

การศึกษาตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากการสังเคราะห์งานวิจัย
โดยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

ปริญญานิพนธ์
ของ
อริยา ทองกร

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ตุลาคม 2550

การศึกษาตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากการสังเคราะห์งานวิจัย
โดยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

บทคัดย่อ
ของ
อริยา ทองกร

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ตุลาคม 2550

อริยา ทองกร (2550). การศึกษาตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากการสังเคราะห์งานวิจัยโดยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ปริญญานิพนธ์ วทม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประทีป จินนี่.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 132 เรื่อง ในช่วงปี พ.ศ. 2536-2548 งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์เป็นงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ มีตัวแปรตามเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น การสังเคราะห์งานวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน กล่าวคือ การสังเคราะห์งานวิจัยในเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และการสังเคราะห์งานวิจัยในเชิงปริมาณ โดยใช้การวิเคราะห์ห่อภิมาณตามวิธีของ Glass

ผลการวิจัย

จากการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า

ประเภทของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยระดับปริญญานิพนธ์ระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 92.42 มีผู้ให้ความสนใจทำการศึกษากันมากในช่วงปี พ.ศ.2541-2544 คิดเป็นร้อยละ 41.66 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนมากเป็นกลุ่มบุคคลวัยทำงาน คิดเป็นร้อยละ 43.77 รองลงมาเป็นกลุ่มผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 29.26 สำหรับแนวคิดที่มีผู้วิจัยให้ความสนใจนำมาประยุกต์ใช้มากที่สุด เป็นแนวคิด Pender's Health Promotion Model คิดเป็นร้อยละ 72.72 รองลงมาเป็นแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL คิดเป็นร้อยละ 27.27 เครื่องมือวัดของงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นแบบสอบถาม คิดเป็นร้อยละ 57.82 ซึ่งเครื่องมือวัดส่วนใหญ่มีคุณภาพในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.87 งานวิจัยที่ศึกษาส่วนใหญ่มีการตั้งสมมติฐานแบบสองทาง คิดเป็นร้อยละ 68.93 และมีการตั้งระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 94.69

จากการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณโดยการวิเคราะห์ห่อภิมาณตามวิธีของ Glass พบว่า

ตัวแปรสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคือ ตัวแปรปัจจัยภายในบุคคลทั้ง 4 ตัว ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนตัวแปรปัจจัยภายนอกบุคคล พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าด้านอื่น ๆ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีผู้ให้ความสนใจศึกษาวิจัยกันมาก คือ กลุ่มบุคคลวัยทำงาน ซึ่งงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มบุคคลวัยทำงาน ตัวแปรปัจจัยภายในบุคคลพบว่า ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าด้านอื่น ๆ สำหรับตัวแปรปัจจัยภายนอกบุคคล พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวญาติ เพื่อนบ้าน

เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าด้านอื่น ๆ

A STUDY OF FACTORS ASSOCIATED WITH HEALTH PROMOTING BEHAVIORS
FROM SYNTHESIS OF RESEARCH THROUGH META-ANALYSIS

AN ABSTRACT
BY
ARIYA THONGKORN

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Master of Science degree in Applied Behavioral Science Research
at Srinakharinwirot University
October 2007

Ariya Thongkorn. (2007). *A Study of Factors Associated with Health Promoting Behaviors from Synthesis of Research through Meta-Analysis*. Master thesis, M.S. (Applied Behavioral Science Research). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Assoc. Prof. Laddawan Kaseamnet, Asst. Prof. Prateep Jinngae.

The purpose of this research was to synthesize research studies related to health promoting behaviors, to explore variables affecting health promoting behaviors. The sample consisted of 132 individual research studies concerning health promoting behavior during 1993-2005. Data collection was done by using a researcher-constructed data collection from data analysis comprised of two parts: 1) Qualitative research synthesis through content analysis presented in percentages 2) Quantitative research synthesis through meta-analysis based on Glass's method.

Qualitative research synthesis results show :

The type of researches synthesized, mostly, are Master's thesis at 92.42%. The researches between 1998-2001 were significantly studied, totaling 41.66%. The majority of study sample were working people and patient groups, at 43.77% and 29.26% respectively. Regarding to the applied model the researchers have mainly developed form, it was the concept of Pender's Health Promotion Model at 72.72% followed by the concept of PRECEDE-PROCEED MODEL at 27.27%. Mainly, measuring instruments were tests at 57.82% with medium quality up to 62.87%. The majority of the thesis was two way assumption 68.93% and it had highly set, 94.69%, at 0.05 statistic signification.

Quantitative research synthesis through meta-analysis based on Glass's method results show :

An important factor related directly to health-promoting behaviors is shown on 4 aspects : health promoting values, health perception, attitude and knowledge of health promotion. In terms of external factors, it is found that social support from family members, neighbor, colleague and public health personal had the best effect size on health promoting behaviors. Regarding to the most interesting sample group, is working people group. The research studied working people is found that individual internal factors of health-promoting values has the best effect size on health promoting behaviors. Social support is from family members, neighbor, colleague and public health personal the individual external factors which had the best effect size on health promoting behaviors.

การศึกษาตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากการสังเคราะห์งานวิจัย
โดยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

ปริญญานิพนธ์
ของ
อริยา ทองกร

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

ตุลาคม 2550

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

การศึกษาตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากการสังเคราะห์งานวิจัย
โดยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

ของ
อริยา ทองกร

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)
วันที่ เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2550

คณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร)

.....ประธาน
(ว่าที่ร้อยตรี ดร.มนัส บุญประกอบ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประทีป จินฉี)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประทีป จินฉี)

.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร.พิศมัย ורתัย)

ประกาศขอบคุณ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร ประธานกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประทีป จินนี กรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งท่านได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษาแนะนำ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องในการจัดทำงานวิจัยทุกขั้นตอน เป็นพลังผลักดันและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง และขอกราบขอบพระคุณ กรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติม ได้แก่ ว่าที่ร้อยตรี ดร.มนัส บุญประกอบ และอาจารย์ ดร.พิศสมัย อรทัย ที่ได้กรุณาเป็นคณะกรรมการสอบงานวิจัยในครั้งนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่าน ที่ให้ความรู้แก่ผู้วิจัยในการศึกษาตามหลักสูตร ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ ทำให้ผู้วิจัยซึมซับกระบวนการเรียนรู้ และสามารถนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการวิจัย

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่านที่คอยให้กำลังใจในการจัดทำปริญญานิพนธ์ และร่วมฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆ จนประสบความสำเร็จในวันนี้

ท้ายสุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ตลอดจนญาติทุกคนในครอบครัวที่คอยเป็นกำลังใจให้การสนับสนุน และช่วยเหลือในทุกด้านแก่ข้าพเจ้าเป็นอย่างดีเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา

อริยา ทองกร

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ภูมิหลัง	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย.....	9
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	11
แนวคิด ทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ในการวิจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	13
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....	13
การสังเคราะห์งานวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	28
3 วิธีดำเนินการวิจัย	36
การกำหนดประชากร.....	36
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	36
การเก็บรวบรวมข้อมูล	37
การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	38
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	39
ผลการสังเคราะห์งานวิจัยในเชิงคุณภาพ	39
ผลการสังเคราะห์งานวิจัยในเชิงปริมาณ	49
5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	56
ความมุ่งหมายของงานวิจัย	56
วิธีดำเนินการวิจัย	56
การวิเคราะห์ข้อมูล	57
สรุปผลการวิจัย.....	57

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 (ต่อ)	
การอภิปรายผล	66
ข้อเสนอแนะ	73
บรรณานุกรม	75
ภาคผนวก ก แบบบันทึกข้อมูลงานวิจัย	93
ภาคผนวก ข ตารางแสดงจำนวนงานวิจัย และร้อยละที่พบภัยสำคัญ	97
ประวัติย่อผู้วิจัย	100

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1	จำนวนและร้อยละของรายงานการวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ จำแนกตามตัวแปร คุณลักษณะงานวิจัย	40
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างประเภทต่าง ๆ ที่ใช้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....	43
3	จำนวนงานวิจัยและร้อยละที่พบนัยสำคัญทางสถิติของตัวแปรอิสระ ที่เป็นปัจจัยภายในที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	44
4	จำนวนงานวิจัยและร้อยละที่พบนัยสำคัญทางสถิติของตัวแปรอิสระ ที่เป็นปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	45
5	จำนวนงานวิจัยและร้อยละที่พบนัยสำคัญทางสถิติของตัวแปรอิสระ ที่เป็นปัจจัยชีวสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	45
6	จำนวนงานวิจัยและร้อยละที่พบนัยสำคัญของตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษา จำแนกตามกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	46
7	ค่าสถิติพื้นฐานของค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานของตัวแปรปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอกและปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	49
8	ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานระหว่าง ตัวแปรด้านต่าง ๆ ของปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกกับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ.....	50
9	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานเป็นรายคู่ของตัวแปร ปัจจัยภายนอกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	51
10	ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐาน ของปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ.....	51
11	ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานของตัวแปรปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก และปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของงานวิจัยที่ศึกษา ในกลุ่มบุคคลวัยทำงาน	52
12	ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานระหว่าง ตัวแปรด้านต่าง ๆ ของปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก กับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มบุคคลวัยทำงาน.....	53

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง

หน้า

13 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานเป็นรายคู่ของตัวแปร ปัจจัยภายในกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มบุคคล วัยทำงาน.....	54
14 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานเป็นรายคู่ของตัวแปร ปัจจัยภายนอกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มบุคคล วัยทำงาน.....	54
15 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐาน ของปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของงานวิจัยที่ศึกษา ในกลุ่มบุคคลวัยทำงาน.....	55
16 แสดงจำนวนงานวิจัยและร้อยละที่พบนัยสำคัญทางสถิติของตัวแปรอิสระที่เป็น ปัจจัยภายในที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (แยกรายละเอียด).....	98
17 แสดงจำนวนงานวิจัยและร้อยละที่พบนัยสำคัญทางสถิติของตัวแปรอิสระที่เป็น ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (แยกรายละเอียด).....	99

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1	แสดงกรอบแนวคิดและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร	10
---	--	----

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

การพัฒนาประเทศในปัจจุบัน ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ให้ความสำคัญกับการพัฒนาที่สมดุล ทั้งด้านระดับบุคคล เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม โดยสร้างและพัฒนาระบบบริหารจัดการที่ดีให้เกิดขึ้นในทุกระดับ พร้อมคำนึงถึงหลักปรัชญา “เศรษฐกิจพอเพียง” เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน ประชาชนมีความเป็นอยู่ที่ดีมีความสุข (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2546: 57) ซึ่งหมายถึง การมีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบกับ มีความรู้ มีงานทำอย่างทั่วถึง มีรายได้พอเพียงต่อการดำรงชีพ มีครอบครัวที่อบอุ่นมั่นคงอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี และอยู่ภายใต้การบริหารระบบบริหารจัดการที่ดีของรัฐ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2546: 1-2) สุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับชีวิตและความเป็นอยู่ของมนุษย์ทุกคนตั้งแต่เกิดจนตาย สุขภาพของคนคนหนึ่ง สามารถส่งผลกระทบต่อคนอื่นในสังคมด้วย การพัฒนาประเทศในช่วงที่ผ่านมาตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1-8 (พ.ศ. 2504-2544) ศักยภาพของคนไทยและระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น เมื่อพิจารณาในเชิงปริมาณ แต่พบว่ามีปัญหาในเรื่องคุณภาพคน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2546: 10) ต่อมาได้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ กำหนดแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาประเทศให้มีความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ระยะยาว ต่อจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ในด้านแนวคิดที่ยึด “คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา” และให้ความสำคัญกับการพัฒนาที่สมดุล ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านบุคคล ดังนั้น ประเทศจะพัฒนาไปได้เพียงใดขึ้นอยู่กับคุณภาพชีวิตของบุคคล สุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตเป็นองค์ประกอบหลักของคุณภาพชีวิต การมีสุขภาพดีจะเป็นพลังผลักดันให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณค่าทั้งต่อตนเอง และต่อการพัฒนา เศรษฐกิจ สังคม และประเทศชาติ

การดำเนินงานสาธารณสุข ในอดีตเน้นการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งการที่เน้นด้านการรักษาพยาบาลก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพของประชาชนคือ ต้องรอให้เจ็บป่วยก่อนจึงทำการรักษา ประชาชนไม่มีการดูแลตนเองที่ดีจึงป่วยเป็นโรค ซึ่งส่งผลหลายด้านทั้งด้านเศรษฐกิจเกี่ยวกับการใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาล และยังขาดรายได้เนื่องจากการเจ็บป่วย จากแผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ได้มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดและกระบวนการพัฒนาใหม่ โดยเน้นคนเป็นจุดศูนย์กลาง การพัฒนาสาธารณสุข เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายดังกล่าวจึงได้เน้นการพัฒนาศักยภาพของคนด้านสุขภาพอนามัยในการเสริมสร้างให้มีความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ดังนั้น

การส่งเสริมสุขภาพ ภายใต้ความหมาย “การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรค” นั้นจัดได้ว่าเป็นแนวทางของการแก้ปัญหาที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพได้ทางหนึ่ง และนับว่าเป็นการแก้ปัญหาเชิงรุก เพราะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลนั้น ถือว่าเป็นวิธีที่บุคคลจะสามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ซึ่งมีอยู่มากมายในชีวิตประจำวันของสังคมยุคปัจจุบัน การดำเนินการแก้ไขปัญหาระบาดของประเทศไทย ในปัจจุบันได้หันมาเน้นกิจกรรมทางด้านการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ถ้าประชาชนใส่ใจกับการดูแลสุขภาพให้มากขึ้นก็จะมีสุขภาพที่ดีสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล และยังเป็นคนที่มีคุณภาพสามารถพัฒนาประเทศชาติต่อไปได้ ทำให้หลายฝ่ายต่างตระหนักถึงประเด็นนี้ จึงเกิดงานวิจัยมากมายที่ค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคและเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ

มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ผ่านมามีอยู่จำนวนมาก ซึ่งมีทั้งที่ศึกษาตัวแปรอย่างเดียวกันและคนละอย่าง ใช้กลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายและใช้เครื่องมือวัดตัวแปรมีความแตกต่างกันออกไป อาทิงานวิจัยของ (ชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล. 2541: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อของผู้บริหารจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 246 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มปัจจัยนำ กลุ่มปัจจัยเอื้อ กลุ่มปัจจัยเสริม มีอิทธิพลและสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้บริหารได้ร้อยละ 17.50 โดยพบว่า อายุ ทัศนคติ และการมีนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เป็นตัวทำนายได้ดีที่สุดเท่ากัน สำหรับงานวิจัยของ (นุชระพี สุทธิกุล. 2540: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 360 คน ปัจจัยด้านความรู้ ค่านิยม เจตคติ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำนองนี้ยังพบในงานวิจัยของ (ผ่อง อนันตริยเวช. 2545: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดเทศบาล จังหวัดนนทบุรี จำนวน 120 คน ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ เจตคติต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สถานะสุขภาพ สภาพแวดล้อมภายในโรงเรียน สภาพแวดล้อมภายนอกโรงเรียน การได้รับข่าวสารทางสุขภาพจากสื่อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดเทศบาล จังหวัดนนทบุรี ส่วนงานวิจัยของ (จूरรัตน์ เพชรทอง. 2540: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจจังหวัดสุพรรณบุรีในกลุ่มสัญญาบัตร จำนวน 164 คน ผลการวิจัยพบเพียงรายได้เท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจะเห็นได้ว่างานวิจัยเพียง 4 ฉบับ ที่กล่าวมา ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายและแตกต่างกัน เครื่องมือวัดตัวแปรแตกต่างกัน ผลการวิจัยมีทั้งที่สอดคล้องและแตกต่างกัน การหาข้อสรุปจากการสังเคราะห์งานวิจัยจะทำให้เห็นภาพที่ชัดเจนขององค์ความรู้ที่ได้พบแล้วเหล่านี้ ซึ่งจะยังประโยชน์การเข้าใจสถานการณ์ของการวิจัย ใช้เป็นแนวคิดแนวทางในการทำวิจัย และนำผลการวิจัยที่มีอยู่ไปใช้ประโยชน์ในการสร้าง แก้ไข ปรับปรุงต่อไป

ในปัจจุบัน มีผู้พัฒนาเทคนิควิธีการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณแนวใหม่ ที่ใช้วิธีการทางสถิติมาสังเคราะห์งานวิจัยหลาย ๆ เรื่อง ที่ศึกษาปัญหาการวิจัยเดียวกัน เรียกว่า “การวิเคราะห์อภิมาน” (Meta-analysis) บุคคลที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้วางพื้นฐานในการวิเคราะห์อภิมานนี้คือ ศาสตราจารย์ จีน วี กลาส (Gene V. Glass. 1981) วิธีการนี้เป็นวิธีการสังเคราะห์งานวิจัยหลาย ๆ เรื่องที่ศึกษาปัญหาการวิจัยเดียวกัน เพื่อหาขนาดอิทธิพล (effect size) ของตัวแปรจัดกระทำที่มีต่อตัวแปรตามว่ามีปริมาณมากน้อยเพียงใด ซึ่งจะคำนวณจากอัตราส่วนของความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ต่อส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกลุ่มควบคุม โดยใช้งานวิจัยแต่ละเรื่องเป็นหน่วยการวิเคราะห์ ค่าขนาดอิทธิพล ที่คำนวณได้จะเป็นค่าที่เป็นหน่วยมาตรฐานเดียวกัน ทำให้สามารถสังเคราะห์เข้าด้วยกันได้ นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายความแปรปรวนของขนาดอิทธิพล ว่ามีความแปรปรวนเนื่องจากคุณลักษณะงานวิจัยใดบ้าง โดยการวิเคราะห์การถดถอย (regression analysis) โดยใช้ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย เป็นตัวแปรอิสระ และขนาดอิทธิพลเป็นตัวแปรตาม

การวิเคราะห์อภิมาน เป็นวิธีการหาข้อสรุปอย่างเป็นระบบจากรายงานการวิจัยที่ศึกษาปัญหาการวิจัยเดียวกัน เพื่อจะได้ทราบว่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรจัดกระทำมีผลต่อตัวแปรตามเป็นปริมาณเท่าใด ขนาดอิทธิพลของตัวแปรจัดกระทำแต่ละประเภทมีความแตกต่างกัน เป็นปริมาณเท่าใด ซึ่งวิธีการสังเคราะห์งานวิจัยแบบอื่นไม่สามารถเสนอผลการวิจัยเป็นปริมาณได้ชัดเจนเช่นนี้ และสามารถสรุปเชื่อมโยงผลจากการวิจัยแต่ละเรื่องนั้นเข้าด้วยกันได้โดยผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่ได้จะไม่ถูกแทรกด้วยความคิดเห็นส่วนตัวของผู้วิจัย (Bond; & Titus. 1983: 268) และนอกจากนี้ในขั้นตอนการวิเคราะห์อภิมาน จะต้องรวบรวมงานวิจัยที่มีอยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เทคนิคการวิเคราะห์อภิมาน จะสามารถแยกวิเคราะห์ให้เห็นแนวโน้มของงานวิจัยในเรื่องนั้น ๆ ได้ โดยไม่ต้องออกแบบการวิจัยที่มีการเก็บข้อมูลหลายครั้ง ผลจากการวิเคราะห์อภิมานจะได้ข้อสรุปที่เป็นความรู้ใหม่จากงานวิจัยที่มีอยู่เดิม นับเป็นการใช้ประโยชน์จากงานวิจัยอย่างคุ้มค่ากับการลงทุน และสามารถชี้แนวทางการพัฒนางานวิจัยจากปัญหาการวิจัยนั้น ๆ ว่าควรดำเนินการไปในทิศทางใด

จากปัญหาการขาดข้อสรุปการเชื่อมโยงสัมพันธ์ของผลการวิจัยปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณประโยชน์ที่จะได้รับ จึงเป็นที่น่าสนใจที่จะศึกษา เพื่อหาข้อสรุปว่าตัวแปรใดมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปริมาณเท่าใด ทั้งยังมีความจำเป็นต้องทำวิจัยในเรื่องนี้ต่อไปหรือไม่ ถ้าหากต้องทำควรทำเพื่อตอบปัญหาใด และมีตัวแปรอื่นใดอีกหรือไม่ที่ส่งผลต่อความแปรปรวนของขนาดอิทธิพลของผลการวิจัย ซึ่งการวิเคราะห์อภิมานเป็นวิธีหนึ่งที่จะตอบปัญหาดังกล่าวได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการค้นหาขนาดอิทธิพล และศึกษาความแปรปรวนของขนาดอิทธิพลของปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการสังเคราะห์ผลการวิจัยปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วย วิธีวิเคราะห์อภิมาน

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. ศึกษาปริมาณงานวิจัยจำแนกเป็นหมวดหมู่เพื่อให้เห็นภาพรวมของงานวิจัยโดยใช้วิธีการจำแนกดังนี้

- 1.1 การจำแนกตามตัวแปรปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก และปัจจัยชีวสังคม
- 1.2 การจำแนกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

2. เพื่อค้นหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีวิเคราะห์ห่อภิมาณ

ขอบเขตของการวิจัย

ในการสังเคราะห์ผลการวิจัยครั้งนี้ มีขอบเขตของการศึกษาที่ครอบคลุมงานวิจัย ดังนี้

1. งานวิจัย ได้แก่ รายงานการวิจัย หรือปริญญานิพนธ์
2. เป็นงานวิจัยที่มีรายงานผลการวิจัยอยู่ในหอสมุดสถาบันอุดมศึกษาของรัฐบาลและที่มีสาขาวิชาเกี่ยวกับสุขภาพในกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ ปี 2536-2548
3. เป็นงานวิจัยที่มีการวัดตัวแปรตาม เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตัวแปรอิสระเป็นตัวแปร ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก และปัจจัยชีวสังคม
4. ต้องเป็นงานวิจัยที่วัดตัวแปรในรูปคะแนน หรือเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ
5. เป็นงานวิจัยเชิงความสัมพันธ์ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ด้วยวิธีการทางสถิติ

ตัวแปรที่ศึกษา

จากการสำรวจเบื้องต้น งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาตัวแปรอิสระจาก 2 แนวคิด ดังนี้

1. แนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม
2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ

จากแนวคิด 2 แนวคิดข้างต้น ผู้วิจัยอาศัยนามากำหนดตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก และปัจจัยชีวสังคมตามหลักการแนวคิดปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple Causal Assumption) ซึ่งแนวคิดนี้กล่าวว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุจากทั้งปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคล ดังนี้

1. ตัวแปรปัจจัยภายใน
 - 1.1 ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
 - 1.2 ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
 - 1.3 เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ
 - 1.4 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ

- 1.4.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ
- 1.4.2 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- 1.4.3 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- 1.4.4 การรับรู้การควบคุมสุขภาพ
- 1.4.5 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
- 2. ตัวแปรปัจจัยภายนอก
 - 2.1 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวญาติ, เพื่อนบ้าน, เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 - 2.2 การได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
 - 2.3 การมีและการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ
 - 2.4 การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ
- 3. ตัวแปรปัจจัยชีวสังคม
 - 3.1 ภูมิหลัง
 - 3.1.1 เพศ
 - 3.1.2 อายุ
 - 3.1.3 ระดับการศึกษา
 - 3.1.4 สถานภาพสมรส
 - 3.2 ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม
 - 3.2.1 รายได้
 - 3.2.2 อาชีพ
 - 3.2.3 ลักษณะที่อยู่อาศัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การสังเคราะห์งานวิจัย หมายถึง ระเบียบวิธีการศึกษาหาข้อเท็จจริงเพื่อตอบปัญหาใดปัญหาหนึ่งโดยการรวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับปัญหานั้นหลาย ๆ เรื่องมาศึกษาวิเคราะห์และนำเสนอข้อสรุปอย่างมีระบบให้ได้คำตอบของปัญหาที่เป็นข้อยุติ โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัยและผลการวิจัยเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ และมีงานวิจัยแต่ละเรื่องเป็นหน่วยการวิเคราะห์ การสังเคราะห์งานวิจัยจำแนกได้ 2 ประเภท คือ การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ และการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ

2. การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ หมายถึง การสรุปประเด็นหลักของผลการวิจัยแต่ละเรื่องและบรรยายสรุปผลให้เห็นความสัมพันธ์ และความขัดแย้งระหว่างผลการวิจัยเหล่านั้น

3. การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ หมายถึง วิธีการสังเคราะห์งานวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีการทางสถิติมาวิเคราะห์ โดยงานวิจัยที่ใช้ เป็นงานวิจัยที่มีผลการวิจัยสามารถนำมาวิเคราะห์ทางสถิติได้

4. การวิเคราะห์ห่อภิมาณ หมายถึง วิธีวิทยาที่ใช้ในการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้วิธีการทางสถิติสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกัน โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัยและผลการวิจัยเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์

5. การวิเคราะห์ห่อภิมาณ ตามแนวคิดของ Glass หมายถึง การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณที่มุ่งเน้นศึกษาขนาดอิทธิพล (effect size) หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แล้วตรวจสอบว่าขนาดอิทธิพลที่ได้มีความแปรปรวนหรือไม่ หากพบว่ามีก็อธิบายความแปรปรวน โดยใช้คุณลักษณะของงานวิจัยต่าง ๆ ตามที่ Gene V. Glass เสนอไว้ในปี ค.ศ. 1976 โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

5.1 คำนวณ รวบรวมผลวิจัยที่เกี่ยวกับปัญหาที่ต้องการจะศึกษา โดยไม่จำเป็นต้องพิจารณาคุณภาพของงานวิจัยก่อน

5.2 คำนวณค่าของขนาดอิทธิพล

5.3 คำนวณค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพล

5.4 ศึกษาความแปรปรวนของขนาดอิทธิพล

6. ขนาดอิทธิพล หมายถึง ประสิทธิภาพของความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับตัวแปรปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก ปัจจัยชีวสังคม โดยที่ขนาดอิทธิพลเป็นบวก แสดงว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับตัวแปรนั้น มีความสัมพันธ์ทางบวกและขนาดอิทธิพลเป็นลบแสดงว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับตัวแปรนั้นมีความสัมพันธ์ทางลบ

7. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ หมายถึง ค่าสถิติที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก และปัจจัยชีวสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งใช้เป็นดัชนีมาตรฐานในการวิเคราะห์งานวิจัย

8. คุณลักษณะงานวิจัย หมายถึง ตัวแปรที่พบจากรายงานการวิจัยที่เป็นคุณลักษณะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับรายงานการวิจัย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ประเภทงานวิจัย สถาบันที่ผลิตงานวิจัย ปีที่พิมพ์เผยแพร่ กลุ่มตัวอย่าง แนวคิดที่ใช้ในงานวิจัย วิธีการสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวัดระดับคุณภาพเครื่องมือ การตั้งสมมติฐาน และระดับนัยสำคัญ

9. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่บุคคลปฏิบัติ ในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เพื่อดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข โดยครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้านดังนี้

9.1 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง โดยมีการดูแลสุขภาพและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมถึงมีการแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์ มีการใช้ระบบบริการสุขภาพ

และหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดและของมีนเมา เพื่อส่งเสริมให้ตนเองปลอดภัย จากสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอันตราย ต่อสุขภาพ

9.2 กิจกรรมทางด้านร่างกาย (Physical activity) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติ โดยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงาน รวมถึงการออกกำลังกายและการทำกิจกรรม ในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยประเมิณถึงวิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของบุคคล

9.3 ด้านโภชนาการ (Nutrition) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติเกี่ยวกับการ รับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหารและการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม กับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ได้รับอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ

9.4 การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) เป็นพฤติกรรมที่บุคคล แสดงออกถึงความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้ตนเองได้รับ ประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อช่วยแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ

9.5 การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อ แสดงออกเกี่ยวกับการตระหนักในการให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายหรือวางแผนใน การดำเนินชีวิต มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการ และเกิดความสงบสุขในชีวิต

9.6 การจัดการกับความเครียด (Stress management) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคล นั้น ๆ กระทำเพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความตึงเครียด โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ เหมาะสม มีการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

10. ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถที่จะอธิบายของบุคคล เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรม ทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การ จัดการกับความเครียด

11. ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การให้ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริม สุขภาพทั้ง 6 ด้านเช่นเดียวกับด้านความรู้และทัศนคติ ว่าสิ่งใดมีค่าเป็นที่ต้องการและยึดเป็นหลัก ปฏิบัติสำหรับตนเอง

12. เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อ ความพร้อม ที่จะปฏิบัติ ตนของบุคคลต่อการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางด้าน ร่างกาย ด้านโภชนาการ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การจัดการกับ ความเครียด

13. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกความคิดเห็นหรือการแสดงออกถึงความ เข้าใจของบุคคลต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง

13.1 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้านคือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การจัดการกับความเครียด

13.2 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ต่ออุปสรรคขัดขวางต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ความไม่สะดวกสบาย หรือความยากลำบากที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ระยะทางที่ห่างไกลจากสถานที่ที่จะกระทำกิจกรรม ทำให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลง

13.3 การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (Perceived Control) หมายถึง การเชื่ออำนาจภายในภายนอกตน ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็นผลจากการกระทำของตนเอง หรือได้รับอิทธิพลมาจากผู้อื่นและเป็นผลจากความบังเอิญหรือโชคชะตา ถ้าบุคคลรับรู้ว่าการควบคุมสุขภาพของตนเองเป็นผลมาจากการแสดงพฤติกรรมของบุคคลนั้นเอง แสดงว่าเป็นผู้มีความเชื่ออำนาจภายในตนเอง ในขณะที่ผู้เชื่ออำนาจภายนอกตนเองจะเชื่อหรือรับรู้ว่าสุขภาพของตนเองเป็นผลมาจากผู้อื่น ความบังเอิญหรือโชคชะตา ผู้มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

13.4 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลมีทักษะ และความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกายด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การจัดการกับความเครียด ได้ด้วยตนเอง

14. การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวญาติ, เพื่อนบ้าน, เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

15. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ จากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน

16. การมีและเข้าถึงสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ หมายถึง การมีและการเข้าไปใช้สถานบริการสุขภาพ/สถานที่ต่าง ๆ ในชุมชน สถานศึกษา หน่วยงาน ได้แก่ สนามกีฬา/พื้นที่ว่างที่ใช้ออกกำลังกายได้ สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ ซึ่งสถานที่ต่าง ๆ เหล่านี้จะเอื้อให้บุคคลสามารถปฏิบัติตัวเพื่อการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน

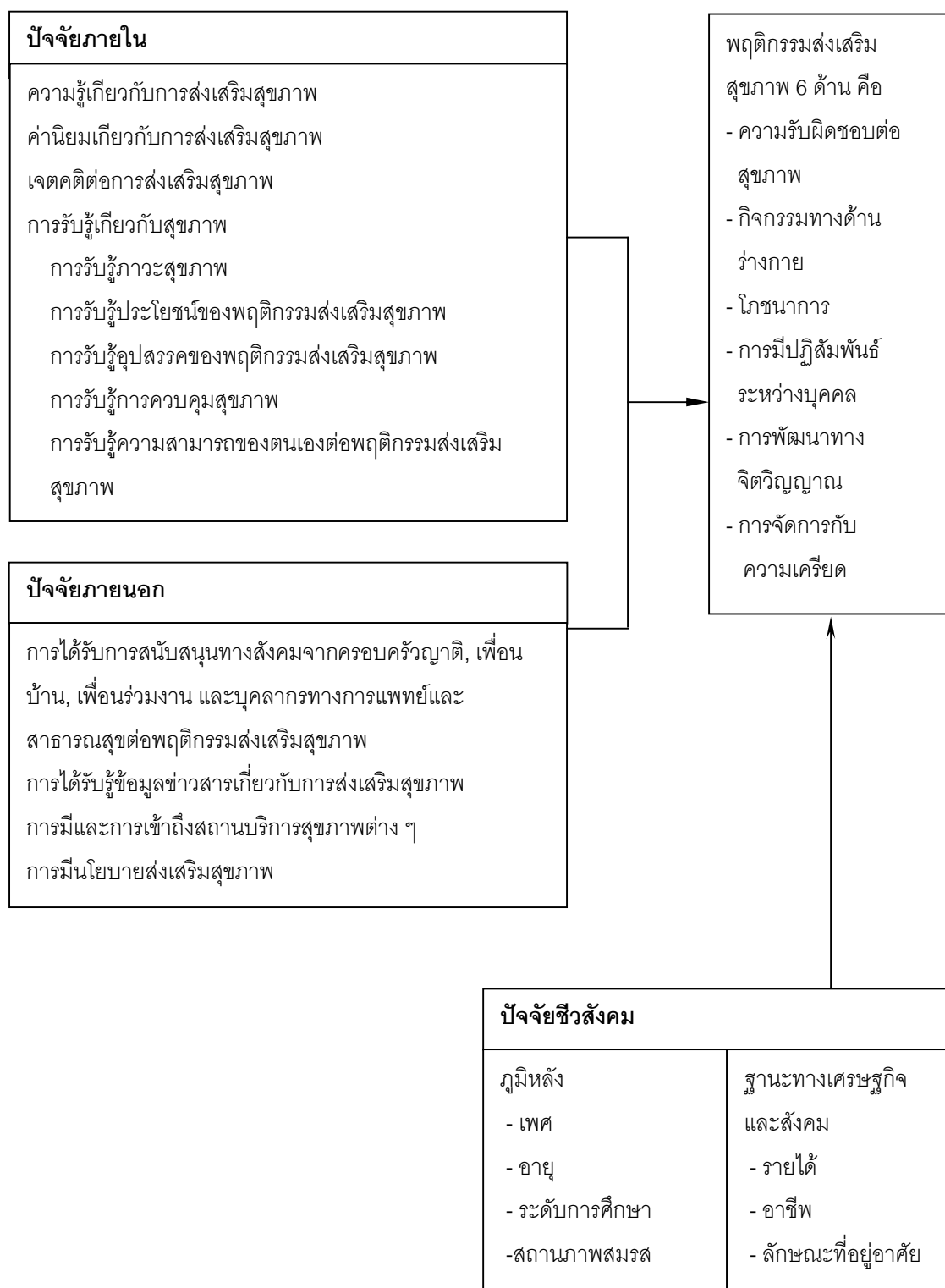
17. การมีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงนโยบายหรือโครงการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติเพื่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน

ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย

1. ผลการสังเคราะห์รายงานการวิจัยในครั้งนี้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับตัวแปรปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก และปัจจัยชีวสังคม ที่สำคัญในการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลต่อไป
2. ผลการสังเคราะห์รายงานการวิจัยในครั้งนี้เป็นข้อมูลในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในประเด็นที่ลึกซึ้งและกว้างขวางต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ ได้จากแนวคิดปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple Causal Assumption) ซึ่งแนวคิดนี้อธิบายสาเหตุการเกิดพฤติกรรมของบุคคลว่าเกิดจาก 2 ปัจจัย คือปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคล โดยอยู่บนพื้นฐานของ 2 แนวคิดที่เกี่ยวกับลักษณะของตัวแปรที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิด PRECEDE – PROCEED MODEL (Green and Kreuter. 1991) และรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) (Pender. 1987) โดยตัวแปรอิสระของผลการวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ได้แก่ ตัวแปรปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก และปัจจัยชีวสังคม และตัวแปรตามได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 แสดงกรอบแนวคิดและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การศึกษาตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจากการสังเคราะห์งานวิจัย โดยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยดังนี้

1. ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
2. แนวคิดทฤษฎีที่ประยุกต์ใช้ในการวิจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
4. การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-Analysis)

ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

โกชแมน (Gochman. 1982) ได้ให้ความหมายของ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง การแสดงที่บุคคลลงมือกระทำทั้งที่สังเกตได้อย่างชัดเจน เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีในเรื่องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ นิสัยในการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย ลักษณะบุคลิกภาพ และการใช้ยา เป็นต้น รวมถึงสิ่งที่สังเกตไม่ได้ ต้องอาศัยวิธีการประเมินแบบอื่น ๆ เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ความรู้และการรับรู้ เป็นต้น

พาแลงค์ (Palank. 1991: 16) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุ เพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และความสมปรารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่าง ๆ ในเวลาว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ กิจกรรมต่าง ๆ ที่ลดภาวะเครียด และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

เมอร์เรย์ และ เซนเนอร์ (สมปอง ใจกล้า. 2545: 28; อ้างอิงจาก Murray and Zentner Nursing Assessment and Health Promotion. PP.659) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่าเป็นกิจกรรมที่ช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้น มีความผาสุก เกิดศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

สำหรับความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่บุคคลปฏิบัติในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เพื่อดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันจะนำไปสู่ความผาสุกของชีวิต เกิดศักยภาพสูงสุดในตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม มีมาตรฐานการดำเนินชีวิตที่ดี นักวิชาการหลายท่าน ได้ให้ข้อเสนอแนะถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมไว้หลายแนวคิด ดังนี้

เกษม ดันติผลาชีวะ และ กุลยา ดันติผลาชีวะ (2528: 22-23) ได้กล่าวถึง หลักสำคัญ 4 ประการ สำหรับการส่งเสริมสุขภาพ ของบุคคลทุกวัย ดังนี้

1. กินเป็น หมายถึง การกินอาหารถูกต้องได้สัดส่วนกับความต้องการของร่างกาย ไม่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารไขมัน งดการดื่มชา กาแฟ และสุรา การประเมินความสมดุลของการกิน กับ **น้ำหนักมาตรฐาน** ตามอายุ และส่วนสูง

2. นอนเป็น หมายถึง การนอนหลับเต็มที่และเพียงพอ โดยจำนวนชั่วโมงของการนอน ขึ้นอยู่กับความเพียงพอของร่างกายแต่ละคน ไม่มีกำหนดมาตรฐานแน่นอนว่าเป็น 8 หรือ 10 ชั่วโมง

3. อยู่เป็น หมายถึง การรักษาสุขภาพที่ดี มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ รักษา **น้ำหนัก** ตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน หลีกเลี่ยงการเป็นโรค รู้วิธีลดความเครียดทางจิตใจ มีอารมณ์ดี มีการพักผ่อนมีความเหมาะสม

4. สังคมเป็น หมายถึง การปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคม ในระยะแรก ๆ ของการปรับตัว อาจสร้างความคับข้องใจ แต่การใช้เหตุผล ความเข้าใจ และการยอมรับ จะทำให้การปรับตัวดีขึ้น และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้ไม่ควรคาดหวังจากสังคมมากเกินไป เพราะถ้าไม่เป็น อย่างคาดหวังจะทำให้ท้อแท้สิ้นหวัง

กรีน และกรูเธอร์ (Green and Kreuter. 1991: 316) กล่าวว่าในการสำรวจโครงการส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการต่าง ๆ ในสหรัฐอเมริกา ระหว่างทศวรรษที่ 1970-1980 พบว่าโครงการต่าง ๆ มีการพัฒนารูปแบบและจำนวนมากขึ้น กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่พบมากในสถานประกอบการต่าง ๆ ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ การประเมินภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ การป้องกันและดูแล ปัญหาเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด การออกกำลังกาย การป้องกันอุบัติเหตุอันเนื่องจากการทำงาน การบริโภคอาหาร การควบคุมความดันโลหิต การควบคุม **น้ำหนัก** เป็นต้น

วอลเกอร์ เซคริส และเพนเดอร์ (Walker; Sechrist; & Pender. 1987: 76-81) ได้ทำการรวบรวมแนวคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อสร้างเครื่องมือในการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งใช้วัดกลุ่มพฤติกรรม โดยประกอบด้วยพฤติกรรมทั้งหมด 6 ด้าน คือ

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง
2. การรับประทานอาหาร
3. การออกกำลังกาย
4. การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น
5. การจัดการกับความเครียด
6. ความสำเร็จในชีวิตแห่งตน

จากการศึกษาความหมายและแนวคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สรุปได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้านดังนี้ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางร่างกาย ด้านโภชนาการ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การจัดการกับความเครียด

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการประมวลเอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่ามีแนวคิดและทฤษฎีที่นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย คือ

1.แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED (Model) ของกรีนและกรูเธอร์ (Green and Kreuter. 1991: 151) ซึ่งเป็นรูปแบบการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและภายนอกบุคคล มาใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

ในปี ค.ศ. 1980 กรีน และคณะ (Green; et al. 1980) ได้พัฒนาแบบจำลอง (Model) โดยการประยุกต์แนวคิดของ แอนเดอร์เซน ขึ้นมา เรียกว่า PRECEDE Model (Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) เพื่อนำไปใช้วินิจฉัย และประเมินสาเหตุหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในประเด็นที่เกี่ยวกับปัจจัยนำ (Predisposing Factors) แล้วจะนำสิ่งที่วินิจฉัยและประเมินได้ว่ามี ปัจจัยอะไรบ้างไปวางแผนสุขภาพศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ตามสาเหตุ/หรือปัจจัยเหล่านั้นด้วยกลวิธี/วิธีการสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และบริบทของแต่ละชุมชน/สังคม การวินิจฉัยและประเมินปัจจัย/สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวจะเริ่มประเมิน และวินิจฉัยความคาดหวังผลสุดท้ายที่พึงประสงค์ เป็นอันดับแรกทั้งในทางสังคม คุณภาพชีวิต ทางระบาดวิทยา (สภาวะสุขภาพของบุคคล/ชุมชน) และทางการศึกษา (พฤติกรรมสุขภาพ) และตามมาด้วยการวินิจฉัยและประเมินสาเหตุ หรือตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ แล้วจึงวางแผนแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพต่อไปดังกล่าวแล้ว

ต่อในปี 1991 กรีน และกรูเธอร์ (Green and Kreuter. 1991) ได้พัฒนาแบบจำลอง PRECEDE Model ใหม่ แบบจำลอง PRECEDE นั้นจะมุ่งวินิจฉัยและประเมินเฉพาะตัวประชาชนกลุ่มเสี่ยง หรือผู้รับบริการสุขภาพเป็นส่วนใหญ่แต่โดยสภาพความเป็นจริงและปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้นไม่ใช่ว่ามาจากตัวบุคคล/ประชาชน/ผู้รับบริการเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีปัจจัยอื่นที่ไม่ควรมองข้าม ต้องนำมาพิจารณาด้วยตามแนวคิดของ แอนเดอร์เซน ที่กล่าวแล้วข้างต้น เช่น สิ่งแวดล้อม ระบบการให้บริการสุขภาพ (ซึ่งรวมทั้งการจัดการให้บริการสุขภาพ และพฤติกรรมของผู้ให้บริการ)

แบบจำลองที่พัฒนาขึ้นมาใหม่นี้ เรียกว่า PRECEDE PROCEED (Policy Regulatory and Organization Constructs in Education and Environment Development) ความมุ่งหมายของการพัฒนาแบบจำลองนี้ขึ้นมา ไม่เพียงแต่จะใช้วินิจฉัยและประเมินตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพเพื่อวางแผนสุขภาพเท่านั้น กรีน และกรูเธอร์ ยังมีวิสัยทัศน์ครอบคลุมไปถึงการวางแผนส่งเสริมสุขภาพไปด้วย เพราะการสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพนั้น เป็นกิจกรรมซึ่งต้องพึ่งพาซึ่งกันและกัน (Symbiosis) องค์ประกอบที่ กรีนและกรูเธอร์ ได้ผนวกเข้าไปในแบบจำลองที่พัฒนาขึ้นมาใหม่นั้น ได้แก่ องค์ประกอบด้านนโยบาย ระเบียบ กฎเกณฑ์ การควบคุม และการประสานทรัพยากร ที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินงานสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพตามแผนที่วางไว้

แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model (Green and Kreute. 1991) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนระยะของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnosis Phase) เรียกว่า PRECEDE (Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Education Diagnosis and Evaluation) และส่วนที่ 2 เป็นระยะของการพัฒนาแผน ซึ่งจะต้องทำส่วนที่ 1 ให้เสร็จก่อน จึงจะวางแผนและนำไปสู่การดำเนินงาน และประเมินผล ส่วนนี้เรียก PROCEED (Policy Regulatory and Organization Constructs in Education and Environment Development)

PRECEDE-PROCEED Model เพื่อพัฒนา การวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ แบ่งเป็นขั้นตอน โดยเริ่มต้นจากเป้าหมายสุดท้ายที่อยากให้เกิดขึ้น (Outputs) ซึ่งตามแบบจำลอง คือ คุณภาพชีวิต/การมีสุขภาพที่ดี จะเห็นว่ามีขั้นตอนพื้นฐานในการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ 6 ขั้นตอน หรือขั้นตอนที่ 6 เป็นการดำเนินงานตามแผน และในการประเมินผล อาจจะมีขั้นตอนที่ 7 หรือขั้นตอนที่ 8 ขึ้นอยู่กับความจำเป็นเหมาะสม ซึ่งจะกล่าวถึงขั้นตอนต่าง ๆ โดยสรุปดังนี้

ขั้นที่ 1 การวินิจฉัยทางสังคม (Social Diagnosis)

การวินิจฉัยปัญหาทางสังคมในประชากรเป้าหมาย (ผู้ป่วย นักเรียน ลูกจ้าง ผู้บริโภค) สามารถทำได้โดยการศึกษาความต้องการ และความคาดหวังส่วนบุคคล การศึกษาปัญหาของสังคมที่เกิดขึ้น ซึ่งตัวชี้วัดของปัญหาสังคมอาจมีหลายตัวชี้วัด

ขั้นที่ 2 การวินิจฉัยทางระบาดวิทยา (Epidemiological diagnosis)

ขั้นนี้เกี่ยวข้องกับการพิจารณาถึงเป้าหมายสุขภาพเฉพาะอย่าง ซึ่งจะมีผลต่อเป้าหมายหรือปัญหาทางสังคม (ในขั้นที่ 1) ข้อมูลที่ใช้ในการวินิจฉัยนี้ได้แก่ สถิติชีพ ข้อมูลทางการแพทย์ และวิทยาการระบาด ผู้วางแผนจะใช้ข้อมูลเหล่านี้เพื่อเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา ตัวอย่างของตัวชี้วัดที่สำคัญและลักษณะของตัวชี้วัด (Dimensions)

เมื่อได้วิเคราะห์ขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 แล้ว ผู้บริหารส่วนมากมักจะวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพโดยทันที โดยปราศจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลที่วิเคราะห์ได้จากขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 โดยเฉพาะในแง่สาเหตุ-ผล (Cause-Effect) ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง

ขั้นที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environmental Diagnosis)

ขั้นนี้ประกอบด้วย การกำหนดองค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบทางด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Environmental and health related behavioral factors) ที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพที่เลือกในขั้นที่ 2 องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมเป็นประกอบ ที่อยู่ภายนอกตัวบุคคล ซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมโดยใช้ความสามารถภายในตัวเองได้ แต่เป็นสิ่งที่จะช่วยปรับเปลี่ยน สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของบุคคล หรือบุคคลอื่น อิทธิพลขององค์ประกอบเหล่านี้ต่อพฤติกรรมของบุคคลชี้ให้เห็นว่า งานสุขภาพที่เน้นเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลนั้นเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง และยังไม่สมบูรณ์ จำเป็นจะต้องพิจารณาเหตุผลต่อการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้วย ซึ่งสิ่งผลักดันเหล่านี้อาจจะเป็นระดับประเทศ ระดับภาค ระดับชุมชน หรือระดับองค์กรที่เล็กลงมา

ขั้นที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษาและองค์กร (Educational and Organizational Diagnosis)

จากความรู้พื้นฐานด้านพฤติกรรมศาสตร์ชี้ให้เห็นว่า มีองค์ประกอบมากมายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งในแบบจำลองนี้ได้แบ่งกลุ่มองค์ประกอบเหล่านี้ออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และ ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors)

ในกลุ่มปัจจัยนำจะประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ของบุคคล หรือประชาชน ซึ่งจะมีอิทธิพลในแง่การจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ปัจจัยเอื้อ จะประกอบด้วย ทักษะ ทรัพยากร หรือสิ่งขัดขวางที่จะช่วยให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมด้วยองค์ประกอบเหล่านี้อาจจะเป็นได้ทั้งด้านบวก (เสริมให้เกิด) และด้านลบ (ขัดขวางการเกิดพฤติกรรม) ซึ่งเกิดจากแรงในสังคม หรือระบบของสังคม สิ่งอำนวยความสะดวก และทรัพยากรส่วนบุคคล หรือทรัพยากรในชุมชน อาจจะมีไม่เพียงพอหรือเกินพอ เช่น องค์ประกอบด้านรายได้ กฎหมาย สถานภาพ อาจจะเป็นไปได้ทั้งปัจจัยเสริม และขัดขวางพฤติกรรม เป็นต้น ทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมก็ถือว่าเป็นปัจจัยเอื้อ ดังนั้น ปัจจัยเอื้อนี้กล่าวโดยสรุปคือ องค์ประกอบทั้งหมดที่ช่วยให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงหรือสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง

ปัจจัยเสริม หมายถึง รางวัลที่บุคคลได้รับ หรือข้อมูลป้อนกลับที่มาสู่บุคคล จากบุคคลอื่น หลังจากบุคคลได้ปฏิบัติพฤติกรรมหนึ่ง ๆ แล้วซึ่งอาจจะช่วยสนับสนุนหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ต่อไป

ขั้นที่ 5 การวินิจฉัยด้านการบริหารและนโยบาย (Administrative and Policy Diagnosis)

ขั้นที่ 5 นี้เกี่ยวข้องกับ การประเมินความสามารถและทรัพยากรขององค์กร และด้านการบริหารเพื่อนำไปสู่การสร้างแผนงานและดำเนินงานตามแผนงาน อาจพบว่ามีปัญหาหลายประการที่ขัดขวางการวางแผน/ดำเนินงาน เช่น ความจำกัดของทรัพยากร การขาดนโยบายหรือนโยบายไม่เหมาะสม ปัญหาด้านเวลา เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้อาจจะแก้ไขได้โดยการร่วมมือประสานงานกับหน่วยงานส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานระดับสูงขึ้นไป นอกจากนี้ ในขั้นนี้ก็จะเกี่ยวข้องกับการจัดกลยุทธ์ และวิธีการต่าง ๆ ที่เหมาะสม โดยพิจารณาถึงสถานที่ที่จะมีโครงการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ชุมชน สถานประกอบการ/โรงงาน โรงเรียน คลินิกสุขภาพ สถานบริการสุขภาพ เป็นต้น

จะเห็นว่า PRECEDE-PROCEED Model เพื่อการวางแผนนี้ จะเกี่ยวข้องกับการประยุกต์ศาสตร์ต่าง ๆ หลายศาสตร์ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ สหวิทยาการ (Multidiscipline) คือวิชาการด้านระบาดวิทยา สังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์การศึกษา และการบริหารสาธารณสุข จะเห็นว่าการกิจกรรมที่ทำในขั้นที่ 1,2 และบางส่วนของขั้นที่ 3 ใช้วิธีการด้านระบาดวิทยา และข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ กิจกรรมของขั้นที่ 3 และ 4 นั้นจำเป็นต้องใช้วิชาการด้านทฤษฎี/แนวคิดด้านพฤติกรรม

ศาสตร์ สังคมศาสตร์ นอกจากนี้ในขั้นที่ 5 และ 6 คือ การวางแผนงานและการดำเนินงานตามแผน จำเป็นต้องใช้ความรู้และประสบการณ์ทางด้านการบริหารจัดการและการศึกษา ในส่วนที่ 2 ของแบบจำลอง (Model) คือ PROCEED ซึ่งเกี่ยวข้องกับการวางแผนโครงการ การดำเนินการ และการประเมินผลโครงการจำเป็นจะต้องใช้ความเข้าใจทางด้านการบริหาร รัฐศาสตร์ (Political Sciences) รวมทั้งการจัดชุมชน (Community organization)

PRECEDE-PROCEED Model นี้ สร้างขึ้นโดยมีข้อสรุปพื้นฐานที่สำคัญ 2 ประการ คือ

1. สุขภาพและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการมีสุขภาพไม่ดี เกิดขึ้นเนื่องจากสาเหตุหลายสาเหตุ

2. เนื่องจากสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง มีสาเหตุจากหลายสาเหตุ ดังนั้นสิ่งที่จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม และเปลี่ยนแปลงสังคม นั้นจำเป็นจะต้องใช้หลาย ๆ วิธีการต่าง ๆ เกิดขึ้นจากการผสมผสานบูรณาการของศาสตร์/วิทยาการ หลาย ๆแขนง ทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์ชีวแพทย์ (Biomedical Sciences) (ซึ่งประกอบด้วยศาสตร์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข) พฤติกรรมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ สังคมศาสตร์ รัฐศาสตร์ การศึกษาและการบริหาร

2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model)

เพนเดอร์ (Pender. 1987: 57-72) ได้เสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอธิบายวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของรอตเตอร์ (Rotter) ที่เน้นกระบวนการด้านความรู้ ที่มีผลต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมจำลองส่งเสริมสุขภาพ 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive-Perceptual Factors) ปัจจัยส่งเสริม (Modifying Factors) และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ (Cue to Action)

1. ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive-Perceptual Factors) เป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยแต่ละตัวจะส่งอิทธิพลโดยตรงต่อการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยปัจจัยย่อย 7 ปัจจัย ดังนี้ คือ

1.1 ความสำคัญของสุขภาพ (The Importance of Health) บุคคลที่รับรู้คุณค่าของสุขภาพจะมีพฤติกรรมแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ และมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ไม่ตระหนักความสำคัญของสุขภาพ

1.2 การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (Perceived Control) เป็นความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็นผลจากการกระทำของตนเองหรือได้รับอิทธิพลมาจากผู้อื่น และเป็นผลจากความบังเอิญหรือโชคชะตา ถ้าบุคคลรับรู้ว่าการควบคุมสุขภาพของตนเองเป็นผลมาจากการแสดงพฤติกรรมของบุคคลนั้นเอง แสดงว่าเป็นผู้มีความเชื่ออำนาจภายในตนเอง ในขณะที่ผู้เชื่ออำนาจภายนอกตนเองจะเชื่อหรือรับรู้ว่าสุขภาพของตนเองเป็นผลมาจากผู้อื่น ความบังเอิญหรือโชคชะตา ผู้มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

1.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) เป็นความเชื่อที่บุคคลมีทักษะและความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ใ้บรรลุผลสำเร็จ และพบว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถในตนเองสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถในตนเองต่ำ

1.4 คำจำกัดความของสุขภาพ (Definition of Health) ผู้ที่ให้ความหมายของสุขภาพแตกต่างกันจะมีแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน ถ้าบุคคลให้ความหมายของสุขภาพ หมายถึง การปรับตัวหรือความคงที่ (Adaptation or Stability) จะมีพฤติกรรมป้องกัน การเกิดความเจ็บป่วยหรือพฤติกรรมป้องกันโรค ส่วนบุคคลที่ให้ความหมายของสุขภาพในทางการบรรลุเป้าหมายในชีวิต จะมีพฤติกรรมที่ริเริ่มกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง เป็นผลให้มีสุขภาพดี และเพิ่มความสุขสมบูรณ์ในชีวิตเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.5 การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived Health Status) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับใด ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่า ผู้ที่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับไม่ดี

1.6 การรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceive Benefit of Health Promoting Behavior) เป็นการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ที่รับรู้ประโยชน์มากกว่า จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบ่อยกว่าผู้ที่รับรู้ประโยชน์น้อยกว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่วยให้มีการดำเนินกิจกรรมไปอย่างต่อเนื่องและง่ายขึ้น

1.7 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceive Barriers of Health Promoting Behavior) เป็นการรับรู้ต่ออุปสรรคขัดขวางต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความไม่สะดวกสบาย ไม่มีเวลา หรือความยากลำบากของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ระยะที่ห่างไกลจากสถานที่ที่จะกระทำกิจกรรม ทำให้กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลง การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอาจเป็นเพียงจินตนาการหรือความจริงได้

2. ปัจจัยส่งเสริม (Modifying-Factors) เป็นปัจจัยที่มีผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผ่านปัจจัยความรู้-การรับรู้ และมีผลโดยตรงต่อปัจจัยความรู้-การรับรู้ ประกอบด้วยปัจจัยย่อย 5 ปัจจัย ได้แก่

2.1 คุณลักษณะด้านประชากร (Demographic Characteristics) ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษาและรายได้

2.2 ลักษณะทางชีวภาพ (Biological Characteristics) ได้แก่ สัดส่วนของร่างกาย และน้ำหนัก มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.3 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal) ได้แก่ ความเชื่อถือบุคคลอื่น แบบแผนการใช้บริการสุขภาพครอบครัว หรือ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางสาธารณสุขจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.4 ปัจจัยสถานการณ์ หรือปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายความว่ารวมถึงทางเลือกต่าง ๆ ที่มีอยู่เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เข้าถึงการ ใช้บริการได้ง่าย การมีทางเลือกที่จะแสดงพฤติกรรมได้หลายทางจะช่วยเพิ่มโอกาสของการตัดสินใจให้มากขึ้น รวมทั้งความสะดวกสบายในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมนั้นด้วยเช่น เมื่อ บุคคลนั้นต้องรับประทานอาหารนอกบ้านจะเป็นผลให้เลือกชนิดอาหารที่มีโคเลสเตอรอลต่ำ หรือ โซเดียมต่ำได้น้อยมาก

