเคราะห์ในส่วนนี้เป็นการค้นหาตัวทำนายเชาว์สุขภาพ จากตัวแปรอิสระทั้งหมด ได้แก่ การมีรูปแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ ว่าตัวแปรอิสระใดสามารถทำนายเชาว์สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มรวม และกลุ่มที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกันทั้ง 15 กลุ่ม ได้แก่ เพศหญิง เพศชาย อายุ น้อย อายุปานกลาง อายุมาก รายได้น้อย รายได้มาก สถานภาพสมรสโสด สถานภาพสมรสคู่ การทำงานในเวลา การทำงานเป็นกะ มีโรคประจำตัว ไม่มีโรคประจำตัว ดัชนีมวลกายเหมาะสม และดัชนีมวลกายไม่เหมาะสม โดยเปรียบเทียบร้อยละการทำนายจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละขั้น (Stepwise Multiple Regression Analysis)

2.2.1 ผลการทำนายเชาว์สุขภาพด้วยกลุ่มจิตลักษณะตามสถานการณ์ กลุ่มจิตลักษณะเดิม และกลุ่มสถานการณ์ทางสังคม (กลุ่มรวม)

ตาราง 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยและการทดสอบนัยสำคัญ ในการทำนายเชาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มรวม

ตัวทำนาย	b	S.E.	β	t	sig	R ² change
1. การรับรู้ความสามารถของตน	.939	.139	.348	6.75	.000	.415
2. การมีรูปแบบทางสุขภาพ	.529	.117	.235	4.51	.000	.093
3. เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ	.290	.082	.178	3.52	.000	.025
4. การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ	.381	.137	.149	2.79	.006	.012
R = .739 R ² = .546 R ² Adjust = .540 F change = 7.77*						

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละขั้น ตัวแปรอิสระที่สามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี 4 ตัวแปร คือ การ

รับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ และการได้รับสิ่งสูงใจในการดูแลสุขภาพ ซึ่งตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวสามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพได้ร้อยละ 54.6 โดยตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ ($\beta = .348$) อธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพได้ดีที่สุด คือ ร้อยละ 41.5 และเมื่อนำตัวแปรการมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง ($\beta = .235$) เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ ($\beta = .178$) และการได้รับสิ่งสูงใจในการดูแลสุขภาพ ($\beta = .149$) ร่วมพิจารณาในสมการถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละขั้น พบว่าสามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 9.3 ร้อยละ 2.5 และร้อยละ 1.2 ตามลำดับ ส่วนตัวแปรอิสระอื่นๆ ไม่สามารถเพิ่มอำนาจการอธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่าตัวแปรอิสระที่สามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพทั้ง 4 ตัวแปรมาจากปัจจัยจิตลักษณะตามสถานการณ์ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ และเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ และปัจจัยสถานการณ์ทางสังคม ได้แก่ การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง และการได้รับสิ่งสูงใจในการดูแลสุขภาพ สามารถทำนายเชาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ได้ร้อยละ 54.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2.2 ผลการทำนายเชาว์สุขภาพด้วยกลุ่มจิตลักษณะตามสถานการณ์ กลุ่มจิตลักษณะเดิม และกลุ่มสถานการณ์ทางสังคม (กลุ่มที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน)

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละขั้นของตัวแปรอิสระทุกตัวที่ร่วมทำนายเชาว์สุขภาพในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน (กลุ่มย่อย) ดังตาราง 5 พบว่าตัวแปรอิสระที่สามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพ ยังคงเป็นตัวแปรเดิม 4 ตัว คือ การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ และการได้รับสิ่งสูงใจในการดูแลสุขภาพ ซึ่งตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัว คือ การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ และการได้รับสิ่งสูงใจในการดูแลสุขภาพ ซึ่งตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวสามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพในกลุ่มเพศหญิงได้ร้อยละ 52 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในกลุ่มไม่มีโรคประจำตัวได้ร้อยละ 52.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ อธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพได้ดีที่สุดในทุกกลุ่มย่อย ยกเว้นในกลุ่มเพศชาย กลุ่มอายุมาก และกลุ่มดัชนีมวลกายไม่ปกติ นอกจากนั้นยังพบผลที่สำคัญดังนี้

ตาราง 5 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยและการทดสอบนัยสำคัญ ในการทำนายเซาวิสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน

กลุ่ม	จำนวน (คน)	% ทำนาย	R ² Adjust	ตัวทำนาย	β
เพศหญิง	262	52.0**	51.2	7,1,6,3	.36, .22, .17, .15
เพศชาย	37	70.9**	69.4	1,7	.56, .41
อายุน้อย	156	58.3*	57.5	7,1,3	.47, .26, .17
อายุปานกลาง	100	49.6**	48.0	7,1,6	.30, .30, .25
อายุมาก	44	53.2***	50.9	3,7	.51, .41
รายได้น้อย	221	53.4*	52.5	7,1,3,6	.36, .26, .15, .13
รายได้มาก	79	58.0**	56.3	7,6,1	.36, .33, .26
สถานภาพสมรสโสด	222	58.4**	57.8	7,1,3	.38, .34, .17
สถานภาพสมรสคู่	72	43.4**	41.0	7,6,3	.37, .30, .21
การทำงานเวลาราชการ	124	54.6***	53.5	7,6,1	.37, .29, .27
การทำงานเป็นกะ	176	56.4*	55.3	7,1,3,2	.37, .27, .14, .13
มีโรคประจำตัว	68	62.9***	61.8	7,1	.52, .38
ไม่มีโรคประจำตัว	232	52.3*	51.5	7,1,6,3	.32, .19, .23, .15
ดัชนีมวลกายปกติ	205	57.0*	56.1	7,6,3,1	.37, .27, .15, .14
ดัชนีมวลกายไม่ปกติ	90	53.7***	52.6	1,7	.46, .39

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

หมายเหตุ: ตัวทำนาย 1 หมายถึง การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง

2 หมายถึง การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ 3 หมายถึง การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ

4 หมายถึง ความเชื่ออำนาจภายในตน 5 หมายถึง ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน

6 หมายถึง เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ 7 หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ

กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีเพศต่างกันพบผลที่สำคัญต่อไปนี้ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์เพศชาย พบว่า การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ สามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพในกลุ่มได้ร้อยละ 70.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยการมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงเป็นตัวทำนายอันดับแรกเพียงตัวเดียว สามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพในกลุ่มเพศชายได้อย่างชัดเจนซึ่งมีค่าเบต้าเท่ากับ .56 ส่วนกลุ่มเพศหญิง พบผลคล้ายคลึงกันกับในกลุ่มรวมเนื่องจากเป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการวิจัยครั้งนี้ โดยสามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพในกลุ่มเพศหญิงได้ร้อยละ 52 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอายุต่างกันพบผลที่สำคัญดังนี้ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์อายุน้อย และอายุปานกลาง พบว่าตัวทำนายที่สำคัญเพียง 3 ตัว โดย 2 อันดับแรกที่เข้าทำนายเหมือนกันคือ การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง และตัวทำนายอันดับที่ 3 ในกลุ่มอายุน้อย คือ การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ โดยสามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพได้ร้อยละ 58.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และตัวทำนายอันดับที่ 3 กลุ่มอายุปานกลาง คือ เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ สามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพในกลุ่มอายุปานกลางได้ร้อยละ 49.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์อายุมาก พบว่า ตัวแปรการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ สามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพได้ร้อยละ 53.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ เป็นตัวทำนายอันดับแรกเพียงตัวเดียวสามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพได้อย่างชัดเจนมีค่าเบต้าเท่ากับ .51

กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีรายได้ต่างกันพบผลที่สำคัญดังนี้ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีรายได้น้อยพบผลคล้ายคลึงกันกับในกลุ่มรวม พบตัวแปร 4 ตัวที่สามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ และเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ ซึ่งสามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพได้ร้อยละ 52.5 โดยการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ เพียงตัวเดียวสามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพได้อย่างชัดเจนมีค่าเบต้าเท่ากับ .34 ส่วนกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์รายได้มาก พบตัวแปร 3 ตัวที่สามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ และการมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง ซึ่งสามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพได้ร้อยละ 56.3

กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันพบผลที่สำคัญดังนี้ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีสถานภาพโสด พบตัวแปร 3 ตัวที่สามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง และการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ โดยสามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุภาพได้ร้อยละ 54.9 ส่วนกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีสถานภาพคู่ พบตัวแปร 3 ตัวที่สามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ และการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ โดยสามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุภาพได้ร้อยละ 43.4

กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีลักษณะการทำงานต่างกันพบผลที่สำคัญดังนี้ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเป็นกะ พบตัวแปร 4 ตัวที่สามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ และการได้รับข่าวสารทางสุขภาพ สามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุภาพได้ร้อยละ 56.4 โดยการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพเพียงตัวเดียวสามารถอธิบายเชาว์สุภาพได้อย่างชัดเจนมีค่าเบต้าเท่ากับ .37 ส่วนกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเวลาราชการ พบตัวแปร 3 ตัวที่สามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คือ การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ และการมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง สามารถอธิบายของการแปรผันเชาว์สุภาพได้ร้อยละ 54.6

กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีและไม่มีโรคประจำตัวพบผลที่สำคัญดังนี้ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีโรคประจำตัว พบตัวแปร 3 ตัวที่สามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คือ การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง สามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุภาพได้ร้อยละ 62.9 โดยการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพเพียงตัวเดียวสามารถอธิบายเชาว์สุภาพได้ชัดเจนมีค่าเบต้าเท่ากับ .52 ส่วนกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่มีโรคประจำตัว พบตัวแปร 4 ตัว เช่นเดียวกับในกลุ่มรวม ที่สามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุภาพได้ร้อยละ 52.3

กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีดัชนีมวลกายต่างกันพบผลที่สำคัญดังนี้ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ดัชนีมวลกายปกติ พบตัวแปร 4 ตัวที่สามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ และเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ และการมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง สามารถ

อธิบายการแปรผันของเซาร์สุขภาพได้ร้อยละ 57 ส่วนกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีดัชนีมวลกายไม่ปกติ พบตัวแปร 2 ตัวที่สามารถอธิบายการแปรผันของเซาร์สุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คือ การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ สามารถอธิบายการแปรผันของเซาร์สุขภาพได้ร้อยละ 53.7 โดยการมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงเพียงตัวเดียวสามารถอธิบายเซาร์สุขภาพได้อย่างชัดเจนมีค่าเบต้าเท่ากับ .46

2.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานข้อที่ 3

สมมติฐานข้อที่ 3 ปัจจัยด้านจิตลักษณะเดิมร่วมกับปัจจัยด้านสถานการณ์ทางสังคมเกี่ยวข้องกับเซาร์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของเซาร์สุขภาพตามตัวแปรอิสระ 2 ตัวที่มีระดับแตกต่างกัน เป็นการวิเคราะห์ความแปรปรวนของเซาร์สุขภาพ พิจารณาตามกลุ่มปัจจัยสถานการณ์ทางสังคมที่ต่างกัน กับกลุ่มปัจจัยจิตลักษณะเดิมที่ต่างกัน โดยทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง โดยเริ่มนำเสนอจากค่าสถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม และทำการทดสอบสมมติฐานดังนี้

1. บุคลากรทางการแพทย์ที่มีการมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงมาก และมีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง จะมีเซาร์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีลักษณะตรงข้าม
2. บุคลากรทางการแพทย์ที่มีการมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงมาก และมีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนสูง จะมีเซาร์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีลักษณะตรงข้าม
3. บุคลากรทางการแพทย์ที่มีการได้รับข่าวสารทางสุขภาพมาก และมีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง จะมีเซาร์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีลักษณะตรงข้าม
4. บุคลากรทางการแพทย์ที่มีการได้รับข่าวสารทางสุขภาพมาก และมีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนสูง จะมีเซาร์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีลักษณะตรงข้าม
5. บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพมาก และความเชื่ออำนาจในตนสูง จะมีเซาร์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีลักษณะตรงข้าม
6. บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพมาก และมีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนสูง จะมีเซาร์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีลักษณะตรงข้าม

2.3.1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของเซาร์สุขภาพตามตัวแปรการมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงและความเชื่ออำนาจภายในตนที่มีระดับแตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเซาร์สุขภาพพบ ผลดังตาราง 6

ตาราง 6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเชาว์สุภาพของบุคลากรทางการแพทย์ โดยพิจารณาตามการมีตัวแบบทางสุภาพจากบุคคลอ้างอิงและความเชื่ออำนาจภายในตน

การมีตัวแบบทาง สุภาพ	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
น้อย	ต่ำ	81	151.12	14.53
น้อย	สูง	70	155.07	13.96
มาก	ต่ำ	48	165.35	13.58
มาก	สูง	101	169.02	14.76

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มที่มีตัวแบบทางสุภาพจากบุคคลอ้างอิงมากและมีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง จะเป็นกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยของเชาว์สุภาพมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มที่มีตัวแบบทางสุภาพจากบุคคลอ้างอิงมากและมีความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำ ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยของเชาว์สุภาพน้อยที่สุดคือ กลุ่มที่มีตัวแบบทางสุภาพจากบุคคลอ้างอิงน้อยและมีความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำ

ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของเชาว์สุภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีตัวแบบทางสุภาพจากบุคคลอ้างอิงและความเชื่ออำนาจภายในตนที่แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
การมีตัวแบบทางสุภาพ (1)	13842.08	1	13842.08	67.384	.000
ความเชื่ออำนาจภายในตน (2)	1010.48	1	1010.48	4.919	.027
ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง (1) และ (2)	1.39	1	1.39	.007	.935
ความคลาดเคลื่อน (Error)	60804.348	296	205.42		
รวม	7791760.00	300			

จากตาราง 7 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของเชาว์สุภาพ โดยพิจารณาในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์โดยรวม พบว่า 1) ค่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างการมีตัวแบบทางสุภาพจากบุคคลอ้างอิงและความเชื่ออำนาจภายในตน ที่เกี่ยวข้องกับคะแนนเชาว์สุภาพนั้น ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) บุคลากรทางการแพทย์ที่มีตัวแบบทางสุภาพจากบุคคลอ้างอิงมากจะเป็นผู้ที่มีเชาว์สุภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีตัวแบบทางสุภาพจากบุคคลอ้างอิงน้อย อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ 3) บุคลากรทางการแพทย์ที่ความเชื่ออำนาจภายในตนสูงจะเป็นผู้ที่มีเชาว์สุภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3.2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของเชาว์สุภาพตามตัวแปรการมีตัวแบบทางสุภาพจากบุคคลอ้างอิงและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนที่มีระดับแตกต่างกัน

ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเชาว์สุภาพของบุคลากรทางการแพทย์ โดยพิจารณาตามการมีตัวแบบทางสุภาพจากบุคคลอ้างอิงและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน

การมีตัวแบบทาง สุภาพ	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
น้อย	ต่ำ	83	153.48	14.027
น้อย	สูง	68	152.31	14.834
มาก	ต่ำ	61	168.31	14.041
มาก	สูง	88	167.51	14.795

