

๒๒.๑๒.๑๒
๖.๖

V

ความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพ
ของผู้ปฏิบัติงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร

ปริญญานิพนธ์

ของ

อุบล เลี้ยววาริณ

๓-4 ก.ย. 2535

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษาดุขบัณฑิต สาขานักพัฒนศึกษาศาสตร์

ตุลาคม 2534

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

21

ความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพ
ของผู้ปฏิบัติงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ
ของ
อุบล เลี้ยววาริณ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษาดุซงึ่บัณฑิต สาขาพัฒนศึกษาศาสตร์

ตุลาคม 2534

การวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับจิตลักษณะ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีจุดมุ่งหมาย 5 ประการคือ ประการที่หนึ่ง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการศึกษา 4 ด้าน กับพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน ประการที่สอง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการศึกษา 4 ด้านกับจิตลักษณะ 4 ด้าน และการรับข่าวสารสุขภาพ ประการที่สาม เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรจิตลักษณะ 4 ด้าน กับพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน ประการที่สี่ เพื่อเปรียบเทียบอำนาจทำนายของตัวแปรต่าง ๆ ในกลุ่มการศึกษา และกลุ่มจิตลักษณะที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ และประการที่ห้า เพื่อศึกษาว่ากลุ่มผู้ถูกศึกษาที่แบ่งตามลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังกลุ่มใด จะมีจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ โดยเฉพาะกลุ่มที่แบ่งตามสถานที่ทำงาน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้ สุ่มเลือกมาจากผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุระหว่าง 18-45 ปี และสำเร็จการศึกษาตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 358 คน มีอายุเฉลี่ย 27 ปี ได้รับการศึกษาโดยเฉลี่ย 8 ปี ทำงานในโรงพยาบาล 174 คน ทำงานในโรงงานหรือบริษัท 184 คน เป็นเพศชาย 186 คน เป็นเพศหญิง 172 คน ในการศึกษาครั้งนี้ยังได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามระดับของชีวสังคมและภูมิหลังย่อย ๆ อีก 9 ตัวแปร กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ได้ตอบแบบวัดและแบบสอบถาม หลังจากที่ถูกวิจัยได้ชี้แจงวิธีการตอบให้เข้าใจแล้ว

ในการวิจัยภาคสนามนี้มีตัวแปรต่าง ๆ อยู่ 4 กลุ่ม กลุ่มแรก คือ ตัวแปรด้านการศึกษา 4 ตัวแปร ได้แก่ ระดับการศึกษา ลักษณะเชิงคุณภาพของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ผลการเรียนปีสุดท้าย และทักษะทางภาษาไทย กลุ่มที่สอง ประกอบด้วย ตัวแปรด้านจิตลักษณะ 4 ตัวแปร ได้แก่ ทศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ และลักษณะมุ่งอนาคต กับตัวแปรด้านการรับข่าวสารสุขภาพ กลุ่มที่สาม คือตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล กลุ่มที่สี่ คือ ตัวแปร

ต่าง ๆ ที่เป็นลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังของผู้ตอบ เช่น อายุ เพศ สถานภาพ
สมรส รายได้ เป็นต้น ฉะนั้น มีตัวแปรในงานวิจัยนี้รวมทั้งสิ้น 21 ตัวแปร ส่วนใหญ่
เป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง จึงมีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติแบบการ
วิเคราะห์ความแปรปรวนสามทาง การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณเป็นชั้น การหา
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบคาโนนิคอล และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ใน
กลุ่มรวมและกลุ่มที่แยกย่อยหลายกลุ่มตามลักษณะชีวสังคมและภูมิหลัง