2.5 ประสพการณ์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ (Behavioral Factors) ได้แก่ ประสพการณ์ในอดีตที่เคยปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะมีส่วนช่วยให้บุคคลตัดสินใจปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ง่ายขึ้น

3. สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ (Cues to Action) ได้แก่ สิ่งกระตุ้นภายในหรือภายนอกที่ทำให้มีการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตัวชี้แนะภายใน ได้แก่ การที่บุคคลตระหนักถึงความรู้สึก สุขสมบูรณ์ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากความพยายามในการเริ่มพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ผลของการออกกำลังกายทำให้รู้สึกดีขึ้น (feeling good) จะเป็นตัวชี้แนะภายในให้มีพฤติกรรมออก กกำลังกายต่อไป ส่วนตัวชี้แนะภายนอก ได้แก่ การสนทนากับบุคคลอื่นถึงแบบแผนของการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการกับความเครียด การพักผ่อนหย่อนใจ

ปัจจัยทั้ง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลดังนี้คือ ปัจจัย ด้านความรู้-การรับรู้ จะมีผลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่ปัจจัย ส่งเสริมหรือปัจจัยพื้นฐาน จะมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านทางปัจจัยด้านความรู้- การรับรู้ 7 ปัจจัยย่อยดังกล่าวมาแล้ว และตัวชี้แนะการกระทำจะช่วยผลักดันหรือสนับสนุนให้บุคคล มีพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพนั้น

ในการวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคลว่ามีสาเหตุของการเกิดพฤติกรรม หรือปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากปัจจัยอะไรบ้างนั้น มีแนวคิดในการวิเคราะห์อยู่ 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

กลุ่มที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra Individual Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือ ปัจจัยที่มีอิทธิพลมาจากองค์ประกอบภายใน บุคคล ได้แก่ ความรู้ ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ หรือความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม เป็นต้น

กลุ่มที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกบุคคล (Extra Causal Assumption) กลุ่ม นี้มีความคิดว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้าน สิ่งแวดล้อมและระบบโครงสร้างทางสังคม เช่น ระบบการเมือง การเศรษฐกิจ การศึกษา การศาสนา องค์ประกอบด้านประชากรและลักษณะทางภูมิศาสตร์ เป็นต้น

กลุ่มที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple Causal Assumption) กลุ่มนี้ มีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุจากทั้งปัจจัยภายใน และภายนอกบุคคล การศึกษาของ นักพฤติกรรมศาสตร์ในกลุ่มนี้ได้สรุปว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล คือ

- ความยากง่ายในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
- การประเมินประสิทธิภาพของการบริการสาธารณสุข
- โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรค ความรุนแรงและการเสี่ยงต่อการเกิดโรค
- องค์ประกอบสังคม และเครือข่ายทางสังคม
- ความรู้
- องค์ประกอบด้านประชาชน

โดยแนวคิดในกลุ่มที่ 3 จะนำทฤษฎีจิตวิทยาการเรียนรู้ จิตวิทยาสังคม สังคมศาสตร์ ประชากรศาสตร์และสาขาอื่น ๆ เข้ามาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์หาสาเหตุของพฤติกรรม และพยายามหาทางแก้ปัญหาโดยการผสมผสานในวิชาชีพสาขาต่าง ๆ เข้ามาร่วมดำเนินการด้วยกัน (ชัชวาลย์ นฤพนธ์จิรกุล. 2541: 45; อ้างอิงจาก บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2536: 14-16)

จากแนวคิดปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple Causal Assumption) ซึ่งแนวคิดนี้อธิบายสาเหตุการเกิดพฤติกรรมของบุคคลว่าเกิดจาก 2 ปัจจัย คือปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคล ผู้วิจัยนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการสังเคราะห์ผลการวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยอยู่บนพื้นฐานของ 2 แนวคิดที่เกี่ยวกับลักษณะของตัวแปรที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL (Green and Kreuter. 1991) และรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) (Pender. 1987) ดังนี้

1. ปัจจัยภายใน หมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เป็นพื้นฐานและมีอิทธิพลด้านแรงจูงใจภายในมีผลให้เกิดการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพให้ได้ผลดีต่อสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ โดยที่ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากความรู้ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมแต่การเพิ่มความรู้เพียงอย่างเดียวไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ถึงแม้ว่าความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม และความรู้เป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรมก็ตาม (Green and Kreuter. 1991: 155)

บลูมและคณะ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2537: 212-217; อ้างอิงจาก Bloom; et al. 1956. Taxonomy of Educational Objectives; The Classification of Educational Goals; Handbook: Cognitive Domain) ได้ให้ความหมายของ พฤติกรรมเรียนรู้กลุ่มพุทธิพิสัยว่าเป็นความสามารถและทักษะทางด้านสมองในการคิด เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ซึ่งแบ่งย่อยได้เป็น 6 ขั้นดังนี้

1. ความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถในการจำหรือระลึกได้ซึ่งประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เคยได้รับรู้มา
2. ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถในการแปลความ ตีความหมาย และขยายความในเรื่องราวและเหตุการณ์ต่าง ๆ

3. การนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำสาระสำคัญ ๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าเป็นการใช้ความเป็นนามธรรมในสถานการณ์ รูปธรรมซึ่งความเป็นนามธรรมอาจจะอยู่ในรูปความคิดทั่วไป กฎเกณฑ์ เทคนิค และทฤษฎี ฯลฯ

4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการแยกการสื่อความหมายไปสู่หน่วยย่อยเป็นองค์ประกอบสำคัญ ๆ หรือเป็นส่วน ๆ เพื่อให้ได้ลำดับขั้นของความคิด ความสัมพันธ์กับการวิเคราะห์เช่นนี้ก็เพื่อมุ่งที่จะให้การสื่อความหมายมีความชัดเจนยิ่งขึ้น

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการนำหน่วยต่าง ๆ หรือส่วนต่าง ๆ เข้าเป็นเรื่องเดียวกัน จัดเรียบเรียงและรวบรวมเพื่อสร้างแบบแผนหรือโครงสร้างใหม่ที่ไม่เคยมีมาก่อน

6. การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินคุณค่าของเนื้อหา วัสดุ อุปกรณ์และวิธีการ ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพที่สอดคล้องกับสถานการณ์ ซึ่งอาจจะกำหนดเกณฑ์ขึ้นหรือผู้อื่นกำหนด

ดังนั้น ความรู้จึงไม่ใช่การรู้หรือจำได้เท่านั้น แต่จะประกอบด้วยการใช้สติปัญญาในการคิด เริ่มขึ้นเป็นลำดับ จากขั้นที่ 1 ถึงขั้นที่ 6 และเชื่อว่าการเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ที่สมบูรณ์แล้ว มีแนวโน้มที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ถูกต้อง แนวคิดนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ นิภา มนูญิจู (2528 : 20) ที่กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องสุขภาพอนามัยอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเจตคติและการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านใดด้านหนึ่ง ย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในด้านอื่น

สำหรับตัวแปรเจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเจตคติเป็นความเชื่อความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์ และอื่น ๆ รวมทั้งท่าที แสดงออกที่บ่งบอกถึงสภาพจิตใจที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด เจตคติเป็นนามธรรมและเป็นส่วนหนึ่ง ที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านการปฏิบัติ แต่เจตคติไม่ใช่แรงจูงใจ (Motive) และแรงขับ (Drive) หากแต่เป็นสภาพแห่งความพร้อมที่จะโต้ตอบ (Stage of readiness) และแสดงให้เห็นถึงแนวทางของการสนองต่อสิ่งเร้า มีผู้ที่ทำการศึกษาและให้ความหมายของเจตคติไว้หลายกลุ่ม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2537: 224-226)

แอล แอล เทอร์สโตน (L.L. Thurstone : 1946) กล่าวว่า เจตคติเป็นระดับของความมากน้อยของความรู้สึกในด้านบวกและลบต่อสิ่งหนึ่ง (Psychological object) ซึ่งอาจเป็นอะไรก็ได้หลายอย่างเป็นต้นว่าสิ่งของ บุคคล บทความ องค์การ ความคิดเห็น ฯลฯ ความรู้สึกเหล่านี้ผู้รู้สึกสามารถบอกความแตกต่างว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

กรีน และ กรูเธอร์ (Green and Kreuter. 1991: 158) กล่าวว่า แนวคิดหลักเกี่ยวกับเจตคติมี 2 ประการ คือ

1. เจตคติเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ ค่อนข้างคงที่
2. โครงสร้างเฉพาะของเจตคติ คือ การประเมินสิ่งต่าง ๆ ใน 2 มิติ คือ ดี และไม่ดี

ดังนั้น เจตคติจึงเป็นอีกตัวแปรหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล โดยถ้าบุคคล มีความคิด ความเข้าใจ มีความรู้สึกที่ดี หรือมีความคิดรวบยอด (Concept) ในทางบวกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้วก็มีแนวโน้มว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ตนคิดว่าดีนั้นได้ ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลมีความรู้สึกที่ไม่ดี มีความคิดรวบยอดในทางลบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้ว ก็อาจจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนตัวแปรค่านิยมมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โรคิช (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2534: 237; อ้างอิงจาก Rokeach. 1970 Beliefs, Attitudes, and Values.) ได้ให้คำจำกัดความของค่านิยมไว้ว่า ค่านิยมเป็นผลรวมของความเชื่อที่คงทนของบุคคลที่แสดงว่า การประพฤติปฏิบัติบางอย่างที่เป็นสิ่งที่พอใจและเป็นที่ต้องการ ในขณะที่บางอย่างไม่เป็นที่พอใจ และไม่เป็นสิ่งที่ต้องการ ค่านิยมจะเป็นแกนกลางสำคัญที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง บทบาทที่สำคัญของค่านิยมมี 2 ประการ คือ เป็นมาตรฐานจะนำทางหรือเป็นแนวทางให้บุคคลประพฤติ ปฏิบัติและทำหน้าที่กระตุ้นเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ

ราธส์ ฮาร์มิน และซีมอน (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2534: 320; อ้างอิงจาก Rathes, Harmin and Simon. 1966) ได้ให้เกณฑ์ในการพิจารณาว่าคุณลักษณะใดเป็นค่านิยมที่แท้จริง ดังนี้

1. ค่านิยมนั้นจะต้องเกิดจากการเลือกโดยอิสระเสรีของบุคคลนั้น ไม่ได้เกิดจากการบังคับ แต่เกิดจากความยินยอม เห็นคุณค่าของสิ่งนั้นอย่างแท้จริง ถ้าสิ่งนั้นถูกบังคับให้เลือกก็ไม่เรียกว่าเป็นค่านิยมที่แท้จริง
2. เป็นค่านิยมที่บุคคลเลือกจากสิ่งเลือกหลายอย่าง ไม่ใช่เกิดจากสิ่งเลือกที่มีอยู่เดียวและบุคคลนั้นจำใจต้องเลือก
3. เป็นค่านิยมที่บุคคลเลือกหลังจากพิจารณาข้อดี ข้อเสีย ตลอดจนผลที่จะตามมาของข้อเลือกแต่ละอย่าง ๆ ละเอียดยรอบคอบ ใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล ไม่ใช่ถูกบังคับ เพราะการที่ถูกบังคับให้เลือก ผู้เลือกจะไม่ได้พิจารณาอย่างละเอียดถี่ถ้วนเกี่ยวกับข้อเลือกนั้น ๆ
4. เป็นสิ่งที่เจ้าของถนอม เทิดทูนด้วยความภาคภูมิใจว่าเป็นสิ่งที่ดีมีคุณค่าควรแก่การรักษา
5. เป็นค่านิยมที่เจ้าของยอมรับอย่างเปิดเผยและยินดีที่จะบอกให้ผู้อื่นรู้ถึงค่านิยมของตนเอง ยืนยันถึงความดีของค่านิยมของตน และยืนยันยึดในค่านิยมที่ตนได้เลือกไว้แล้วอย่างมั่นใจและเด็ดเดี่ยว
6. เป็นค่านิยมที่บุคคลนั้นปฏิบัติตามค่านิยมที่ตนได้เลือกแล้ว เพราะค่านิยมจะเป็นสิ่งที่นำไปสู่การปฏิบัติในชีวิตจริง
7. เป็นค่านิยมที่บุคคลนั้นปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ หรือได้รับกระทำซ้ำจนเป็นกิจวัตรตามโอกาสไม่ใช่ปฏิบัติเพียงครั้งเดียว

ค่านิยมมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากพฤติกรรมแต่ละอย่างมีผลมาจากค่านิยมที่บุคคลมีต่อเรื่องสุขภาพอนามัยทั้งสิ้น ทั้งพฤติกรรมก่อนการเจ็บป่วย และพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย ถ้าบุคคลให้ค่านิยมต่อสุขภาพสูง ก็น่าจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม การปฏิบัติตนที่ถูกต้องและเหมาะสม

ตัวแปรการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการที่บุคคลมีความรู้สึกต่อสภาพการทำงานของสุขภาพร่างกายและจิตใจโดยรวม แล้วเปรียบเทียบกับความรู้และประสบการณ์เดิมในการให้ความหมายต่อสภาวะสุขภาพของตนเองและจึงตัดสินตีความว่า ภาวะสุขภาพในปัจจุบันเป็นอย่างไรกล่าวคือ บางคนอาจมีการรับรู้ความเจ็บป่วยนี้เป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อย และไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของตนเอง ดังนั้นตามการรับรู้ของบุคคลเหล่านี้ ความเจ็บป่วยเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาการและความเจริญเติบโตของตน ในขณะที่บางคนอาจรู้สึกว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวนและคุกคามต่อชีวิตของเขาเป็นอย่างมาก ทำให้เขาต้องเสียความเป็นบุคคลไป ผลที่ตามมาก็คือ ความกลัว ความท้อแท้ทุกครั้งที่เจ็บป่วย การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของบุคคลที่ต่างกันนี้จะมีอิทธิพลต่อกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาที่เขามารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลได้แตกต่างกัน (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. 2528: 374)

ซอนยา และคณะ (ชัชวาลย์ นฤพนธ์จิรกุล. 2541: 96; อ้างอิงจาก Sonja: et al. 1981: 223) กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้สุขภาพของตนดีนั้นไม่ได้หมายความว่าเขาไม่มีโรค หรืออาการจากความเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับเขา แม้ในขณะที่บุคคลมีความเจ็บป่วย เขาก็อาจประเมินสภาวะสุขภาพของเขาว่าอยู่ในเกณฑ์ดีได้หากเขามีการรับรู้เช่นนั้น โดยทั่วไปความหมายของภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของบุคคลส่วนใหญ่ นั้น มักจะหมายถึงความสามารถด้านร่างกายของบุคคลในการดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ตามบทบาทโดยเฉพาะความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living) เช่นเดียวกับ แนวคิดของ ทราเวลบี (Travelbee. 1971: 10) ที่กล่าวว่าตราบไคที่บุคคลยังคงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เขาจะรู้สึกว่าตนเองยังมีค่าและสามารถพึ่งพาตนเองได้ จึงทำให้บุคคลเชื่อมั่นในความแข็งแรงของร่างกาย และเกิดการรับรู้ว่าคุณยังมีสุขภาพดีพอสำหรับการดำเนินชีวิต

จะเห็นได้ว่า นอกจากประสบการณ์ของความเจ็บป่วย และการให้ค่านิยมของการมีสุขภาพดีจะทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองแตกต่างกันแล้ว ผลของการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ดีและไม่ดีในตัวบุคคลยังก่อให้เกิดความรู้สึก ตลอดจนพฤติกรรมที่แสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพอีกด้วยจากผลการศึกษาของ (Magnani. 1990: 6) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการทํากิจกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง การตัดสินความสามารถของบุคคลว่าสามารถทำงานได้ในระดับใด และบุคคลนั้นสามารถที่จะทำอะไรได้บ้างโดยมีทักษะหรือไม่มีทักษะ การตัดสินความสามารถของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ ในขณะที่ความคาดหวังในผลลัพธ์เป็นการตัดสินพิจารณาที่ผลลัพธ์ เช่น ผลประโยชน์ ค่าใช้จ่าย พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลผลิตการรับรู้เกี่ยวกับ

ทักษะและความสามารถเป็นแรงจูงใจสำคัญของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่ดี และถูกต้องเหมาะสมความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถและทักษะในการกระทำของบุคคลเป็นสิ่งส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถและไม่มีทักษะ การเรียนรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองมีพื้นฐานที่พัฒนามาจากปัจจัย 4 ประการคือ

1. การกระทำที่ได้บรรลุผลสำเร็จจากการที่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นและการประเมินการกระทำตามมาตรฐานของตนเองหรือจากการประเมินที่ได้รับจากบุคคลอื่น
2. ประสบการณ์จากการได้เห็นการกระทำของผู้อื่นโดยการสังเกต และนำมาประเมินเปรียบเทียบกับตนเอง
3. การชักจูงด้วยคำพูดของผู้อื่น ทำให้บุคคลสามารถดึงเอาความสามารถที่มีอยู่ในตนเองออกมาเพื่อใช้ในการกระทำกิจกรรมนั้น ๆ
4. สภาพร่างกาย เช่น ความวิตก ความกลัว ความสงบ ความเจ็บป่วยเหล่านี้บุคคลนำมาใช้ตัดสินความสามารถของตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล โดยถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีทักษะและความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ได้บรรลุผลสำเร็จและพบว่าผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถในตนเองสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้มีการรับรู้ความสามารถในตนเองต่ำ

ตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ หมายถึง การที่บุคคลจะทำพฤติกรรมใด ๆ มักจะคำนึงถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การคาดการณ์ถึงประโยชน์ของการกระทำเป็นสิ่งจูงใจการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ซึ่งประโยชน์อาจเกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกก็ได้ ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายใน ได้แก่ รางวัลทรัพย์สินเงินทองหรือปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในช่วงแรกประโยชน์ภายนอกจะเป็นแรงจูงใจสำคัญในการที่บุคคลจะเริ่มปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งต่อมาประโยชน์ภายในอาจเป็นพลังจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง หรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล กล่าวคือ บุคคลที่รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบ่อยกว่าผู้รับรู้ประโยชน์น้อยกว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่วยให้มีการดำเนินกิจกรรมไปอย่างต่อเนื่องและง่ายขึ้น

ตัวแปรการรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคการกระทำ หมายถึง การรับรู้อุปสรรคที่ขัดขวางต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือสิ่งที่คาดคะเนได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับความไม่เป็นประโยชน์ ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย ความยากลำบากหรือระยะเวลาที่ใช้กระทำนั้น ๆ อุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่งกีดขวางไม่ให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมหรือจูงใจให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการกระทำหรือการรับรู้

อุปสรรคมีมาก การกระทำนั้นก็จะเกิดขึ้นได้ยาก เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการกระทำสูงและการรับรู้อุปสรรคน้อย ความเป็นไปได้ที่จะกระทำก็มีมากขึ้น

การรับรู้อุปสรรคของการกระทำเป็นตัวแปรอีกตัวหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากการรับรู้ต่ออุปสรรคที่ขัดขวางต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความไม่สะดวกสบาย ความไม่มีโอกาส ไม่มีเวลากระทำพฤติกรรม หรือความห่างไกลจากสถานที่ที่จะทำกิจกรรม จะส่งผลให้มีการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยลง

2. ปัจจัยภายนอก หมายถึง ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่ให้บุคคลสามารถใช้หรือร่วมแสดงพฤติกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ

การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากการได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคล โดยได้รับจากบุคคลที่เป็นที่ยอมรับ การปฏิบัติสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จะก่อให้เกิดความใกล้ชิดผูกพันการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่นคำแนะนำ วัตถุสิ่งของ (Orem, 1985: 59) จากการศึกษาของ (ศุภวรินทร์ ทันทิตติกุล, 2539: บทคัดย่อ) ศึกษาพบว่า การได้รับคำแนะนำสนับสนุน จากสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อบ้าน บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ สิ่งพิมพ์ จากบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข หรือจากบุคคลใกล้ชิดจะเป็นการกระตุ้นให้บุคคลเกิดความรู้ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้านเพิ่มมากขึ้น

การมีและการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ คือ การมี การเข้าไปใช้สถานบริการด้านสุขภาพ/สถานที่ต่าง ๆ ในชุมชน ได้แก่สนามกีฬา/พื้นที่ว่างที่ใช้ออกกำลังกายได้ สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ และโรงพยาบาลซึ่งสถานที่ต่าง ๆ เหล่านี้จะเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน จากการศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงสถานบริการ/สถานที่ต่าง ๆ มักจะศึกษาเฉพาะการเข้าถึงโรงพยาบาล/สถานบริการสุขภาพ ส่วนสถานที่อื่น ๆ มีผู้ศึกษาไว้น้อยมากดังการศึกษาของ (ศุภวรินทร์ ทันทิตติกุล, 2539: บทคัดย่อ) พบว่า การมีชมรมผู้สูงอายุ การมีแหล่งพบปะสังสรรค์ประจำหมู่บ้าน การมีสนามกีฬา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และยังพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การไปแหล่งพบปะสังสรรค์ประจำหมู่บ้าน การไปใช้บริการของโรงพยาบาล/สถานบริการทางสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การมีนโยบาย/โครงการส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ ในหน่วยงาน สถานศึกษา ฯลฯ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กฎบัตรออตตาวา เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion) ได้เสนอแนะว่าควรจะต้องมีกิจกรรมที่สำคัญ คือ (ลักขณา เต็มศิริกุลชัย. 2539: 39-43)

1. สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Build Health Public Policy) ซึ่งนโยบายดังกล่าวนี้มีใช้ดูแลรับผิดชอบโดยกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น หากแต่เป็นนโยบายแห่งชาติเป็นนโยบายร่วมของทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน และผู้บริหารทุกระดับต้องให้ความร่วมมือในการส่งเสริมให้ประชาชนและสมาชิกมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจะเกี่ยวข้องกับ กฎหมาย มาตรการทางเศรษฐกิจ การเงิน การคลัง การเก็บภาษี รวมทั้งการจัดตั้งองค์กรที่แน่ชัดเพื่อรับผิดชอบ

2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) หมายถึง การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ในระดับชุมชน ระดับประเทศ และระดับโลก ทั้งนี้ เนื่องจากสมดุลของธรรมชาติย่อมมีผลโดยตรงต่อการมีสุขภาพดีของมวลมนุษย์ อีกประการหนึ่ง คือ การจัดสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินชีวิต การทำงาน และการใช้เวลาว่างโดยการสร้างสังคมที่มีสุขภาพดี (Healthy School) เป็นต้น

3. การเพิ่มความสามารถของชุมชน (Strengthen Community Action) คือ การสร้างพลังอำนาจให้กับชุมชน ให้ชุมชนสามารถควบคุมการปฏิบัติงาน และกำหนดเป้าหมายของชุมชนได้ ซึ่งหมายถึงชุมชนจะต้องได้รับข้อมูลข่าวสาร โอกาสในการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการสนับสนุนทางการเงินอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) การส่งเสริมสุขภาพควรช่วยให้บุคคลและสังคมเกิดการพัฒนามีความรู้และทักษะในการดำรงชีวิต (Life Skills) ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับประชาชนที่จะควบคุมสุขภาพของตนเอง และควบคุมสิ่งแวดล้อมซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ

5. การปรับระบบบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services) ควรมีการปรับระบบให้มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้นมีการสื่อสารกับหน่วยงานภายนอกให้กว้างขวางยิ่งขึ้นเช่น หน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อมด้านสังคม ด้านการเมือง และเศรษฐกิจ นอกเหนือ จากการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลเท่านั้น นอกจากนั้น ยังต้องให้ความสนใจเกี่ยวกับการวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนระบบและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

3. ปัจจัยชีวิตสังคม ประกอบด้วย ภูมิหลัง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส และฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ รายได้ อาชีพ และลักษณะที่อยู่อาศัย ปัจจัยชีวิตสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังนี้

เพศกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย และเป็นปัจจัยหนึ่งทำให้เกิดความแตกต่างทางด้านค่านิยม นอกจากนี้ เพศยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคมด้วย (Orem. 1980: 71) และยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา และการปรับตัวทางด้านจิตใจ เนื่องจากความสามารถในการระบายความทุกข์ที่สังคมยอมรับ รวมทั้งมีทัศนคติต่อความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน นอกจากเพศจะทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีระในบุคคล ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อความต้องการดูแลตนเองแล้ว บทบาทของเพศย่อมมีส่วนสำคัญต่อการดูแลตนเองด้วย โดยเฉพาะในสังคมไทยเพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดบทบาทในการเป็นผู้ดูแลจึงพบว่าเพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย (ชัชวาลย์ นฤพนธ์จิรกุล. 2541: 56; อ้างอิงจาก นัยนา พิพัฒน์วิชชา. 2536: 26)

อายุกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

อายุเป็นปัจจัยพื้นฐาน ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกาย และความรู้สึกนึกคิด อายุจะเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจและการรับรู้ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Orem. 1991: 238-241)

ระดับการศึกษากับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน ทั้งนี้ เพราะการศึกษาทำให้บุคคลมีสติปัญญา สามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้ดี สามารถเรียนรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา ดังนั้น บุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าคนที่มีการศึกษาต่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526: 182) และจากการศึกษาของรูทส์ (ศิรินทิพย์ โกนสันเทียะ. 2541: 65; อ้างอิงจาก Ruth. 1973: 135-136) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาต่ำ มักประสบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค และวิธีการรักษาตลอดจนการปฏิบัติงาน เนื่องจากความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องเชิงวิทยาศาสตร์ ดังนั้น ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนได้ถูกต้องดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ

สถานภาพสมรสกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คู่สมรส เป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม คู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน จะมีความรักความเข้าใจ สนใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน มีการสื่อความหมายอย่างเปิดเผย และมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง และช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (ชัชวาลย์ นฤพนธ์จิรกุล. 2541: 58; อ้างอิงจาก สมจิต หนูเจริญกุล. 2537: 41)

รายได้กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สถานภาพทางเศรษฐกิจ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพ ในการดูแลตนเองของบุคคล โดยผู้ที่มีรายได้สูง จะเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลให้ตนเองได้รับอาหารได้เพียงพอ ตลอดจนเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาข้าวของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง (Pender. 1987: 161-162)

อาชีพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การประกอบอาชีพ นอกจากจะเป็นแหล่งที่มาของรายได้ ยังเป็นตัวแปรที่กำหนดรูปแบบ การใช้เวลาและสถานที่ของบุคคลอีกด้วย บุคคลวัยทำงานที่มีอาชีพแตกต่างกัน จะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ แตกต่างกัน ซึ่งยังขึ้นกับปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น ค่านิยม เจตคติ ฯลฯ (ชัชวาลย์ นฤพนธ์จิรกุล. 2541: 80)

ลักษณะที่อยู่อาศัยกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการที่เขตเมืองและเขตชนบทมีลักษณะแตกต่างกันทั้งลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล วิธีการดำเนินชีวิต ความเชื่อ ค่านิยม เศรษฐกิจ ตลอดจนวัฒนธรรมของสังคมที่แตกต่างกัน ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน จากสภาพสังคมเมืองที่มีการแข่งขันทำมาหากิน มีความแตกต่างระหว่างฐานะความเป็นอยู่ของบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัวมีน้อยลง เพราะต้องออกไปทำงานนอกบ้านทำให้เกิดความเครียด พบว่า คนในชุมชนเมืองจะประสบปัญหาสุขภาพจิต เกิดโรคจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง อาทิการซื้ออาหารสำเร็จรูป รับประทาน ซึ่งเป็นอาหารที่มีไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย การต้องเผชิญกับความเครียด ส่งผลให้ประชาชนในเขตเมืองมีปัญหาสุขภาพ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ในขณะที่คนในชนบทอาศัยอยู่กับธรรมชาติ การแข่งขันในการประกอบอาชีพมีน้อย ความสัมพันธ์ระหว่างคนในชุมชนเป็นแบบเครือญาติ ปัญหาสุขภาพจิตจึงมีน้อยกว่าเขตเมือง แต่จากการที่เขตเมืองเป็นศูนย์กลางความเจริญ มีแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ มากมาย ไม่ว่าจะเป็นด้านสาธารณูปโภค แหล่งบริการด้านสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาล คลินิก ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล รวมทั้งมีสถาบันบันเทิง เช่น ศูนย์การค้า โรงภาพยนตร์ ตลาดสด มีการคมนาคมที่สะดวก ตลอดจนมีโอกาสได้รับข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อและบุคคลต่าง ๆ มากกว่าคนในชนบท ส่งผลให้คนในเขตเมืองมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าคนในชนบท จากการศึกษาของ (ไพโรจน์ พรหมทันใจ. 2540: 140) พบว่า คนงานโรงงานอุตสาหกรรมที่อาศัยในเขตเมืองซึ่งมีศูนย์การค้า สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ ตลาด มีแหล่งข่าวสารทั้งทางโทรทัศน์ วิทยุและหนังสือพิมพ์ มีการปฏิบัติด้านการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง

การสังเคราะห์งานวิจัย (Synthesis of Research)

การสังเคราะห์งานวิจัยเป็นระเบียบวิธีการศึกษาหาข้อเท็จจริงเพื่อตอบปัญหาใดปัญหาหนึ่งโดยการรวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับปัญหานั้นหลาย ๆ เรื่องมาศึกษาวิเคราะห์และนำเสนอข้อสรุปอย่างมีระบบให้ได้คำตอบปัญหาที่เป็นข้อยุติ (นงลักษณ์ วิรัชชัย. ม.ป.ป.: 99)

การสังเคราะห์งานวิจัยมีสาเหตุมาจากการมีงานวิจัยในปัญหาเดียวกันโดยใช้รูปแบบวิธีการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันได้ผลของการวิจัยสอดคล้องกันบ้าง ขัดแย้งกันบ้าง ทำให้ผู้ต้องการใช้ผลการวิจัยเกิดความสับสนและไม่สามารถหาข้อสรุปได้ จึงต้องหาวิธีสรุปงานวิจัยต่าง ๆ ดังกล่าวโดยวิธีการต่าง ๆ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ (อุทุมพร จามรมาน. 2531: 1)

1. เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยซึ่งจะเห็นได้จากบทที่ 2 ของงานวิจัยทั่วไป
2. เป็นการวิจัยเพื่อแสวงหาความรู้ใหม่จะมีกระบวนการเป็นการวิจัยเรื่องหนึ่งมิใช่ส่วนหนึ่งของการวิจัย

วิธีการวิเคราะห์งานวิจัย

การสังเคราะห์งานวิจัยจะมีการวิเคราะห์เป็น 2 ประเภทคือ (ศิริยุภา พูลสุวรรณ. 2539: 149)

1. ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

วิธีนี้เป็นการสรุปประเด็นหลักของผลการวิจัยแต่ละเรื่องและบรรยายสรุปผลให้เห็นความสัมพันธ์และความขัดแย้งระหว่างผลการวิจัยเหล่านั้น ซึ่งผู้วิเคราะห์ต้องมีความเที่ยงตรงไม่นำความคิดเห็นของตนเองเข้าไปผนวกด้วย การวิเคราะห์ด้วยวิธีนี้จะใช้ได้ทั้งงานวิจัยเชิงคุณภาพและงานวิจัยเชิงปริมาณ

2. ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงปริมาณ

วิธีนี้ใช้ระเบียบวิธีการสถิติมาวิเคราะห์ งานวิจัยที่ใช้จึงเป็นงานวิจัยที่มีผลการวิจัยสามารถนำมาวิเคราะห์ทางสถิติได้

การวิเคราะห์อภิมาน (Meta – Analysis)

กลาส (G.V. Glass) ได้ใช้ศัพท์คำว่า “Meta – Analysis” เป็นครั้งแรกเมื่อ ค.ศ. 1967 ในสุนทรพจน์ที่กล่าวในฐานะประธานคณะกรรมการดำเนินการประชุมประจำปีของสมาคมวิจัยการศึกษาอเมริกา (America Educational Research Association = AFRA) โดยให้ความหมายว่า Meta – Analysis เป็นเทคนิคการวิเคราะห์ทางสถิติสำหรับวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกัน จำนวนหลายเรื่องมาศึกษาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ เพื่อให้ได้ข้อสรุปผลการวิจัยที่มีความกว้างขวางลึกซึ้งกว่าผลงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ในแต่ละเรื่อง

การวิเคราะห์อภิมานเป็นวิธีการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณที่ได้รับการพัฒนาสูงสุดและมีความก้าวหน้ามากที่สุดในปัจจุบัน เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการสังเคราะห์งานวิจัยแบบอื่น ๆ หลักการในการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์อภิมานเป็นแบบเดียวกับหลักการในการสังเคราะห์งานวิจัยแบบอื่น ๆ คือเป็นการสรุปข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยแต่ละเรื่องที่แตกต่างกันว่าเนื่องมาจากลักษณะงานวิจัยส่วนใด แต่วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์อภิมานแตกต่างจาก

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลในการสังเคราะห์งานวิจัยทั่วไป เพราะวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์อภิमानเกิดจากความพยายามของนักสถิติในการปรับแก้จุดอ่อนของวิธีการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณที่มีใช้กันอยู่เดิมให้ดีขึ้น การพัฒนาดังกล่าวมีมาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจนถึงปัจจุบัน ทำให้วิธีการวิเคราะห์อภิमान เป็นวิธีการสังเคราะห์งานวิจัยที่มีระบบ เป็นปรนัย มีความทันสมัย และมีความถูกต้องสูง (Glass, G.V. 1976)

นิยามของการวิเคราะห์อภิमान

การวิเคราะห์อภิमानมีนิยามหรือความหมายหลากหลายแตกต่างกันตามการพัฒนาวิธีการวิเคราะห์ตามความหมายเดิมของ กลาส (Glass, G.V. 1976) การวิเคราะห์อภิमानหมายถึงการวิเคราะห์ผลการวิเคราะห์ (The Analysis of Analysis) เป็นการวิเคราะห์ที่มีการนำงานวิจัยมาใช้เป็นแหล่งข้อมูลในการวิเคราะห์ จึงเป็นการวิเคราะห์ที่ลึกซึ้งกว่างานวิจัยทั่วไป การวิเคราะห์อภิमानเป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อสังเคราะห์งานวิจัยหลาย ๆ เรื่องที่ศึกษาปัญหาเดียวกันโดยใช้วิธีการทางสถิติ ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์อภิमानประกอบด้วยผลการวิจัยวัดในรูปของขนาดอิทธิพล และลักษณะของงานวิจัย การวิเคราะห์ให้ความสำคัญกับขนาดมากกว่าระดับนัยสำคัญของการรวมค่าขนาดอิทธิพล

เฮดเจส (Hedges and Olkin. 1985) ได้ให้ความหมายของการวิเคราะห์อภิमानว่าเป็นวิธีการวิเคราะห์ผลของการวิเคราะห์ทางสถิติที่ได้จากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่เป็นข้อยุติในกิจกรรม ในการวิเคราะห์อภิमान มี 2 ลักษณะคือ ลักษณะแรก เป็นการรวบรวมสารสนเทศที่ได้จากรายงานการวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ คุณภาพของสารสนเทศขึ้นอยู่กับวิธีการรวบรวมสารสนเทศว่ามีความเที่ยงตรง ความเชื่อถือได้และความเป็นปรนัยมากเพียงใด ลักษณะที่สองเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งให้ความสำคัญกับระเบียบวิธีทางสถิติ เนื่องจากสถิติวิเคราะห์ที่ใช้ในการวิจัยทั่วไปเป็นสถิติเชิงทดลองเรื่องเดียว หรือการวิจัยเชิงสัมพันธ์เรื่องเดียว ดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนาการวิเคราะห์สารสนเทศขึ้นใหม่สำหรับการวิเคราะห์อภิमानให้สามารถสรุปความหมายสารสนเทศที่ได้จากรายงานวิจัยหลาย ๆ เรื่อง ซึ่งศึกษาปัญหาวิจัยแบบเดียวกันได้

โรเซนทาล (Rosenthal, R. 1990) ได้ให้ความหมายว่าการวิเคราะห์อภิमानเป็นวิธีการสังเคราะห์ค่าสถิติที่เป็นดัชนีมาตรฐาน ซึ่งนักวิจัยสร้างขึ้นแทนข้อค้นพบจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์อภิमानแยกได้ 3 แบบ การวิเคราะห์แบบแรกเป็นแบบวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ในการประมาณค่าดัชนีมาตรฐานจากงานวิจัยแต่ละเรื่อง ทั้งการประมาณค่าแบบจุดและแบบช่วง การวิเคราะห์แบบสอง เป็นการศึกษาค้นคว้าตัวแปรปรับ โดยการทดสอบว่าค่าประมาณดัชนีมาตรฐานที่ได้จากงานวิจัยมีความแตกต่างกันหรือไม่ ถ้ามีความแตกต่างกัน ต้องศึกษาว่าแตกต่างกันเนื่องจากตัวแปรปรับตัวใด ตัวแปรปรับคือ ตัวแปรเกี่ยวกับลักษณะงานวิจัยที่เป็นเกณฑ์ในการตรวจสอบได้ว่าค่าประมาณดัชนีมาตรฐานจากงานวิจัยแตกต่างกัน ส่วนการวิเคราะห์แบบที่สามคือเป็นการศึกษาความสัมพันธ์จากการวิเคราะห์รวม โดยการหา

ค่าเฉลี่ยของตัวแปรสำคัญที่เป็นปัญหาวิจัยจากงานวิจัยทุกเรื่อง แล้วคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรเหล่านั้นที่ได้จากงานวิจัยทุกเรื่องเพื่อสังเคราะห์งานวิจัยตอบปัญหาวิจัยเป็นข้อยุติ ผลจากความพยายามในการสังเคราะห์ดัชนีมาตรฐานที่นักสถิติและนักวิจัยหลายท่านได้พัฒนาวิธีการขึ้นถูกบูรณาการเป็นวิธีการสังเคราะห์งานวิจัยแบบการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

ฮันท์ (Hunt, M. 1997) ได้ให้ความหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาณไว้ว่าเป็นการวิเคราะห์ที่มีจุดหมาย 2 ประการ ประการแรกเพื่อสังเคราะห์งานวิจัยให้ได้ข้อสรุปที่มีความถูกต้องเชื่อถือได้ ประการที่สอง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรกับผลการวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ ตัวอย่างการวิเคราะห์ห่อภิมาณทางการแพทย์จุดมุ่งหมายประการแรกคือการหาข้อสรุปจากผลการวิจัย เมื่อได้ข้อสรุปว่า “การผ่าตัด (Lumpectomy) ร่วมกับการให้ยามีประสิทธิผลดีเท่าเทียมกับการผ่าตัด (Mastectomy)” นับว่าได้บรรลุจุดมุ่งหมายในข้อแรก แต่นักวิจัยต้องวิเคราะห์ต่อลำดับที่สองว่า วิธีการนี้ได้ผลดีกับสตรีที่มีรูปร่างผอมหรืออ้วนมากกว่ากัน ประสิทธิภาพเมื่อใช้กับสตรีอายุมาก/อายุน้อย สตรีที่มีโรค/ไม่มีโรคประจำตัว และอื่น ๆ นั่นคือนักวิจัยต้องศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปรับจำนวนหลายตัวแปรกับขนาดอิทธิพล ซึ่งต้องใช้เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายประการที่สอง

งลักษณ์ วิรัชชัย (2543) ได้แปลศัพท์คำว่า Meta – Analysis โดยใช้คำว่า “การวิเคราะห์ห่อภิมาณ” ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ในการวิจัยครั้งนี้สรุปไว้ว่าการวิเคราะห์ห่อภิมาณหมายถึง การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณแบบหนึ่งที่นักวิจัยนำงานวิจัยที่ศึกษาปัญหาวิจัยเดียวกันมาศึกษาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่เป็นข้อยุติตอบปัญหาวิจัย โดยมีงานวิจัยแต่ละเรื่องเป็นหน่วยวิเคราะห์ ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ประกอบด้วยผลการวิจัยวัดในรูปขนาดอิทธิพล และ/หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ รวมกับสารสนเทศเกี่ยวกับลักษณะงานวิจัย วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่การวิเคราะห์เพื่อประมาณค่าขนาดอิทธิพล และ/หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันเป็นดัชนีมาตรฐานที่ได้จากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์แต่ละเรื่อง การวิเคราะห์เพื่อสรุปรวมค่าดัชนีมาตรฐานและการวิเคราะห์ว่าดัชนีมาตรฐานที่ได้นั้นมีค่าแตกต่างกันเนื่องจากตัวแปรปรับอะไร สิ่งสำคัญในการวิเคราะห์ห่อภิมาณคือดัชนีมาตรฐาน เพราะหลักการสำคัญของการวิเคราะห์ห่อภิมาณเป็นการศึกษาหาข้อสรุปเกี่ยวกับดัชนีมาตรฐานอันเป็นข้อค้นพบจากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

จากนิยามของการวิเคราะห์ห่อภิมาณที่รวบรวมมาตั้งแต่ต้นสรุปได้ว่าการวิเคราะห์ห่อภิมาณหมายถึง การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณประเภทหนึ่ง ที่นักวิจัยนำงานวิจัยซึ่งศึกษาปัญหาเดียวกันจำนวนหลายเรื่องมาศึกษาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ เพื่อให้ได้ข้อสรุปผลการวิจัยที่มีความกว้างขวางกว่าผลงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ในแต่ละเรื่อง ข้อมูลสำหรับการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นข้อมูลจากผลการวิจัยในแต่ละเรื่องซึ่งวัดในรูปของดัชนีมาตรฐาน ส่วนที่สองเป็นข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

ลักษณะเฉพาะของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

ศิริยุภา พูลสุวรรณ (2536: 11-12) ได้สรุปลักษณะเฉพาะของการวิเคราะห์ห่อภิมาณไว้ดังนี้

1. การวิเคราะห์ห่อภิมาณต้องใช้วิธีการที่มีระบบในการเสาะหางานวิจัยที่ศึกษาปัญหาเดียวกันเพื่อให้ผลการวิเคราะห์ครอบคลุมงานวิจัยทั้งหมด โดยให้ความสนใจงานวิจัยที่มีลักษณะแตกต่างกันมากกว่าจะวิเคราะห์งานวิจัยที่มีลักษณะและระเบียบวิธีวิจัยเหมือนกันโดยแตกต่างกันเฉพาะกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น งานวิจัยที่จะนำมาวิเคราะห์ห่อภิมาณซึ่งศึกษาปัญหาการวิจัยเดียวกันอาจมีลักษณะต่างกันในส่วนต่าง ๆ ส่วนใดส่วนหนึ่งหรือหลายส่วน
2. การวิเคราะห์ห่อภิมาณใช้วิธีการทางสถิติเป็นเครื่องมือในการสรุปค่าสถิติจากการวิจัย ไม่ใช่ข้อมูลดิบจากงานวิจัย ค่าสถิติที่นำมาสังเคราะห์ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติในการทดสอบสมมติฐาน ข้อมูลในการวิเคราะห์ห่อภิมาณมี 2 ส่วน คือส่วนแรก เป็นรายละเอียดทั่ว ๆ ไปของงานวิจัย ซึ่งเป็นตัวแปรอิสระในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ เรียกว่า คุณลักษณะงานวิจัย ส่วนที่สอง คือผลการวิจัยซึ่งถูกปรับให้เป็นดัชนีมาตรฐานโดยวัดในรูปของขนาดอิทธิพลหรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นตัวแปรตามในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ
3. การวิเคราะห์ห่อภิมาณมีเป้าหมายที่จะศึกษาอิทธิพลของตัวแปรอิสระที่มีต่อตัวแปรตาม โดยผู้วิจัยสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามมากกว่าค่านัยสำคัญทางสถิติ งานวิจัยที่ไม่สามารถคำนวณค่าขนาดอิทธิพลหรือไม่ทราบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรจะไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ห่อภิมาณได้
4. การวิเคราะห์ห่อภิมาณมีจุดมุ่งหมายที่จะตรวจสอบความแตกต่างของผลการวิจัย และอธิบายความแตกต่างนั้นด้วยคุณลักษณะงานวิจัย ดังนั้นนักสังเคราะห์งานวิจัยจึงต้องศึกษาคุณลักษณะงานวิจัยเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงานวิจัยกับผลวิจัยและสรุปได้ว่าผลการวิจัยเหล่านั้นแตกต่างกันเพราะอะไร
5. การวิเคราะห์ห่อภิมาณเป็นการวิจัยที่ไม่ได้ตัดสินคุณค่าของผลการวิจัยที่นำมาทำการวิจัยในเชิงคุณภาพก่อนกล่าวคือ ผลการวิจัยที่นำมาทำการวิจัยนั้น ไม่ต้องมีการคัดเลือกโดยเกณฑ์ที่สร้างขึ้นก่อนว่าเป็นรายงานวิจัยที่มีคุณภาพดีตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้

แบบวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ มี 5 รูปแบบ (Bangert; Drowns; & Robert. 1986: 390-396) กล่าวคือ

1. วิธีการสังเคราะห์ผลการศึกษา (Study Effect Meta-analysis) ของเมซาฟิลด์และบัสเซ วิธีนี้เป็นวิธีที่ออกแบบเพื่อรวมผลการศึกษาที่พบ และหลีกเลี่ยงปัญหาที่เกิดขึ้นในวิธีของกลาส นั่นคือการรวมงานวิจัย และการรวมเรื่องที่ไม่น่าจะรวมกันได้เข้าด้วยกัน วิธีนี้จะใช้ตัวงานวิจัยเป็นหน่วยของการวิเคราะห์และมีการคัดเลือกงานวิจัยที่จะนำมาสังเคราะห์

2. วิธีรวมค่าความน่าจะเป็น (Combined Probability Method) วิธีนี้ใช้สำรวจจำนวนของกลุ่มเนื้อเรื่อง ซึ่งมีรูปแบบเหมือนวิธีอื่น ๆ โดยผู้ทำจะระบุเรื่องที่สนใจและเก็บทุกงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำเฉพาะค่า p แบบ one-tailed มาคำนวณรวมกับการหาค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Z) ขั้นสุดท้ายจะหาค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย และรวมค่าความน่าจะเป็น วิธีนี้มีวัตถุประสงค์ในการประมาณค่าผลของการจัดกระทำและความเชื่อมั่น

3. วิธีประมาณค่ารวมและทดสอบความเป็นเอกพันธ์ (Approximate Data Pooling with Tests of Homogeneity) วิธีนี้ใช้ประมาณค่าอิทธิพลของการจัดกระทำที่มีต่อประชากรที่มีความเหมือนกันโดยใช้การทดสอบความมีเอกพันธ์ของกลุ่ม แต่วิธีนี้ถูกวิจารณ์ว่าไม่ชัดเจนและไม่เหมาะสมกับการอธิบายกลุ่มตัวอย่างเล็ก ๆ หรือไม่เป็นโค้งปกติ นอกจากนี้ยังวิจารณ์ว่าการทดสอบนัยสำคัญของความเป็นเอกพันธ์นั้นตอบไม่ตรงคำถาม

4. วิธีประมาณค่ารวมและปรับค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่ม (Approximate Data Pooling with Sampling Error Correction) วิธีนี้ ฮันเตอร์และสมิตต์ (Hunter and Schmidt) ใช้การคำนวณค่าขนาดอิทธิพลและประมาณค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย โดยปรับค่าด้วยขนาดของกลุ่มตัวอย่างและค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้วัด หลังจากนั้นจะคำนวณค่าความแปรปรวนจากการสุ่มและความแปรปรวนรวม หากค่าความแปรปรวนจากการสุ่มสามารถดึงค่าความแปรปรวนรวมได้ประมาณร้อยละ 75 (Bangert, Drown, & Robert, 1986: 395) แสดงว่าค่าขนาดอิทธิพลเหล่านั้นสามารถประมาณค่าประชากรได้ (มีความเป็นเอกพันธ์) แต่ถ้าขนาดของความแปรปรวนที่ปรับจากการสุ่มแล้วยังอยู่ จะค้นหาอิทธิพลของตัวแปรที่เข้ามาเกี่ยวข้อง (Moderator variables) โดยปรับเปลี่ยนและจัดกลุ่มใหม่ตามตัวแปรต้นที่แสดงถึงลักษณะของงานวิจัยที่คาดว่าจะส่งผลต่อความแปรปรวน การกระทำดังนี้ จะทำให้ขนาดอิทธิพลถูกแบ่งออกตามลักษณะที่ใช้แบ่ง ถ้าลักษณะดังกล่าวเป็นตัวแปรที่เข้ามาเกี่ยวข้องจริง ค่าเฉลี่ยของแต่ละกลุ่มจะแตกต่างกัน และความแปรปรวนเหล่านี้จะน้อยกว่าความแปรปรวนของกลุ่มรวม หรือมีฉะนั้นก็สามารถใช้ค่าความสัมพันธ์ระหว่างขนาดอิทธิพลกับลักษณะงานวิจัย ประเมินอิทธิพลของตัวแปรที่เกี่ยวข้องได้

5. การวิเคราะห์อภิมานแบบของกลาส (Glassian meta-analysis) วิธีการวิเคราะห์อภิมานแบบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการตอบปัญหาว่าผลวิจัยในประเด็นปัญหาที่ตนสนใจสามารถสรุปรวมได้อย่างไร และสามารถอธิบายปรากฏการณ์ได้อย่างไร โดยใช้ผลการวิจัยเป็นหน่วยการวิเคราะห์ ศึกษาความแตกต่างของผลการวิจัย โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนหรือการวิเคราะห์การถดถอย เพื่อดูว่าขนาดอิทธิพลมีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะใดของงานวิจัยและในปริมาณมากน้อยเพียงใด โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

5.1 ค้นหา รวบรวมผลวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการจะศึกษา โดยไม่จำเป็นต้องพิจารณาคุณภาพของงานวิจัยก่อน

5.2 คำนวณค่าของขนาดอิทธิพล

5.3 คำนวณค่าเฉลี่ยของขนาดอิทธิพล

5.4 ศึกษาความแปรปรวนของขนาดอิทธิพล

การวิเคราะห์แบบของ Glass ไม่ได้คำนึงถึงหน่วยวัดที่อาจแตกต่างกันของขนาดอิทธิพลแต่ละค่า แต่วิธีของกลาสถูกวิจารณ์ว่ายังมีจุดอ่อน เนื่องจากงานวิจัยที่ใช้มิได้มีการคัดคุณภาพก่อน

สำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้เลือกใช้วิธีการของ Glass เนื่องด้วยเป็นการวิเคราะห์ผลการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ ซึ่งวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณแบบของ เมนส์ฟิลด์ และบัสเช จะเหมาะสมกับงานวิจัยเชิงทดลอง ส่วนการวิเคราะห์ห่อภิมาณแบบการรวมความน่าจะเป็นวิธีการที่มุ่งศึกษาความแปรปรวนของขนาดอิทธิพลไม่ใช้การประมาณค่า อีกทั้งยุ่งยาก และสลับซับซ้อน และการวิเคราะห์ห่อภิมาณของอันเตอร์ ซมิตท์ เป็นวิธีที่ต้องการข้อมูลสำหรับการปรับแก้ความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่าของอิทธิพล 3 อย่างใหญ่ ๆ ซึ่งจากการสำรวจเบื้องต้นพบว่า งานวิจัยอยู่จำนวนพอสมควรที่มีข้อมูลไม่เพียงพอสำหรับการปรับแก้ความคลาดเคลื่อน จึงอาจทำให้มีงานวิจัยหลายฉบับถูกคัดออก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกการวิเคราะห์ห่อภิมาณแบบประมาณค่าขนาดอิทธิพลโดยมีการทดสอบความแปรปรวน โดยใช้สถิติการคำนวณขนาดอิทธิพล และขนาดอิทธิพลมาตรฐาน

ขั้นตอนและสถิติสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

การวิเคราะห์ห่อภิมาณเป็นวิธีการที่ใช้ในการสังเคราะห์ผลการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยจำเป็นต้องยึดหลักของขั้นตอนการสังเคราะห์ผลการวิจัยเป็นพื้นฐานเสียก่อน ผู้วิจัยขอเสนอรายละเอียดขั้นตอนการสังเคราะห์ผลการวิจัยโดยวิธีวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Glass, et al. 1981) ดังนี้

1. การสำรวจ รวบรวมงานวิจัย การวิเคราะห์ห่อภิมาณต้องเริ่มจากการกำหนดปัญหาการวิจัยในประเด็นการสังเคราะห์ผลการวิจัย โดยเฉพาะปัญหาการวิจัยที่ยังไม่มีคำตอบที่แน่ชัดซึ่งเป็นปัญหาที่มีผู้สนใจและทำวิจัยไว้เป็นจำนวนมาก โดยปกติจะยึดตัวแปรตามเป็นหลัก หมายความว่า ตัวแปรตามคืออะไร มีผู้สนใจเพียงใด และมีตัวแปรอิสระอะไรบ้าง

2. การระบุ จำแนก และลงรหัสงานวิจัย เป็นขั้นตอนการปรับข้อมูลจากงานวิจัยให้เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ต้องพิจารณาในแง่คุณลักษณะของการวิจัย ได้แก่ เนื้อหาการวิจัย และวิธีการวิจัยที่สามารถครอบคลุมข้อมูลต่าง ๆ อาทิ ประเภทของการวิจัย ปีที่ทำวิจัย ประชากร ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะถูกแปลงให้เป็นรหัสตามที่กำหนดคุณลักษณะของสิ่งที่วัด และการจำแนกลงรหัสจะสัมพันธ์กับคุณลักษณะงานวิจัยและผลการวิจัย

ในการปรับคุณลักษณะจากงานวิจัยให้เป็นข้อมูลเชิงปริมาณสำหรับที่จะนำมาวิเคราะห์นั้น ก่อนจะวิเคราะห์ต้องตรวจสอบคุณลักษณะของข้อมูลก่อน โดยพิจารณาความเที่ยงตรงของข้อมูล และความเชื่อมั่นของเกณฑ์ในการจำแนกรหัสงานวิจัยนั้น ๆ

สำหรับความเที่ยงตรงของข้อมูลจะพิจารณาจากความชัดเจนในการนิยามความหมายของสิ่งที่จะนำมาจำแนกลงรหัส ผู้วิจัยจะต้องระมัดระวังในการอ่านและจำแนกรหัสให้ชัดเจน เพื่อให้แน่ใจในความถูกต้องของการปรับข้อมูลนั้น สำหรับความเชื่อมั่นจำเป็นมากในกรณีที่ผู้จำแนกข้อมูลเพื่อการลงรหัสหลายคน ต้องมีเกณฑ์พิจารณากำหนดรหัสให้ชัดเจน และผู้ลงรหัสทุกคนต้องใช้เกณฑ์เดียวกัน

ข้อมูลงานวิจัยที่จะนำมาวิเคราะห์ห่อภิมาณที่สำคัญมากประการหนึ่ง คือ การจำแนกคุณลักษณะงานวิจัย ดังนั้น ในการสร้างแบบรวบรวมข้อมูลเพื่อการจำแนกสรหัสจึงประกอบด้วยข้อมูลในส่วนที่เป็นเนื้อหาการวิจัย ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับปัญหาการวิจัย กับส่วนที่เป็นวิธีการวิจัย อาทิ ประเภทของการวิจัย ปีที่วิจัย ประชากร เป็นต้น ทั้งนี้เพราะการวิเคราะห์ห่อภิมาณสามารถหาข้อสรุปจากงานวิจัย ซึ่งความแตกต่างของผลการวิจัยแต่ละเรื่อง อาจพิจารณาได้ว่าเกิดขึ้นจากสาเหตุใดของคุณลักษณะงานวิจัย

3. การวัดตัวแปรจากผลการวิจัย วัดอุปสรรคในการสรุปผลการวิจัยนั้น เพื่อประมาณค่าคุณลักษณะของประชากรจากค่าสถิติที่คำนวณได้จากผลการวิจัย ซึ่งค่าดังกล่าวจะเป็นตัวแปรชี้ถึงระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติของผลการวิจัยได้ชัดเจนที่สุด การวิเคราะห์ห่อภิมาณจึงมีลักษณะที่สำคัญ คือ การประมาณค่าความสัมพันธ์ของประชากรจากงานวิจัยเชิงความสัมพันธ์

ในการประมาณค่าคุณลักษณะและผลการวิจัยนั้น เป็นการประมาณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ซึ่งจะต้องปรับผลการวิจัยแต่ละเรื่องให้เป็นหน่วยมาตรฐานเดียวกัน เพราะงานวิจัยแต่ละเรื่องใช้วิธีดำเนินการต่างกัน การเสนอผลการวิจัยต่างกัน วิธีการปรับผลการวิจัยให้เป็นหน่วยมาตรฐาน ในงานวิจัยนี้เป็นการสังเคราะห์ผลการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ที่ใช้วิธีการประมาณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยการ

3.1 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของผลการวิจัยที่ได้รวบรวมไว้ในแต่ละเรื่อง โดยปรับจากสถิติ t , F , Z หรือ χ^2 ที่ใช้ในการเปรียบเทียบผลของการวิจัย มาเป็นค่า r ดังนี้

3.1.1 คำนวณจากค่า t

$$r = \sqrt{\frac{t^2}{t^2 + df}}$$

3.1.2 คำนวณจากค่า F

$$r = \sqrt{\frac{SS_{between}}{SS_{between} + SS_{within}}}$$

3.1.3 คำนวณจากค่านัยสำคัญทางสถิติ (p-value) แปลงค่า p เป็นค่า Z โดยอาศัยตารางการแจกแจงปกติ และ/หรือคำนวณจากสูตรทางสถิติ

$$r = \sqrt{\frac{Z^2}{n}}$$

3.1.4 คำนวณจากค่า d หรือเปลี่ยน d เป็น r

$$r = \frac{d}{\sqrt{d^2 + \frac{1}{pq}}}$$

เมื่อ p คือ สัดส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ i ต่อกลุ่มตัวอย่างรวม และ $q = 1 - p$

3.1.5 คำนวณจากค่า χ^2

$$r = \sqrt{\frac{x^2}{x^2 + n}}$$

3.2 ปรับแก้ค่า r ก่อนการรวม และ/หรือการเปรียบเทียบ ใช้วิธีของ ฟิชเชอร์ (Fisher) โดยคำนวณค่า Z_r ที่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ โดยใช้ตาราง Z_r ของ ฟิชเชอร์ หรือคำนวณจากสูตร (Rosenthal. 1984 : 27)

$$Z_r = \frac{1}{2} \log_e \frac{1+r}{1-r}$$

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปริมาณงานวิจัยที่จำแนกตามตัวแปรที่ส่งผล และจำแนกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ตลอดจนค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการสังเคราะห์งานวิจัยในเชิงคุณภาพ (Qualitative Synthesis) โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และการสังเคราะห์งานวิจัยในเชิงปริมาณ (Quantitative Synthesis) โดยใช้การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta analysis) ตามวิธีของ Glass

การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้เป็นรายงานการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ที่มีตัวแปรตามเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ทำการศึกษาดังแต่ปี พ.ศ. 2536 – 2548 จำนวน 132 เรื่อง โดยรายงานการวิจัยดังกล่าวเป็นปริญญานิพนธ์ของนิสิต นักศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาของมหาวิทยาลัยของรัฐบาลและเอกชนในกรุงเทพมหานครที่มีสาขาเกี่ยวกับสุขภาพ จำนวน 8 แห่ง และรายงานการวิจัยของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 2 แห่ง ดังนี้

1. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
3. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
4. มหาวิทยาลัยมหิดล
5. มหาวิทยาลัยรามคำแหง
6. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
7. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
8. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
9. วิทยาลัยพยาบาล
10. โรงพยาบาล

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัย

สำหรับการสร้างแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัย มีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ และรายงานการวิจัยที่ใช้วิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณเพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดข้อคำถาม
2. นำแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยที่สร้างขึ้น ให้คณะกรรมการควบคุมปริญญา นินท์ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องตาม ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ
3. ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลไปทดลองบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับรายงาน ผลการวิจัยจำนวน 4 เรื่อง จากนั้นทำการตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลที่ บันทึก นำผลจากการบันทึกมาทำการวิเคราะห์ตามกระบวนการ เมื่อพบปัญหาในการจดบันทึก ข้อมูลจากรายงานการวิจัยที่มีการนำเสนอข้อมูลที่หลากหลาย ทำให้ผู้วิจัยต้องปรับปรุงเครื่องมือการ เก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งก่อนนำไปใช้เก็บจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในช่วงเดือนมีนาคม 2548 ถึงเดือน พฤษภาคม 2549 ได้รายงานการวิจัยจำนวน 140 เรื่อง และเป็นรายงานการวิจัยที่มีข้อมูลเพียงพอที่จะนำมาสังเคราะห์ได้ จำนวน 132 เรื่อง โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. การสำรวจเบื้องต้น ผู้วิจัยใช้วิธีการสืบค้นรายงานการวิจัย ดังนี้
 - 1.1 สืบค้นข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ออนไลน์ (On – line Computer Search) จากฐานข้อมูล เช่น ERIC ในหัวเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 - 1.2 สืบค้นเพิ่มเติมจากสิ่งพิมพ์ ได้แก่ หนังสือรวมบทความย่อปริยญา นินท์ หรือ วิทยานิพนธ์ และหนังสือสรุปรวมผลงานวิจัย
2. ตรวจสอบรายงานการวิจัย
 - 2.1 ค้นหารายงานการวิจัยว่ามีต้นฉบับอัดสำเนาหรือไม่
 - 2.2 พิจารณาการคัดเลือกงานวิจัยที่จะนำมาศึกษา โดยใช้เกณฑ์ดังนี้
 - 2.2.1 เป็นงานวิจัยเชิงความสัมพันธ์ที่วัดตัวแปรตาม เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 - 2.2.2 เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณที่คำนวณค่าสถิติด้วย t, F, Z และ/หรือ χ^2 จากการทดสอบความแตกต่างของตัวแปรตาม หรือ r จากการทดสอบความสัมพันธ์
 - 2.2.3 รายงานการวิจัยต้องมีข้อมูลเพียงพอที่สามารถนำมาสังเคราะห์ได้
3. การลงบันทึกข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้
 - 3.1 ผู้วิจัยอ่านรายงานการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพิจารณา คัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์
 - 3.2 เมื่อได้งานวิจัยที่ผ่านการพิจารณา และนำมาลงรหัสในแบบบันทึกข้อมูล เกี่ยวกับงานวิจัย

3.3 ตรวจสอบความถูกต้องขั้นต้นของการลงบันทึก

4. ปรับเนื้อหาของการลงบันทึกให้เป็นรหัส เพื่อการคำนวณด้วยคอมพิวเตอร์

การจัดกระทำข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

เนื่องด้วยการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยทำการสังเคราะห์งานวิจัยในเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และการสังเคราะห์งานวิจัยในเชิงปริมาณโดยใช้การวิเคราะห์หोภิมาน ตามวิธีของ Glass ตามขั้นตอนและรายละเอียดของการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. การสังเคราะห์งานวิจัยในเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา รายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 บรรยายสรุปผลการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษาและผลของการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.2 บรรยายสรุปผลการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษา จำแนกตามกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

2. การสังเคราะห์งานวิจัยในเชิงปริมาณโดยการวิเคราะห์หอภิมาน ตามวิธีของ Glass ตามขั้นตอนดังนี้

2.1 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของงานวิจัย

2.2 แปลงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ให้เป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐาน

(ค่าซี ตามตารางของพิชเชอร์)

2.3 คำนวณค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐาน

2.4 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานระหว่างตัวแปรด้านต่าง ๆ ของตัวแปรปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก และปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.5 ในกรณีพบความแตกต่างเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานเป็นรายคู่ของตัวแปรปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก และปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยทดสอบด้วยสถิติที (t – test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในงานวิจัยเรื่องนี้ เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปริมาณงานวิจัยที่จำแนกตามตัวแปรที่ส่งผล และจำแนกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ตลอดจนค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์อภิमान ในการสังเคราะห์ครั้งนี้ เลือกใช้วิธีของ Glass โดยผู้วิจัยนำเสนอการสังเคราะห์งานวิจัยออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. การสังเคราะห์งานวิจัยในเชิงคุณภาพ (Qualitative Synthesis) โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)
2. การสังเคราะห์งานวิจัยในเชิงปริมาณ (Quantitative Synthesis) โดยใช้การวิเคราะห์อภิमान (Meta analysis) ตามวิธีของ Glass

ตอนที่ 1 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยในเชิงคุณภาพ

เอกสารงานวิจัยที่นำมาประมวลและสังเคราะห์ เป็นงานวิจัยที่เป็นปริญญานิพนธ์ของนิสิตนักศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาของมหาวิทยาลัยของรัฐบาลและเอกชนในกรุงเทพมหานครที่มีสาขาเกี่ยวกับสุขภาพจำนวน 8 แห่ง และรายงานการวิจัยจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 2 แห่ง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 – 2548 จำนวน 132 เรื่อง โดยงานวิจัยที่คัดเลือกเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณที่มีรายงานค่าสถิติ ที่ใช้อย่างเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์ อภิमान

จากการประมวลศึกษางานวิจัยที่รวบรวมมาทั้งหมดนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลผลการสังเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของรายงานการวิจัยที่นำมาสังเคราะห์
2. ผลการสังเคราะห์งานวิจัยในเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้คำย่อและสัญลักษณ์ต่าง ๆ เพื่อความสะดวกและความเข้าใจที่ง่ายขึ้น ผู้วิจัยจึงได้กำหนดไว้ดังนี้

$\bar{X}$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
S.D.	หมายถึง	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
n	หมายถึง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{Z}_r$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐาน
t	หมายถึง	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์แบบ t – test
F	หมายถึง	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์แบบ F – test

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของรายงานการวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของรายงานการวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ จำแนกตามตัวแปร
คุณลักษณะงานวิจัย

ชื่อตัวแปร	ระดับของตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทงานวิจัย	ปริญญานิพนธ์ระดับปริญญาเอก	2	1.50
	ปริญญานิพนธ์ระดับปริญญาโท	122	92.42
	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	8	6.06
	รวม	132	100.00
สถาบันที่ผลิตงานวิจัย	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	10	7.57
	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	22	16.66
	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	18	13.63
	มหาวิทยาลัยมหิดล	67	50.75
	มหาวิทยาลัยรามคำแหง	4	3.00
	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	2	1.50
	สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์	2	1.50
	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	1	0.80
	วิทยาลัยพยาบาล	4	3.03
	โรงพยาบาล	2	1.51
	รวม	132	100.00
ปีที่พิมพ์เผยแพร่	2536 – 2540	28	21.21
	2541 – 2544	55	41.66
	2545 – 2548	49	37.12
	รวม	132	100.00
กลุ่มตัวอย่าง	นักเรียน / นักศึกษา	12	9.09
	บุคคลวัยทำงาน	57	43.18
	ผู้สูงอายุ	13	9.84
	ผู้ป่วย	50	37.87
	รวม	132	100.00

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อตัวแปร	ระดับของตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
แนวคิดที่ใช้ในงานวิจัย	PRECEDE-PROCEED Model	36	27.27
	Pender's Health Promotion Model	96	72.72
	รวม	132	100.00
วิธีการสุ่มตัวอย่าง	ไม่ระบุวิธีการ	1	0.80
	สุ่มอย่างง่าย	19	14.39
	สุ่มอย่างมีระบบ	9	6.81
	สุ่มแบบแบ่งชั้น	21	15.90
	สุ่มอย่างแบ่งกลุ่ม	3	2.30
	เลือกแบบบังเอิญ	21	15.90
	เลือกแบบเจาะจง	35	26.51
	สุ่มแบบหลายขั้นตอน	19	14.39
	ศึกษาประชากรทั้งหมด	4	3.10
	รวม	132	100.00
เครื่องมือวัด*	แบบสอบถามที่เป็นมาตราส่วนประเมินค่า	85	57.82
	แบบสัมภาษณ์	48	32.65
	แบบวัดความรู้	7	4.76
	แบบสังเกตพฤติกรรม	7	4.76
	รวม	147	100.00
ระดับคุณภาพของเครื่องมือวัด	ไม่ระบุ	7	5.30
	ต่ำ	2	1.51
	ปานกลาง	83	62.87
	สูง	40	30.30
	รวม	132	100.00
การตั้งสมมติฐาน	สองทาง	91	68.93
	ทางเดียว	35	26.51
	ไม่มีการตั้ง	6	4.54
	รวม	132	100.00

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อตัวแปร	ระดับของตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับนัยสำคัญ	ไม่มีนัยสำคัญ	-	-
	มีนัยสำคัญที่ระดับ .05	125	94.69
	มีนัยสำคัญที่ระดับ .01	5	3.87
	มีนัยสำคัญที่ระดับ .001	2	1.51
	รวม	132	100.00

* มีงานวิจัยจำนวน 15 เรื่อง ใช้เครื่องมือมากกว่า 1 ชนิด

จากตาราง 1 พบว่า ประเภทของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยระดับปริญญาโท ระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 92.42 สถาบันอุดมศึกษาที่ให้ความสนใจศึกษากันมากเป็นมหาวิทยาลัยมหิดล คิดเป็นร้อยละ 50.75 รองลงมาเป็นมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 16.66 งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ที่มีผู้ให้ความสนใจทำการศึกษากันมากในช่วงปี พ.ศ. 2541 – 2544 คิดเป็นร้อยละ 41.66 รองลงมาในช่วงปี พ.ศ. 2545 – 2548 คิดเป็นร้อยละ 37.12 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนมากเป็นกลุ่มบุคคลวัยทำงาน คิดเป็นร้อยละ 43.77 รองลงมาเป็นกลุ่มผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 29.26

สำหรับแนวคิดที่มีผู้วิจัยให้ความสนใจนำมาประยุกต์ใช้มากที่สุดเป็นแนวคิด Pender's Health Promotion Model คิดเป็นร้อยละ 72.72 รองลงมาเป็นแนวคิด PRECEDE - PROCEED Model คิดเป็นร้อยละ 27.27 งานวิจัยส่วนใหญ่มีวิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง คิดเป็นร้อยละ 26.51 รองลงมาเป็นวิธีการเลือกแบบบังเอิญ และวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น มีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 15.90 เครื่องมือวัดของงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นแบบสอบถาม คิดเป็นร้อยละ 57.82 รองลงมาเป็นแบบสัมภาษณ์ คิดเป็นร้อยละ 32.65 โดยเครื่องมือวัดของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.24 – 0.98 และงานวิจัยส่วนใหญ่ มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ คิดเป็นร้อยละ 96.68 ส่วนที่ไม่ได้ระบุงการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือไว้ในรายงานการวิจัย คิดเป็นร้อยละ 5.30 ซึ่งเครื่องมือส่วนใหญ่มีคุณภาพในระดับปานกลาง (ค่าความเชื่อมั่น 0.40 – 0.80) คิดเป็นร้อยละ 62.87 รองลงมาเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพในระดับสูง (ค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.80 ขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 30.30 ทั้งนี้ งานวิจัยที่ศึกษาส่วนใหญ่มีการตั้งสมมติฐานแบบสองทาง คิดเป็นร้อยละ 68.93 รองลงมาเป็นการตั้งสมมติฐานแบบทางเดียว คิดเป็นร้อยละ 26.51 และมีการตั้งระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 94.69

2. ผลการสังเคราะห์งานวิจัยในเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่นำเสนอในงานวิจัย ผู้วิจัยขอนำเสนอเป็นประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

2.1 กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

2.2 ผลสรุปที่ได้จากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

2.2.1 ผลสรุปที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษาและผลของการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.2.2 ผลสรุปที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษา จำแนกตามกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

2.1 กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีจำนวนทั้งสิ้น 37,767 คน แบ่งประเภทกลุ่มตัวอย่างดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างประเภทต่าง ๆ ที่ใช้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนคน	ร้อยละ
นักเรียน/นักศึกษา	6,181	16.36
บุคคลวัยทำงาน	16,494	43.77
ผู้สูงอายุ	4,038	10.69
ผู้ป่วย	11,054	29.26
รวม	37,767	100.00

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มบุคคลวัยทำงาน จำนวน 16,494 คน คิดเป็นร้อยละ 43.77 รองลงมาเป็นกลุ่มผู้ป่วย (29.26) กลุ่มนักเรียน/นักศึกษา (16.36) และกลุ่มผู้สูงอายุ (10.69)

2.2 ผลสรุปที่ได้จากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

2.2.1 ผลสรุปที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษาและผลของการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการประมวลเอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 132 เรื่อง สามารถจำแนกตัวแปรออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่

1. ตัวแปรปัจจัยภายในบุคคล
2. ตัวแปรปัจจัยภายนอกบุคคล
3. ตัวแปรปัจจัยชีวสังคม

ซึ่งสามารถนำเสนอผลการวิเคราะห์ได้ดังตารางต่อไปนี้

1. ตัวแปรปัจจัยภายในบุคคล

จากการประมวลและสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 132 เรื่อง พบว่าตัวแปรปัจจัยภายในที่มีผู้วิจัยนำมาศึกษาและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสามารถรวมกลุ่มตัวแปรได้ ดังแสดงผลในตาราง 3 (รายละเอียดดังแสดงในภาคผนวก ข. ตาราง 16)

ตาราง 3 จำนวนงานวิจัย และร้อยละที่พบนัยสำคัญทางสถิติของตัวแปรอิสระ ที่เป็นปัจจัยภายใน ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปรต้นที่ศึกษา	จำนวนเรื่อง ที่ศึกษา	พบนัยสำคัญ		ไม่พบนัยสำคัญ	
		จำนวนเรื่อง	ร้อยละ	จำนวนเรื่อง	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	40	31	77.54	9	22.55
ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	20	19	95.00	1	5.00
เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ	48	44	91.66	4	8.33
การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ	99	93	93.93	6	6.06

2. ตัวแปรปัจจัยภายนอกบุคคล

จากการประมวลและสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวน 132 เรื่อง พบว่าตัวแปรปัจจัยภายนอกที่มีผู้วิจัยนำมาศึกษา และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งสามารถรวมกลุ่มตัวแปรได้ ดังแสดงผลในตาราง 4 (รายละเอียดดังแสดงในภาคผนวก ข. ตาราง 17)

ตาราง 4 จำนวนงานวิจัยและร้อยละที่พบนัยสำคัญทางสถิติของตัวแปรอิสระที่เป็นปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปรต้นที่ศึกษา	จำนวนเรื่อง ที่ศึกษา	พบนัยสำคัญ		ไม่พบนัยสำคัญ	
		จำนวนเรื่อง	ร้อยละ	จำนวนเรื่อง	ร้อยละ
การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล	84	80	95.23	4	4.76
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	33	28	84.84	5	15.25
การมีและเข้าถึงสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ	51	44	86.67	7	13.72
การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ	25	22	86.00	3	14.00

3. ตัวแปรปัจจัยชีวสังคม

จากการประมวลและสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 132 เรื่อง พบว่าตัวแปรปัจจัยชีวสังคมที่มีผู้วิจัยนำมาศึกษา และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังแสดงผลในตาราง 5

ตาราง 5 จำนวนงานวิจัยและร้อยละที่พบนัยสำคัญทางสถิติของตัวแปรอิสระที่เป็นปัจจัยชีวสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปรต้นที่ศึกษา	จำนวนเรื่อง ที่ศึกษา	พบนัยสำคัญ		ไม่พบนัยสำคัญ	
		จำนวนเรื่อง	ร้อยละ	จำนวนเรื่อง	ร้อยละ
ภูมิหลัง					
เพศ	54	14	25.93	40	74.08
อายุ	77	16	20.78	61	79.22
ระดับการศึกษา	73	28	38.36	45	61.65
สถานภาพสมรส	63	8	12.70	55	87.31
ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม					
รายได้	84	33	39.29	51	60.72
อาชีพ	28	13	46.43	15	53.58
ลักษณะที่อยู่อาศัย	6	1	16.67	5	83.34

จากตาราง 3, 4 และ 5 พบว่าตัวแปรอิสระส่วนใหญ่ที่นำมาศึกษาเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิตินั้น ตัวแปรปัจจัยภายในบุคคลได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนตัวแปรปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล การมีและการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนตัวแปรปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ ภูมิหลังประกอบด้วย ระดับการศึกษา เพศ อายุ สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ประกอบด้วย อาชีพ รายได้ ลักษณะที่อยู่อาศัย

2.2.2 ผลสรุปที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษาจำแนกตามกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ตาราง 6 จำนวนงานวิจัย และร้อยละที่พบนัยสำคัญของตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษา จำแนกตามกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ตัวแปรต้นที่ศึกษา	จำนวนเรื่องที่ศึกษา	พบในกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ)			
	(จำนวนเรื่อง ที่พบนัยสำคัญ)	นักเรียน	บุคคลวัย ทำงาน	ผู้สูงอายุ	ผู้ป่วย
<u>ตัวแปรปัจจัยภายใน</u>					
<u>บุคคล</u>					
ความรู้เกี่ยวกับการ	40	5	16	4	6
ส่งเสริมสุขภาพ	(31)	(16.12)	(51.61)	(12.90)	(19.35)
ค่านิยมเกี่ยวกับการ	20	3	10	2	4
ส่งเสริมสุขภาพ	(19)	(15.78)	(52.63)	(10.52)	(21.05)
เจตคติต่อการส่งเสริม	48	10	18	7	9
สุขภาพ	(44)	(22.72)	(40.90)	(15.90)	(20.45)
การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ	99	5	40	10	38
	(93)	(5.37)	(43.01)	(10.75)	(40.86)
<u>ตัวแปรปัจจัยภายนอก</u>					
<u>บุคคล</u>					
การได้รับการสนับสนุน	84	10	38	9	23
ทางสังคมจากบุคคล	(80)	(12.50)	(47.50)	(11.25)	(28.75)

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปรต้นที่ศึกษา	จำนวนเรื่องที่ศึกษา	พบในกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ)			
	(จำนวนเรื่องที่พบนัยสำคัญ)	นักเรียน	บุคคลวัยทำงาน	ผู้สูงอายุ	ผู้ป่วย
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	33 (28)	4 (14.28)	18 (64.28)	1 (3.57)	5 (17.85)
การมีและเข้าถึงบริการสุขภาพต่าง ๆ	51 (44)	4 (9.09)	18 (40.90)	11 (25.00)	11 (25.00)
การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ	25 (22)	5 (22.72)	10 (45.45)	4 (18.18)	3 (14.00)
<u>ตัวแปรปัจจัยชีวสังคม</u>					
<u>ภูมิหลัง</u>					
เพศ	54 (14)	2 (14.28)	5 (35.71)	3 (21.42)	4 (28.57)
อายุ	77 (16)	1 (6.25)	6 (37.50)	3 (18.75)	6 (37.50)
ระดับการศึกษา	73 (28)	-	9 (32.14)	5 (17.90)	14 (50.00)
สถานภาพสมรส	63 (8)	-	6 (75.00)	-	2 (25.00)
<u>ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม</u>					
รายได้	84 (33)	-	13 (39.39)	5 (15.15)	15 (45.45)
อาชีพ	28 (13)	-	5 (38.46)	-	8 (61.53)
ลักษณะที่อยู่อาศัย	6 (1)	1 (100.00)	-	-	-

จากตาราง 6 พบว่ากลุ่มตัวแปรปัจจัยภายในบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ โดยพบในกลุ่มบุคคลวัยทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.61 รองลงมาเป็นกลุ่มผู้ป่วย (19.35) กลุ่มนักเรียน/นักศึกษา (16.12) กลุ่มผู้สูงอายุ (12.90) ตามลำดับ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ พบในกลุ่มบุคคลวัยทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.63 รองลงมาเป็นกลุ่มผู้ป่วย (21.05) กลุ่มนักเรียน/นักศึกษา (15.78) กลุ่มผู้สูงอายุ (10.52) ตามลำดับ ส่วนเจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพพบในกลุ่มบุคคลวัยทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.90 รองลงมาเป็นกลุ่มนักเรียน/นักศึกษา (22.72) กลุ่มผู้ป่วย (20.45) กลุ่มผู้สูงอายุ (15.90) ตามลำดับ และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ พบในกลุ่มบุคคลวัยทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.01 รองลงมาเป็นกลุ่มผู้ป่วย (40.86) กลุ่มผู้สูงอายุ (10.75) กลุ่มนักเรียน/นักศึกษา (5.37) ตามลำดับ

กลุ่มตัวแปรปัจจัยภายนอกบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล โดยพบในกลุ่มบุคคลวัยทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.50 รองลงมาเป็นกลุ่มผู้ป่วย (28.75) กลุ่มนักเรียน/นักศึกษา (12.50) กลุ่มผู้สูงอายุ (11.25) ตามลำดับ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพพบในกลุ่มบุคคลวัยทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.28 รองลงมาเป็นกลุ่มผู้ป่วย (17.85) กลุ่มนักเรียน/นักศึกษา (14.28) กลุ่มผู้สูงอายุ (3.57) ตามลำดับ ส่วนการมีและเข้าถึงบริการสุขภาพต่าง ๆ พบในกลุ่มบุคคลวัยทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.90 รองลงมาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วย (25.00, 25.00) กลุ่มนักเรียน/นักศึกษา (9.09) ตามลำดับ และการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ พบในกลุ่มบุคคลวัยทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.45 รองลงมาเป็นกลุ่มนักเรียน/นักศึกษา (22.72) กลุ่มผู้สูงอายุ (18.18) กลุ่มผู้ป่วย (14.00) ตามลำดับ

กลุ่มตัวแปรปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ ภูมิหลัง ซึ่งประกอบด้วย เพศ พบในกลุ่มบุคคลวัยทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.71 รองลงมาเป็นกลุ่มผู้ป่วย (28.57) กลุ่มผู้สูงอายุ (21.42) กลุ่มนักเรียน/นักศึกษา (14.28) ตามลำดับ อายุ พบในกลุ่มบุคคลวัยทำงาน และกลุ่มผู้ป่วยเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 37.50 รองลงมาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ (18.75) กลุ่มนักเรียน/นักศึกษา (6.25) ตามลำดับ ระดับการศึกษา พบในกลุ่มผู้ป่วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาเป็นกลุ่มบุคคลวัยทำงาน (32.14) กลุ่มผู้สูงอายุ (17.90) ตามลำดับ แต่ไม่พบในกลุ่มนักเรียน/นักศึกษา ส่วนสถานภาพสมรส พบในกลุ่มบุคคลวัยทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75.00 รองลงมาเป็นกลุ่มผู้ป่วย (25.00) แต่ไม่พบในกลุ่มผู้สูงอายุ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งประกอบด้วย รายได้ พบในกลุ่มผู้ป่วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.45 รองลงมาเป็นกลุ่มบุคคลวัยทำงาน (39.39) กลุ่มผู้สูงอายุ (15.15) แต่ไม่พบในกลุ่มนักเรียน/นักศึกษา อาชีพ พบในกลุ่มผู้ป่วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.53 รองลงมาเป็นกลุ่มบุคคลวัยทำงาน (38.46) ส่วนลักษณะที่อยู่อาศัย พบเฉพาะในกลุ่มนักเรียน/นักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 100.00

ตอนที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยในเชิงปริมาณ โดยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

ในการเสนอผลการสังเคราะห์รายงานการวิจัย โดยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณผู้วิจัยได้นำเสนอเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. การนำเสนอค่าสถิติเบื้องต้นของค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานของตัวแปรปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก และปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. การวิเคราะห์เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานระหว่างตัวแปรด้านต่าง ๆ ของปัจจัยแต่ละด้านกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การนำเสนอลักษณะค่าสถิติเบื้องต้นของค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานของตัวแปรปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก และปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตาราง 7 ค่าสถิติพื้นฐานของค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานของตัวแปรปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก และปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ค่าสถิติ	ปัจจัยภายใน					ปัจจัยภายนอก			ปัจจัยชีวสังคม	
	ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ	การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ	การได้รพบทสนบนทนทางสังคมจากบุคคล	การได้รพบทสนบข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	การรณและเข้าถบรกรการสุขภาพต่าง ๆ	การรณนโยบายส่งเสริมสุขภาพ	ภมหลง	ฐานะทางเศรษฐฐกและสังคม
ค่าเฉลี่ย	.24	.41	.31	.35	.38	.18	.24	.19	.13	.18
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	.18	.26	.18	.31	.21	.17	.19	.14	.15	.14
ความแปรปรวน	.02	.05	.02	.02	.02	.03	.02	.02	.009	.01
ค่าสูงสุด	.63	.74	.72	.99	.84	.47	.80	.53	.68	.70
ค่าต่ำสุด	-.16	-.29	-.10	-.77	-.19	-.33	-.02	-.05	-.10	-.09
จำนวนค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐาน	40	20	48	213	84	33	51	25	267	118

จากตาราง 7 พบว่าเมื่อวิเคราะห์แต่ละปัจจัยจำแนกตามตัวแปรปัจจัยแต่ละด้าน ตัวแปรปัจจัยภายใน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ .24, .41, .31 และ .35 ตามลำดับ สำหรับตัวแปรปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ และการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ .38, .18, .24 และ .19 ตามลำดับ ส่วนตัวแปรปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ ภูมิหลัง และฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม มีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ .13 และ .18 ตามลำดับ