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มที่มีตัวแบบทางสุภาพจากบุคคลอ้างอิงมากและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนต่ำ จะเป็นกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยของเชาว์สุภาพมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มที่มีตัวแบบทางสุภาพจากบุคคลอ้างอิงมากและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนสูง ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยของเชาว์สุภาพน้อยที่สุด คือกลุ่มที่มีตัวแบบทางสุภาพจากบุคคลอ้างอิงน้อยและความเชื่ออำนาจภายในตนสูง

ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของเชาว์สุภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีตัวแบบทางสุภาพจากบุคคลอ้างอิงและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนที่แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
การมีตัวแบบทางสุภาพ (1)	16545.72	1	16545.72	79.309	.000
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน (2)	71.43	1	71.43	.342	.559
ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง (1) และ (2)	2.55	1	2.55	.012	.912
ความคลาดเคลื่อน (Error)	61752.31	296	208.62		
รวม	7791760.00	300			

จากตาราง 9 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของเชาว์สุขภาพ โดยพิจารณาตามตัวแปรอิสระที่ละ 2 ตัวแปร คือ การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนซึ่งพิจารณาในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์โดยรวม ผลการวิเคราะห์พบว่า 1) ค่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างการมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนที่เกี่ยวข้องกับคะแนนเชาว์สุขภาพนั้น ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) บุคลากรทางการแพทย์ที่มีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงมากจะเป็นผู้ที่มีเชาว์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ 3) บุคลากรทางการแพทย์ที่ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนสูง มีเชาว์สุขภาพไม่แตกต่างไปจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนต่ำ

2.3.3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของเชาว์สุขภาพตามตัวแปรการได้รับข่าวสารทางสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายในตน ที่มีระดับแตกต่างกัน

ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเชาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ โดยพิจารณาตามการได้รับข่าวสารทางสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายในตน

การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ	ความเชื่ออำนาจภายในตน	จำนวนคน	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
น้อย	ต่ำ	87	152.75	13.35
น้อย	สูง	65	156.55	15.25
มาก	ต่ำ	42	164.02	17.62
มาก	สูง	106	167.45	14.99

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มที่มีการได้รับข่าวสารทางสุขภาพมากและความเชื่ออำนาจภายในตนสูง จะเป็นกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยของเชาว์สุขภาพมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มที่มีการได้รับข่าวสารทางสุขภาพมากและความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำ ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยของเชาว์สุขภาพน้อยที่สุด คือกลุ่มที่มีการได้รับข่าวสารทางสุขภาพน้อยและความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำ

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของเชาว์สุขภาพ โดยพิจารณาตามตัวแปรอิสระที่ละ 2 ตัวแปร คือ การได้รับข่าวสารทางสุขภาพมากและความเชื่ออำนาจภายในตน พบผลดังตาราง 11

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของเชาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีการได้รับข่าวสารทางสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายในตนที่แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ (1)	8179.32	1	8179.32	36.372	.000
ความเชื่ออำนาจภายในตน (2)	870.82	1	870.82	3.872	.050
ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง (1) และ (2)	2.37	1	2.37	.011	.918
ความคลาดเคลื่อน (Error)	66563.74	296	224.88		
รวม	7791760.00	300			

จากตาราง 11 ผลการวิเคราะห์พบว่า 1) ค่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารทางสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายในตนที่เกี่ยวข้องกับคะแนนเชาว์สุขภาพนั้น ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) บุคลากรทางการแพทย์ที่มีการได้รับข่าวสารทางสุขภาพมากจะเป็นผู้ที่มีเชาว์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการได้รับข่าวสารทางสุขภาพน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ 3) บุคลากรทางการแพทย์ที่ความเชื่ออำนาจภายในตนสูงจะเป็นผู้ที่มีเชาว์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3.4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของเชาว์สุขภาพตามตัวแปรการได้รับข่าวสารทางสุขภาพและลักษณะมุงอนาคตควบคุมตนที่มีระดับแตกต่างกัน

ตาราง 12 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเชาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ โดยพิจารณาตามการได้รับข่าวสารทางสุขภาพและลักษณะมุงอนาคตควบคุมตน

การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ	ลักษณะมุงอนาคตควบคุมตน	จำนวนคน	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
น้อย	ต่ำ	88	154.58	13.98
น้อย	สูง	64	154.09	14.76
มาก	ต่ำ	56	167.91	15.14
มาก	สูง	92	165.61	16.21

จากตาราง 12 พบว่า กลุ่มที่มีการได้รับข่าวสารทางสุขภาพมากและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนต่ำจะเป็นกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยของเชาว์สุขภาพมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มที่มีการได้รับข่าวสารทางสุขภาพมากและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนสูง ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยของเชาว์สุขภาพน้อยที่สุดคือกลุ่มที่มีการได้รับข่าวสารทางสุขภาพน้อยและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนสูง

ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของเชาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีการได้รับข่าวสารทางสุขภาพและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนที่แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ (1)	11080.06	1	11080.06	48.759	.000
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน (2)	139.49	1	139.49	.614	.434
ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง (1) และ (2)	59.21	1	59.21	.261	.610
ความคลาดเคลื่อน (Error)	67263.35	296	227.24		
รวม	25.568	147			

จากตาราง 13 ผลการวิเคราะห์พบว่า 1) ค่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข่าวสารทางสุขภาพและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนที่เกี่ยวข้องกับคะแนนเชาว์สุขภาพนั้น ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) บุคลากรทางการแพทย์ที่มีการได้รับข่าวสารทางสุขภาพมากจะเป็นผู้ที่มีเชาว์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการได้รับข่าวสารทางสุขภาพน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ 3) บุคลากรทางการแพทย์ที่ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนสูง มีเชาว์สุขภาพไม่แตกต่างไปจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนต่ำ

2.3.5 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของเชาว์สุขภาพตามตัวแปรการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายในตน ที่มีระดับแตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเชาว์สุขภาพตามตัวแปรการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายในตนที่มีระดับแตกต่างกัน ดังตาราง 14 พบว่า กลุ่มที่มีการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพมากและความเชื่ออำนาจภายในตนสูง จะเป็นกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยของเชาว์สุขภาพมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มที่มีการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพมากและความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำ ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยของเชาว์สุขภาพน้อยที่สุด คือกลุ่มที่มีการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพน้อยและความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำ

ตาราง 14 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเซาท์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ โดยพิจารณาตามการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายในตน

การได้รับสิ่งจูงใจในการ ดูแลสุขภาพ	ความเชื่ออำนาจ ภายในตน	จำนวนคน	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
น้อย	ต่ำ	79	151.92	14.19
น้อย	สูง	64	153.91	15.28
มาก	ต่ำ	50	163.52	15.55
มาก	สูง	107	168.93	13.58

ตาราง 15 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของเซาท์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายในตนที่แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ (1)	12300.27	1	12300.27	58.923	.000
ความเชื่ออำนาจภายในตน (2)	949.39	1	949.39	4.548	.034
ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง (1) และ (2)	204.43	1	204.43	.979	.323
ความคลาดเคลื่อน (Error)	61790.00	296	208.75		
รวม	7791760.00	300			

จากตาราง 15 การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางของเซาท์สุขภาพ โดยพิจารณาในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์โดยรวม พบว่า 1) ค่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนที่เกี่ยวข้องกับคะแนนเซาท์สุขภาพนั้น ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) บุคลากรทางการแพทย์ที่มีการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพมากจะเป็นผู้ที่มีเซาท์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ 3) บุคลากรทางการแพทย์ที่ความเชื่ออำนาจภายในตนสูงจะเป็นผู้ที่มีเซาท์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3.6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของเซาร์สุขภาพตามตัวแปรการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนที่มีระดับแตกต่างกัน

ตาราง 16 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเซาร์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ โดยพิจารณาตามการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน

การได้รับสิ่งจูงใจในการ ดูแลสุขภาพ	ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน	จำนวนคน	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
น้อย	ต่ำ	82	153.92	14.68
น้อย	สูง	61	151.33	14.64
มาก	ต่ำ	62	167.50	13.86
มาก	สูง	95	167.02	14.82

จากตาราง 16 พบว่า กลุ่มที่มีการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพมากและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนต่ำจะเป็นกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยของเซาร์สุขภาพมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มที่มีการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพมากและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนสูง ส่วนกลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยของเซาร์สุขภาพน้อยที่สุด คือกลุ่มที่มีการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพน้อยและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนสูง

ตาราง 17 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของเซาร์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนที่แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ (1)	15517.25	1	15517.25	73.272	.000
ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน (2)	170.13	1	170.13	.803	.371
ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง (1) และ (2)	80.42	1	80.42	.380	.538
ความคลาดเคลื่อน (Error)	62685.30	296	211.78		
รวม	7791760.00	300			

จากตาราง 17 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของเซาร์สุขภาพ ผลการวิเคราะห์พบว่า 1) ค่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนที่เกี่ยวข้องกับ

คะแนนเซาร์สุขภาพนั้น ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) บุคลากรทางการแพทย์ที่มีการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพมากจะเป็นผู้ที่มีเซาร์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ 3) บุคลากรทางการแพทย์ที่มีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนสูง มีเซาร์สุขภาพไม่แตกต่างไปจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนต่ำ

สรุปว่าไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตลักษณะเดิมร่วมกับปัจจัยด้านสถานการณ์ทางสังคม ที่เกี่ยวข้องกับเซาร์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเภทศึกษาความสัมพันธ์เปรียบเทียบตัวแปรด้านจิตลักษณะตามสถานการณ์ จิตลักษณะเดิม และสถานการณ์ทางสังคม ว่าตัวแปรใดที่มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างเด่นชัดกับเชาว์สุภาพของบุคลากรทางการแพทย์โดยอาศัยแนวการวิเคราะห์สาเหตุพฤติกรรมตามรูปแบบปฏิสัมพันธ์นิยามกำหนดตัวแปรเชิงเหตุที่จะอธิบายเชาว์สุภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งประกอบด้วยจุดมุ่งหมายของการวิจัย สมมติฐานการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล สรุปและอภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะตามลำดับดังต่อไปนี้

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายหลัก 3 ประการด้วยกัน คือ

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยสถานการณ์ทางสังคม ปัจจัยทางจิตลักษณะเดิม และปัจจัยทางจิตลักษณะตามสถานการณ์กับเชาว์สุภาพ
2. เพื่อทำนายเชาว์สุภาพของบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีชีวิตสังคมแตกต่างกัน จากปัจจัยทางจิตลักษณะเดิม จิตลักษณะตามสถานการณ์ และสถานการณ์ทางสังคม
3. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในกลุ่มจิตลักษณะเดิมร่วมกับตัวแปรในกลุ่มสถานการณ์ทางสังคม ที่ส่งผลต่อเชาว์สุภาพ

สมมติฐานในการวิจัย

1. การมีตัวแบบทางสุภาพจากบุคคลอ้างอิง การได้รับข่าวสารทางสุภาพ การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน เจตคติต่อการดูแลสุภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเชาว์สุภาพของบุคลากรทางการแพทย์
2. การมีตัวแบบทางสุภาพจากบุคคลอ้างอิง การได้รับข่าวสารทางสุภาพ การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุภาพ สามารถร่วมกันทำนายเชาว์สุภาพของบุคลากรทางการแพทย์ได้ทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มที่มีลักษณะชีวิตสังคมต่างกัน
3. ปัจจัยด้านจิตลักษณะเดิมร่วมกับปัจจัยด้านสถานการณ์ทางสังคม มีความเกี่ยวข้องกับเชาว์สุภาพของบุคลากรทางการแพทย์

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลรามาริบัติ ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะตำแหน่งอาชีพ ได้แก่ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ รวมเป็นจำนวน 300 คน

2. เครื่องมือวัดในการวิจัยครั้งนี้ เป็นมาตรวัดประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย” ประกอบด้วยแบบวัดจำนวน 8 แบบวัด โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 แบบวัดเชาว์สุภาพ ผู้วิจัยปรับปรุงแบบวัดของอังคินันท์ อินทรกำแหง; และภัทราวุธ อินทรกำแหง (2550) ที่ดัดแปลงจาก Hoeger; & Hoeger (2005) จำนวน 36 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด โดยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .92

2.2 แบบวัดการปฏิบัติตามตัวแบบทางสุภาพจากบุคคลอ้างอิง เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน 10 ข้อ มีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ โดยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .80

2.3 แบบวัดการได้รับข่าวสารทางสุภาพ ผู้วิจัยปรับปรุงแบบวัดการรับข่าวสารสุภาพของดวงกมล พรหมลักขโณ (2549) จำนวน 10 ข้อ มีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ โดยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .90

2.4 แบบวัดการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุภาพ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน 10 ข้อ มีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ โดยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .75

2.5 แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบวัดของทัศนาก ทอภักดี (2528) จำนวน 12 ข้อ มีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ โดยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .83

2.6 แบบวัดลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน ผู้วิจัยวัดใช้แบบวัดของอุบล เลี้ยววาริณ (2534) จำนวน 14 ข้อ มีทั้งข้อความทางบวกและทางลบ โดยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .80

2.7 แบบวัดเจตคติต่อการดูแลสุภาพ ผู้วิจัยปรับปรุงแบบวัดของอุบล เลี้ยววาริณ (2534) จำนวน 20 ข้อ ทั้งข้อความทางบวกและลบ โดยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .86

2.8 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุภาพ ผู้วิจัยปรับปรุงแบบวัดของเบญจมาศ นาควิจิตร (2551) มีจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด โดยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .87

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน 2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Pearson Product – Moment Correlation Analysis) ใช้

ทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 3) การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบขั้น (Stepwise Multiple Regression Analysis) ใช้ทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 และ 4) การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ two-way ANOVA สำหรับการทดสอบสมมติฐานทางการวิจัยข้อที่ 3

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้มีผลการวิจัยโดยสรุปดังต่อไปนี้

1. ตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมดมีความสัมพันธ์กันทางบวกกับเชาว์สุภาพ ของบุคลากรทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) อยู่ระหว่าง .197 ถึง .644 โดยที่เชาว์สุภาพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุภาพมากที่สุด ($r = .644$) รองลงมา คือ การมีตัวแบบทางสุภาพจากบุคคลอ้างอิง ($r = .585$) การได้รับสิ่งสูงใจในการดูแลสุภาพ ($r = .565$) เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุภาพ ($r = .564$) การได้รับข่าวสารทางสุภาพ ($r = .436$) ความเชื่ออำนาจภายในตน ($r = .326$) และมีความสัมพันธ์กับลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนน้อยที่สุด ($r = .197$)

2. ในกลุ่มรวม การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุภาพ ($\beta = .35$) การมีตัวแบบทางสุภาพจากบุคคลอ้างอิง ($\beta = .24$) เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุภาพ ($\beta = .18$) และการได้รับสิ่งสูงใจในการดูแลสุภาพ ($\beta = .15$) ซึ่งตัวแปรทั้ง 4 ตัว สามารถทำนายเชาว์สุภาพของบุคลากรทางการแพทย์ได้ร้อยละ 54.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาในกลุ่มชีวิตสังคมที่ต่างกันพบผลที่สำคัญดังนี้