ผลการวิจัยที่สำคัญมี 6 ประการ ดังนี้คือ

ประการแรก ตัวแปรจิตลักษณะ 4 ตัวแปรร่วมกันทำนายพฤติกรรมการกิน
และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลได้ (15% และ 20%) มากกว่าตัวแปรการ
ศึกษา 4 ตัวแปร ร่วมกันทำนาย (7% และ 5%) ส่วนในพฤติกรรมหลักเลี้ยง
การเสพसारที่เป็นโทษ ตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร ทำนายได้ (22%) มากกว่า
ตัวแปรจิตลักษณะ 4 ตัวแปรทำนาย (20%) และตัวแปรการศึกษาร่วมกับตัวแปร
จิตลักษณะทำนายพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน รวมกันได้ 41% (ค่าสหสัมพันธ์
คาโนนิคอล = .64) โดยตัวแปรการศึกษาและจิตลักษณะทำนายพฤติกรรมหลัก
เลี้ยงการเสพसारที่เป็นโทษได้มากที่สุด (33%) รองลงมาคือพฤติกรรมการรักษา
อนามัยส่วนบุคคล (22%) และทำนายพฤติกรรมการกินได้น้อยที่สุด (18%) ตัว
ทำนายสำคัญของพฤติกรรมการกินคือ ทักษะติดต่อพฤติกรรมสุขภาพ การรับข่าวสาร
สุขภาพ และผลการเรียนปีสุดท้าย ตัวทำนายสำคัญของพฤติกรรมหลักเลี้ยงการ
เสพसारที่เป็นโทษ คือ ทักษะทางภาษาไทย ทักษะติดต่อพฤติกรรมสุขภาพ และผลการ
เรียนปีสุดท้าย ตัวทำนายสำคัญของพฤติกรรมรักษาอนามัยส่วนบุคคล คือ การ
รับข่าวสารสุขภาพ ความเชื่ออำนาจในตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ ทักษะติดต่อพฤติกรรม
สุขภาพ และผลการเรียนปีสุดท้าย ตัวทำนายที่สำคัญที่สุดของพฤติกรรมสุขภาพทั้ง
3 ด้าน คือ ทักษะติดต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ประการที่สอง ตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปรร่วมกันทำนายความเชื่ออำนาจ
ในตนเองเกี่ยวกับสุขภาพได้ 17% ทำนายลักษณะมุ่งอนาคตได้ 16% และทำนายทักษะติด
ต่อพฤติกรรมสุขภาพได้ 6% โดยตัวทำนายสำคัญส่วนใหญ่คือ ทักษะทางภาษาไทย
และระดับการศึกษา

ประการที่สาม ผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน เหมาะสมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบกับอื่น ๆ คือ ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย มีฐานะปานกลาง ทำงานในโรงพยาบาล ส่วนผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน ไม่เหมาะสมที่สุดคือ ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม มีอายุมาก และทำงานในโรงงานหรือบริษัทต่าง ๆ

ประการที่สี่ ผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลมีลักษณะชีวิตสังคมและภูมิหลังคล้ายคลึงกับผู้ที่ทำงานในโรงงานในด้าน เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระดับเศรษฐกิจ และผลการเรียน แต่ผู้ทำงานในโรงพยาบาลมีจำนวนผู้มีอายุมากกว่า มีผู้มีระดับรายได้ปานกลางน้อยกว่า มีผู้มีระยะเวลาทำงานนานกว่า และมีผู้สำเร็จการศึกษามากกว่า ผู้ที่ทำงานในโรงงาน นอกจากนี้ ผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลมีจิตลักษณะ 3 ด้าน คือทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่ออำนาจในตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ และลักษณะมุ่งอนาคต กับพฤติกรรมสุขภาพ 2 ด้าน คือ พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลที่เหมาะสมมากกว่าผู้ที่ทำงานในโรงงานหรือบริษัท

ประการที่ห้า การรับข่าวสารสุขภาพเป็นตัวทำนายสำคัญที่สุดของพฤติกรรมสุขภาพของคนทำงานในโรงพยาบาล และสำคัญเป็นอันดับรองจากทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มคนทำงานในโรงงาน แต่การรับรู้ข่าวสารสุขภาพ ในงานวิจัยนี้ ไม่ค่อยเกี่ยวข้องกับปริมาณและคุณภาพของการศึกษาที่บุคคลได้รับ และการทำงานในโรงพยาบาลก็ไม่ช่วยให้มีการรับข่าวสารสุขภาพได้มากกว่าการทำงานในโรงงาน