ด้านค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรปัจจัยด้านต่าง ๆ ทั้ง 3 ปัจจัยพบว่า ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกระจายตัวในช่วง .14 ถึง .31 โดยที่ตัวแปรการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพมีค่ามากที่สุด และตัวแปรการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพมีค่าสูงสุด ตามลำดับ และมีค่าความแปรปรวนอยู่ในช่วง .009 - .05

ลำดับต่อมาของการวิเคราะห์คือกิมานด้วยวิธีการของ Glass (1976) นั่นคือการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐาน ผู้วิจัยจึงทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานของตัวแปรปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของงานวิจัยที่ศึกษาทั้งหมด

ตาราง 8 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานระหว่างตัวแปรด้านต่าง ๆ ของปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
1.ปัจจัยภายใน	ระหว่างกลุ่ม	3	.55	.18	2.34	.07
	ภายในกลุ่ม	317	24.98	.07		
	รวม	320	25.53			
2.ปัจจัยภายนอก	ระหว่างกลุ่ม	3	1.47	.49	13.01	.00
	ภายในกลุ่ม	189	7.13	.03		
	รวม	192	8.60			

จากตาราง 8 พบว่า เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานของตัวแปรปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแล้ว พบว่าไม่

แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ส่วนการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานของตัวแปรปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ การมีและการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ และการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีการของเชฟเฟ (Scheffe Method)

ตาราง 9 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานเป็นรายคู่ของตัวแปรปัจจัยภายนอกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยภายนอก		การได้รับ ข้อมูลฯ	การมี นโยบายฯ	การมีและ เข้าถึงฯ	การได้รับการ สนับสนุนฯ
	$\overline{Z_r}$	(.18)	(.19)	(.24)	(.38)
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	.18	-	.01	.06	.20*
การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ	.19		-	.05	.19*
การมีและเข้าถึงสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ	.24			-	.14*
การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล	.38				-

* $p < .05$

จากตาราง 9 พบว่าค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีค่ามากกว่าค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานของการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐาน ของการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานของการมีและเข้าถึงสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 10 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานของปัจจัยชีวสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปร	ระดับ	n	$\overline{Z_r}$	$S.D._{Z_r}$	t	p-value
ปัจจัยชีวสังคม	- ภูมิหลัง	267	.13	.15	.04	.83
	- ฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคม	118	.18	.14		

จากตาราง 10 พบว่า ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานระหว่างภูมิหลังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีค่าไม่แตกต่างกับค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานระหว่างฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

จากผลการสังเคราะห์งานวิจัย ผู้วิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีผู้ให้ความสนใจศึกษากันมาก และผลการศึกษาตัวแปรอิสระ พบนัยสำคัญทางสถิติมากที่สุด คือกลุ่มบุคคลวัยทำงาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่าตัวแปรปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก และปัจจัยชีวสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มบุคคลวัยทำงาน มีความสัมพันธ์กันด้วยค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานเท่าใด ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานของตัวแปรปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก และปัจจัยชีวสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มบุคคลวัยทำงาน

ปัจจัย	ตัวแปร	n	$\overline{Z_r}$	$S.D. \cdot z_r$
ปัจจัยภายใน	- ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	20	.20	.19
	- ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	17	.44	.21
	- เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ	24	.29	.16
	- การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ	102	.33	.27
ปัจจัยภายนอก	- การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล	38	.36	.19
	- การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	20	.20	.17
	- การมีและเข้าถึงสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ	24	.22	.18
	- การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ	17	.17	.13
ปัจจัยชีวสังคม	- ภูมิหลัง	131	.11	.13
	- ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม	53	.15	.10

จากตาราง 11 พบว่าเมื่อวิเคราะห์แต่ละปัจจัยจำแนกตามตัวแปร ปัจจัยแต่ละด้านของตัวแปรปัจจัยภายในบุคคล กลุ่มบุคคลวัยทำงาน พบว่าความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ .20, .44, .29 และ .33 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพบมีค่าเท่ากับ .19, .21, .16 และ .27 ตามลำดับ สำหรับตัวแปรปัจจัยภายนอกบุคคล พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การมีและเข้าถึงสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ และการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เท่ากับ .36, .20, .22 และ .17 ตามลำดับ มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .19, .17, .18 และ .13 ตามลำดับ ในส่วนปัจจัยชีวิตสังคม พบว่า ภูมิหลัง และฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ .11 และ .15 ตามลำดับ โดยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .13 และ .10

ตาราง 12 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐาน ระหว่างตัวแปรด้านต่าง ๆ ของปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มบุคคลวัยทำงาน

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
1. ปัจจัยภายใน	ระหว่างบุคคล	3	.56	.18	3.08	.02
	ภายในกลุ่ม	159	9.61	.06		
	รวม	162	10.17			
2. ปัจจัยภายนอก	ระหว่างบุคคล	3	.62	.21	6.46	.00
	ภายในกลุ่ม	95	3.07	.03		
	รวม	98	3.69			

จากตาราง 12 พบว่าเมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานของตัวแปรปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของเชฟเฟ เช่นเดียวกับการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานของตัวแปรปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การมีและเข้าถึงสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ และการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe Method)

ตาราง 13 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานเป็นรายคู่ ของตัวแปร
ปัจจัยภายในกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มบุคคลวัยทำงาน

ปัจจัยภายใน	$\overline{Z_r}$	ความรู้	เจตคติ	การรับรู้	ค่านิยม
		(.20)	(.29)	(.33)	(.44)
ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	.20	-	.09	.13	.24*
เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ	.29		-	.04	.15
การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ	.33			-	.11
ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	.44				-

*p < .05

จากตาราง 13 พบว่าค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐาน ของค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีค่ามากกว่าค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 14 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานเป็นรายคู่ ของตัวแปร
ปัจจัยภายนอกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มบุคคลวัยทำงาน

ปัจจัยภายนอก	$\overline{Z_r}$	การมีนโยบาย	การได้รับข้อมูล	การมีและเข้าถึง	การได้รับการสนับสนุน
		(.17)	(.20)	(.22)	(.36)
การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ	.17	-	.03	.05	.19*
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	.20		-	.02	.16*
การมีและเข้าถึงสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ	.22			-	.14*
การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล	.36				-

*p < .05

จากตาราง 14 พบว่าค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐาน ของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีค่ามากกว่าค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานของการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานของการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานของการมีและเข้าถึงสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 15 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานของปัจจัย
ชีวสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มบุคคลวัยทำงาน

ปัจจัย	ตัวแปร	n	$\overline{Z}_r$	$S.D._{Z_r}$	t	p-value
ปัจจัยชีวสังคม	- ภูมิหลัง	131	.11	.13	.02	.90
	- ฐานะทางเศรษฐกิจ	53	.15	.10		
	และสังคม					

จากตาราง 15 พบว่าค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานระหว่างภูมิหลังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีค่าไม่แตกต่างกับค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานระหว่างฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การสังเคราะห์งานวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การสังเคราะห์งานวิจัยในเชิงคุณภาพ (Qualitative Synthesis) โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และการสังเคราะห์งานวิจัยในเชิงปริมาณ (Quantitative Synthesis) โดยใช้การวิเคราะห์อภิมาน (Meta analysis) ตามวิธีของ Glass

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. ศึกษาปริมาณงานวิจัยจำแนกเป็นหมวดหมู่เพื่อให้เห็นภาพรวมของงานวิจัยโดยใช้วิธีการจำแนกดังนี้
 - 1.1 การจำแนกตามตัวแปรปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก และปัจจัยชีวสังคม
 - 1.2 การจำแนกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
2. เพื่อค้นหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีวิเคราะห์อภิมาน

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้เป็นรายงานการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ที่มีตัวแปรตามเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ทำการศึกษตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 – 2548 จำนวน 132 เรื่อง โดยรายงานการวิจัยดังกล่าวเป็นปริญญาานิพนธ์ของนิสิต นักศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาของมหาวิทยาลัยของรัฐบาลและเอกชนในกรุงเทพมหานคร ที่มีสาขาเกี่ยวกับสุขภาพ จำนวน 8 แห่ง และรายงานการวิจัยของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 2 แห่ง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัย

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม 2548 ถึงเดือนพฤษภาคม 2549 ได้รายงานการวิจัยจำนวน 140 เรื่อง และเป็นรายงานการวิจัยที่มีข้อมูลเพียงพอที่จะนำมาสังเคราะห์ได้ จำนวน 132 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 94.28

การวิเคราะห์ข้อมูล

การสังเคราะห์งานวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การสังเคราะห์งานวิจัยในเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และการสังเคราะห์งานวิจัยในเชิงปริมาณโดยใช้การวิเคราะห์ห้อยภูมิตามวิธีของ Glass ตามขั้นตอนและรายละเอียดของการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. การสังเคราะห์งานวิจัยในเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา
2. การสังเคราะห์งานวิจัยในเชิงปริมาณโดยการวิเคราะห์ห้อยภูมิ ตามวิธีของ Glass

สรุปผลการวิจัย

จากผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยได้สรุปผลการสังเคราะห์งานวิจัยดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยในเชิงคุณภาพ

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของรายงานการวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

ประเภทของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยระดับปริญญาโท ระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 92.42 สถาบันอุดมศึกษาที่ให้ความสนใจศึกษากันมากเป็นมหาวิทยาลัยมหิดล คิดเป็นร้อยละ 50.75 รองลงมาเป็นมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 16.66 งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์มีผู้ให้ความสนใจทำการศึกษากันมากในช่วงปี พ.ศ. 2541 – 2544 คิดเป็นร้อยละ 41.66 รองลงมาในช่วงปี พ.ศ. 2545 – 2548 คิดเป็นร้อยละ 37.12 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนมากเป็นกลุ่มบุคคลวัยทำงาน คิดเป็นร้อยละ 43.77 รองลงมาเป็นกลุ่มผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 29.26

สำหรับแนวคิดที่มีผู้วิจัยให้ความสนใจนำมาประยุกต์ใช้มากที่สุดเป็นแนวคิด Pender's Health Promotion Model คิดเป็นร้อยละ 72.72 รองลงมาเป็นแนวคิด PRECEDE - PROCEED MODEL คิดเป็นร้อยละ 27.27 งานวิจัยส่วนใหญ่มีวิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง คิดเป็นร้อยละ 26.51 รองลงมาเป็นวิธีการเลือกแบบบังเอิญ และวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นมีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 15.90 เครื่องมือวัดของงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นแบบสอบถาม คิดเป็นร้อยละ 57.82 รองลงมาเป็นแบบสัมภาษณ์ คิดเป็นร้อยละ 32.65 โดยเครื่องมือวัดของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.24 – 0.98 และงานวิจัยส่วนใหญ่ มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ คิดเป็นร้อยละ 96.68 ส่วนที่ไม่ได้ระบุงการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือไว้ในรายงานการวิจัย คิดเป็นร้อยละ 5.30 ซึ่งเครื่องมือส่วนใหญ่มีคุณภาพในระดับปานกลาง (ค่าความเชื่อมั่น 0.40 – 0.80) คิดเป็นร้อยละ 62.87 รองลงมาเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพในระดับสูง (ค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 0.80 ขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 30.30 ทั้งนี้ งานวิจัยที่ศึกษาส่วนใหญ่มีการตั้งสมมติฐานแบบสองทาง คิดเป็นร้อยละ 68.93 รองลงมาเป็นการตั้งสมมติฐานแบบทางเดียว คิดเป็นร้อยละ 26.51 และมีการตั้งระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 94.69

2. ผลการสังเคราะห์งานวิจัยในเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

2.1 กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 37,767 คน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มบุคคลวัยทำงาน คิดเป็นร้อยละ 43.77 รองลงมาเป็นกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มนักเรียน/นักศึกษา และกลุ่มผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 29.26, 16.36 และ 10.69 ตามลำดับ

2.2 ผลสรุปที่ได้จากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์

2.2.1 ผลสรุปที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษา และผลของการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ปัจจัยที่นำมาศึกษานั้น ได้มีการจำแนกปัจจัยออกเป็นปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยภายนอกบุคคล และปัจจัยชีวสังคม ซึ่งผลการวิจัยที่พบ ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากการวิเคราะห์เนื้อหา พบผลดังนี้

ตัวแปรปัจจัยภายในบุคคลที่นำมาศึกษา พบว่าค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีจำนวนงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95.00 ทั้งนี้อาจเนื่องจากค่านิยมมีบทบาทสำคัญในการเป็นมาตรฐาน ควบคุม และกำหนดเป้าหมาย แนวทางของพฤติกรรม อีกทั้งเป็นแกนกลางในการเสริมสร้างแรงจูงใจ ทักษะคติ ความสนใจ ความตั้งใจที่จะนำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมนั้น (สุนทรี โคมิน และสนิท สมักรการ. 2522: 22–25) นอกจากนี้แนวคิดของเพนเดอร์ (Pender. 1987: 61) กล่าวว่า ค่านิยมต่อพฤติกรรมหนึ่ง ๆ มีความสามารถในการทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ และจากการศึกษาของวอลสตัน ไมเดส และวอลสตัน (ซัซวาลย์ นฤพนธ์จิรกุล. 2541: 83; อ้างอิงจาก Wallston, Maides and Wallston 1976 Cited in Pender 1987: 60) ที่ศึกษาผลกระทบของค่านิยมทางสุขภาพต่อความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของนักศึกษา ระดับวิทยาลัยจำนวน 88 คน พบว่า นักศึกษาที่ให้ค่า “สุขภาพ” ในระดับสูง จะอ่านเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่ให้ค่า “สุขภาพ” ในระดับต่ำ การศึกษาดังกล่าวเป็นการสนับสนุนความคิดเห็นที่ว่า บุคคลที่มีค่านิยมทางสุขภาพในระดับสูง จะมีพฤติกรรมแสวงหาความรู้ ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีค่านิยมทางสุขภาพในระดับต่ำ

ขณะที่การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ พบจำนวนงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 94.36 เนื่องจากการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เป็นปัจจัยด้านแรงจูงใจ ที่จะโน้มน้าวกระตุ้นให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ทักษะคติ ในการพัฒนาและปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง (Pender. 1987: 64) นอกจากนี้ ซอนญา และคณะ (ซัซวาลย์ นฤพนธ์จิรกุล. 2541: 96; อ้างอิงจาก Sonja, et al. 1981: 223) กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้สุขภาพของตนดี นั้นไม่ได้หมายความว่าเขาไม่มีโรค หรืออาการจากความเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับเขา แม้ในขณะที่บุคคลมีความเจ็บปวด เขาก็อาจประเมินสภาวะสุขภาพของเขาว่าอยู่ในเกณฑ์ดีได้หากเขามีการรับรู้ เช่นนั้น โดยทั่วไป ความหมายของภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของบุคคลส่วนใหญ่นั้น มักจะหมายถึง

ความสามารถด้านร่างกายของบุคคลในการดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ตามบทบาทโดยเฉพาะความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living) เช่นเดียวกับแนวคิดของ ทราเวลบี (Travelbee. 197: 10) ที่กล่าวว่า トラバドที่บุคคลยังคงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เขาจะรู้สึกว่าคุณค่า และยังสามารถพึ่งพาตนเองได้ จึงทำให้บุคคลเชื่อมั่นในความแข็งแรงของร่างกาย และเกิดการรับรู้ว่าคุณค่ายังมีสุขภาพดีพอสำหรับการดำเนินชีวิต

จะเห็นได้ว่า นอกจากประสบการณ์ของความเจ็บป่วย และการให้ค่านิยมของการมีสุขภาพดี จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองแตกต่างกันแล้ว ผลของการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ดีและไม่ดีในตัวบุคคลยังก่อให้เกิดความรู้สึก ตลอดจนพฤติกรรมที่แสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพอีกด้วย หรืออาจเนื่องมาจากการรับรู้ภาวะสุขภาพมีส่วนในการกำหนดแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรม โดยก่อให้เกิดทัศนคติ ให้ค่าและให้คุณค่ากับสุขภาพของตนเอง โดยที่เมื่อมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพเกิดขึ้นกับบุคคล ก็จะทำให้ความหมายมีการตกลงใจ เกิดทัศนคติ และให้คุณค่ากับสุขภาพ ซึ่งจะมีผลบังคับให้เกิดการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมต่อไป (พิเชฐ เจริญเกษ. 2540: 115; อ้างอิงจาก Combs et al. 1976)

สำหรับเจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ พบจำนวนงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 91.66 ทั้งนี้เนื่องจากทัศนคติเป็นความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ ทัศนคติเป็นนามธรรมและเป็นเพียงส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการปฏิบัติเท่านั้น ทัศนคติต้องได้รับสิ่งเร้าที่เหมาะสม จึงจะทำให้เกิดการปฏิบัติหรือปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่งได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2539: 224–226)

ในขณะที่ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ พบจำนวนงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 77.54 ซึ่ง Green and Kreuter. 1991: 155 อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมว่า ความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้เพียงอย่างเดียวไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ถึงแม้ว่าความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม และความรู้เป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรมก็ตาม จากเหตุผลดังกล่าวจึงสามารถอธิบายได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน แต่มีความสัมพันธ์เพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ตัวแปรปัจจัยภายนอกบุคคล ที่นำมาศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95.25 สาเหตุที่ทำให้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด เนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จะทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ มีความรักใคร่ผูกพันเป็นเพื่อนและมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem. 1985: 91–120) สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender. 1987: 396) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ช่วยส่งเสริมภาวะสุขภาพและช่วยป้องกันการเจ็บป่วย นอกจากนี้ โคเฮน และวิลส์ (อูล์ธอร์ รุ่งเรืองศิลป์. 2546: 154; อ้างอิงจาก Cohen &

Wills. 1985: 310-357) ได้อธิบายกลไกการทำงานหรือผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพ ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม ดังนี้ ผลโดยทางตรงจะทำให้บุคคลมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีอารมณ์มั่นคงที่จะต่อสู้กับปัญหา มีความพยายามที่จะควบคุมความเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อม ผลทางด้านจิตใจนี้ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะมองเห็นหนทางที่จะหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง หรือภาวะเครียด ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ นอกจากนี้ยังมีผลระบบต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกันทำงานให้ได้ดีขึ้น ผลโดยทางอ้อมจะช่วยดูดซับหรือปรับผลกระทบที่เกิดจากภาวะเสี่ยงหรือภาวะเครียดโดยช่วยให้บุคคลประเมินความรุนแรงของภาวะเสี่ยงหรือภาวะเครียดลดลง ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลเผชิญได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดหรือขจัดปฏิกิริยาของความเครียดหรือความวิตกกังวลที่มีผลต่อร่างกาย ทำให้ระบบประสาทต่อมไร้ท่อทำงานปกติ ซึ่งจะทำให้บุคคลมีสุขภาพดีและมีความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ แบคเคิลแลนด์ และลันด์เวล (ซัซวาลย์ นฤพนธ์จิรกุล. 2541: 84; อ้างอิงจาก Backeland and Lunduwell. 1985: 65) ที่พบว่าอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมเช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ช่วยให้คนไข้ที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มารับบริการสม่ำเสมอ รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและหายจากโรค มากกว่าผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม การศึกษาของมุขเลนแคมป์ และ เซเลส (รุ่งรัตน์ ปิยวโร. 2545: 47; อ้างอิงจาก Mulenkamps & Sayles. 1984: 337) ได้กล่าวว่า การที่บุคคลได้รับความรัก ความสนใจ และการเอาใจใส่จากสมาชิกเครือข่ายสังคมเป็นที่ยอมรับ และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จะทำให้เด็กรู้สึกมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจในตนเอง และมีผลโดยตรงต่อการส่งเสริมสุขภาพในด้านดี โดยเฉพาะในภาวะที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ

ในขณะที่การมีการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ พบจำนวนงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 86.67 จากการศึกษางานของ (ซัซวาลย์ นฤพนธ์จิรกุล. 2541: 28; อ้างอิงจาก ชุมชน พรหมขัติแก้ว. 2513: 293-301) พบว่าความเจริญหรือการเปลี่ยนแปลงทางสังคม อันเนื่องมาจากการคมนาคมสะดวกขึ้น เป็นผลให้มีการใช้บริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับ การศึกษาของ (ซัซวาลย์ นฤพนธ์จิรกุล. 2541: 28; อ้างอิงจาก บุญเลิศ เลี้ยวประไพ. 2531: 86) ที่พบว่า ระยะทางเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการใช้บริการของประชาชน กล่าวคือ การใช้บริการของประชาชนจะเพิ่มขึ้น เมื่อระยะทางระหว่างที่อยู่อาศัยกับสถานบริการนั้นลดลง นอกจากนี้การมีหลักประกันด้านสุขภาพ อาทิ บัตรประกันสุขภาพ สิทธิรักษาพยาบาลของข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม บัตรสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาลทำให้บุคคลได้มีโอกาสเข้าถึงบริการด้านสุขภาพโดยเท่าเทียมกันมากขึ้น โดยไม่มีอุปสรรคด้านค่ารักษาพยาบาล (ศิริทิพย์ โคนสันเทียะ. 2541: 63; อ้างอิงจาก บุญเลิศ เลี้ยวประไพ. 2531: 32)

สำหรับการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ พบจำนวนงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 86.00 ซึ่งการมีนโยบาย/โครงการส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ ในหน่วยงาน สถานศึกษา ฯลฯ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กฎบัตรอตตาวา เพื่อการ

ส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion) ได้เสนอแนะว่าควรจะต้องมีกิจกรรมที่สำคัญ คือ (ลักขณา เตมศิริกุลชัย. 2539: 39-43)

1. สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Build Health Public Policy) ซึ่งนโยบายดังกล่าวนี้มีใช้ดูแลและรับผิดชอบโดยกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น หากแต่เป็นนโยบายแห่งชาติเป็นนโยบายร่วมของทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน และผู้บริหารทุกระดับต้องให้ความร่วมมือในการส่งเสริมให้ประชาชนและสมาชิกมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจะเกี่ยวข้องกับ กฎหมาย มาตรการทางเศรษฐกิจ การเงิน การคลัง การเก็บภาษี รวมทั้งการจัดตั้งองค์กรที่แน่ชัด เพื่อรับผิดชอบ

2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) หมายถึง การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ในระดับชุมชน ระดับประเทศ และระดับโลก ทั้งนี้ เนื่องจากสมดุลของธรรมชาติย่อมมีผลโดยตรงต่อการมีสุขภาพดีของมวลมนุษย์ อีกประการหนึ่ง คือ การจัดสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินชีวิต การทำงาน และการใช้เวลาว่าง โดยการสร้างสังคมที่มีสุขภาพดี (Healthy Society) การสร้างเมืองที่มีสุขภาพดี (Healthy City) การจัดที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Workplace) และการทำให้เป็นโรงเรียนสุขภาพ (Healthy School) เป็นต้น

3. การเพิ่มความสามารถของชุมชน (Strengthen Community Action) คือ การสร้างพลังอำนาจให้กับชุมชน ให้ชุมชนสามารถควบคุมการปฏิบัติงาน และกำหนดเป้าหมายของชุมชนได้ ซึ่งหมายความว่าชุมชนจะต้องได้รับข้อมูลข่าวสาร โอกาสในการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการสนับสนุนทางการเงินอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) การส่งเสริมสุขภาพควรช่วยให้บุคคลและสังคมเกิดการพัฒนามีความรู้และทักษะในการดำรงชีวิต (Life Skills) ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่ง สำหรับประชาชนที่จะควบคุมสุขภาพของตนเอง และควบคุมสิ่งแวดล้อมซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ

5. การปรับระบบบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services) ควรมีการปรับระบบให้มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้นมีการสื่อสารกับหน่วยงานภายนอกให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เช่น หน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อมด้านสังคม ด้านการเมือง และเศรษฐกิจ นอกเหนือจากการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลเท่านั้น นอกจากนั้น ยังต้องให้ความสนใจเกี่ยวกับการวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนระบบ และฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ พบจำนวนงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 84.84 เนื่องจากสื่อเป็นช่องทางการสื่อสารที่สำคัญในการสร้างค่านิยม ทศนคติและความสนใจของคน ทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนในสังคม สื่อจึงกลายเป็นสิ่งที่มีบทบาท และมีอิทธิพลสูงในสังคมปัจจุบันแมคคอมส์ และเบคเคอร์ (อบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์. 2540: 81; อ้างอิงจาก McCombs & Becker.