2.1 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีดัชนีมวลกายไม่ปกติ และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์เพศชาย พบว่าตัวทำนายอันดับแรกที่เข้าทำนาย คือ การมีตัวแบบทางสุภาพจากบุคคลอ้างอิง มีค่าเบต้าเท่ากับ .46 และ .56 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2.2 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเวลาราชการ กลุ่มที่มีรายได้มาก และกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่ พบว่าตัวทำนาย 2 อันดับแรกเป็น จิตลักษณะตามสถานการณ์ คือ การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุภาพ และเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุภาพที่สามารถอธิบายเชาว์สุภาพได้ร้อยละ 48.7, 53.2 และ 39.9 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .01 และ .05

2.3 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์อายุมาก พบว่า การได้รับสิ่งสูงใจในการดูแลสุภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุภาพ สามารถทำนายเชาว์สุภาพได้ร้อยละ 53.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2.4 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีโรคประจำตัว พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุภาพ การมีตัวแบบทางสุภาพจากบุคคลอ้างอิงสามารถทำนายได้เชาว์สุภาพได้ร้อยละ 62.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2.5 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานเป็นกะ พบตัวทำนายที่แตกต่างจากกลุ่มรวม คือ การได้รับข่าวสารทางสุขภาพที่เข้ามาเป็นอันดับสุดท้ายมีค่าเบต้าเท่ากับ .13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานการณ์ทางสังคมกับด้านจิตลักษณะเดิม แต่พบความแปรปรวนไปในทางเดียวกัน

3.1 บุคลากรทางการแพทย์ที่มีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงมากจะเป็นผู้ที่มีเชาว์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3.2 บุคลากรทางการแพทย์ที่มีการการได้รับข่าวสารทางสุขภาพมากจะเป็นผู้ที่มีเชาว์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการได้รับข่าวสารทางสุขภาพน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3.3 บุคลากรทางการแพทย์ที่มีการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพมากจะเป็นผู้ที่มีเชาว์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3.4 บุคลากรทางการแพทย์ที่ความเชื่ออำนาจภายในตนสูงจะเป็นผู้ที่มีเชาว์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.5 บุคลากรทางการแพทย์ที่ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนสูง มีเชาว์สุขภาพไม่แตกต่างไปจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนต่ำ

อภิปรายผลตามสมมติฐาน

อภิปรายผลตามสมมติฐานที่ 1

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ การปฏิบัติตามตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน และลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเชาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์สูงสุดกับเชาว์สุขภาพ เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนเองมีบทบาทสำคัญต่อการริเริ่มพฤติกรรมใหม่หรือคงพฤติกรรมเดิมไว้ บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงจะเริ่มการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง และแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ควบคุม และหยุดยั้งพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของอุบล ไตรถวิล (2544) ที่ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัด

พระนครศรีอยุธยาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในจังหวัดพระนครศรีอยุธยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยังสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐภรณ์ ผลึกเพชร (2548: 82) ที่ศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐจังหวัดพัทลุง พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดพัทลุงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของสุภาวดี พงสุภา (2551: 68) ที่ศึกษาลักษณะทางจิตสังคมและลักษณะทางพุทธิที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาล ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ ($r = .71$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender.1996: 70) ที่ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ และเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยตรงเช่นเดียวกับเชาว์สุขภาพ โดยเชื่อว่าบุคลากรทางการแพทย์นั้นมีความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพดี ย่อมรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพได้เร็วและพร้อมที่จะปรับปรุงแก้ไข เสริมสร้างพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวังไว้ได้ด้วยตนเอง

การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเชาว์สุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของเตียนทอง (2546) ที่ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเขตการศึกษา 1 พบว่าวัยรุ่นที่มีตัวแบบด้านสุขภาพจากพ่อแม่สูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าวัยรุ่นที่มีตัวแบบด้านสุขภาพจากพ่อแม่ต่ำ ยังพบในงานวิจัยของชัยยุทธ กุลตั้งวัฒนา และคนอื่น ๆ (2547) ว่า มัคคุเทศก์ที่มีแบบอย่างที่ดีมากมีพฤติกรรมดูแลสุขอนามัยของนักท่องเที่ยวมากกว่ามัคคุเทศก์ที่มีแบบอย่างที่ดีน้อย สอดคล้องกับแนวคิดของแบนดูรา (1977) ที่ให้ความสำคัญแก่ลักษณะของสถานการณ์ซึ่งจะเป็นเครื่องกระตุ้นให้บุคคล กระทำพฤติกรรมซ้ำๆ จนกลายเป็นนิสัยของบุคคลนั้นไปในที่สุด การเลียนแบบเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่แปลกใหม่หรือแตกต่างไปจากเดิมได้โดยง่าย บุคลากรทางการแพทย์ย่อมได้รับอิทธิพลจากสังคมแวดล้อมที่ต้องดูแลตนเองมาก เนื่องจากความคาดหวังของสังคมที่ต้องเป็นตัวอย่างด้านสุขภาพ

การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเชาว์สุขภาพ สอดคล้องกับเบญจมาศ นาควิจิตร (2551) ที่ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์

กรุงเทพมหานคร พบว่าการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว และการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่าบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในสภาพสังคมที่มีโอกาสได้สิ่งจูงใจต่างๆ ที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพตลอดเวลาเลยสามารถเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความต้องการและผลักดันให้เกิดพฤติกรรมมุ่งใจด้านสุขภาพขึ้น

เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเชาว์สุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของอุดมศักดิ์ แสงวานิช(2546:84) พบว่าทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และนุชรรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์ (2549: 65) พบว่า ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($r = .40$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ยังสอดคล้องกับการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพ ของไพบุลย์ อ่อนมั่ง (2542) พบว่า องค์ประกอบด้านเจตคติเป็นองค์ประกอบที่มีบทบาทเด่นชัด คือ ความรู้มีผลโดยตรงต่อเจตคติ เจตคติมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติ และความรู้จะส่งผลต่อการปฏิบัติโดยตรงได้ต้องมีเจตคติเป็นตัวกระตุ้น ไม่เว้นแต่บุคลากรทางการแพทย์

การได้รับข่าวสารทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเชาว์สุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของวนิดา มกรกิจวิบูลย์ (2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหัวเฉียว พบว่า ปัจจัยเสริม ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ยังสอดคล้องกับการศึกษาของอรไท แดงชาติ (2548) ที่พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลตำรวจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าบุคลากรทางการแพทย์มีการได้รับข้อมูลทางสุขภาพมากมายเป็นทั้งผู้รับสารและผู้ส่งข้อมูลข่าวสารจึงมีผลต่อเชาว์สุขภาพ

ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเชาว์สุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของอุดมศักดิ์ แสงวานิช (2546: 62) พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนเรื่องการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ยังสอดคล้องกับพรรณราย พิทักษ์เจริญ (2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพกายและจิตของข้าราชการสูงอายุ พบว่า ความเชื่ออำนาจในตนมีความสัมพันธ์กับสุขภาพกายและจิตของข้าราชการสูงอายุ เช่นเดียวกับเบญจมาศ นาควิจิตร (2551) พบว่าความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเซา์สุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของอุดมศักดิ์ แสงวานิช(2546: 62) พบว่าลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนเองในการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลประจำบริษัชน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยทางจิตลักษณะเดิมทั้ง 2 ตัวมีความสัมพันธ์กับเซา์สุขภาพค่อนข้างน้อย อาจเป็นเพราะภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่มากและมีลักษณะการทำงานค่อนข้างเครียดลักษณะทางจิตอย่างเดียวยังไม่อาจทำให้บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพหรือมีเซา์สุขภาพสูงได้

อภิปรายผลตามสมมติฐานข้อที่ 2

จากการศึกษาพบว่า การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนเอง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายเซา์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ได้ทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มที่มีลักษณะชีวิตสังคมต่างกัน ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานเป็นบางส่วน

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละขั้น ในบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มรวม พบตัวทำนาย 4 ตัว ซึ่งมาจากปัจจัยทางจิตลักษณะตามสถานการณ์และสถานการณ์ทางสังคม ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ การปฏิบัติตามตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ และการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ สามารถทำนายเซา์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ได้ร้อยละ 54.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับของสุภาวดี พงสุภา (2551: 70) พบว่าตัวทำนายอันดับแรกที่เข้าทำนาย คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($\beta=.55$) รองลงมา คือ การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจากครอบครัว ($\beta=.26$) และการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจากเพื่อน ($\beta=.11$) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลได้ร้อยละ 53 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01ซึ่งสามารถอธิบายตามแนวคิดของแบนดูราที่มีความเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล โดยบุคคลสองคนอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกัน แต่จะแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าสองคนนี้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน แบนดูรามีความเห็นว่า ความสามารถไม่ตายตัวหากแต่สามารถยืดหยุ่นตามสถานการณ์นั้นๆ คือ ถ้า

คนมีความสามารถก็จะแสดงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ยอมท้อถอยง่ายๆ และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2551: 58; อ้างอิงจาก Evans. 1989)

ผลการวิเคราะห์กลุ่มชีวิตสังคมที่ต่างกัน ใน 13 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มเพศหญิง อายุน้อย อายุปาน กลาง รายได้น้อย รายได้มาก สถานภาพสมรสโสด สถานภาพสมรสคู่ การทำงานในเวลา การทำงานเป็นกะ มีโรคประจำตัว ไม่มีโรคประจำตัว ดัชนีมวลกายปกติ พบผลเช่นเดียวกับในกลุ่มรวม คือ การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ ที่เข้าเป็นตัวทำนายอันดับแรกโดยมีค่าเบต้าเท่ากับ .30 - .52 โดยสามารถอธิบายได้ชัดเจนในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีโรคประจำตัว ($\beta=.52$) อธิบายได้ว่าบุคลากรทางการแพทย์เมื่อเกิดการเจ็บป่วยสามารถรับรู้และตัดสินใจจะทำกิจกรรมต่างๆ ได้ในระดับใด และบุคลากรทางการแพทย์รู้ว่าทำอะไรได้บ้าง โดยสามารถกระทำพฤติกรรมสุขภาพให้สำเร็จได้ในขณะที่คาดหวังผลลัพธ์นั้นได้ชัดเจนเพราะมีความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพดี และใกล้ชิดแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพมากมาย

กลุ่มเพศชาย และกลุ่มดัชนีมวลกายไม่ปกติ พบว่า การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงเข้าเป็นตัวทำนายอันดับแรกโดยมีค่าเบต้าเท่ากับ .46 และ .56 ตามลำดับโดยสามารถอธิบายได้ ดังนั้นกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์เพศชายที่ปัจจัยทางสถานการณ์เป็นตัวอธิบายสำคัญ โดยธรรมชาติชายจะสนใจด้านสุขภาพน้อยกว่าเพศหญิงดังการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่วัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลางของ นลินี มิ่งมณี (2549) พบว่า ผู้ใหญ่เพศหญิงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพรวม พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงเสพสารพิษ และพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคล ดีกว่าผู้ใหญ่เพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงต้องใช้ปัจจัยทางสังคมเข้ามาเป็นตัวช่วยให้สนใจสุขภาพมากขึ้น ส่วนในกลุ่มกลุ่มดัชนีมวลกายไม่ปกติ ในการศึกษาของดวงกมล พรหมลักขโณ (2549) พบผลในกลุ่มนักเรียนที่มีพื้่น้องมาก มีญาติอ้วน ตัวทำนายดัชนีมวลกายที่สำคัญ คือ การเห็นแบบอย่างการดูแลสุขภาพจากครอบครัว อาจอธิบายได้ว่าเมื่อดัชนีมวลกายไม่เหมาะสมต้องอาศัยปัจจัยทางสังคมสนับสนุนให้ควบคุมดัชนีมวลกาย

ในกลุ่มอายุมาก พบว่า การได้สิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพเข้าเป็นตัวทำนายอันดับแรกโดยมีค่าเบต้าเท่ากับ .51 โดยอิริคสัน กล่าวว่าในช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไปอยู่ในขั้นพัฒนาการในขั้นสุดท้าย วัยนี้จะมีการปรับตัวแสวงหา ความอบอุ่นมั่นคงภายในจิตใจซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อสามารถพัฒนาผ่านขั้นต่างๆ มาได้อย่างดี สามารถอธิบายได้ดังนี้ การที่บุคลากรทางการแพทย์กลุ่มนี้มีประสบการณ์ดูแลสุขภาพตนเองและผู้อื่นมามากอาจเป็นความคุ้นเคยหรือความเคยชินที่เกิดขึ้นเป็นประจำปัจจัย ด้านจิตลักษณะอย่างเดียวอาจไม่พอทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเชาว์สุขภาพ จึงอาศัยสถานการณ์ทางสังคมหรือสิ่งจูงใจต่างๆ ส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจมาช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเชาว์สุขภาพ

อภิปรายผลตามสมมติฐานข้อที่ 3

จากการวิเคราะห์ผล ค่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างการมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงและความเชื่ออำนาจภายในตน, การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน, การได้รับข่าวสารทางสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายในตน, การได้รับข่าวสารทางสุขภาพและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน, การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายในตน, การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพและลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน ที่มีต่อคะแนนเชาว์สุขภาพ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานในข้อนี้ยังพบผลวิจัยว่า 1) บุคลากรทางการแพทย์ที่มีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงมากจะเป็นผู้ที่มีเชาว์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 2) บุคลากรทางการแพทย์ที่มีการได้รับข่าวสารทางสุขภาพมากจะเป็นผู้ที่มีเชาว์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการได้รับข่าวสารทางสุขภาพน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 3) บุคลากรทางการแพทย์ที่มีการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพมากจะเป็นผู้ที่มีเชาว์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 4) บุคลากรทางการแพทย์ที่ความเชื่ออำนาจภายในตนสูงจะเป็นผู้ที่มีเชาว์สุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 5) บุคลากรทางการแพทย์ที่ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนสูง มีเชาว์สุขภาพไม่แตกต่างไปจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนต่ำ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างทั้ง 2 ตัวแปร มีการศึกษาที่ให้ผลเช่นนี้ ดังเช่นงานวิจัยของ ดวงกมล พรหมลักขโณ (2549: 77) ที่ศึกษาพฤติกรรมฉลาดดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมหลักเลี้ยงสารพิษไม่แปรปรวนไปตามระดับการดำเนินการในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ การเห็นแบบอย่างการดูแลสุขภาพจากครอบครัว และลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์มีพื้นฐานความรู้ด้านสุขภาพเป็นอย่างดีและยังอยู่ในสถานการณ์ที่มีการถ่ายทอดความรู้อยู่ตลอดเวลาอาจส่งผลต่อเจตคติโดยตรงของบุคลากรทางการแพทย์และส่งผลไปสู่เชาว์สุขภาพได้โดยตรงสอดคล้องกับการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพ ของไพบูลย์ อ่อนมั่ง (2542) พบว่า องค์ประกอบด้านเจตคติเป็นองค์ประกอบที่มีบทบาทเด่นชัด คือ ความรู้มีผลโดยตรงต่อเจตคติเจตคติมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติ และความรู้จะส่งผลต่อการปฏิบัติโดยตรงได้ต้องมีเจตคติเป็นตัวกระตุ้น ซึ่งเห็นได้จากตัวทำนายที่สำคัญในสมมติฐานข้อ 2 ที่มีลักษณะจิตตามสถานการณ์ทั้ง 2 ตัวเข้าทำนาย คือ การรับรู้ความสามารถตนด้านสุขภาพ และเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบว่า ปัจจัยเพียงตัวเดียวสามารถอธิบายเชาว์สุภาพได้อย่างชัดเจนยกเว้นลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน โดยที่ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนแตกต่างกันไม่สามารถอธิบายเชาว์สุภาพได้ต่างกัน มีการศึกษาของวีรพล จันธิมา (2541) ที่ศึกษาลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน ทศนคติต่อการออกกำลังกายและพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่ากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์มองเรื่องของสุขภาพเป็นเรื่องในปัจจุบันที่สามารถจัดการและแก้ไขปัญหาได้ โดยใช้ความรู้การบริหารจัดการสุขภาพที่มีจัดการได้ด้วยตนเอง ซึ่งแสดงถึงความเชื่ออำนาจภายในตน คือเป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้ว่าการกระทำหรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นเป็นผลจากการกระทำหรือความสามารถตนไม่ว่าจะเป็นด้านดีหรือด้านร้ายก็ตาม (รอตเตอร์, 1996)