ประการที่หก กลุ่มคนทำงาน เพศหญิง เป็นกลุ่มย่อยที่มีผลเด่นชัด กล่าวคือหญิงที่มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลที่เหมาะสมมากกว่าชาย ตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร ร่วมกันทำนายพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลได้สูงสุดในกลุ่มเพศหญิง (39% และ 10%) และตัวแปรจิตลักษณะ 4 ตัวแปร ร่วมกันทำนายพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษได้สูงสุด 30% ในกลุ่มเพศหญิงเช่นกัน นอกจากนี้ หญิงถ้าทำงานในโรงพยาบาลมีการรับข่าวสารสุขภาพมาก

๗

กว่าหญิงที่ทำงานในโรงงาน ส่วนชายมีการรับข่าวสารสุขภาพน้อยไม่แตกต่างกันตามสถานที่ทำงาน

งานวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติที่สำคัญ 2 ประการคือ ประการแรก การขยายการศึกษาภาคบังคับ ถ้าจะให้ได้อย่างเด่นชัด โดยสามารถพัฒนาคุณภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของเยาวชนไทย รัฐบาลควรจัดให้เยาวชนไทยได้รับการศึกษาถึงระดับมัธยมปลาย คือให้เยาวชนได้รับการศึกษาในระบบโรงเรียนเป็นเวลา 12 ปี ซึ่งจะส่งผลต่อการมีจิตลักษณะและพฤติกรรมที่พึงปรารถนาอย่างแท้จริง

ประการที่สอง เพื่อเป็นการแก้ปัญหาสาธารณสุขของไทยจากโรคภัยไข้เจ็บที่สามารถป้องกันได้จากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และเพื่อเป็นการส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแก่ประชาชน สิ่งสำคัญที่ควรทำเป็นอันดับแรกคือ การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป และในขณะเดียวกันควรมีการเสริมสร้างลักษณะมุ่งอนาคตและความเชื่ออำนาจภายในตนให้สูงขึ้นด้วย นอกจากนี้ ควรมีการกระตุ้นให้ประชาชนสนใจในการรับข่าวสารสุขภาพให้มากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม คือ ผู้ที่มีอายุมาก และทำงานในโรงงาน

IMPORTANCE OF EDUCATIONAL ATTAINMENT TO PSYCHOLOGICAL
CHARACTERISTICS AND HEALTH BEHAVIORS
OF WORKING PEOPLE IN BANGKOK

AN ABSTRACT
BY
UBOL LEOWARIN

Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Doctor of Education degree in Development Education
at Srinakharinwirot University

October 1991

The present research study aimed to examine the relationships among educational attainment, psychological characteristics and health behavior of working people in Bangkok. There were five main objectives. First, to investigate the relationships between the four educational variables and the three types of health behavior. Second, to investigate the relationships between the educational variables and the psychological characteristics and the relationships between the educational variables and the amount of health information received. Third, to investigate the relationships between psychological characteristics and health behavior. Fourth, to compare the predictive powers of educational variables with psychological characteristics on health behavior. Fifth, to compare and contrast the health behaviors of respondents who were classified by their bio-social characteristics and work-place.

The sample consisted of 358 working people, randomly selected from 2 types of work-place in Bangkok. The ages ranged from 18-45 years old, with the average of 27 years old. The average level of education was 8 years, with the range of 4 to 12 years of education. The sample was then classified according to the following variables : occupation (174 workers in the hospitals and 184 workers in the factories or companies), sex (186 males and 172 females). In addition the sample was divided according to the nine bio-social characteristics and background. Working people in this

sample were then asked to respond to the tests and questionnaires after receiving detailed instructions from the researcher.