1979: 51-52) กล่าวว่าการใช้สื่อเพื่อสนองความพอใจและความต้องการ โดยบุคคลนั้นต้องการรู้เหตุการณ์สภาพปัจจุบันที่อยู่รอบตัว ต้องการข่าวสารเพื่อช่วยในการตัดสินใจ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน ต้องการข้อมูลเพื่อประกอบการสนทนา ต้องการมีส่วนร่วมในเหตุการณ์รอบ ๆ ตัว และต้องการความบันเทิง ในทำนองเดียวกัน สื่อต่าง ๆ ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์และนิตยสารต่าง ๆ ที่ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ จึงมีอิทธิพลต่อผู้ได้รับ ให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีอยู่แล้ว ให้ดียิ่งขึ้น หรือให้เกิดพฤติกรรมใหม่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพทำให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุข จากการศึกษาของ (พิเชฐ เจริญเกษ. 2540: 132) พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษาในระดับ ๓ (r = 0.25) ในขณะที่การศึกษาของ (วารินทร์ ปยุทอง. 2547: 142) พบความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (r = 0.22) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า บุคคลโดยทั่วไปมีภาระกิจหรือกิจกรรมอื่น ๆ มากเกินไปทำให้ไม่มีเวลารับข่าวสาร หรือรูปแบบการนำเสนอข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพไม่เหมาะสม ไม่เป็นที่สนใจทำให้บุคคลโดยทั่วไปหันไปสนใจข่าวสารด้านอื่นมากกว่าข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ

ตัวแปรปัจจัยชีวิตสังคมที่นำมาศึกษา พบว่าอาชีพมีจำนวนงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.43 ซึ่ง การประกอบอาชีพนอกจากจะเป็นแหล่งที่มาของรายได้ ยังเป็นตัวแปรที่กำหนดรูปแบบ การใช้เวลาและสถานที่ของบุคคลอีกด้วย บุคคลวัยทำงานที่มีอาชีพแตกต่างกัน จะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ แตกต่างกัน ซึ่งยังขึ้นกับปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น ค่านิยม เจตคติ ฯลฯ (ชัชวาลย์ นฤพนธ์จิรกุล. 2541: 80)

สำหรับรายได้ พบจำนวนงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 39.29 ทั้งนี้เนื่องจากรายได้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพ ในการดูแลตนเองของบุคคล โดยผู้ที่มีรายได้สูง ซึ่งเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลให้ตนเองได้รับอาหารได้เพียงพอ ตลอดจนเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาข้าวของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง (Pender. 1987: 161-162)

ส่วนระดับการศึกษาพบจำนวนงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 38.36 เนื่องจากระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน ทั้งนี้ เพราะการศึกษาทำให้บุคคลมีสติปัญญา สามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้ดี สามารถเรียนรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา ดังนั้น บุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมี ความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าคนที่มีการศึกษาต่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526: 182) และจากการศึกษาของรูทส์ (ศิรินทิพย์ โจนสันเทียะ. 2541: 65; อ้างอิงจาก Ruth. 1973: 135-136) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาต่ำ มักประสบปัญหาในการทำ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค และวิธีการรักษาตลอดจนการปฏิบัติงาน เนื่องจากความรู้ ดังกล่าวเป็น เรื่องเชิงวิทยาศาสตร์ ดังนั้น ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้อง เรียนรู้ได้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนได้ถูกต้องดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ

เพศ พบจำนวนงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 25.93 ซึ่ง เพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย และเป็นปัจจัยหนึ่งทำให้เกิดความแตกต่างทางด้านค่านิยม นอกจากนี้ เพศยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคมด้วย (Orem. 1980: 71) และยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวทางด้านจิตใจ เนื่องจากความสามารถในการระบายความทุกข์ที่สังคมยอมรับ รวมทั้งมีทัศนคติต่อความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน นอกจากนี้เพศจะทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีระในบุคคล ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อความต้องการดูแลตนเองแล้ว บทบาทของเพศย่อมมีส่วนสำคัญต่อการดูแลตนเองด้วย โดยเฉพาะในสังคมไทยเพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดบทบาทในการเป็นผู้ดูแลจึงพบว่าเพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย (ชัชวาลย์ นฤพนธ์จิรกุล. 2541: 56; อ้างอิงจาก นัยนา พิพัฒน์วิศิธา. 2536: 26)

สำหรับอายุ พบจำนวนงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 20.78 เนื่องจาก อายุจะเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจและการรับรู้ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุ จนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Orem. 1991: 238-241)

ส่วนลักษณะที่อยู่อาศัย พบจำนวนงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 16.67 จากการที่เขตเมืองและเขตชนบทมีลักษณะแตกต่างกันทั้งลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล วิธีการดำเนินชีวิต ความเชื่อ ค่านิยม เศรษฐกิจ ตลอดจนวัฒนธรรมของสังคมที่แตกต่างกันทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน จากสภาพสังคมเมืองที่มีการแข่งขันกันทำมาหากิน มีความแตกต่างระหว่างฐานะความเป็นอยู่ของบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัวมีน้อยลง เพราะต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้เกิดความเครียด คนในชุมชนเมืองจะประสบปัญหาสุขภาพจิต เกิดโรคจากการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ถูกต้อง อาทิ การซื้ออาหารสำเร็จรูปประปราย ซึ่งเป็นอาหารที่มีไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย การต้องเผชิญกับความเครียด ส่งผลให้ประชาชนในเขตเมืองมีปัญหาสุขภาพ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น (ไพโรจน์ พรหมทันใจ. 2540: 39; อ้างอิงจาก อรรถ ฤๅ ระนอง. 2537: 55) ในขณะที่คนในชนบทอาศัยอยู่กับธรรมชาติ การแข่งขันในการประกอบอาชีพมีน้อย ความสัมพันธ์ระหว่างคนในชุมชนเป็นแบบเครือญาติ ปัญหาสุขภาพจิตมีน้อยกว่าเขตเมือง แต่จากการที่เขตเมืองเป็นศูนย์กลางความเจริญมีแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ มากมาย ไม่ว่าจะเป็นด้านสาธารณูปโภค แหล่งบริการด้านสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาล คลินิก ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล รวมทั้งมีสถานบันเทิง เช่น ศูนย์การค้า โรงภาพยนตร์ ตลาดสด การมีการคมนาคมที่สะดวก ตลอดจนมีโอกาสได้รับข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อและบุคคลต่าง ๆ มากกว่าคนในชนบท ส่งผลให้คนเขตเมืองมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าคนในชนบท จากการศึกษาของ (ไพโรจน์ พรหมทันใจ. 2540: 40) พบว่าคนงานโรงงานอุตสาหกรรมที่อาศัยในเขตเมือง ซึ่งมีศูนย์การค้า สถานที่พักผ่อน

หย่อนใจ ตลาด มีแหล่งข่าวสารทั้งทางโทรทัศน์ วิทยุ และหนังสือพิมพ์ มีการปฏิบัติด้านการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง

สถานภาพสมรส พบจำนวนงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 12.70 คู่สมรส เป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม คู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน จะมีความรักความเข้าใจ สนใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน มีการสื่อความหมายอย่างเปิดเผย และมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง และช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (ชัชวาลย์ นฤพนธ์จิรกุล. 2541: 58; อ้างอิงจาก สมจิต หนูเจริญกุล. 2537: 41) แต่เนื่องจากในสภาพสังคมปัจจุบัน คู่สมรสต่างต้องดิ้นรนทำมาหากิน ทำให้มีเวลาในการดูแลสุขภาพซึ่งกันและกันน้อยลง

2.2.2 ผลสรุปที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษา จำแนกตามกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า ตัวแปรปัจจัยภายในบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพพบในกลุ่มบุคคลวัยทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.61 ค่านิยมเกี่ยวกับส่งเสริมสุขภาพพบในกลุ่มบุคคลวัยทำงานมากที่สุด เช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 52.63 ส่วนเจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ พบในกลุ่มบุคคลวัยทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.90 และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ พบในกลุ่มบุคคลวัยทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.99

ตัวแปรปัจจัยภายนอกบุคคล ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล พบในกลุ่มบุคคลวัยทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.50 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ พบในกลุ่มบุคคลวัยทำงานมากที่สุดเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 64.28 การมีและการเข้าถึงบริการสุขภาพต่าง ๆ พบในกลุ่มบุคคลวัยทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.90 และการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ พบในกลุ่มบุคคลวัยทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.45

ตัวแปรปัจจัยชีวสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ภูมิหลัง ซึ่งประกอบด้วยเพศ พบในกลุ่มบุคคลวัยทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.71 อายุ พบในกลุ่มบุคคลวัยทำงาน และกลุ่มผู้ป่วยเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 37.50 ส่วนระดับการศึกษา พบในกลุ่มผู้ป่วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 แต่ไม่พบในกลุ่มนักเรียน/นักศึกษา สำหรับสถานภาพสมรส พบในกลุ่มบุคคลวัยทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75.00 แต่ไม่พบในกลุ่มผู้สูงอายุ

ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งประกอบด้วย รายได้ พบในกลุ่มผู้ป่วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.45 ส่วนอาชีพ พบในกลุ่มผู้ป่วยมากที่สุดเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 61.53 และลักษณะที่อยู่อาศัยพบเฉพาะในกลุ่มนักเรียน/นักศึกษาเท่านั้น

ตอนที่ 2 ผลการสังเคราะห์งานวิจัยในเชิงปริมาณ โดยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมานตามวิธีของ Glass

จากการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 132 เรื่อง จากผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของปัจจัยภายในบุคคลพบว่าค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุดเท่ากับ .41 รองลงมาคือ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ .35, .31 และ .24 ตามลำดับ ในปัจจัยภายนอกบุคคลพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล มีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุดเท่ากับ .38 รองลงมาคือ การมีและเข้าถึงสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ .24, .19 และ .18 ตามลำดับ ปัจจัยสุดท้ายคือปัจจัยชีวสังคมจะพบว่าภูมิหลัง และฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ .13 และ .18 ตามลำดับ

เมื่อนำตัวแปรค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานระหว่างตัวแปรแต่ละปัจจัยกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาทดสอบความแตกต่าง จะพบผลเฉพาะในปัจจัยภายนอกบุคคลกล่าวคือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลมีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานมากกว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ และการมีและเข้าถึงสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อแยกวิเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มบุคคลวัยทำงาน พบว่า ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุดเท่ากับ .44 รองลงมาคือ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ .33, .29, และ .20 ตามลำดับ ในปัจจัยภายนอกบุคคลพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลมีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุดเท่ากับ .36 รองลงมาคือการมีและเข้าถึงสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ .22, .20 และ .17 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยสุดท้ายคือปัจจัยชีวสังคม จะพบว่า ภูมิหลัง และฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ .11 และ .15 ตามลำดับ

เมื่อนำค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานระหว่างตัวแปรแต่ละปัจจัยกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาทดสอบความแตกต่าง ปัจจัยภายในบุคคลพบว่า ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานมากกว่าความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยภายนอก พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล มีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานมากกว่าการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการมีและเข้าถึงสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

การศึกษาตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากการสังเคราะห์งานวิจัยโดยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณครั้งนี้ อภิปรายผลได้ดังต่อไปนี้

1. ผลการสังเคราะห์งานวิจัยในเชิงคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่างของการสังเคราะห์งานวิจัยในครั้งนี้เป็นปริญญานิพนธ์ของนิสิต นักศึกษา ถึงร้อยละ 93.92 โดยที่หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเป็นผู้ทำขึ้นเพียงร้อยละ 6.08 โดยที่นิสิต นักศึกษา มักทำการวิจัยในตัวแปรต่าง ๆ ที่ซ้ำกัน หากตัวแปรใดที่ไม่ค่อยมีผู้ศึกษามาก่อน นิสิต นักศึกษาก็ไม่นิยมที่จะทำการวิจัยกัน จะเห็นได้จากที่มีการทำการศึกษาวิจัยในประเด็นปัญหาเดียวกัน ตัวแปรในการวิจัยแตกต่างกันไม่มากนัก เปลี่ยนแต่เพียงกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเท่านั้น นอกจากนี้ การใช้แนวคิด/ทฤษฎีก็ซ้ำกันมาก ดังนั้น ในการจะทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อไป ควรที่จะมีการศึกษาในตัวแปร และแนวคิด/ทฤษฎีอื่น ๆ และควรนำผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้ไปพัฒนารูปแบบการวิจัยในเชิงทดลอง

แนวโน้มการศึกษาประเด็นวิจัยในประเด็นนี้เริ่มลดลง โดยจะทำกันมากในช่วงปี 2541–2544 ในช่วงที่ทำกันมากจะพบได้ว่าการทำวิจัยในประเด็นเดียวกัน แต่จะเปลี่ยนแปลงในส่วนของกลุ่มตัวอย่างไปตามจังหวัดต่าง ๆ และตามหน่วยงานที่นิสิตนักศึกษาที่ทำปริญญานิพนธ์อยู่เท่านั้น วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลอื่น ๆ ค่อนข้างเหมือนกัน คือจะใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) ซึ่งงานวิจัยที่ทำในปีหลัง ๆ สามารถใช้สถิติวิเคราะห์ที่ดีกว่าการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เช่นการวิเคราะห์อิทธิพลเส้นทาง (Path analysis) หรือการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น (LISREL) ซึ่งจากการศึกษาจะพบงานวิจัยที่ใช้การวิเคราะห์ลักษณะเช่นนี้ ประมาณ 2 – 3 เรื่อง อีกประการหนึ่งที่พบ คือ มีงานวิจัย บางเล่มไม่เขียนรายงานขั้นตอนการสร้าง และค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยลงในรายงานการวิจัย ผู้วิจัยจะบอกเพียงว่า ใช้เครื่องมืออะไรมาเก็บข้อมูลเท่านั้น ซึ่งนับว่าเป็นจุดด้อยของปริญญานิพนธ์ หากผู้ทำวิจัยรายงานวิธีการสร้างเครื่องมือ และการทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้อ่านจะได้เชื่อมั่นว่าผลการวิจัยที่ได้ มีความน่าเชื่อถือ

2. ผลการสังเคราะห์งานวิจัยในเชิงปริมาณ

จากการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ โดยการวิเคราะห์ห่อภิมาณตามวิธีของ Glass สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ปัจจัยภายในบุคคล พบว่า ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุดเท่ากับ .41 เนื่องจากค่านิยมมีบทบาทสำคัญในการเป็นมาตรฐาน ควบคุม และกำหนดเป้าหมาย แนวทางของพฤติกรรม อีกทั้งเป็นแกนกลางในการเสริมสร้างแรงจูงใจ ทศนคติ ความสนใจ ความตั้งใจที่จะนำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมนั้น (สุนทรี โคมิน และสนิท สัมครการ. 2522: 22-25) นอกจากนี้แนวคิดของเพนเดอร์ (Pender. 1987: 61) กล่าวว่า ค่านิยมต่อพฤติกรรมหนึ่ง ๆ มีความสามารถในการทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาของ พิเชฐ เจริญเกษ. 2540: 114) ซึ่งพบว่าค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.37$) สอดคล้องกับการศึกษาของตันพ์ (นลินี มกรเสน. 2538: 63; อ้างอิงจาก Dumn. 1980) ที่พบว่านักศึกษาที่มีค่านิยมต่อการดูแลสุขภาพของตนเองในทางบวก จะยอมรับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองทางการแพทย์ที่ดีกว่า (ประสงค์ ชีรพงค์นภลัย. 2541: 148) พบว่าค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด ($r = 0.63$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ (พงศ์เทพ เกตุไสว. 2544: 133) ซึ่งพบว่า ค่านิยมเป็นตัวแปรที่อธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มากที่สุด และจากการศึกษาของวอลสตัน ไมเดส และวอลสตัน (ชัชวาลย์ นฤพนธ์จิรกุล. 2541: 83; อ้างอิงจาก Wallston, Maides and Wallston 1976 Cited in Pender 1987: 60) ที่ศึกษาผลกระทบของค่านิยมทางสุขภาพต่อความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของนักศึกษาระดับวิทยาลัยจำนวน 88 คน พบว่า นักศึกษาที่ให้ค่า “สุขภาพ” ในระดับสูง จะอ่านเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่ให้ค่า “สุขภาพ” ในระดับต่ำ การศึกษาดังกล่าวเป็นการสนับสนุนความคิดเห็นที่ว่า บุคคลที่มีค่านิยมทางสุขภาพในระดับสูง จะมีพฤติกรรมแสวงหาความรู้ ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีค่านิยมทางสุขภาพในระดับต่ำ

ขณะที่การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ .35 เนื่องจากการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เป็นปัจจัยด้านแรงจูงใจ ที่จจะโน้มน้าวกระตุ้นให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ทศนคติ ในการพัฒนาและปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง (Pender. 1987: 64) นอกจากนี้ ซอนยา และคณะ (ชัชวาลย์ นฤพนธ์จิรกุล. 2541: 96; อ้างอิงจาก Sonja, et al. 1981: 223) กล่าวว่าการศึกษาที่บุคคลรับรู้สุขภาพของตนดี นั้นไม่ได้หมายความว่าเขาไม่มีโรค หรืออาการจากความเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับเขา แม้ในขณะที่บุคคลมีความเจ็บปวด เขาก็อาจประเมินสภาวะสุขภาพของเขาว่าอยู่ในเกณฑ์ดีได้หากเขามีการรับรู้ เช่นนั้นโดยทั่วไป ความหมายของภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของบุคคลส่วนใหญ่ นั้น มักจะหมายถึงความสามารถด้านร่างกายของบุคคลในการดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ตามบทบาท โดยเฉพาะความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living) เช่นเดียวกับแนวคิดของ ทราเวลบี (Travelbee. 197: 10) ที่กล่าวว่า トラバิดที่บุคคลยังคงสามารถปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันได้ด้วยตนเอง เขาจะรู้สึกว่าคุณยังมีค่า และสามารถพึ่งพาตนเองได้ จึงทำให้บุคคลเชื่อมั่นในความแข็งแรงของร่างกาย และเกิดการรับรู้ว่าคุณยังมีสุขภาพดีพอสำหรับการดำเนินชีวิต

จะเห็นได้ว่า นอกจากประสบการณ์ของความเจ็บป่วย และการให้คำนิยามของการมีสุขภาพดี จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองแตกต่างกันแล้ว ผลของการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ดีและไม่ดีในตัวบุคคลยังก่อให้เกิดความรู้สึก ตลอดจนพฤติกรรมที่แสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพอีกด้วย การศึกษาของ (พิเชฐ เจริญเกษ. 2540: 114) พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา ($r = 0.25$) สอดคล้องกับการศึกษา (ไพโรจน์ พรหมทันใจ. 2540: 98) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณานโรจนางานอุตสาหกรรมการ ($r = 0.24$) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการรับรู้ภาวะสุขภาพมีส่วนในการกำหนดแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรม โดยก่อให้เกิดทัศนคติ ให้ค่าและให้คุณค่ากับสุขภาพของตนเอง โดยที่เมื่อมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพเกิดขึ้นกับบุคคล ก็จะทำให้ความหมายมีการตกลงใจ เกิดทัศนคติ และให้คุณค่ากับสุขภาพ ซึ่งจะมีผลบังคับให้เกิดการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมต่อไป (พิเชฐ เจริญเกษ. 2540: 115; อ้างอิงจาก Combs et al. 1976)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สถานะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในต่างประเทศ ได้แก่งานวิจัยของ เพนเดอร์ (ชัชวาลย์ นฤพนธ์จิรกุล. 2541: 84; อ้างอิงจาก Pender, et al. 1990: 326–332) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในที่ทำงาน ตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นลูกจ้าง จำนวน 589 คน จาก 6 บริษัทที่เข้าร่วมในโครงการส่งเสริมสุขภาพ โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในโครงการประกอบด้วย การบริหารร่างกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการกับความเครียด ผลจากการศึกษาพบว่า การรับรู้สถานะสุขภาพเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสามารถใช้ในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของเอลซี่ (พรทิพา ศุภราศรี. 2538: 38; อ้างอิงจาก Aleyxy. 1991: 33–40) พบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้สถานะสุขภาพในกลุ่มคณานนั้นมีผลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพเช่นเดียวกับการศึกษาของ บาร์เน็ตต์ (พรทิพา ศุภราศรี. 2538: 39; อ้างอิงจาก Barnett. 1989) พบว่า การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นนั้น เป็นผลมาจากการรับรู้สถานะสุขภาพและการศึกษาของ สติฟฟ์เบอเจน และแบคเกอร์ (พิเชฐ เจริญเกษ. 2540: 42; อ้างอิงจาก Stuijbergen and Backer. 1994: 3–13) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ของการรับรู้สถานะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยทุพพลภาพที่มีความพิการทางด้านร่างกาย จำนวน 117 ราย พบว่า การรับรู้สถานะสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหมวดของการตระหนัก และยอมรับในความมีคุณค่าแห่งตน และความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Self actualization and Health responsibility) ได้อย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับเจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ .31 ทั้งนี้เนื่องจากทัศนคติเป็นความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ ทัศนคติเป็นนามธรรมและเป็นเพียงส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการปฏิบัติเท่านั้น ทัศนคติต้องได้รับสิ่งเร้าที่เหมาะสม จึงจะทำให้เกิดการปฏิบัติหรือปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่งได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2539: 224–226) จากการศึกษาของ (ชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล. 2541: 130) ที่

ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้บริหาร พบว่าผู้บริหารส่วนใหญ่ ร้อยละ 88.2 มีทัศนคติระดับต่ำ ($r = 0.20$) สอดคล้องกับการศึกษาของ (พิเชฐ เจริญเกษ. 2540: 135) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา พบว่าเจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ

ในขณะที่ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ .24 Green and Kreuter. 1991: 155 อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมว่า ความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้เพียงอย่างเดียวไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ถึงแม้ว่าความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม และความรู้เป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรมก็ตาม จากเหตุผลดังกล่าวจึงสามารถอธิบายได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน แต่มีความสัมพันธ์เพียงเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (ชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล. 2541: 144) ที่ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้บริหาร พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับแบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r = 0.12$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ (วารินทร์ ปุยทอง. 2547: 132) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r = 0.10$)

2. ปัจจัยภายนอกบุคคล พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลมีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ .38 สาเหตุที่ทำให้ตัวแปรด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลมีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีค่ามาก เนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จะทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ มีความรักใคร่ผูกพันเป็นเพื่อนและมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem. 1985: 91–120) สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender. 1987: 396) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ช่วยส่งเสริมภาวะสุขภาพและช่วยป้องกันการเจ็บป่วย นอกจากนี้ โคเฮน และวิลส์ (อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์. 2546: 154; อ้างอิงจาก Cohen & Wills. 1985: 310-357) ได้อธิบายกลไกการทำงานหรือผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม ดังนี้ ผลโดยทางตรงจะทำให้บุคคลมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีอารมณ์มั่นคงที่จะต่อสู้กับปัญหา มีความพยายามที่จะควบคุมความเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อม ผลทางด้านจิตใจนี้ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะมองเห็นหนทางที่จะหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง หรือภาวะเครียด ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ นอกจากนี้ยังมีผลต่อระบบไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้ดีขึ้น ผลโดยทางอ้อมจะช่วยดูดซับหรือปรับผลกระทบที่เกิดจากภาวะเสี่ยงหรือภาวะเครียดโดยช่วยให้บุคคลประเมินความรุนแรงของภาวะเสี่ยงหรือภาวะเครียดลดลง ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลเผชิญ

ได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดหรือขจัดปฏิกิริยาของความเครียดหรือความเครียดที่มีผลต่อร่างกาย ทำให้ระบบประสาทต่อมไร้ท่อทำงานปกติ ซึ่งจะทำให้บุคคลมีสุขภาพดีและมีความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ แบคเคิลแลนด์ และลันดีเวล (ซัซวาลย์ นฤพนธ์จิรกุล. 2541: 84; อ้างอิงจาก Backeland and Lunduwell. 1984: 46) ที่พบว่าอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมเช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ช่วยให้คนไข้ที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มารับบริการสุขภาพเสมอ รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและหายจากโรค มากกว่าผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม การศึกษาของมุขเลน แคมป์ และเซเลส (รุ่งรัตน์ ปิยวโร. 2545: 47; อ้างอิงจาก Mulenkamps & Sayles. 1984: 337) ได้กล่าวว่า การที่บุคคลได้รับความรัก ความสนใจ และการเอาใจใส่จากสมาชิกเครือข่ายสังคมเป็นที่ยอมรับ และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จะทำให้เด็กความรู้สึกมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจในตนเอง และมีผลโดยตรงต่อการส่งเสริมสุขภาพในด้านดี โดยเฉพาะในภาวะที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ และการศึกษาของแม็กเน็ท (พรนิภา ศุภราศรี. 2538: 48; อ้างอิงจาก Mc Nelt. 1987: 98-102) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ (รุ่งรัตน์ ปิยวโร. 2545: 118) พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุในระดับสูง ($r = 0.56$) และการศึกษาของ (อรุณ ออบเชย. 2548: 125) ซึ่งพบว่าการได้รับการสนับสนุนจากบุคคล ทำให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในระดับสูง ($r = 0.49$)

ในขณะที่การมีและเข้าถึงสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ มีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ .24 การศึกษาของ (ซัซวาลย์ นฤพนธ์จิรกุล. 2541: 28; อ้างอิงจาก ชุมชน พรหมขัติแก้ว. 2513: 293-301) พบว่าความเจริญ หรือการเปลี่ยนแปลงทางสังคม อันเนื่องมาจากการคมนาคมสะดวกขึ้น เป็นผลให้มีการใช้บริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับ การศึกษาของ (ซัซวาลย์ นฤพนธ์จิรกุล. 2541: 28; อ้างอิงจาก บุญเลิศ เลี้ยวประไพ. 2531: 86) ที่พบว่า ระยะทางเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการใช้บริการของประชาชน กล่าวคือ การใช้บริการของประชาชนจะเพิ่มขึ้น เมื่อระยะทางระหว่างที่อยู่อาศัยกับสถานบริการนั้นลดลง และจากการศึกษาของ (ซัซวาลย์ นฤพนธ์จิรกุล. 2541: 28; อ้างอิงจาก ชื่นชม เจริญยุทธ. 2522: 27) พบว่าปัจจัยเกี่ยวกับระยะทางมีผลต่อการเลือกใช้บริการของสถานบริการของรัฐ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของผู้สูงอายุจะใช้บริการหรือไปยังสถานที่ต่าง ๆ นั้นขึ้นอยู่กับความสะดวกในการใช้บริการด้วย ถ้าสถานที่นั้น ๆ อยู่ใกล้กับที่อยู่อาศัย สามารถไปมาได้สะดวก โอกาสที่จะไปรับบริการย่อมมีมากกว่าที่อยู่ไกล และเดินลำบาก สอดคล้องกับการศึกษาของ (สุทธนิจ หุณฑสาร. 2539: 159) ที่พบว่า การมีแหล่งบริการต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในพื้นที่มีแหล่งบริการต่าง ๆ มาก จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่า เช่นเดียวกับ การศึกษาของ (ไพโรจน์ พรหมพันธุ์. 2540: 131) พบว่า การมีและการเข้าถึงสถานบริการต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแรงงาน และการศึกษาของ (จรัสรัตน์ เพชรทอง. 2540: 191) พบว่า การมีแหล่งบริการด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ

ข้าราชการตำรวจจังหวัดสุพรรณบุรี ในระดับประทวน แต่จากการศึกษาของ (ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. 2539: 108-109) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง พบว่า ระยะทางในการไปตลาดและแหล่งพบปะสังสรรค์ประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการไปใช้บริการหรือไปยังสถานบริการ/สถานที่ต่าง ๆ ได้แก่ ตลาด ชมรมผู้สูงอายุ วัด สถานที่พบปะสังสรรค์ประจำหมู่บ้าน เพื่อนบ้าน สนาทิกิฬา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการไปสวนสาธารณะ และการไปสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สำหรับการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ .19 ซึ่งการมีนโยบาย/โครงการส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ ในหน่วยงาน สถานศึกษา ฯลฯ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กฎบัตรออตตาวา เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion) ได้เสนอแนะว่าควรจะต้องมีกิจกรรมที่สำคัญ คือ (ลักษณะ เต็มศิริกุลชัย. 2539: 39-43)

1. สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Build Health Public Policy) ซึ่งนโยบายดังกล่าวนี้มิใช่ดูแลและรับผิดชอบโดยกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น หากแต่เป็นนโยบายแห่งชาติเป็นนโยบายร่วมของทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน และผู้บริหารทุกระดับต้องให้ความร่วมมือในการส่งเสริมให้ประชาชนและสมาชิกมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจะเกี่ยวข้องกับ กฎหมาย มาตรการทางเศรษฐกิจ การเงิน การคลัง การเก็บภาษี รวมทั้งการจัดตั้งองค์กรที่แน่ชัด เพื่อรับผิดชอบ

2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) หมายถึง การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ในระดับชุมชน ระดับประเทศ และระดับโลก ทั้งนี้ เนื่องจากสมดุลของธรรมชาติย่อมมีผลโดยตรงต่อการมีสุขภาพดีของมวลมนุษย์ อีกประการหนึ่ง คือ การจัดสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินชีวิต การทำงาน และการใช้เวลาว่าง โดยการสร้างสังคมที่มีสุขภาพดี (Healthy Society) การสร้างเมืองที่มีสุขภาพดี (Healthy City) การจัดที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Workplace) และการทำให้เป็นโรงเรียนสุขภาพ (Healthy School) เป็นต้น

3. การเพิ่มความสามารถของชุมชน (Strengthen Community Action) คือ การสร้างพลังอำนาจให้กับชุมชน ให้ชุมชนสามารถควบคุมการปฏิบัติงาน และกำหนดเป้าหมายของชุมชนได้ ซึ่งหมายความว่าชุมชนจะต้องได้รับข้อมูลข่าวสาร โอกาสในการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการสนับสนุนทางการเงินอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) การส่งเสริมสุขภาพควรช่วยให้บุคคลและสังคมเกิดการพัฒนา มีความรู้และทักษะในการดำรงชีวิต (Life Skills) ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่ง สำหรับประชาชนที่จะควบคุมสุขภาพของตนเอง และควบคุมสิ่งแวดล้อมซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ

5. การปรับระบบบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services) ควรมีการปรับระบบให้มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้นมีการสื่อสารกับหน่วยงานภายนอกให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เช่น หน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อมด้านสังคม ด้านการเมือง และเศรษฐกิจ นอกเหนือจากการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลเท่านั้น นอกจากนั้น ยังต้องให้ความสนใจเกี่ยวกับการวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนระบบ และฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาของ (วนลดา ทองใบ. 2540: 127-128) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงงาน กลุ่มตัวอย่าง 7 โรงงาน เกี่ยวกับแนวคิด นโยบาย และการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในโรงงาน พบว่า ผู้บริหารทุกคนเห็นว่าการส่งเสริมสุขภาพมีประโยชน์ต่อโรงงาน ในด้านทำให้สุขภาพของคนงานแข็งแรงขึ้น ลดอัตราการเจ็บป่วยและขาดงานของคนงาน สูงที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือ ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลลง และช่วยเพิ่มผลผลิตของโรงงานให้สูงขึ้น ส่วนอันดับสุดท้าย คือ ช่วยลดความเครียดของคนงาน คนงานมีขวัญและกำลังใจในการทำงานมากขึ้น ลดอัตราการขาดงานและการลาออกของคนงาน และช่วยสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้แก่โรงงาน ทั้งนี้ นอกจากผู้บริหารจะเห็นว่าการส่งเสริมสุขภาพมีประโยชน์ต่อโรงงานแล้ว ผู้บริหารร้อยละ 28.6 ก็เห็นว่า การส่งเสริมสุขภาพมีข้อเสียเช่นกัน ในด้านการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและทำให้เสียเวลาทำงานของคนงานไป และการส่งเสริมสุขภาพควรเป็นหน้าที่รับผิดชอบร่วมกันทั้งฝ่าย นายจ้าง ลูกจ้าง รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เทศบาล สำนักงานประกันสังคม เป็นต้น

สำหรับในการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ .18 เนื่องจากสื่อเป็นช่องทางการสื่อสารที่สำคัญในการสร้างค่านิยม ทศนคติและความสนใจของคน ทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนในสังคม สื่อจึงกลายเป็นสิ่งที่มีบทบาท และมีอิทธิพลสูงในสังคมปัจจุบันแมคมคอมส์ และเบคเคอร์ (อุปรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์. 2540: 81; อ้างอิงจาก McCombs & Becker. 1979: 51-52) กล่าวว่าการใช้สื่อเพื่อสนองความพอใจและความต้องการ โดยบุคคลนั้นต้องการรู้เหตุการณ์สภาพปัจจุบันที่อยู่รอบตัว ต้องการข่าวสารเพื่อช่วยในการตัดสินใจ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน ต้องการข้อมูลเพื่อประกอบการสนทนา ต้องการมีส่วนร่วมในเหตุการณ์รอบ ๆ ตัว และต้องการความบันเทิง ในทำนองเดียวกัน สื่อต่าง ๆ ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์และนิตยสารต่าง ๆ ที่ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ จึงมีอิทธิพลต่อผู้ได้รับ ให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีอยู่แล้ว ให้ดียิ่งขึ้น หรือให้เกิดพฤติกรรมใหม่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพทำให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุข จากการศึกษาของ (พิเชฐ เจริญเกษ. 2540: 132) พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษาในระดับ ๓ (r = 0.25) ในขณะที่การศึกษาของ (วารินทร์ ปุยทอง. 2547: 142) พบความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (r = 0.22) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่า บุคคลโดยทั่วไปมีภาระกิจหรือกิจกรรมอื่น ๆ มากเกินไปทำให้ไม่มีเวลารับ

ข่าวสาร หรือรูปแบบการนำเสนอข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพไม่เหมาะสม ไม่เป็นที่สนใจทำให้บุคคลโดยทั่วไปหันไปสนใจข่าวสารด้านอื่นมากกว่าข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ

3. กลุ่มปัจจัยทางชีวสังคม พบว่าภูมิหลังมีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ .13 และฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ .18

สาเหตุที่ทำให้ปัจจัยทางชีวสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยค่าเฉลี่ยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มาตรฐานค่อนข้างต่ำ เป็นเพราะปัจจัยทางชีวสังคมที่เป็นปัจจัยภายนอกที่ไม่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะภายใน ของตัวบุคคลไม่ว่าจะเป็นภูมิหลัง หรือฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ต่างกัน แต่ก็ไม่สามารถสรุปได้เสมอไปว่าคนที่มียปัจจัยทางชีวสังคมต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างกัน ถึงแม้จะมีการศึกษาบางฉบับที่พบว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ก็ใช้ว่าจะได้ผลตรงกันทุกฉบับ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มรวม พบว่าตัวแปรสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด คือ ตัวแปรปัจจัยภายในบุคคลทั้ง 4 ตัว ได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าด้านอื่น ๆ ส่วนตัวแปรปัจจัยภายนอกบุคคล พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าด้านอื่น ๆ ดังนั้นหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ควรนำผลการสังเคราะห์งานวิจัยไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลอาจจะพัฒนาที่ตัวพฤติกรรม หรือพัฒนาคุณลักษณะของบุคคลเพื่อส่งผ่านไปยังบุคคล โดยการพัฒนาคูณลักษณะภายในของบุคคล ได้แก่ การพัฒนาค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การพัฒนาเจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ และการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนการพัฒนาคุณลักษณะภายนอกของบุคคล ได้แก่ การพัฒนาคนในครอบครัวให้รู้จักวิธีการสนับสนุนให้บุคคลเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.2 จากการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มบุคคลที่มีผู้ให้ความสนใจศึกษาวิจัยกันมาก คือ กลุ่มบุคคลวัยทำงาน ซึ่งในกลุ่มบุคคลวัยทำงาน ตัวแปรปัจจัยภายในบุคคลพบว่า ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าด้านอื่น ๆ ส่วนตัวแปรปัจจัยภายนอกบุคคล พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าด้านอื่น ๆ ดังนั้น หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ควรนำผลการสังเคราะห์งานวิจัยไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลอาจจะพัฒนาที่ตัวพฤติกรรมหรือพัฒนาคุณลักษณะของบุคคลเพื่อส่งผ่านไปยังบุคคลโดยการพัฒนาคุณลักษณะภายในของบุคคล ได้แก่ การพัฒนาค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพให้กับกลุ่มบุคคลวัยทำงาน ส่วนการพัฒนาคุณลักษณะภายนอกของบุคคล ได้แก่ การพัฒนาคนในครอบครัวให้รู้จักวิธีการสนับสนุนให้กลุ่มบุคคลวัยทำงานเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อันจะนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งรัฐบาลยังสามารถนำเงินส่วนที่ต้องนำไปใช้เป็นค่ารักษาพยาบาล ซึ่งในแต่ละปี รัฐบาลต้องสูญเสียเงินเป็นจำนวนมากเพื่อใช้ในการรักษาโรคที่สามารถป้องกันได้ ไปใช้พัฒนาประเทศในด้านอื่น ๆ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำวิจัยเพื่อหารูปแบบในการพัฒนาค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาคนในครอบครัวให้รู้จักวิธีการสนับสนุนให้บุคคลเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.2 เนื่องจากงานวิจัยได้ข้อสรุปที่ชัดเจนว่าตัวแปรปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอก และปัจจัยชีวสังคมมีความสำคัญในการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL และแนวคิด Pender's Health Promotion Model ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาศาตรแปรอื่นที่ยังมีการศึกษาน้อย เช่นตัวแปรความเชื่อทางพุทธ ตัวแปรการปฏิบัติทางพุทธ ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับค่อนข้างสูง ($r = 0.60, 0.65$ ตามลำดับ)

2.3 ควรทำการวิจัยเพื่อหารูปแบบในการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลโดยตรง ซึ่งอาจเป็นการทำการวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการสร้างโปรแกรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล

2.4 ควรได้มีการสังเคราะห์งานวิจัยในลักษณะนี้ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Rosenthal, Hedges ฯลฯ เพื่อช่วยยืนยันข้อสรุปที่ได้ ให้มีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกพร วิสุทธิกุล. (2539). พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์. (2541). การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กนกจดา อัมยงค์. (2548). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กนกเลขา แก้วสว่าง. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กนกวรรณ บางเสียม. (2547). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานเก็บขนมูลฝอย กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กมลทิพย์ ด้านชัย. (2540). การรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลบุตรและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบุตรในมารดาที่มีบุตรวัย 1-3 ปี. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กมลรัตน์ ณ หนองคาย. (2546). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการชาวไทยในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพการแพทย์แผนไทย จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- กฤติกา จันทรหอม. (2542). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนายทหารประทวนในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กาญจนา เกษกาญจน์. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- กิตินันท์ สิทธิชัย. (2540). การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนจากคู่สมรสและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กิ่งแก้ว ไชยเจริญ. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (ประชากรศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เกตุศิรินทร์ นิมพลี. (2546). การศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี. ภาคนิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ : คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- เกษม ตันติผลชีวะ ; และกุลยา ตันติผลชีวะ. (2528). การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- ขนิษฐา ขันดี. (2544). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้เสพติดเฮโรอีนทางเส้นเลือดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ขนิษฐา ทองบุญ. (2545). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพลทหารในกองพันทหารขนส่งซ่อมบำรุงเครื่องบินทหารบก จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ขนิษฐา ยังเจริญ. (2545). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ใส่ขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี : ศึกษาเฉพาะกรณีกลุ่มผู้ใส่ขาเทียมในจังหวัดเลย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ขวัญใจ ตันติวัฒนเสถียร. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามการรายงานของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ พ.ม. (การพยาบาลศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ขวัญตา ตรีสกุลวัฒนา. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- คณะกรรมการจัดทำแผน 9 กระทรวงสาธารณสุข. (2544, กรกฎาคม-ธันวาคม). แผน 9 ของกระทรวงสาธารณสุขตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549. กรุงเทพฯ : สำนักนโยบายและแผนกระทรวงฯ.

- คณิศร เต็งรัง. (2542). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการสตรีโสด สังกัดส่วนกลาง
กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- จันทนา พงษ์สมบุญ. (2539). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- จันทร์เพ็ญ พงษ์มา. (2542). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูสตรีวัยหมด
ประจำเดือน สังกัดกรมอาชีวศึกษา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
(สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จารุณี ลีธีระกุล. (2541). การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็น
พาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จิตรา จันชนะกิจ. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรัง.
วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- จินตนา พรหมลาย. (2541). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพัฒนาการ เขตที่ 3
กรมการพัฒนารัฐบาล กระทรวงมหาดไทย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จิรรัตน์ แหบคงเหล็ก. (2543). การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย
ไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องแบบต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์ พย.ม.
(การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จิรวรรณ อินคุ่ม. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.
วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- จีราพร ทองดี. (2547, ตุลาคม-ธันวาคม). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด
หัวใจ. พยาบาลสาร. 32(4).
- จิราภรณ์ ฉลนุวัฒน์. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปวดหลัง.
วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.

- จุฑามาศ คำแพร่ดี. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จूरรัตน์ เพชรทอง. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจ จัหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชลลดา ไชยกุลวัฒนา. (2542). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยผู้ใหญ่ ตอนต้น เขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล. (2541). แบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อของผู้บริหารจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ณัฐธญา พัฒนะวาณิชนันท์. (2543). การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ณัฐกฤษ ฉายเสมอแสง. (2543). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการทหารประจำการ จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ณัฐภรณ์ ผลึกเพชร. (2546). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ดวงพร สุตสุนทร. (2546). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ดาริณี สุภาพ. (2542). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณานสตรีตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่มารับบริการที่หน่วยฝากครรภ์. วิทยานิพนธ์ พย.ด. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ดุขฎิ โยเหลา. (2535). รายงานการวิจัย ฉบับที่ 47 การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กในประเทศไทยโดยใช้การวิเคราะห์เมตา. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- ทวีรัตน์ ทองดี. (2545). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสังกัดเทศบาล จังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ทวีวรรณ กิ่งโคกกรวด. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์*. วิทยานิพนธ์ พ.ม. (การบริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ธนพร วงษ์จันทร์. (2543). *ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ธิดาทิพย์ ชัยศรี. (2541). *การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นนวล พูลเกษร. (2545). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ จังหวัดกำแพงเพชร*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- นนุช ชันธอารี. (2548). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). *การวิเคราะห์ห่อภิมาน*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (ม.ป.ป.). *การสังเคราะห์งานวิจัย. รวมบทความเกี่ยวกับการวิจัยทางการศึกษา เล่ม 2*. กรุงเทพฯ : กองวิจัยการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย ; และ สุวิมล ว่องวานิช. (2541). *รายงานการวิจัยเรื่องการสังเคราะห์งานวิจัยทางการศึกษาด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมานและการวิเคราะห์เนื้อหา*. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. ถ่ายเอกสาร.
- นงลักษณ์ ศรีสุจิจิต. (2548). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- นฤมล เหล่าโกสิน. (2545). ปัจจัยคัดสรรบางประการที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีโคลอสโตมีชนิดถาวร. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นภาพร โดมทอง. (2545). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของครูสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- นันทนา ยากลิ่นหอม. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานบริษัท โตโยต้า เค. মোটোর্স จำกัด ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง. ถ่ายเอกสาร.
- นัยนา ตันติวิสุทธิ. (2546). การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมผู้นำในการบริหารงานวิชาการในโรงเรียนประถมศึกษา. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. (การบริหารการศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นาฏยา สุธีรภูมิ. การศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลก การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- น้ำค้าง ว่องเกษฎา. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูญเสียแขนขา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- น้ำทิพย์ มะลิ. (2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- นิภา มนูญปัจ. (2528). การวิจัยทางสุขศึกษา. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิตการพิมพ์.
- นิยะดา คุมพ์ประพันธ์. (2545). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนกรณีศึกษากลุ่มสตรีวัยหมดประจำเดือนในเขตเทศบาลนครอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ (สังคมสงเคราะห์ศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- นุชระพี สุทธิกุล. (2540). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- บราลี วัชรกร. (2545). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานบริษัทอยุธยา อลิอันซ์ ซี.พี. ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.*
- บังอร เทพเทียน. (2548). *รายงานการวิจัยเรื่องการสังเคราะห์งานวิจัยด้านสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (ในระหว่างปี พ.ศ. 2537-2546). กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.*
- เบญจมาศ เจริญสุข. (2541). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.*
- ประทีป จินนี และคณะ. (2542). *การประมวลและสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการทำงานในประเทศไทย. รายงานการวิจัยฉบับที่ 74. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.*
- ประภา ลิ้มประสูตร. (2545, ตุลาคม-ธันวาคม). *ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลก. พยาบาลสาร. 51(1).*
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2534). “คำนิยาม.” ใน *เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.*
- (2537). *การวัดสถานะสุขภาพ : การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและแบบสอบถาม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ภาพพิมพ์.*
- (2539). “พฤติกรรมสุขภาพ,” ใน *เอกสารการสอนประกอบชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1-7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : บริษัทสัมพันธ์พาณิชย์.*
- ประสงค์ ธีรพงศ์ภักดิ์. (2541). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษาสังกัดกรมสามัญศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.*
- ปราณี ทองพิลา. (2542). *การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.*
- ปรีศนา วรนนท์. (2541). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.*

- ปิยะนุช ชลธิ์. (2543). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังคลอดของมารดาครรภ์แรก หลังผ่าตัดคลอดบุตร ตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ปิยวรรณ ฟ้าพันธุ์. (2542). ความรู้ เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อและการรับรู้ กับพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนในชุมชนแออัด เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (เวชศาสตร์ชุมชน). บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ไพเราะ ภิณฑิต. (2544). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ผ่อง อนันตริยเวช. (2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดเทศบาลจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- พงศ์เทพ เกตุไสว. (2544). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัด ปทุมธานี. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- พรติมา สุขเกษม. (2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานบริษัทประกัน ชีวิตในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พิเชฐ เจริญเกษ. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานสามัญศึกษาจังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พินันท์ วิศาลสกุลวงษ์. (2544). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เพ็ญศรี เทียมสุข. (2546). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของสตรีวัยกลางคน จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (เวชศาสตร์ชุมชน). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ไพบุณย์ อ่อนมั่ง. (2542). รายงานการวิจัยการสังเคราะห์ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของ พฤติกรรมสุขภาพโดยการวิเคราะห์แบบเมต้า. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- ไพโรจน์ พรหมพันธุ์. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงาน
โรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ
: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มณีภรณ์ อนุสรณ์พานิช. (2542). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการ
ประถมศึกษาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มนัสนันท์ พรเจริญโรจน์. (2543). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับวัยหมดประจำเดือนของครู
สุศึกษาในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา ในกรุงเทพมหานคร.
ปริญญาโท ทศ.ม. (สุศึกษา). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- มนัสศรี ไพบูลย์ศิริ. (2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตเมือง จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุศึกษา).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- มยุรี นิตธรรادر. (2539). การศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ
และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาล
แม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มัลย์ สารานุจิตรต์. (2540). การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของมารดา
วัยรุ่นในระยะหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ยุคนธร ทองรัตน์. (2541). การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเด็ก
โรคธาลัสซีเมียวัยเรียนตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ยุพิน เจตมวงค์. (2543). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มาใช้บริการ
ในคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือน แผนกสูติรีเวชกรรม วชิรพยาบาล. ปริญญาโท ทศ.ม.
(สุศึกษา). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เยาวภา บุญเที่ยง. (2546, มกราคม-มีนาคม). การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และการกลับ
เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุโรคหัวใจวาย. พยาบาลสาร. 30(1).
- รัชดา ปัญญาพิสิทธิ์. (2545). การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม
และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขณะตั้งครรภ์ของมารดาที่คลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์
พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.

- รภิพร ประกอบทรัพย์. (2541). การสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากมารดา และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลแม่ และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- รุ่งทิพย์ ศรพรหมมาศ. (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนสตรีรัตนบุรีบางใหญ่ (นันทกิจพิศาล) จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- รุ่งรัตน์ ปิยธโร. (2545). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ บริการโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- เรณู ป้ายงูเหลือม. (2544). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสังกัด ทบวงมหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ลักขณา เต็มศิริกุลชัย. (2539, พฤษภาคม-สิงหาคม). ทางเลือกใหม่เพื่อสุขภาพของประเทศไทย. วารสารสุขศึกษา. 19: 38-62.
- วรรณชนก จันทชุม. (2549). การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราโดยการวิเคราะห์เมตา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วรรณดี จันทศิริ. (2546). การส่งเสริมสุขภาพครอบครัวในภาคตะวันออกของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. ถ่ายเอกสาร.
- วนลดา ทองใบ. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคนงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วราพร คุ่มอรุณรัตน์กุล. (2546, ตุลาคม-ธันวาคม). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. พยาบาลสาร. 32: 4-5.
- วนิดา คล้ายอ่วม. (2543). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและบริบทของพฤติกรรมสุขภาพของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

- วรารักษ์ นารินทร์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายใน ภายนอก ด้านสุขภาพ กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กทม. วิทยานิพนธ์ พ.ม. (การบริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- วลิดา ศักดิ์บัณฑิตสกุล. (2541). การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วันดี แยมจันทร์ฉาย. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล. (2541). อาการของภาวะหมดประจำเดือน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์ พย.ด. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วารินทร์ ปุยกอง. (2547). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนใน เขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังดัง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- วาสนา ครุฑเมือง. (2548, ตุลาคม-ธันวาคม). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร. 32: 4.
- วาทีนา ทาตายุ. (2545). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- วิลาวัณย์ อาธิเวช. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของสตรีหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วีรณัฐ ไตรรัตน์โนภาส. (2545). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แขนงผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วีรวรรณ ห้วยหงษ์ทอง. (2547). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดสำนักงานเขต พื้นที่การศึกษานครปฐม เขต 1 และเขต 2. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- วีระพันธุ์ อนันตพงศ์. (2545). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของนักศึกษาวิทยาลัย
การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา. ภาคนิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาลังคม). กรุงเทพฯ :
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริทิพย์ โกนสันเทียะ. (2541). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมด
ประจำเดือน จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริยุภา พูลสุวรรณ. (2530). การศึกษาประสิทธิภาพของการสื่อสารสอนโดยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ.
ปริญญาานิพนธ์ กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- (2539). การวิเคราะห์ห่อภิมาณ การสร้างองค์ความรู้จากการวิจัย.
พัฒนศึกษาศาสตร์. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศิริลักษณ์ ตันประสิทธิ์. (2545). ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ
แก่ผู้มารับบริการของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
(สุศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. (2539). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- สดใส ศรีสอาด. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอำนาจเจริญ.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- สมจิตรา เห่งาเกษ. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ
ของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์
วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สมปอง ใจกล้า. (2545). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิก
โรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (สุศึกษา). กรุงเทพฯ
: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สมพล วิมาลา. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงใหม่.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.

- สมหมาย วงษ์กระสันต์. (2543). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. (ประชากรศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สรายุทธ์ เศรษฐจร. (2539). การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา โดยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ด. (การบริหารการศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุนทรี โคมินและสนิท สมัครการ. (2522). ค่านิยมและระบบค่านิยมไทย : เครื่องมือในการสำรวจวัด. กรุงเทพฯ : สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สุทธนิจ หุณฑสาร. (2539). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุดดี ภูห่องไสย. (2541). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์. (2542). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อหินเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุธาทิพย์ รุ่งเรืองอนันต์. (2544). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุธิดา นิธิพนธ์. (2543). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศิริราช. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุธีรัตน์ อนันต์. (2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลตราด. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลอนามัยชุมชน). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุธีรา เทศวงษ์. (2542). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุนันทา วิเศษสมิต. (2544). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการมหาวิทยาลัยรามคำแหง. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยรามคำแหง. ถ่ายเอกสาร.

- สุภาพรณ เกื้อสุวรรณ. (2546). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- สุวคนธ์ กุรัตน. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในตนเอง สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุวคนธ์ ทองดอนบม. (2541). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลเป็บติค. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุโขทัยธรรมมาธิราช; มหาวิทยาลัย. (2432). เอกสารประกอบการสอนวิชานวัตกรรมและกระบวนการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2542). แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงาน สุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข.
- หทัยรัตน์ เวชมนัส. (2547, ตุลาคม-ธันวาคม). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย. พยาบาลสาร. 32: 4-6.
- อภิญา ปานชูเชิด. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะของตนเอง กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่น เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พ.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- อภิรยา พานทอง. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อรทัย ธรรมกันมา. (2540). การสนับสนุนจากคู่สมรส และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อรไท แดงชาติ. (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- อรุณ อบเชย. (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตตำบลบางแพ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี ภายใต้โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

- อรุณี เสงยศมาก. (2544). ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อารีย์ พองเพชร. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนจากครอบครัวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ พ.ม. (การบริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- อิทธิฤทธิ์ พงษ์ปิยะรัตน์. (2542). อิทธิพลของปัจจัยด้านนักเรียน ครู และโรงเรียนที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนคณิตศาสตร์ : การวิเคราะห์ห่อภิมาณด้วยโมเดลเชิงเส้นตรงระดับลดหลั่นและวิธีการของกลาส. วิทยานิพนธ์ ค.ม. (การวิจัยการศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- อรุณ อธินันท์. (2543). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครู ในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (เวชศาสตร์ชุมชน). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- อัสรา อารณ. (2540). ความสัมพันธ์ ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม กับปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อุดมศักดิ์ แสงวณิช. (2546). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- อุทุมพร (ทองอุไทย) จามรمان. (2531). การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ. กรุงเทพฯ : หจก.พันธ์-พับบลิชซิง.
- อุบลรัตน์ จินดาวณิชย์. (2545). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลเสนาห์ จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์. (2540). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- อุษณี แสงสุข. (2546). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการครูมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี*. ปริญญาโท กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- Bangert, Drowns ; & Robert. (1986). *Quantitative Methods in Psychology: Review of Developments in Meta-Analytic Method*. New York: Prentice Hall International.
- Blegen, M.A. (1993, January). *Nurse's Job Satisfaction: A Meta-Analysis of Related Variables*. *Nursing Research*. 4(1): 36-40.
- Glass, Gene V. (1976). *Primary secondary and meta-analysis of research, Education researcher*. Harris Cooper and Larry V. Hedges/edited (1994) *The handbook of research syn thesis*. New York: Russell sage foundation.
- Glass Gene V, Barry Mc Gaw & Mary Lee Smith. (1981). *Meta-Analysis in Social Research*. Berverly Hills: Sage Publication.
- Green Lawrence W. & et al. (1980). *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. California: Mayfield Publishing.
- _____ W. & Kreuter. (1991). *Health Promotion Planning. An Educational and Environmental*. Toronto: May-Field Publishing Company.
- Hedges and Olkin. (1985). *A practical guide to Modern methods of Meta-Analysis*. Washington, DC: National Science Teachers Association. Hunt, M. (1977).
- Hunt, M. (1977). *How Science Takes stock: The story of Meta-Analysis*. New York: Russel Sage Foundation.
- Krippendoff, K. (1980). *Content Analysis*. Sage Publications: Beverly Hills.
- McComb, M.E.;& Becker. (1979). *Using Mass Communication Theory*. New Jerisy: Prentice Hall International.
- Murray, R.B. ; & J.P. Zentner. (1989). *Nursing Concepts for Health-Promotion*. New York: Prentice Hall International.
- Orem, D. (1985). *Nursing : Concepts of Practice 4th ed*. St. Louis Mosby Year Book Co.
- _____. (1991). *Nursing Concepts of Practice 4th ed*. St. Louis Mosby Year Book Co.
- Palank, C.L. (1991, December). *Determinants of Health-Promotion Behavior: A Review of Current Research*. *Nursing Clinic of North America*.
- Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. (2 nd ed) New York: Connecticut Appleton & Large.

- Rosenthal, R. (1990). *An Evaluation of Procedures and results: In K.W. Wachter and M.L. Straf.* (Eds). *The future of Meta-Analysis*. New York: Russed Sage Foundation.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: P.A. Davis Company.
- Walker, et al. S.N., Sechrist, K.R. & Pender, N.J. (1987). *The Health Promoting Lifestyles Profile: Development and Paychometric Characteristics*. *Nursing Research*. 36 (70-81).

ภาคผนวก ก
แบบบันทึกข้อมูลงานวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลงานวิจัย

1. แหล่งข้อมูล

- 1.1 ชื่องานวิจัย
- 1.2 ผู้ทำวิจัย.....
- 1.3 หน่วยงาน/สถานศึกษา
- 1.4 ปีที่พิมพ์.....
- 1.5 ประเภทของงานวิจัย
 -ปริญญาโท
 -ปริญญาเอก
 -งานวิจัยของหน่วยงานหรือสถาบันวิจัย
 -อื่น ๆ (โปรดระบุ)

2. กลุ่มตัวอย่าง

- 2.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
 -เด็ก
 -เยาวชน
 -วัยทำงานระดับวิชาชีพ
 -วัยทำงานระดับใช้แรงงาน.....
 -ผู้สูงอายุ
 -อื่น ๆ
- 2.2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีลักษณะเป็น

แบบสัมภาษณ์

แบบวัด/ทดสอบ/แบบสอบถามมีจำนวน ชุด ดังต่อไปนี้

ลำดับที่	ชื่อเครื่องมือ	ชื่อผู้สร้าง	ค่าความเชื่อมั่น
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

4. ตัวแปรอิสระที่ศึกษามี..... ตัว ประกอบด้วย

ลำดับที่	ตัวแปรอิสระ	ค่าสถิติ t, F, Z, X^2	r
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

5. การตั้งสมมติฐาน

สองทาง

ทางเดียว

ไม่พบว่ามีการตั้งสมมติฐาน

6. วิธีการที่ใช้ในการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

สุ่มโดยใช้วิธีการสุ่มแบบ Sample Random Sampling

สุ่มโดยใช้วิธีการสุ่มแบบ Systematic Random Sampling

สุ่มโดยใช้วิธีการสุ่มแบบ Stratified Random Sampling

สุ่มโดยใช้วิธีการสุ่มแบบ Cluster Random Sampling

ไม่ใช้กระบวนการสุ่มตัวอย่าง

อื่น ๆ (โปรดระบุ)

7. กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.....

ภาคผนวก ข

ตารางแสดงจำนวนงานวิจัยและร้อยละที่พบภัยสำคัญ

ตาราง 16 จำนวนงานวิจัยและร้อยละที่พบนัยสำคัญทางสถิติของตัวแปรอิสระ ที่เป็นปัจจัยภายใน
ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (แยกรายละเอียด)

ตัวแปรต้นที่ศึกษา	จำนวนเรื่อง	พบนัยสำคัญ		ไม่พบนัยสำคัญ	
	ที่ศึกษา	จำนวน เรื่อง	ร้อยละ	จำนวน เรื่อง	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	40	31	77.54	9	22.55
ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	20	19	95.00	1	5.00
เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ	48	44	91.66	4	8.33
การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ					
1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	54	50	92.59	4	7.40
2. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ	46	44	95.65	2	4.34
3. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ	45	43	95.55	2	4.44
4. การรับรู้การควบคุมสุขภาพ	35	32	91.42	3	8.57
5. การรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	33	32	96.96	1	3.03

ตาราง 17 จำนวนงานวิจัยและร้อยละที่พบนัยสำคัญทางสถิติของตัวแปรอิสระ ที่เป็นปัจจัยภายนอก
ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (แยกรายละเอียด)

ตัวแปรต้นที่ศึกษา	จำนวนเรื่อง	พบนัยสำคัญ		ไม่พบนัยสำคัญ	
	ที่ศึกษา	จำนวน เรื่อง	ร้อยละ	จำนวน เรื่อง	ร้อยละ
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากบุคคล	42	40	95.22	2	4.76
- อิทธิพลระหว่างบุคคล	42	40	95.22	2	4.76
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ การส่งเสริมสุขภาพ	33	28	84.84	5	15.25
การมีและเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ ต่าง ๆ	33	29	95.24	4	4.76
- สถานการณ์ที่เอื้อต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	4	4	100.00	-	-
- สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	3	2	66.66	1	33.33
- อิทธิพลด้านสถานการณ์	11	9	97.62	2	2.38
การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพ	25	22	86.00	3	14.00

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวอริยา ทองกร
วันเดือนปีเกิด	13 สิงหาคม 2511
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	3 หมู่ 4 ซ.ประชาอุทิศ 15 ถ.ประชาอุทิศ แขวงราษฎร์บูรณะ เขตราษฎร์บูรณะ กรุงเทพฯ 10140
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	แผนกเวชปฏิบัติ กองการแพทย์และอนามัย องค์การเภสัชกรรม ถนนพระรามที่ 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2529	มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนวิสุทธิกษัตริ์ จังหวัดสมุทรปราการ
พ.ศ. 2533	ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
พ.ศ. 2550	วท.ม. สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