แต่บุคลากรทางการแพทย์ยังต้องการสถานการณ์มาช่วยส่งเสริมให้เกิดเชาว์สุภาพเพิ่มขึ้น เพราะความเหนื่อยล้าและความเครียดจากการทำงานที่มาจากทั้งผู้รับบริการและผู้ร่วมงานย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะของการวิจัย

ข้อเสนอแนะของการศึกษานี้ ผู้วิจัยแบ่งออกเป็นสองส่วน ได้แก่ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับผู้วางแผนหรือผู้กำหนดนโยบาย และข้อเสนอแนะเชิงวิชาการสำหรับผู้สนใจศึกษาต่อไป มีรายละเอียดดังนี้

ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ

เพื่อส่งเสริมให้เกิดเชาว์สุภาพแก่บุคลากรทางการแพทย์ในระดับที่สูงขึ้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะจากการค้นพบ ดังนี้

1. หน่วยงานควรจัดกิจกรรมส่งเสริมเชาว์สุภาพให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ โดยค้นหาตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลในหน่วยงาน หรือจัดโครงการที่ให้บุคลากรมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในการเชิญบุคคลต้นแบบทางสุขภาพดี มารณรงค์ในโอกาสต่างๆ เช่น งานกีฬาสัมพันธ์ประจำปี เป็นต้น
2. จากข้อค้นพบ ชี้ชัดว่าบุคลากรทางการแพทย์พร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมสุขภาพ หรือเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวังไว้ได้ด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดเชาว์สุภาพอยู่แล้ว เพียงแต่ต้องได้รับการกระตุ้นจากสถานการณ์แวดล้อม ดังนั้น หน่วยงานในสถานพยาบาลควรให้ข้อมูลย้อนกลับสู่บุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้ทราบถึงภาวะสุขภาพหลังการ

ตรวจสุขภาพประจำปี หรือ การประชาสัมพันธ์ผ่านโปสเตอร์ข่าวสารสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคลากร เป็นต้น

3. ผู้บริหารของสถานพยาบาลควรใช้การเสริมแรงหรือให้สิ่งจูงใจเพื่อส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในหน่วยงาน เช่น การให้รางวัลสำหรับผู้ที่ยออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน หรือมอบประกาศนียบัตรให้แก่ผู้มีสุขภาพกายและจิตดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผู้ที่สนใจศึกษาในประเด็นเดียวกันนี้ อาจศึกษาเพิ่มเติมในแนวทางอื่นได้ ดังนี้

1. อาจศึกษาวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักโภชนาการ และกลุ่มวัยทำงานอื่นๆ ด้วย

2. นอกจากตัวแปรอิสระตามกรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยนำเสนอแล้ว ผู้สนใจอาจนำตัวแปรอื่นๆ ที่น่าจะเกี่ยวข้องกับเชาว์สุขภาพได้อีก เช่น ลักษณะทางพุทธ การมองโลกในแง่ดี แรงจูงใจ เป็นต้น

3. ผู้สนใจสามารถศึกษาเรื่องในทำนองเดียวกันนี้ โดยใช้การวิจัยเชิงทดลอง เช่น การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมให้คำปรึกษาเป็นส่วนบุคคลหรือกลุ่ม หรือการพัฒนาตัวแบบทางสุขภาพเพื่อเพิ่มระดับเชาว์สุขภาพ เพื่อยืนยันผลการวิจัยครั้งนี้



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กมลพรรณ หอมนาน. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กมลรัตน์ ทองสว่าง. (2536). *ปัจจัยทางชีวสังคม และจิตลักษณะบางประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการทำงาน ของพยาบาลโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กมลรัตน์ หล้าสูงศักดิ์. (2528). *จิตวิทยาการศึกษา*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *รายงานสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพและปัญหาโรคจากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2547-2548*. ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2551, จาก http://www.thaincdinfo.com/index.php?option=com_content&task=view&id=31&Itemid=36
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *รายงานประจำปี 2551*. นนทบุรี: กองแผนงาน กรมอนามัย.
- กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. (2542). *ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาล กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2541). *แผนงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและแผนพัฒนาปัจจัยสิ่งแวดล้อมเพื่อพฤติกรรมสุขภาพ*. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข.
- กุหลาบ ไทโรจน์ภู. (2546). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรักษาความสะอาดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น*. ภาควิชา ศศ.ม. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- เกษม จันทศร. (2541). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการต้านทานการเสพยาบ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น*. ภาควิชา ศศ.ม. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- โกสุม นัยรุ่งเรือง. (2533). *การวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (ชีวสถิติ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์. (2536). *การพัฒนาคุณภาพของคนไทย เพื่อความมั่นคงของชาติด้าน*
โภชนาการ. เอกสารวิจัยส่วนบุคคล วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร (รุ่นที่ 36). กรุงเทพฯ:
 วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10. (2550). *แผน 10 ยุทธศาสตร์*
สุขภาพพอเพียง. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ.
- งามตา วรินทร์านนท์. (2536). *ลักษณะทางพุทธศาสนาและพฤติกรรมศาสตร์ของบิดามารดาที่*
เกี่ยวข้องกับอาการเลี้ยงดูบุตร. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. (รายงานการ
 วิจัยฉบับที่ 50 สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ).
- (2540). เทคนิคการประมวลเอกสารเพื่อการวิจัย ใน *เอกสารประกอบการบรรยายในการ*
ประชุมเชิงปฏิบัติการ รุ่นที่ 2 ครั้งที่ 2 เรื่องการวิจัยและพัฒนาระบบพฤติกรรมไทย: การ
พัฒนาเค้าโครงการวิจัยและเทคนิคการวิจัย. หน้า 1-21 .สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ .
 กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จงลักษณ์ คงแสง. (2546). *จิตลักษณะและปัจจัยสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมประหยัดของ*
พยาบาลวิชาชีพ. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (หลักสูตรและการเรียนการสอน). ขอนแก่น: บัณฑิต
 วิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- จินตนา บิลมาศ; และ คนอื่นๆ. (2529). *รายงานการวิจัยคุณลักษณะของข้าราชการพลเรือน*.
 กรุงเทพฯ: สถาบันข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ.
- จิราภรณ์ ชันมัน. (2549). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการ*
พยาบาลในกองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา).
 กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- จิราภรณ์ เทพหนู. (2540). *ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา*
ตอนปลายสายสามัญศึกษาในจังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การอนามัยครอบครัว).
 กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จิรวรรณ ชำนาญช่าง. (2544). *การเปรียบเทียบความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของมาตรวัด*
เจตคติ แบบลิเคอร์ตที่จัดเรียงลำดับข้อคำถามทางบวกและทางลบต่างกัน. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม.
 (การวัดผลการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จีระศักดิ์ เจริญพันธ์; และเฉลิมพล ตันสกุล. (2549). *พฤติกรรมสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 5. มหาสารคาม:
 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- จุฑามาศ จันทร. (2543). *ลักษณะทางประชากรลักษณะการทำงานความเครียดการกำกับตนเองและความเสี่ยงทางสุขภาพต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ เขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จำปี ประสิทธิ์ชัย. (2548). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลโรงพยาบาลรามารัตนบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ชลลดา พิฑูรย์. (2548). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี*. ภาคนิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาศึกษา). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ชาติชาย สุวรรณนิตย์; และคนอื่นๆ. (2545). *การดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวไทย*. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- ชาญวิทย์ โคธีรานุกรณ์. (2547). *อยู่อย่างไรให้มีสุข อายุยืนยาวถึง 100 ปี*. HealthtodayThailand. 4(42). 28. สืบค้นเมื่อ 30 มิถุนายน 2550, จาก http://www.healthtoday.net/Thailand/feature/feature_42.html
- ชัยยุทธ กุลดงวัฒนา; และ คนอื่นๆ. (2547). *รายงานการวิจัยปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจริยธรรมในการบริการของมัคคุเทศก์ไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2544). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แช่ม นุญลุ่ม. (2535). *ผลของการออกกำลังกายด้วยการวิ่งที่มีต่อการเปลี่ยนแปลง รูปร่างและน้ำหนักของระบบไหลเวียนโลหิต*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พลศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ณัฐพร พลเดช. (2548). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ณัฐภรณ์ ผลึกเพชร. (2548). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดพัทลุง*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ดวงกมล พรหมลักข. (2549). *ปัจจัยเชิงเหตุและผลของพฤติกรรมฉลาดดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ*. ภาคนิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาศึกษา). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

- ดวงพร สุดสุนทร. (2546). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหาร ของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน. (2523). พฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์: เน้นจิตวิทยาและจิตวิทยาสังคม. ใน เอกสารฉบับพิเศษวันครบรอบปีที่ 25 สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- . (2531). ทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรมสำหรับคนไทย. ในเอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการเนื่องในวันครบรอบปีที่ 33 สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- . (2538). ทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรม: การวิจัยและการพัฒนาบุคลากร. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- . (2543). ทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรม การวิจัยและการพัฒนาบุคคล. กรุงเทพฯ: โครงการส่งเสริมเอกสารวิชาการ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ดวงเดือน แซ่ตั้ง. (2532). อิทธิพลของการให้แรงเสริมด้วยเบี้ยรางวัลต่อความเชื่ออำนาจในตนเองของเด็กก่อนวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ดุจเดือน พันธุมนาวิน. (2548). ความเชื่ออำนาจในตนเอง: การวัด ความสำคัญ และการเปลี่ยนแปลง. วารสารพัฒนาสังคม. 8(2): 107-142
- ดร.ณัฏฐ์ อ้นขวัญเมือง. (2544). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของผู้ประกอบการร้านค้าในเขตเทศบาลนครนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ วท. ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- เตือนใจ เทียนทอง. (2546). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตการศึกษา 1. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ถนอมขวัญ คำปาน. (2539). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพในการลดภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในสตรีอายุระหว่าง 35-54 ปี เขตเทศบาลเมือง จังหวัดระยอง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ทวีทอง หงส์วิวัฒน์. (2533). ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. ใน ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. ลือชัย ศรีเงินยวง; ทวีทอง หงส์วิวัฒน์. (บรรณาธิการ). หน้า 94-125. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ทัศนาศ ทอภักดี. (2528). *ความสัมพันธ์ระหว่างกรอบระเบียบแบบให้เหตุผลกับความเชื่ออำนาจภายในตนของเด็กรุ่นไทย*. กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ธนวรรธน์ อิมสมบุญ. (2532, ตุลาคม - ธันวาคม). การสอนสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. *สุขศึกษา-พลศึกษา-สันตนาการ*. 15(4).
- ธราธิป สมตน. (2542). *การศึกษาความรู้อยู่ตัวและการปฏิบัติเกี่ยวกับปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (สิ่งแวดล้อมศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ณรงค์สุข ประยูรหงษ์. (2547). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนิสิตระดับปริญญาตรีปีที่ 1 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*. ปริญญาโท วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นพมาศ แซ่เลี้ยว. (2550). *การปรับตัวทางจิตสังคมและลักษณะสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ใหญ่วัยกลางคน*. ปริญญาโท วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นลินี มิ่งมณี. (2549). *ปัจจัยทางจิตสังคมและจิตลักษณะบางประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใหญ่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง*. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นิภา แก้วศรีงาม. (2547, กุมภาพันธ์). 6Q: ส่วนประกอบของคนสมบูรณ์แบบ. *วารสารวงการครู*. 1(2): 76-79
- นิภา ทองรักษาดี. (2543). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- นุชรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- บรรจบ เนียมมณี. (2523). *หลักการบริหาร*. กรุงเทพฯ: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- บริษัท ฟิลิป เวิน. (2550). *Phillip Wain Philosophy* สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2550, จาก <http://www.phillipwain.com/pw/thai/thai/common/about.jsp>.
- เบญจมาศ นาควิจิตร. (2551). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์*

- กรุงเทพมหานคร. ปริญญาณิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ปฏิมา ชุณหิณ. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของ บุคลากรโรงพยาบาลค่ายธนระวัติ อำเภอบางบาลบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. (2541). นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ประกอบพร สิ้นธุรัตน์. (2542). การประเมินการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุข มูลฐานเขตเมือง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (บริหารสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ประทีป จินนี. (2540). เอกสารประกอบการสอนวิชาการวิเคราะห์พฤติกรรมและการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2532). การสอนสุขศึกษา ทฤษฎีและการประยุกต์. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และ สวิง สุวรรณ. (2534). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราณี ลัดนาจันทโชติ; และณลินี พูลทรัพย์. (2547, พฤศจิกายน). แนวคิดในการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วย เบาหวาน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมุทรสาคร. ศรีนครินทรวิโรฒเภสัชสาร. 9 (1): 116-124
- ปรียาภรณ์ โกมุท. (2548). ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากร ทางพยาบาล โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. ปริญญาณิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ปิยะนุช รักพาณิชย์; ภัทราวุธ อินรกำแหง; และ วิศาล คันธารัตนกุล. (2544). ทบทวนองค์ความรู้และ เทคนิคการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพหลอดเลือดหัวใจ. กรุงเทพฯ: นิเวศรรวมดาการพิมพ์.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2540, มกราคม-มีนาคม). แนวคิดสุขภาพและการพยาบาล. วารสารสารสภากาพยาบาล. 11(1): 1-11.
- พรพิมล วรภูมิพุทธพงศ์. (2538). จิตวิทยาสังคมร่วมสมัย. กรุงเทพฯ: สยามศึกษา.
- พรรณราย ทรัพย์ะประภา. (2529). จิตวิทยาอุตสาหกรรม. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พรีนติ้งเฮาส์.
- พรรณราย พิทักษ์เจริญ. (2543). จิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพกาย และจิตของข้าราชการสูงอายุ. ภาคนิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาลังคม). กรุงเทพฯ: สถาบัน บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