In this study, there were four groups of variables. The first group consisted of four educational variables, namely, level of education, school's quality, final school grade, and Thai language skill. The second group consisted of four important psychological characteristics, namely, attitude towards health behavior, life and health value, belief in internal-external locus of control of health, future-orientation and amount of health information received. The third group consisted of three types of health behaviors, namely, eating behaviors, avoidance of harmful intake behavior and hygiene behavior. The fourth group consisted of the bio-social characteristics and background of respondents including sex, age, marital status, income etc. There were the total of 21 variables in this study. Most of the variables were continuous variables. Three-way Analysis of Variance, Stepwised Multiple Regression Analysis, Pearson's Correlation Coefficients and Canonical Multiple Correlation Analysis were performed on the data.

There were six major groups of research finding. First, the group of four psychological characteristics was more powerful predictors of eating behavior and hygiene behavior (the averaged predictive values were 15% and 20%) than the group of four educational variables (the averaged predictive

values were 7% and 5%). But for the avoidance of harmful intake behavior the educational group was a more powerful predictor than the psychological group (the average predictive values were 22% and 20%) Educational variables and psychological variables together yielded 41% prediction of the group of three health behaviors. (Canonical Correlation = .64). The educational variables and psychological variables together could predict the avoidance of harmful intake behavior (33%) the most, and next was the hygiene behavior (22%) but was poorer predictors of eating behavior (18%). The important predictors of eating behavior were attitudes towards health behavior, the amount of health information received and final school grade. The important predictors of the avoidance of harmful intake behavior were the Thai-language skill, attitude towards health behavior and final school grade. The important predictors of hygiene behavior were the amount of health information received, belief in internal health of control, attitude towards health behaviors and final school grade. The most important predictor of all three aspects health behavior was attitude towards health behaviors.

Second, the four educational variables together could predict health locus of control (17%), future orientation (16%) and attitude towards health behaviors (6%). The important predictors in most cases were the Thai language skill and level of education.

Third, the workers who showed better health behaviors

than others were the ones who finished secondary school, middle socio-economic status and working in the hospital. On the contrary, the workers who had poorer health behaviors were the ones who finished elementary school, older and working in the factory or company.

Fourth, hospital workers were similar to the factory workers in the following aspects : sex, marital status, level of education, economic status and average final school grades. But the hospital workers were older, with less income, more years of work and longer post education period than factory workers. In addition, the hospital workers were higher on the three measures of psychological characteristics (attitude towards health behavior, internal health locus of control and future orientation) and two types of health behaviors (avoidance of harmful intake behaviors and hygiene behavior) than the factory or company workers.

Fifth, the amount of health information received was the most important predictor of health behavior in hospital workers and was less important than favorable attitudes to health behavior in factory workers. The amount of health information received in this study was however not related to educational variables and work-place.

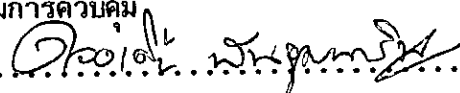
Finally, detailed analyses of the data had shown that female workers behaved more appropriately than males in the avoidance of harmful intake and hygiene behaviors. The four educational variables together could better predicted

avoidance of harmful intake behavior and hygiene behavior of female respondents (the average predictive value were 39% and 10%). On the other hand, the four psychological variables together showed the highest predictive power of avoidance of harmful intake behavior in female respondents as well (the average predictive value was 30%). Furthermore, female workers received significantly more health information than female factory workers. But for males, work-place had no effect on the amount of health information received.

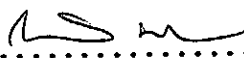
In this study, there were two important recommendations. First, for better health and higher psychological in Thai youth, the Thai-government should expand the compulsory education from 6 to 12 years. Second, in order to solve Thai public health problems from sickness that can avoid by have appropriate health behavior and in order to better promote the appropriate health behaviors in Thai people the most important mean to do was to develop positive attitudes towards health behavior which will lead to appropriate health behaviors. In addition, future orientation and belief in internal locus of control should also be heightened. Furthermore, higher interest in health information should be stimulated in all Thai workers especially in older factory workers.

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบ ได้พิจารณาปฏิญานพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษาชั้นบัณฑิต สาขา
พัฒนศึกษาศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..........ประธาน

(ศ.ดร.ดวงเดือน พันธุมนาวิน)

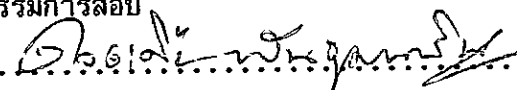
..........กรรมการ

(รศ.พญ.เยาวรัตน์ ประปักษ์ขาม)

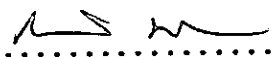
..........กรรมการ

(ดร.อาคม จันทสุนทร)

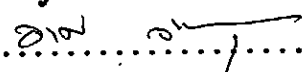
คณะกรรมการสอบ

..........ประธาน

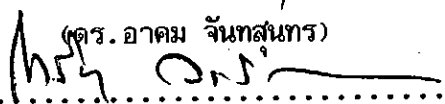
(ศ.ดร.ดวงเดือน พันธุมนาวิน)

..........กรรมการ

(รศ.พญ.เยาวรัตน์ ประปักษ์ขาม)

..........กรรมการ

(ดร.อาคม จันทสุนทร)

..........กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(ดร.โกวิท วรพนธ์)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปฏิญานพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาการศึกษาชั้นบัณฑิต สาขานวนศึกษาศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..........คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ศ.ดร.สมพร บัวทอง)

วันที่ ..๑..เดือน..๑๙๖๕..พ.ศ. 2534

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก ศาสตราจารย์ ดร.ดวงเดือน พันธุมนาวิน ประธานที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงเยาวรัตน์ ประปักษ์ขาม และ ดร.อาคม จันทสุนทร กรรมการที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาอย่างมากในการให้ความรู้ คำแนะนำ และตรวจแก้ไขทุกขั้นตอนของการทำวิจัยอย่างใกล้ชิด และขอกราบขอบพระคุณ ดร.โกวิท วรนิพนธ์ ที่ได้กรุณาสละเวลามาเป็นกรรมการร่วมในการสอบปากเปล่า

ขอขอบคุณผู้จัดการโรงงาน และผู้อำนวยการโรงพยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่และพนักงานทุกท่าน คุณวรรณฯ หะริณธนาวุฒิ คุณพวงเพ็ญ สวัสดิสาระ คุณสมหมาย บุญประเสริฐ ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณอาจารย์สมกิจ กิจนวงค์ อาจารย์สุภาพร โกเฮงกุล อาจารย์อาภรณ์ กาญจนกิจโสภณ อาจารย์นวลฉวี เรืองโรรัตนโรจน์ ที่ให้ความช่วยเหลือในด้านการวิเคราะห์ข้อมูล และขอขอบคุณมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ วิทยาเขตประสานมิตร ที่ให้ทุนอุดหนุนการวิจัย

ขอขอบคุณเพื่อน ๆ รุ่น 7 รุ่นพี่ ๆ รุ่นน้อง ๆ และผู้มีพระคุณอีกหลายท่าน ซึ่งมีอาจกล่าวนามในที่นี้ได้หมด ที่ให้การสนับสนุน ให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ตลอดจนข้อคิดเห็นต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำปริญญานิพนธ์นี้

และท้ายที่สุดขอขอบคุณกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ และคณาจารย์โรงเรียนเทพศิรินทร์ ที่สนับสนุนส่งเสริมให้ผู้วิจัยได้ใช้เวลาในการศึกษาอย่างเต็มที่