- พรณี ปานเทวัญ. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ
อนามัยปัจจัยพื้นฐานบางประการกับแบบแผนการดำเนิน ชีวิตของคนงานหญิงโรงงาน
อุตสาหกรรมสิ่งทอในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาล
ศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พรสวรรค์ พรกาญจนวงศ์. (2539). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (ศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนา
ชุมชน). ปัตตานี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ถ่ายเอกสาร.
- พริ้มเพรา ผลเจริญสุข. (2545). เอกสารประกอบคำสอน สข 312: สุขภาพส่วนบุคคล. ภาควิชา
สุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2543). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8.
กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิษณุ อภิธมาจารย์โยธิน. (2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ตาม
ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยในจังหวัดนครปฐม.
วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (พัฒนศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
ถ่ายเอกสาร.
- พัชรี รัตนพรพิทักษ์. (2550). แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค
กระดูกพรุนในวัยรุ่น. สารนิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พัชรี โชติกพงศ์. (2547). ความเข้มแข็งในการมองโลกและการปรับตัวด้านจิตสังคมของวัยรุ่นในอำเภอ
เมือง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. (2541). รายงานการทบทวนสถานภาพงานวิจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพระหว่าง
ปี 2527-2537. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ไพฑูรย์ สุมทรสินธุ์. (2542). ปัญหาสุขภาพจิตในสถานประกอบอาชีพ. ใน ตำราอาชีพเวชศาสตร์.
สมชัย บวรกิต; โยธิน เบญจวง; และ ปฐม สวรรณ์คัญญาเลิศ (บรรณาธิการ). 207-218.
กรุงเทพฯ: เจ เอส เค การพิมพ์.
- ไพบุลย์ อ่อนมั่ง. (2542). รายงานการวิจัยการสังเคราะห์ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของ
พฤติกรรมสุขภาพโดยการวิเคราะห์แบบเมต้า. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- พีระนันท์ บุรณะโสภณ. (2538). พฤติกรรมการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะ และ การมีส่วนร่วมในการใช้ผลิตภัณฑ์อนุรักษ์สิ่งแวดล้อมของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ นท.ม. (ประชาสัมพันธ์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร ภิรมย์ กมลรัตนกุล; และ วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี. (2549, พฤษภาคม). แนวคิดใหม่เกี่ยวกับ "สุขภาวะ" และ "การสร้างเสริมสุขภาพ". *วารสารจุฬาลงกรณ์เวชสาร*. 50(5): 291-300.
- แมนสรวง วงศ์อภัย. (2551). *การทบทวนวรรณกรรม เรื่อง ภาวะสุขภาพจากการทำงานของทันตแพทย์*. กลุ่มพัฒนาความร่วมมือทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ. สืบค้นเมื่อ กรกฎาคม 2551, จาก http://icoh.anamai.moph.go.th/thai/index.php?option=com_content&view=article&id=278:--&catid=21&Itemid=100
- ยศ อัมพรรัตน์. (2536). *ผลของการศึกษาอดได้รอได้และการให้แรงเสริมทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร. ยุทธนา ภาวระนันท์; และ นิภาพร โชติสุดเสนห์. (2546). *รายงานการวิจัยปัจจัยด้านจิตสังคมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ในทหารเกณฑ์*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- โยธิน ศันสนยุท. (2531). *จิตวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รจนารถ ร่วงลือ. (2536). *การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลชุมชน). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- รณภพ เอื้อพันธเศรษฐ; และ วิยะดา ตันวัฒนากุล. (2547, เมษายน). *ทัศนคติและพฤติกรรมทางสุขภาพของนักศึกษาในกลุ่มมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*. 27(2): 25-35.
- รวิกาญจน์ เดือนดาว. (2546). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการขับถ่ายอย่างปลอดภัยของพนักงานขับรถโดยสารประจำทาง*. ภาคนิพนธ์ ศศ.ม.(พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- รัชดาวรรณ ลิมาชน. (2549). *กิจกรรมทางกายและภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- รุจิเรศ พิษิตานนท์. (2546). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฉลาดเลือกกินของนักเรียนวัยรุ่นตอนปลาย*. ภาคนิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาลังคม). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ลินดา สุวรรณดี. (2543). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการลดปริมาณขยะของนักเรียนในโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการรณรงค์*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาลังคม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ลือชัย ศรีเงินยวง และคนอื่นๆ. (2544). *การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง/ครอบครัว/ชุมชน ใน รายงานการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพและข้อเสนอสาระบัญญัติในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วรรณวิไล ชุมภิรมย์ และคณะ (2543). *พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. รายงานวิจัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- วรรณดี แสงประทีปทอง. (2536, มกราคม-เมษายน). การวัดเจตคติ. *วารสารการวัดผลการศึกษา*. 14 (42): 52 - 65.
- วนิดา มกรกิจวิบูลย์. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลหัวเฉียว*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- วรินทร์ ยุทธสิทธิ์โยธิน. (2547). *ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพกับการดูแลผิวพรรณ ของผู้มารับบริการตรวจสุขภาพผิวที่ศูนย์ตรวจสุขภาพผิว A*. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วาทีนา ทาตายุ. (2545). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล. (2541). *อาการของภาวะหมดประจำเดือน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน*. วิทยานิพนธ์ พย.ด. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วาสนา คุณาอภิสิทธิ์. (2547). *บทความเรื่องสุขภาวะ คือ อะไรทำไมต้องสุขภาวะศึกษา*. ใน วันสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี 26 พฤศจิกายน 2547. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วัชรพงษ์ พนิธำรง. (2548, มกราคม-มีนาคม). *ผู้บริหารแบบ 5 Q' S*. *วารสารตำรวจ*. 41(402): 20

- วันดี แยมจันทร์ฉาย. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วิชัย เอกพลากร; และ คนอื่นๆ. (2550). *รายงานโครงการสำรวจภาวะสุขภาพและจัดระบบข้อมูลสุขภาพของบุคลากรในรามาธิบดี พ.ศ. 2548-2549*. สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ. วิทยาลัยการสาธารณสุข. (2542). *การรับรู้ความสามารถของตน*. ใน *สารานุกรมศึกษาศาสตร์ ฉบับเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในวโรกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ 5 ธันวาคม 2542*. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วิศาล คันธรัตน์กุล. (2544). *กิจกรรมทางกาย: ผลต่อการป้องกันและการควบคุมเบาหวาน*. ใน *บททวนองค์ความรู้และเทคนิคการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพตลอดชีวิตหัวใจ*. ปิยะนุช รักพาณิชย์; ภัทราวุธ อินทร์หาญ; และ วิศาล คันธรัตน์กุล (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: นิทรรศการพิมพ์.
- วิไล ตั้งตระกูล. (2543). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคของคณงานในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ศรีณัฐ นิลชาติ. (2545). *การปฏิบัติเกี่ยวกับการลดปริมาณขยะมูลฝอยของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (การอุดมศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ศศิธร ปรียานนท์. (2548). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร. (2545). *จิตวิทยาสังคม: ทฤษฎี และปฏิบัติการ*. กรุงเทพฯ: ชมรมเด็ก.
- สงวน สุทธิเลิศอรุณ. (2529). *ทฤษฎีและการปฏิบัติการทางจิตวิทยาสังคม*. กรุงเทพฯ: อักษรบัณฑิต.
- สงวนศรี วิรัชชัย. (2527). *จิตวิทยาสังคมเพื่อการศึกษา*. กรุงเทพฯ: ศึกษาพร
- สดุดี ภู่องไสย. (2541). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การอนามัยครอบครัว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2549). *การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547*. ใน เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม; และ พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์ (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล*. กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินติ้ง.
- สมจิตรา เหม้าเกษ. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2541). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2546). *แผน ฯ 9 ฉบับประชาชน*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2543). *สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *การสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากร พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2551*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *การสาธารณสุขไทย 2548-2550*. ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สิริธร พึ่งเกิดธรรม; และ อธิธิยา จุลบาท. (2542). *เชาว์สุขภาพ*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเมดิคัลแล็บ.
- สุกัญญา ไผทโสภณ. (2540). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุจิตรา สุกนธทรัพย์. (2545, มกราคม-มิถุนายน). *การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ. 3 (1)
- สุจิตรา สุวรรณแพร่. (2545). *ลักษณะการทำงานระบบลัดหมุนเวียนและคุณภาพชีวิตของพยาบาลสตรี*. วิทยานิพนธ์ พย.ม (การพยาบาลสตรี). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- สุชา จันทน์เอม. (2544). *จิตวิทยาทั่วไป*. พิมพ์ครั้งที่ 13 ฉบับแก้ไข. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

- สุदारัตน์ ขวัญเงิน. (2537). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับวิถีทางดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- สุธาสินี ทองลิ้ม. (2548). *จิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรับผิดชอบบุตรในวัยเรียนของผู้ปกครอง*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาลังคม). กรุงเทพฯ: คณะพัฒนาลังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- สุนันทา ย่างวนิชเศรษฐ. (2549). พฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 24(5): 395 – 405.
- สุปรียา ต้นสกุล. (2549). *จิตวิทยากับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: วิทยุการปก.
- สุภาภรณ์ ตันตินันตตระกูล. (2549). พฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุภาวดี พงสุภา. (2549). *ลักษณะทางจิตสังคมและลักษณะทางพุทธที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาล ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุमितตรา เจริญพันธ์. (2545). *จิตลักษณะและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเรียนคณิตศาสตร์ของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาลังคม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- สุรางค์ เชื้อวณิชชากร. (2548). *ปัจจัยทางจิตสังคมและจิตลักษณะบางประการที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม*. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุริยา วีรวงศ์. (2541). *การรับรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ อนามัย และสิ่งแวดล้อมของคนกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวดี แยมเกษร. (2547). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสอนของตามแนวปฏิรูปการศึกษาแห่งชาติ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุวารีวรรณ กิจสมัค. (2539). *แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- หวนใจ ชาวพัฒนวรรณ. (2543). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านใน จังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (ประชากรศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- หัสยา เกตุจิตร. (2542). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดกองกลาง สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข*. ภาคนิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒน บริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร
- อนงค์ศักดิ์ กองนิล. (2548). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อ จากการให้บริการ ทางกายภาพ และสาธารณสุขของพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนัก การแพทย์ กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อรรณพ เขียวถาวร. (2526). การสำรวจการรับข่าวสารด้านการพัฒนาจากวิทยุกระจายเสียงและวิทยุ โทรทัศน์ของประชาชนในชนบท. *วารสารนิเทศศาสตร์*. 4: 78-79
- อรพินทร์ ชูชม. (2545). *การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อรสา พันธุ์ภักดี. (2542). *กระบวนการการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์ วท.ด. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่าย เอกสาร.
- อรไท แดงชาติ. (2548). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร ใน โรงพยาบาลตำรวจ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- อภิรดี ไสภาพงศ์. (2547). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการทำงานอย่างมีจริยธรรมของ เจ้าหน้าที่จัดเก็บรายได้*. ภาคนิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒน บริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- อริยา ทองกร. 2550. การศึกษาตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากการสังเคราะห์งานวิจัย โดยวิธีการวิเคราะห์อภิมาน .ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อ้อมเดือน สดมณี; และ อุษา ศรีจินดารัตน์. (2549). *ปัจจัยด้านจิตสังคมและความสุขใจที่เกี่ยวกับพฤติกรรม การทำงานของครูในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. (รายงานการวิจัยฉบับที่ 106 สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ).

- อังศินันท์ อินทรกำแหง; และภัทราวุธ อินทรกำแหง. (2550). เอกสารประกอบการประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการ 6Qs หนทางสู่ความสุข ความสำเร็จ: HQ พัฒนาเขาว์ทางสุขภาพ. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง; และคนอื่นๆ. (2550, กันยายน). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิกฤติชีวิตของสตรีไทยสมรสวัยกลางคนที่ทำงานในภาครัฐ รัฐวิสาหกิจและเอกชน. วารสารพฤติกรรมศาสตร์. 13(1): 15-30
- อังศินันท์ อินทรกำแหง; และ คนอื่นๆ. (2552). การบริหารจัดการและประเมินโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร. (รายงานการวิจัยฉบับที่ 119 สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ).
- อัจฉรา สุขารมณ; และ พรรณี บุญประกอบ. (2542). สภาวะแวดล้อมของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดในการเรียนของนิสิต. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. (รายงานการวิจัยฉบับที่ 68 สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ).
- อาภรณ์ ภูวพิพนธ์. (2548). เทคนิคการบริหารงานด้วยหลัก 4Q. ใน ทำอย่างไรให้ Happy. กรุงเทพฯ: เนชั่นบุ๊ค. สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2550, จาก <http://www.hrcenter.co.th/HRKnowView.asp?id=149&mode=disp>
- อำพร ประคองจิต. (2537). วิธีการเอาชนะความเครียดและความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพะเยา. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- อุดมศักดิ์ แสงวณิช. (2546). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- อุบล เลี้ยววาริณ. (2534). ศึกษาความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท กศ.ด. (พัฒนศึกษาศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อุบล ไตรถวิล. (2544). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์. (2540). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาอาชีวศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์ เอกสุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- อุษณีย์ แสงสุข. (2546). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการครูมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี*. ปรินิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อุษารัตน์ สุขผล. (2548). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนำร่องส่งเสริมสุขภาพในเขตภาคเหนือตอนล่าง*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การบริหารการพยาบาล). พิษณุโลก: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร. ถ่ายเอกสาร.
- เอกชัย แสงอินทร์. (2546, มกราคม - กุมภาพันธ์). บทความพิเศษ "A-to-Z Q". *วารสารข่าวสารวิศวกรรมศาสตร์ มช.* 1(84): 14-16.
- AHA/ACC. (2006). *AHA/ACC Guidelines for Secondary Prevention for Patients with Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2006 Update*. Retrieved June 1, 2009, from <http://www.cardiosmart.org/ManageCondition/Default.aspx?id=356#>.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 84: 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bensley, Robert J.; & Lewis, James B. (2002, October). Analysis of Internet-Based Health Assessments *Health Promotion Practice* (3)4: 463-476 Retrieved June 1, 2009, from <http://hpp.sagepub.com/cgi/content/abstract/3/4/463>
- Brad Bowman. (2004). *WebMD Health Risk Assessment*. General Board of pension and Health Benefits of The United Methodist Church. Retrieved June 1, 2008, from http://www.gbophb.org/health_welfare/Centerforhealth_webmd.asp
- Byllye Y. Avery. (1993). *What's your health quotient. Black women's health Imperative*. Retrieved June 1, 2008, from http://www.blackwomenshealthorg/site/c.eeJIIWOClrH/b.3584979/k.9B85/The_Imperative.html
- Catherine; & et al. (2007) .Determinants of Nutrition Label Use Among College Students. *American Journal of Health Education*. 38(2): 76-82.
- Chruden, Herberg J. and Authur W. Sherman. (1968). *Personnel Management*. Ohio: South Western Publishing.
- Cobb, S. (1976, September - October). *Social support as a moderate of life stress*. *Psychosomatic Medicine*, 38: 300-314.