อุบล เลี้ยววาริณ

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
ขอบเขตของการวิจัย	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
ความหมายของการศึกษา	10
การวัดปริมาณและคุณภาพของการศึกษาที่บุคคลได้รับ	14
ภูมิหลังที่เกี่ยวกับการศึกษา	22
ประโยชน์ของการศึกษาต่อบุคคล	25
การศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ	30
ความหมายของสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ	30
พฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญและการวัด	31
การศึกษากับคุณภาพทางร่างกาย	34
การศึกษากับพฤติกรรมสุขภาพทั่วไป	36
การศึกษากับพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะด้านที่สำคัญ	39
การศึกษากับพฤติกรรมกรากิน	40
การศึกษากับพฤติกรรมกรากหลักเลี่ยงการเสพสาร ที่เป็นโทษ	43
การศึกษากับพฤติกรรมกรารักษาอนามัยส่วนบุคคล	46

ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ	52
จิตลักษณะกับพฤติกรรมสุขภาพ	52
ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ	56
ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ	60
ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพ	63
ลักษณะมุ่งอนาคตกับพฤติกรรมสุขภาพ	68
การรับข่าวสารสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ	72
ลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังกับพฤติกรรมสุขภาพ	77
✓ รายได้กับพฤติกรรมสุขภาพ	77
✓ เพศกับพฤติกรรมสุขภาพ	79
สถานภาพสมรสกับพฤติกรรมสุขภาพ	80
✓ อายุกับพฤติกรรมสุขภาพ	81
อาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ	82
การศึกษา ลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังอื่น ๆ กับ จิตลักษณะ 4 ด้าน	83
การศึกษา ลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังอื่น ๆ กับทัศนคติ ต่อพฤติกรรมสุขภาพ	84
การศึกษา ลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังอื่น ๆ กับค่านิยม ด้านชีวิตและสุขภาพ	86
การศึกษา ลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังอื่น ๆ กับความ เชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ	88
การศึกษา ลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังอื่น ๆ กับ ลักษณะมุ่งอนาคต	91

กรอบความคิดสำหรับการวิจัย	93
แผนภูมิแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัย	94
นิยามปฏิบัติการของตัวแปร	95
สมมติฐานการวิจัย	102
3 วิธีดำเนินการวิจัย	103
ประชากร	103
กลุ่มตัวอย่าง	103
วิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง	104
ตัวแปรที่ศึกษา	105
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	106
การเก็บรวบรวมข้อมูล	113
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	113
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	115
ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	116
การศึกษาและจิตลักษณะกับพฤติกรรมการกิน	121
การศึกษาและจิตลักษณะกับพฤติกรรมการหลีกเลี่ยง	
การเสพสารที่เป็นโทษ	135
การศึกษาและจิตลักษณะกับพฤติกรรมการรักษา	
อนามัยส่วนบุคคล	152
การศึกษาและจิตลักษณะกับพฤติกรรมสุขภาพ :	
พิจารณาในเชิงสหสัมพันธ์คาโนนิคอล	167
การศึกษากับจิตลักษณะ 4 ด้าน	169

การศึกษากับทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ	170
การศึกษากับค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ	177
การศึกษากับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เกี่ยวกับสุขภาพ	182
การศึกษากับลักษณะมุ่งอนาคต	190
การศึกษากับการรับข่าวสารสุขภาพและทักษะภาษาไทย	197
การศึกษากับการรับข่าวสารสุขภาพ	197
การศึกษากับทักษะภาษาไทย	203
5 การสรุปและอภิปรายผล	212
การสรุปและอภิปรายผลตามสมมติฐาน	213
สมมติฐาน 1	213
สมมติฐาน 2	215
สมมติฐาน 3	218
สมมติฐาน 4	219
สมมติฐาน 5	224
สมมติฐาน 6	225
ความสำคัญของการศึกษาต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพ	228
การศึกษากับจิตลักษณะและการรับข่าวสารสุขภาพ	229
การศึกษากับพฤติกรรมสุขภาพ	232
การศึกษากับพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะด้าน	235
ดัชนีทางการศึกษาในการทำนายจิตลักษณะและ พฤติกรรมสุขภาพ	240
การศึกษาของบิดามารดากับลักษณะของบุตร	243