- Eden Enterprises. (2005). *What Is Your HQ™*. Retrieved June 10, 2008, from <http://www.edenlifestylecoaching.ca/HQ-Questionnaire.pdf>
- Halvorsen, Daniel Kasberg, II. (1996). *The effects of power circuit exercise training and health education on fitness and health status, and on risk factors for cardiovascular disease in a worksite health promotion program for men and women in the exercise deficient state*. Ph.D. (Philosophy). United States Minnesota: University of Minnesota. Retrieved December 10, 2008, from <http://www.proquest.com> (publication no AAT 9711413).
- Hoeger, W.K. Werner; & Hoeger, Sharon. A. (2005). *Lifetime physical fitness and wellness: A personalized program*. 8th ed. USA: Thomson Wodsworth, Fitness & Wellness.
- Indian Medical Association. (2007). *Tata AIG Life partner with Indian Medical Association (Mumbai Branch) to create India's first "Health Quotient"*. Retrieved December 15, 2008, from <http://www.tata-aig-life.com/News/pdfs/HQ-bangalore.pdf>
- Lazarus, R. S.; & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer Publishing.
- Levin, L.S. (1976). The layperson as the primary health care practitioner. *Pubic Health Reports*. 19(3): 208-210
- Levin L.; Katz A.; & Holst E. (1979). *Self-care: Lay initiatives in health*. Provost: New York
- Li, Enchang. (2001). *Health Quotient - The Concept should be set up*. Retrieved February 20, 2008, from http://journal.shouxi.net/upload/pdf/145/2618/130594_1748.pdf
- Ma Yami; Wang Bao ping; & Yuan Libo. (2003). Analysis of health quotient and mood stability of students in Shaanxi normal school. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation*. 7(7) Retrieved August 10, 2008, from http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_xdkf200307122.aspx#b
- Orem. D.E. (1991). *Nursing Concepts of Practice*. (3rd ed.). New York: Mc Graw-Hill.
- Pender, N. (Ed.). (1987). *Health Promotion in nursing practice*. 2nd ed. Norwalk, CT: Appleton Walker, et al. S.N., Sechrist, K.R. & Pender, N.J. (1987). *The Health Promoting Lifestyles Profile: Development and Psychometric Characteristics*. *Nursing Research*. 36: 70-81.
- Pender, Nola.J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. Stamford: Appleton&Lange.
- Selye, H. (1976). *The stress of life*. (Rev.ed). New York: McGraw Hill Book Co.
- Shakour, Sana Khoury. (2000). *The effect of an incentive/disincentive worksite health promotion program on the workforce*. M.S. (Epidemiology). United States Michigan: Michigan State University. Retrieved December 10, 2008, from <http://www.proquest.com>.

- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: The Free Press.
- Smith, J. & et al. AHA/ACC Secondary Prevention for Patients With Coronary and Other Vascular Disease: 2006 Update. *Circulation*. 2006; 113: 2363–2372.
- Spencer, K. W. (1956). *Behavior Theory and Conditioning*. New Haven: Yale University Press.
- Steers, R. M. and L. W. Porter. (1979). *Motivation and Work Behavior*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Steiger, N.J.; & Lipson, J.G. 1985. Self-care waring theory and practice. Maryland: Brady.
- Sunan Chatarupa. (2001). *The effectiveness of a dental health education program on oral health promotion among primary school students in Saphaya district, Chainat province*. M.Sc. (Public Health Major in Health Education and Behavioral Sciences). Faculty of Graduate studies Mahidol University
- Tze, Wah Jun. (2000). *HQ (Health Quotient): An Intelligent Approach to Personal Health*. Retrieved August 1, 2007, from <http://www.amazon.ca/Hq-Health-Quotient-Intelligent-Approach/dp/067931055X>
- Wellmed. (1999). *WellMed Introduces Industry's First Comprehensive Personal Health Management System Including Online Health Record*. Retrieved December 1, 2008, from <http://www.riskworld.com/pressrel/1999/PR99aa50.html>
- World Health Organization. (1997). *Health for all in twenty – first century*. Geneva: WHO
- Your Store Health Tools: Health Quotient Assessment. (2007). Retrieved August 7, 2007, from http://www.alivelink.com/developer2004/home/index.php?page_type=test_topic_faq&topic_id=144584&site_id=3&go_id=2&take_id=1#hq1

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนอกสมมติฐาน



ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนอกเหนือสมมติฐาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่พบนอกสมมติฐานมีรายละเอียดดังนี้

1. ตัวแปรชีวิตสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเซาว์สุขภาพและตัวแปรอิสระอื่น
2. กลุ่มจิตลักษณะตามสถานการณ์ 2 ตัวแปร ร่วมกับกลุ่มตัวแปรจิตลักษณะเดิม 2 ตัวแปร ร่วมกับกลุ่มตัวแปรสถานการณ์ทางสังคม 3 ตัวแปร รวม 7 ตัวแปร ร่วมกันทำนายเซาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ได้มากกว่าปัจจัยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเพียงกลุ่ม
3. กลุ่มตัวแปรจิตลักษณะตามสถานการณ์ ตัวแปรจิตลักษณะเดิม สถานการณ์การทางสังคมสามารถทำนายเซาว์สุขภาพของในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่แตกต่างกันได้

1. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเซาว์สุขภาพกับลักษณะชีวิตสังคม

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman)

ตาราง 18 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเซาว์สุขภาพกับลักษณะชีวิตสังคม

ลักษณะทั่วไป	เซาว์สุขภาพ	ตัวแบบสุขภาพ	รับข่าวสารสุขภาพ	มุ่งอนาคตควบคุมตน	เจตคติต่อสุขภาพ
1. เพศ	.013	.009	.022	.097	.100
2. อายุ	.118*	.012	.072	.032	.162**
3. รายได้รวมต่อเดือน	.072	.000	.008	.067	.074
4. สถานภาพสมรส	.102	.002	.026	.038	.174**
5. การทำงานเป็นกะ	.010	-.060	-.084	.082	.111
6. โรคประจำตัว	-.040	-.069	-.106	.053	.011
7. ดัชนีมวลกาย	.048	.015	.080	.003	.078
8. กลุ่มบุคลากร	.130*	.120*	.201**	.124*	.093

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 18 พบว่าตัวแปรกลุ่มชีวิตสังคม ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นมากที่สุด คือตัวแปรกลุ่มบุคลากร (กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และทางการแพทย์พยาบาล) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) อยู่ระหว่าง .93 ถึง .201 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเชาว์สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรกลุ่มบุคลากรมากที่สุด ($r = .130$) และรองลงมา คือ ตัวแปรกลุ่มอายุ ($r = .118$)

นอกจากนี้ยังพบว่า ตัวแปรกลุ่มบุคลากรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน ($r = .124$) และการมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง ($r = .120$) ของบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการได้รับข่าวสารทางสุขภาพ ($r = .201$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และยังพบว่าตัวแปรอายุ และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) อยู่ที่ .162 และ .174 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ผลการทำนายเชาว์สุขภาพด้วยกลุ่มจิตลักษณะตามสถานการณ์ กลุ่มจิตลักษณะเดิม และกลุ่มสถานการณ์ทางสังคม โดยใช้แต่ละกลุ่มเป็นตัวทำนาย และร่วมกันทั้ง 3 กลุ่มเป็นตัวทำนาย

การวิเคราะห์ส่วนนี้เป็นการหาตัวทำนายเชาว์สุขภาพ โดยใช้ตัวทำนาย 4 ชุด ดังนี้ ชุดที่ 1 คือ สถานการณ์ทางสังคม มี 3 ตัวแปร ได้แก่ การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ และการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ ชุดที่ 2 คือ จิตลักษณะเดิม มี 2 ตัวแปร ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน และมีลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน และชุดที่ 3 คือ จิตลักษณะตามสถานการณ์ มี 2 ตัวแปร ได้แก่ เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ และชุดที่ 4 คือ ชุดรวม มี 7 ตัวแปร จุดมุ่งหมายเพื่อเปรียบเทียบปริมาณการทำนายโดยใช้ตัวทำนายแต่ละชุดว่าสามารถทำนายได้มากน้อยเพียงใด โดยเปรียบเทียบร้อยละการทำนายจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเอนเทอร์ ของตัวทำนายที่ละชุด การวิจัยครั้งนี้ใช้ความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์การทำนายมากกว่าร้อยละ 5 เป็นเกณฑ์

ตาราง 19 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยและการทดสอบนัยสำคัญ ของตัวทำนายที่ละชุดตัวทำนายที่มี
ผลต่อเซาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์

ตัวทำนาย	b	S.E.	β	t	sig
ชุดที่ 1 ลักษณะสถานการณ์ทางสังคม	81.94	5.54		14.79	.000
1. การปฏิบัติตามตัวแบบทางสุขภาพ	.786	.128	.349	6.13	.000
2. การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ	.725	.150	.283	4.82	.000
3. การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ	.325	.120	.140	2.71	.007
R = .652 R ² =.425 R ² Adjust =.419 F = 72.97					
ชุดที่ 2 จิตลักษณะเดิม	106.13	9.75		10.88	.000
1. ความเชื่ออำนาจภายในตน	.808	.163	.294	4.95	.000
2. ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	.228	.169	.080	1.35	.177
R = .334 R ² =.112 R ² Adjust =.106 F = 18.70					
ชุดที่ 3 จิตลักษณะตามสถานการณ์	58.84	6.67		8.82	.000
1. การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ	.476	.083	.292	5.71	.000
2. เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ	1.29	.138	.478	9.33	.000
R = .688 R ² =.473 R ² Adjust =.470 F = 133.32					
ชุด รวม 3 ชุดตัวทำนาย	54.056	7.744		6.980	.000
1. การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง	.525	.118	.233	4.430	.000
2. การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ	.061	.113	.026	.538	.591
3. การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ	.348	.141	.135	2.467	.014
4. ความเชื่ออำนาจภายในตน	.121	.125	.044	.969	.333
5. ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน	-.139	.130	-.049	-1.070	.286
6. เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ	.296	.092	.182	3.222	.001
7. การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ	.910	.141	.337	6.443	.000
R = .741 R ² =.549 R ² Adjust =.538 F = 50.77					

** คำนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

จากตาราง 19 เมื่อพิจารณาการทำนายของตัวทำนายชุดที่ 1 คือ ลักษณะสถานการณ์ทางสังคมมี 3 ตัวแปร ได้แก่ การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ และการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ พิจารณาในกลุ่มรวม พบว่าทั้ง 3 ตัวแปร สามารถอธิบายการแปรผันของเชาวิสุขภาพได้ร้อยละ 42.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยตัวทำนายที่สำคัญที่สุด คือ การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง รองลงมาคือ การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ และการได้รับข่าวสารทางสุขภาพ มีค่าเบต้าเท่ากับ .35 .28 และ .14 ตามลำดับ หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ และการได้รับข่าวสารทางสุขภาพ มากขึ้นหนึ่งหน่วยจะมีเชาวิสุขภาพสูงขึ้น .35 .28 และ .14 หน่วย ตามลำดับ แสดงว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ และการได้รับข่าวสารทางสุขภาพ เพิ่มขึ้นจะมีเชาวิสุขภาพสูงขึ้นด้วย

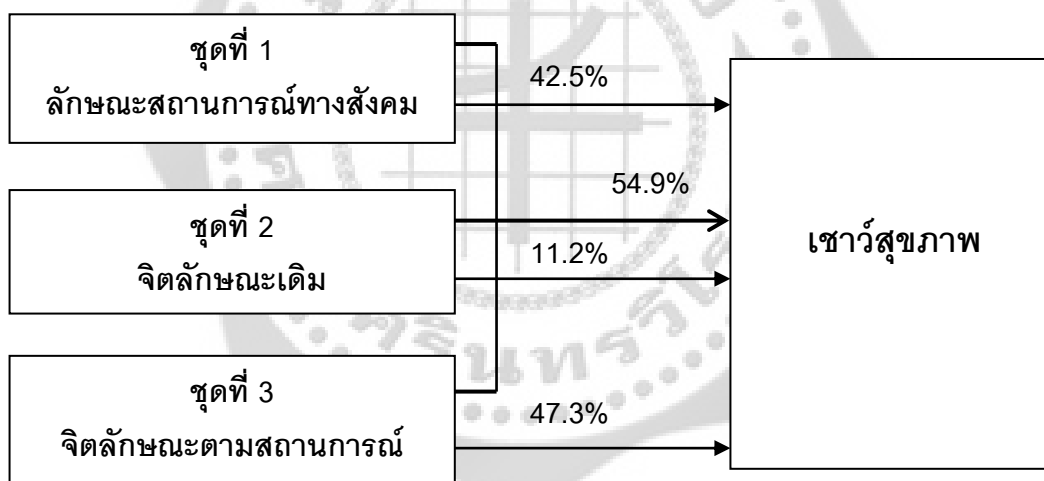
เมื่อพิจารณาการทำนายของตัวทำนายชุดที่ 2 คือ จิตลักษณะเดิม มี 2 ตัวแปร ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน และลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน พิจารณาในกลุ่มรวม พบว่าทั้ง 2 ตัวแปร สามารถอธิบายการแปรผันของเชาวิสุขภาพได้ร้อยละ 11.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนสามารถอธิบายการแปรผันของเชาวิสุขภาพได้ดีที่สุด มีค่าเบต้าเท่ากับ .29 หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมากขึ้นหนึ่งหน่วย จะมีเชาวิสุขภาพมากขึ้น .29 หน่วย แสดงว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเพิ่มขึ้นจะมีเชาวิสุขภาพสูงขึ้นด้วย

เมื่อพิจารณาการทำนายของตัวทำนายชุดที่ 3 คือ จิตลักษณะตามสถานการณ์ มี 2 ตัวแปร ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน และลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ พิจารณาในกลุ่มรวม พบว่าทั้ง 2 ตัวแปร สามารถอธิบายการแปรผันของเชาวิสุขภาพได้ร้อยละ 47.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ สามารถอธิบายการแปรผันของเชาวิสุขภาพได้ดีที่สุด รองลงมาคือ เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ มีค่าเบต้าเท่ากับ .48 และ .29 ตามลำดับ หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพและเจตคติต่อการดูแลสุขภาพมากขึ้นหนึ่งหน่วย จะมีเชาวิสุขภาพมากขึ้น .29 และ .48 หน่วย ตามลำดับ แสดงว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพและเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นจะมีเชาวิสุขภาพสูงขึ้นด้วย

เมื่อพิจารณาการทำนายของชุดรวม มี 7 ตัวแปร สามารถอธิบายการแปรผันของเชาวิสุขภาพได้ร้อยละ 54.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ สามารถอธิบายการแปรผันของเชาวิสุขภาพได้ดีที่สุด รองลงมาคือการมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง และเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ มีค่าเบต้าเท่ากับ .34 .26 และ .18 ตามลำดับ หมายความว่า

กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ มีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง และเจตคติต่อการดูแลสุขภาพ มากขึ้นหนึ่งหน่วยจะมีเซา์สุขภาพมากขึ้น .34 .26 และ .18 หน่วยตามลำดับ แสดงว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ และเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นจะมีเซา์สุขภาพสูงขึ้นด้วย

สามารถสรุปได้ว่า ตัวทำนายในชุดรวมสามารถอธิบายการแปรผันของเซา์สุขภาพได้ดีที่สุดคือร้อยละ 54.9 มากกว่าชุดที่ 3 จิตลักษณะตามสถานการณ์ที่สามารถอธิบายการแปรผันของเซา์สุขภาพได้ร้อยละ 47.3 รองลงมาคือ ชุดที่ 1 สถานการณ์ทางสังคม สามารถอธิบายการแปรผันของเซา์สุขภาพได้ร้อยละ 42.5 และชุดที่ 2 จิตลักษณะเดิม สามารถอธิบายการแปรผันของเซา์สุขภาพได้ร้อยละ 11.2 โดยในชุดรวมสามารถอธิบายการแปรผันของเซา์สุขภาพได้มากกว่าการใช้ชุดทำนายชุดที่ 1, 2 หรือ 3 ชุดใดชุดหนึ่งเพียงชุดเดียว ซึ่งพบว่าในกลุ่มรวมสามารถอธิบายการแปรผันของเซา์สุขภาพได้มากกว่าชุดใดชุดหนึ่งอยู่ระหว่างร้อยละ 7.6 ถึงร้อยละ 43.7 ถือได้ว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลนี้สนับสนุนสมมติฐานโดยรวมของทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยม ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 แสดงผลการทำนายเซา์สุขภาพของชุดทำนายทั้ง 3 ชุดและชุดรวม

3. กลุ่มตัวแปรจิตลักษณะตามสถานการณ์ ตัวแปรจิตลักษณะเดิม สถานการณ์การทางสังคมสามารถทำนายเซา์สุขภาพของในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน

การวิเคราะห์ในส่วนนี้เป็นการค้นหาตัวทำนายเซา์สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์และทางการแพทย์จากตัวแปรอิสระทั้งหมด ได้แก่ การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน

ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ โดยเปรียบเทียบร้อยละการทำนายจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละขั้น

ตาราง 20 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยและการทดสอบนัยสำคัญ ในการทำนายเชาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรทางการพยาบาล

กลุ่ม	จำนวน (คน)	% ทำนาย	R^2 Adjust	ตัวทำนาย	β
บุคลากรทางการพยาบาล	150	51.1*	50.1	1,7,3	.37, .31, .21
บุคลากรทางการแพทย์	150	56.9**	56.1	7,1,6	.45, .24, .24

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

หมายเหตุ: ตัวทำนาย

1 หมายถึง การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง 3 หมายถึง การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ

6 หมายถึง เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ 7 หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ

จากตาราง 20 ผลวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และทางการพยาบาล พบว่า ตัวแปรอิสระที่สามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพได้ มี 3 ตัวแปร คือ การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง และการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ ในกลุ่มบุคลากรทางการพยาบาล ตัวแปรอิสระทั้ง 3 สามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพได้ร้อยละ 51.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยการมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง ($\beta = .37$) อธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพได้ดีที่สุด รองลงมา คือ การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ ($\beta = .31$) และการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ ($\beta = .21$) ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ตัวแปรอิสระทั้ง 3 สามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพได้ร้อยละ 56.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001พบว่า โดยตัวแปรอิสระที่สามารถอธิบายการแปรผันของเชาว์สุขภาพได้ดีที่สุด คือ การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ ($\beta = .45$) รองลงมา คือ การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง และเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพที่มีค่าเบต้า .24 เท่ากัน

สรุปได้ว่าในกลุ่มบุคลากรทางการพยาบาล ตัวแปรการมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง เป็นทำนายที่เด่นชัด ซึ่งเป็นตัวแปรในกลุ่มสถานการณ์ทางสังคม โดยมีความแตกต่างจากบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มรวม ดังนั้นการส่งเสริมเชาว์สุขภาพในกลุ่มบุคลากรทางการพยาบาลต้องใช้สถานการณ์ต่างๆ เช่น กลุ่มสัมพันธ์หาบุคคลต้นแบบ เป็นต้น

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เรื่อง

ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับเซาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

จุดมุ่งหมาย

เพื่อประกอบการทำปริญญานิพนธ์ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับเซาว์สุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการศึกษาขั้นต่ำหรือเทียบเท่าระดับปริญญาตรีทางสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้มีทั้งหมด 9 ชุด

1. ข้อมูลส่วนบุคคล
2. เซาว์สุขภาพของฉัฉ
3. การมีตัวแบบทางสุขภาพของฉัฉ
4. การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ
5. การได้รับสิ่งจูงใจด้านสุขภาพ
6. ความเชื่อของฉัฉ
7. ตัวฉัฉและอนาคตของฉัฉ
8. เจตคติของฉัฉต่อการดูแลสุขภาพ
9. การรับรู้ด้านสุขภาพของฉัฉ

แบบสอบถามฉบับนี้ไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่ประการใด ขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ และตอบตามความเป็นจริงมากที่สุด เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ หากมีข้อสงสัยในการตอบแบบสอบถาม โปรดติดต่อสอบถามได้ที่เบอร์ 089-8978180 หอผู้ป่วย ซี ซี ยู โรงพยาบาลรามธิบดี เบอร์ 02-2011901-2

ขอขอบพระคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางสาวรุ่งอรุณ พึ่งแย้ม

นิสิตปริญญาโท สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ชุดที่ 1 : ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณากรอกข้อความและ/หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับความจริงเกี่ยวกับตัวท่าน และ **กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ**

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

2. อาชีพ ☐ อาจารย์แพทย์ / แพทย์

☐ อาจารย์พยาบาล / พยาบาล

☐ บุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นๆ ได้แก่

☐ ทันตแพทย์

☐ เภสัชกร

☐ นักเทคนิคการแพทย์

☐ นักโภชนาการ

☐ นักรังสีการแพทย์

☐ นักกายภาพบำบัด

☐ นักจิตวิทยา

☐ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์

☐ อื่นๆ.....

3. ขณะนี้ท่านอายุปี เดือน

4. ขณะนี้ท่านทำงานที่โรงพยาบาลนี้มา ปี

5. รายได้รวมทั้งหมดต่อเดือนของท่าน

☐ 10,000 – 19,999 บาท

☐ 20,000 – 29,999 บาท

☐ 30,000 – 49,999 บาท

☐ มากกว่า 50,000 บาท

6. สถานภาพสมรส

☐ โสด

☐ แต่งงาน / คู่

☐ หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่

7. ลักษณะการทำงาน เป็นกะที่ต้องทำงานช่วงกลางคืนและหรือสลับกับทำงานช่วงกลางวันหรือไม่

☐ ใช่

☐ ไม่ใช่

8. ปัจจุบันนี้ ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี โปรดระบุ.....

คำแนะนำในการตอบคำถามชุดที่ 2 ถึง 9

โปรดอ่านข้อความทีละประโยคและพิจารณาเลือกคำตอบจาก จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง และไม่จริงเลย กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติ หรือตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

คำชี้แจง

จริงที่สุด หมายถึง ท่านปฏิบัติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ หรือเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

จริง หมายถึง ท่านปฏิบัติเกือบเป็นประจำสม่ำเสมอ หรือเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก

ค่อนข้างจริง หมายถึง ท่านปฏิบัติค่อนข้างสม่ำเสมอ หรือเห็นด้วยกับข้อความนั้นค่อนข้างมาก

ค่อนข้างไม่จริง หมายถึง ท่านค่อนข้างไม่ปฏิบัติ หรือเห็นด้วยกับข้อความนั้นค่อนข้างน้อย

ไม่จริง หมายถึง ท่านแทบจะไม่ปฏิบัติเลย หรือเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย

ไม่จริงที่สุด หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติเลย หรือเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

ชุดที่ 2 : เซาว์นสุขภาพของฉน

คำแนะนำในการตอบ แบบสอบถามนี้ถามถึงการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับสุขภาพและความปลอดภัยของตัวท่าน ในเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน **มีทั้งหมด 36 ข้อ**

คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
1. ฉนออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างหนัก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละประมาณ 20 นาที เช่น เดินแอโรบิค วิ่ง เล่นกีฬาประเภทฟุตบอล บาสเกตบอล เป็นต้น						
2. มีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางแบบต่อเนื่อง (ทำให้หายใจเร็วขึ้นไม่ถึงกับหอบ) อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที เช่น การก้าวเดิน ถีบจักรยาน ว่ายน้ำ เป็นต้น						
3. ฉนออกกำลังกายแบบต้านแรงเพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรง เช่น ดึงสปริงยกน้ำหนัก ดึงยางยืด เล่นเวท เป็นต้น อย่างน้อย 8 ท่า เป็นเวลาอย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์						
4. ฉนบริหารร่างกายโดยยืดเหยียดกล้ามเนื้อจนกระทั่งกล้ามเนื้อที่ถูกรับการเริ่มมีการตึงตัว (flexibility exercise) เช่น เล่นยืดหยุ่น ทำโยคะ เป็นต้น อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง						
5. ฉนรับประทานอาหารที่มีความหลากหลายของชนิดอาหารและปริมาณพอดีต่อร่างกายในแต่ละมื้อ						
6. ฉนรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำทุกวัน						
7. ฉนจำกัดการรับประทานอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูง เช่น อาหารทอด ปลาหมึก เนื้อติดมัน ขนมหวาน เบเกอรี่						
8. ฉนหลีกเลี่ยงรับประทานขนมขบเคี้ยวระหว่างมื้อ						
9. ฉนไม่เคยสูบบุหรี่หรือใช้ยาสูบใดๆ ทั้งสิ้น						
10. ฉนไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใดๆ						
11. ฉนไม่เคยเสพยาเสพติดทุกชนิด						
12. เมื่อฉนเจ็บป่วย ฉนกิน/ใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์หรือเภสัชกรอย่างเคร่งครัด หรือกิน/ใช้ยาสามัญประจำบ้านตามคำแนะนำของฉลากยา						

คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่ จริง	ไม่จริง ที่สุด
13. ฉันนอนพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง						
14. ฉันแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง						
15. ฉันป้องกันการสัมผัสแสงแดดจัดเป็นเวลานาน เช่น ใช้ ร่ม สวมหมวก ใช้ครีมกันแดด ใส่เสื้อแขนยาว เป็นต้น						
16. ฉันไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่มีเครื่องหมายความปลอดภัย เช่น อย. Q-mark เป็นต้น						
17. ฉันรับรู้ได้ด้วยตนเองถึงสัญญาณเตือนสำหรับอาการ หัวใจวาย หัวใจขาดเลือด โรคสมองขาดเลือด เป็นต้น						
18. ฉันไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากอย่าง น้อยปีละ 2 ครั้ง						
19. ฉันตรวจเต้านม/อวัยวะ ด้วยตนเองทุกเดือน พร้อมทั้ง ตรวจสุขภาพประจำปีเบื้องต้น เช่น ความดันโลหิต เบาหวาน และมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น						
20. ฉันสามารถป้องกันตนเองจากโรคติดต่อได้ เช่น โรค ไข้เลือดออก โรคไข้หวัด 2009 โรคเอดส์ โรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ และไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น						
21. ฉันล้างมือด้วยน้ำสบู่ หรือแอลกอฮอล์สำหรับล้างมือ ทุกครั้ง หลังการปฏิบัติงานจนเป็นนิสัย						
22. ฉันคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งที่นั่งรถยนต์ หรือสวมหมวก กันกระแทกเมื่อใช้รถจักรยานยนต์						
23. ฉันหลีกเลี่ยงการไปคนเดียวในที่สาธารณะเปลี่ยวมืด						
24. ฉันป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในบริเวณที่อยู่อาศัยได้ เช่น ไม่เสียบปลั๊กไฟด้วยมือเปียก ไม่ยกของหนักเกินกำลัง และ ใช้อุปกรณ์ให้ถูกวิธีตามลักษณะการใช้งาน เป็นต้น						
25. ฉันช่วยลดมลพิษสิ่งแวดล้อม เช่น ปิดไฟเมื่อเลิกใช้งาน แยกขยะก่อนทิ้ง ลดการใช้น้ำและไฟฟ้าเกินจำเป็น เป็นต้น						
26. ฉันดูแลความสะอาดเรียบร้อยของบริเวณที่พักอาศัย ของฉัน						

คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่ จริง	ไม่จริง ที่สุด
27. ฉันร่วมรณรงค์ให้สิ่งแวดล้อมในสัปดาห์ของหน่วยงาน ต่างๆ						
28. ฉันใช้ทรัพยากรธรรมชาติที่มีอยู่อย่างคุ้มค่ามากที่สุด เช่น ลดขยะนำกลับ มาใช้ใหม่ (recycle) และลดการ บริโภคอาหารและสินค้าฟุ่มเฟือย เป็นต้น						
29. ฉันมีสติรู้ตัวดีเมื่ออยู่ภายใต้ความกดดันหรือความตึง เครียด						
30. ฉันมีวิธีที่สามารถจัดการกับความเครียดของตนเองได้ อย่างเหมาะสม						
31. ฉันสามารถปรึกษาเพื่อนหรือคนใกล้ชิดได้เป็นอย่างดี เมื่อมีปัญหาต่างๆ เกิดขึ้น						
32. ฉันใช้เวลาว่างส่วนใหญ่ไปกับกิจกรรมที่สร้างสรรค์เป็น ประโยชน์กับตนเองและผู้อื่น						
33. ฉันสามารถเผชิญกับความผิดหวัง ความซึมเศร้า ความ โดดเดี่ยวได้						
34. ฉันมองโลกในแง่ดีเสมอ						
35. ฉันสามารถควบคุมปัญหาและอารมณ์ของตนเองได้ โดยไม่ต้องพึ่งแอลกอฮอล์หรือยาอันตรายใดๆ						
36. ฉันมักอยู่ใกล้กับเพื่อนหรือคนใกล้ชิดที่มีทัศนคติ ทางบวกต่อชีวิตต่อโลก						

ชุดที่ 3 : การมีตัวแบบทางสุขภาพของฉัน

คำแนะนำในการตอบ แบบสอบถามนี้ถามถึงการพบเห็นการแสดงออกของบุคคลอ้างอิงที่รู้จัก ด้านสุขภาพและความปลอดภัย (บุคคลอ้างอิงที่รู้จัก หมายถึง บุคคลต่อไปนี้อย่างน้อยบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน บิดามารดา อาจารย์ บุคคลที่นับถือ และ นักแสดง เป็นต้น) มีทั้งหมด 10 ข้อ

คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่ จริง	ไม่ จริง ที่สุด
1. ฉันเห็นบุคคลอ้างอิงที่ฉันรู้จักออกกำลังกายเป็นประจำแล้วเขาดูสดใสขึ้น						
2. ฉันเห็นบุคคลอ้างอิงที่ฉันรู้จักได้รับบาดเจ็บจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย						
3. ฉันเห็นบุคคลอ้างอิงที่ฉันรู้จักได้รับคำชมว่าดูกระฉับกระเฉงขึ้นหลังจากสามารถลดส่วนเกินจนมีรูปร่างสมส่วนมากขึ้น						
4. ฉันเห็นบุคคลอ้างอิงที่ฉันรู้จักไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันและให้พลังงานสูงเป็นประจำแล้วไม่อ้วนลงพุงเลย						
5. ฉันเห็นเพื่อนหรือบุคคลอ้างอิงที่ฉันรู้จักดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แล้วเขาดูมีความสุขและไม่มีความเครียด						
6. ฉันเห็นบุคคลอ้างอิงที่ชอบสูบบุหรี่ป่วยกันบ่อย						
7. ฉันเห็นบุคคลอ้างอิงที่ฉันรู้จักเป็นคนมองโลกในแง่บวกเสมอ มักจะอารมณ์ดี ไม่ค่อยเครียด						
8. ฉันเห็นบุคคลอ้างอิงที่ฉันรู้จักตรวจเช็คสุขภาพเสมอ ช่วยให้เขาได้ มีโอกาสดูแลรักษาสุขภาพที่ผิดปกติได้ทันโดยเร็ว						
9. ฉันเห็นบุคคลอ้างอิงที่ฉันรู้จักใช้เวลาพักผ่อนเพียงพอ จึงดูสดใสเมื่อมาทำงาน						
10. ฉันเห็นบุคคลอ้างอิงที่ฉันรู้จักมักแสดงอารมณ์หงุดหงิดต่อผู้อื่น แล้วไม่มีใครว่าอะไร						

ชุดที่ 4 : การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ

คำแนะนำในการตอบ แบบสอบถามนี้ถามถึงการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพของท่าน ทั้งที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน มีทั้งหมด 10 ข้อ

คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่ จริง	ไม่ จริง ที่สุด
1.ฉันได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพจากการได้เข้าฟังวิชาการที่ทางหน่วยงานหรือโรงพยาบาลจัดขึ้น						
2. ฉันไม่สนใจดูหรือฟังโฆษณาณรงค์เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพ จากโทรทัศน์หรือวิทยุเลย						
3.ฉันไม่เคยอ่านหนังสือ เอกสารความรู้ เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพ หรือรณรงค์เรื่องการรักษาสุขภาพใดๆ เลย						
4. ฉันได้รับเกร็ดความรู้เรื่อง การรักษาสุขภาพจากการอ่านโปสเตอร์ตามสถานที่ต่างๆ						
5. ฉันรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพใหม่ๆ จากเพื่อนของฉัน หรือผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นเสมอ						
6. ฉันมักเข้าไปค้นหาข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ ในห้องสมุดหรือ อินเทอร์เน็ตอยู่บ่อยๆ						
7. ฉันติดตามข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพต่างๆ ทางสื่อมวลชน เป็นระยะๆ						
8. เมื่อมีใครพูดคุยเกี่ยวกับสุขภาพ ฉันจะเข้าร่วมเสวนาหรือร่วมฟังด้วยความสนใจ						
9. ฉันชอบไต่ถามและหาความรู้ด้านสุขภาพ เช่น การรักษาแบบใหม่ที่ทันสมัย จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านนั้นๆเสมอ						
10.ฉันไม่เคยทนดูรายการโทรทัศน์ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจนจบรายการสักครั้ง						

ชุดที่ 5 : การได้รับสิ่งจูงใจด้านสุขภาพ

คำแนะนำในการตอบ แบบสอบถามนี้ถามถึงการได้รับอิทธิพลจากบุคคลรอบข้างหรือสิ่งทีกระตุ้นให้สนใจสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ ที่ผ่านมามาจนถึงปัจจุบัน มีทั้งหมด 10 ข้อ

คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่ จริง	ไม่ จริง ที่สุด
1. ฉันได้รับคำชมและกำลังใจจากคนใกล้ชิดในควบคุมอาหารที่ให้พลังงานต่ำได้						
2. ฉันได้รับคำชมว่าหลังออกกำลังกายดูสดใสขึ้น						
3. ฉันกลัวถูกตำหนิจากคนใกล้ชิดว่าเป็นบุคลากรทางการแพทย์แล้วไม่ค่อยใส่ใจดูแลตนเอง						
4. ในช่วงที่มีการระบาดของโรคใช้หวัดสายพันธุ์ใหม่ 2009 การสวมหน้ากากอนามัยเป็นเรื่องสำคัญ เพราะมีเจ้าหน้าที่เป็นแล้วป่วยหนักกันมาก						
5. มีคนทักว่าฉันอ้วนขึ้น ฉันจะเริ่มควบคุมน้ำหนักให้ได้ตามเกณฑ์ที่ฉันตั้งไว้						
6. ฉันควบคุมน้ำหนักไม่ได้ ถึงแม้มีใครจะเสนอสิ่งแลกเปลี่ยนเป็นสิ่งที่ฉันชอบก็ตาม						
7. แม้จะมีคนมาเสนอให้ไปตรวจสุขภาพฟรี ฉันก็ไม่ไปตรวจสุขภาพ						
8. จากการรณรงค์ให้เลิกสูบบุหรี่ในที่สาธารณะและผลเสียของการสูบบุหรี่ ทำให้ฉันไม่คิดอยากสูบบุหรี่หรือเลิกบุหรี่ได้						
9. เมื่อมีโครงการลดค่าไฟจากการประหยัดไฟฟ้า ฉันอยากดูแลและควบคุมการใช้ไฟฟ้าเท่าที่จำเป็นเท่านั้น						
10. คนรอบข้างยอมรับที่ฉันเป็นคนอารมณ์ดี						

โปรดพลิกหน้าถัดไป

ชุดที่ 6 : ความเชื่อของฉัน

คำแนะนำในการตอบ แบบสอบถามนี้ถามถึงการรับรู้และความรู้สึกของท่าน มีทั้งหมด 12 ข้อ

คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่ จริง	ไม่ จริง ที่สุด
1. คนที่ได้เลื่อนตำแหน่งสูงขึ้น เป็นเพราะเขาทำงานมานานมิใช่เพราะความสามารถของเขา						
2. ที่ตัวฉันเองมีสุขภาพดี เพราะตัวฉันเองดูแลตนเองดี						
3. บุคคลที่มีเพื่อนฝูงมากหรือไม่ เกิดจากการปฏิบัติตัวของเขาเอง						
4. การขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยให้ประสบผลสำเร็จ						
5. ความเจริญก้าวหน้าของชีวิตมาจากความพยายามของตัวฉันเอง						
6. ฉันมักไม่แน่ใจว่าฉันจะทำสำเร็จตามแผนที่ฉันวางไว้ได้						
7. ฉันชอบช่วยเหลือตัวเองมากกว่าให้คนอื่นช่วย						
8. เรื่องเศร้าหลายเรื่องเกิดขึ้นเพราะกรรมเก่าของคนคนนั้น						
9. ฉันเชื่อว่าทำอะไรก็ได้ผลตอบแทนอย่างนั้น						
10. การดูแลที่ฉันได้รับจากบุคคลอื่น(ญาติหรือเพื่อน)เป็นเพราะบุญเก่าของฉัน						
11. ฉันเป็นคนเชื่อเพื่อนหรือคนอื่นในเกือบทุก ๆ เรื่อง						
12. ความพยายามและความตั้งใจจริงของฉัน จะช่วยให้ฉันได้ในสิ่งที่ฉันต้องการ						

โปรดพลิกหน้าถัดไป

ชุดที่ 7 : ตัวฉันและอนาคตของฉัน

คำแนะนำในการตอบ แบบสอบถามนี้ถามถึงลักษณะนิสัยของท่านในปัจจุบันและอนาคต มี 14 ข้อ

คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่ จริง	ไม่ จริง ที่สุด
1. ฉันมักทำงานไม่เสร็จทันเวลาที่กำหนด						
2. การวางแผนล่วงหน้าเป็นการกระทำที่ไร้ประโยชน์สำหรับฉัน เพราะมักไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้						
3. ถ้าฉันเห็นของที่ชอบอยากได้ ถึงแม้จะมีราคาแพงมาก ฉันก็จะตัดสินใจซื้อทันทีและยอมอดภายหลัง						
4. ฉันคิดว่าไม่มีประโยชน์อะไรเลยที่จะต้องวิตกกังวลในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ เกี่ยวกับอนาคต						
5. ในการประชุม ถ้ามีการพูดในสิ่งที่ฉันไม่เห็นด้วย ฉันจะคัดค้านทันทีโดยไม่รอจังหวะหรือโอกาสที่เหมาะสม						
6. ฉันว่าคนเราควรหาความสุขใส่ตัวให้มากที่สุด ในขณะที่เพราะอนาคตเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน						
7. ฉันมักเสียกำลังใจ ถ้าทำงานเสร็จ แล้วโดนผู้อื่นขโมยงานไป						
8. การประกอบกรรมดีโดยขาดผู้รู้เห็นเป็นการกระทำที่สูญเปล่า						
9. ผลงานที่ฉันทำไว้ถ้าผู้บังคับบัญชาไม่ยอมรับ แม้จะเป็นผลงานที่ดีก็ไร้ค่า						
10. ในปัจจุบันคนเรามักขาดความกล้าที่จะทำความดี แต่ฉันพร้อมที่จะทำความดีเสมอ						
11. ถ้าในการทำงานมีผลประโยชน์ คนที่ไม่ฉวยโอกาสเป็นคนโง่						
12. เมื่ออยู่ต่างถิ่น ฉันคิดว่าจะทำอะไรก็ได้เพราะไม่มีใครรู้จักเรา						
13. ฉันจะระมัดระวังในการทำงานมากขึ้นเมื่อมีคนมาคอยจ้องจับผิด						
14. การทำดีไม่ควรหวังผลตอบแทนจากผู้อื่น						

ชุดที่ 8 : เจตคติของฉันท่อการดูแลสุขภาพ

คำแนะนำในการตอบ แบบสอบถามนี้ถามถึงความรู้สึก ความเชื่อ และความพร้อมที่ดูแลสุขภาพของท่าน มีทั้งหมด 20 ข้อ

คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
1. การดื่มน้ำสะอาดที่ดื่มจนเดือดแล้วปล่อยให้เย็นลง แม้จะเป็นการถูกสุขอนามัย แต่ยุ่งยากและสิ้นเปลือง						
2. การออกกำลังกายแม้เป็นผลดีต่อสุขภาพ แต่ทำให้เสียเวลาโดยไม่จำเป็น						
3. การไปรับตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี ทำให้สิ้นเปลืองเวลาและเงินมากกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ						
4. การดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ แม้จะให้ผลเสียต่อสุขภาพแต่ก็เพียงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับผลที่จะได้ คือ ช่วยผ่อนคลายความทุกข์ความเครียด และทำให้มีโอกาสสังสรรค์สนุกสนานกับเพื่อนฝูง						
5. ฉันพอใจเมื่อได้ออกกำลังกาย						
6. ฉันชอบรับประทานผักสดและผลไม้						
7. ฉันดีใจที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือลดการดื่มเหล้าและการสูบบุหรี่ได้						
8. ฉันยินดีรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นได้โดยไม่จำเป็นต้องมีชั้นกลาง						
9. ฉันยินดีกับการไปรับการตรวจสุขภาพประจำปี ถึงแม้มิได้เจ็บป่วยใดๆ						
10. ฉันพอใจที่สามารถระงับอารมณ์และจัดการกับความเครียดของตนเองได้						
11. ฉันไม่ชอบนั่งรถยนต์ไปกับผู้ขับขี่ที่ดื่มสุราหรือขับรถด้วยความเร็ว						
12. ฉันตั้งใจรับประทานผลไม้ทุกวันแทนขนมหวาน						
13. ถึงแม้งานที่ยังไม่เสร็จแต่เมื่อถึงเวลามื้ออาหารแล้วฉันจะพักเพื่อไปรับประทานอาหารให้ตรงเวลา						

คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่ จริง	ไม่ จริง ที่สุด
14. ในสัปดาห์หน้า ฉันตั้งใจว่าจะออกกำลังกายเป็นเวลา 15-30 นาที ไม่ต่ำกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์						
15. ถึงงานจะหนัก ฉันก็จะหาเวลาไปผ่อนคลายความเครียดของฉันอยู่เสมอ						
16. แม้ว่าจะมีรายการทีวีที่ฉันชอบในเวลาดึก ฉันก็จะหลีกเลี่ยงไม่ดูถ้าทำให้ฉันไม่สามารถพักผ่อนได้เพียงพอ						
17. ถึงแม้ว่าฉันจะง่วงนอนเพียงใด ฉันก็จะชำระร่างกายให้สะอาดก่อนนอนทุกครั้ง						
18. ถึงแม้ว่าเพื่อนๆ จะเชิญชวนแต่ฉันก็จะหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และไม่อยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่						
19. ฉันจะไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน (ไวน์ 200 ml เบียร์ 470 ml เหล้า 60 ml)						
20. ฉันตั้งใจตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อไม่ให้เกิดอุบัติเหตุกับตัวฉัน						

โปรดพลิกหน้าถัดไป

ชุดที่ 9 : การรับรู้ด้านสุขภาพของฉัน

คำแนะนำในการตอบ แบบสอบถามนี้ถามถึงความเชื่อมั่นของท่านในการดูแลสุขภาพ มีทั้งหมด 10 ข้อ

คำถาม	จริง ที่สุด	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่ จริง	ไม่ จริง ที่สุด
1. ฉันมั่นใจว่าฉันจะหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลหรือไขมันสูงได้ทุกมื้อ						
2. ฉันสามารถหลีกเลี่ยงไม่เข้าไปอยู่ในบริเวณที่แออัด มีอากาศไม่บริสุทธิ์ได้						
3. ฉันสามารถรับประทานผักผลไม้ได้ทุกวันเพื่อสุขภาพที่ดี						
4. ฉันสามารถป้องกันตนเองไม่ให้เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานได้						
5. เมื่อเกิดเรื่องไม่สบายใจ ฉันสามารถผ่อนคลายความตึงเครียดนั้นได้ด้วยตนเอง						
6. ฉันมั่นใจว่าจะออกกำลังกายเป็นประจำได้อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที						
7. ฉันสามารถแก้ไขความรู้สึกหดหู่ ซึมเศร้าหรือเบื่อหน่ายของตนเองได้ให้กลับมาสู่อารมณ์ที่ปกติได้อย่างรวดเร็ว						
8. เมื่อฉันโกรธหรือไม่พอใจ ฉันสามารถควบคุมอารมณ์โกรธไว้ได้โดยไม่รู้สึกรำคาญ						
9. ฉันกล้าที่จะสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์						
10. ฉันสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเพื่อลดความเจ็บป่วยหรืออาการของ โรคประจำตัวถ้าฉันเป็น						

ขอบคุณค่ะ

ประวัติย่อผู้วิจัย



ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ-ชื่อสกุล	รุ่งอรุณ พึ่งแย้ม
วันเดือนปีเกิด	29 พฤษภาคม 2521
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	270 โรงพยาบาลรามาริบัติ ถนนพระรามหก แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพ
พ.ศ. 2543 – 2553	พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยซีซียู โรงพยาบาลรามาริบัติ
ปัจจุบัน	รักษาการหัวหน้าหอผู้ป่วยซีซียู โรงพยาบาลรามาริบัติ
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2533	ประถมศึกษา จาก โรงเรียนปิยะวิทยา-ตลิ่งชัน
พ.ศ. 2539	มัธยมศึกษาตอนปลาย จาก โรงเรียนสุวรรณารามวิทยาคม
พ.ศ. 2543	พยาบาลศาสตรบัณฑิต จาก คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2548	ประกาศนียบัตรหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการ พยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) จาก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