ระยะเวลาที่สำเร็จการศึกษากับจิตลักษณะและ	
พฤติกรรมสุขภาพ	244
จิตลักษณะที่สำคัญของคนไทย : สาเหตุและผล	245
ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ	245
ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ	246
ลักษณะมุ่งอนาคต	248
ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ	250
การรับข่าวสารสุขภาพ : สาเหตุและผล	254
การทำงานในโรงพยาบาลหรือโรงงานกับจิตลักษณะ	
และพฤติกรรมสุขภาพ	256
ข้อดีและข้อจำกัดของการวิจัย	258
ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป	260
ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ	262
บรรณานุกรม	266
ภาคผนวก	306
ภาคผนวก ก	307
ภาคผนวก ข	344
ภาคผนวก ค	440
ประวัติย่อของผู้วิจัย	442

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงเกณฑ์การให้คะแนนระดับเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ตอบ	100
2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการกิน เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มรวม	122
3 ค่าเอฟของการวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการกิน เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มย่อยต่าง ๆ	124
4 เปอร์เซนต์การทำนายและลำดับความสำคัญของตัวทำนายต่าง ๆ ของตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร ที่มีต่อพฤติกรรมการกิน ทั้ง ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย	127
5 เปอร์เซนต์การทำนายและลำดับความสำคัญของตัวทำนายต่าง ๆ ของตัวแปรจิตลักษณะ 4 ตัวแปรที่มีต่อพฤติกรรมการกิน ทั้งใน กลุ่มรวม และกลุ่มย่อย	129
6 เปอร์เซนต์การทำนายและลำดับความสำคัญของตัวทำนายต่าง ๆ ของตัวแปรการศึกษาและตัวแปรจิตลักษณะรวม 8 ตัวแปร ที่มี ต่อพฤติกรรมการกิน ทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย	131
7 เปอร์เซนต์การทำนายและลำดับความสำคัญของตัวทำนายต่าง ๆ ของตัวแปรการศึกษาและตัวแปรจิตลักษณะรวม 8 ตัวแปร ที่มี ต่อพฤติกรรมการกิน ในกลุ่มย่อยต่าง ๆ ของกลุ่มอาชีพที่ไม่ เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (กลุ่มโรงงาน) และกลุ่มอาชีพที่เกี่ยวข้อง กับสุขภาพ (กลุ่มโรงพยาบาล)	132

8	เปอร์เซ็นต์การทำงาน และลำดับความสำคัญของ ตัวทำนายต่าง ๆ ที่มีต่อพฤติกรรมการกิน ทั้งใน กลุ่มรวมและกลุ่มย่อย	134
9	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการ หลักเลี้ยงการเสกสารที่เป็นโทษ เมื่อพิจารณาตาม ระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มรวม	137
10	ค่าเอฟของการวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการ หลักเลี้ยงการเสกสารที่เป็นโทษ เมื่อพิจารณาตามระดับ การศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มย่อยต่าง ๆ	138
11	เปอร์เซ็นต์การทำงานและลำดับความสำคัญของตัวทำนาย ต่าง ๆ ของตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร ที่มีต่อพฤติกรรม การหลักเลี้ยงการเสกสารที่เป็นโทษทั้งในกลุ่มรวม และ กลุ่มย่อย	143
12	เปอร์เซ็นต์การทำงานและลำดับความสำคัญของตัวทำนาย ต่าง ๆ ของตัวแปรจิตลักษณะ 4 ตัวแปร ที่มีต่อพฤติกรรม การหลักเลี้ยงการเสกสารที่เป็นโทษ ทั้งในกลุ่มรวมและ กลุ่มย่อย	145
13	เปอร์เซ็นต์การทำงานและลำดับความสำคัญของตัวทำนาย ต่าง ๆ ของตัวแปรการศึกษาและตัวแปรจิตลักษณะ รวม 8 ตัวแปร ที่มีต่อพฤติกรรมการหลักเลี้ยงการเสกสารที่ เป็นโทษ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย	147

14	เปอร์เซ็นต์การทำงานและลำดับความสำคัญของตัวทำนาย ต่าง ๆ ของตัวแปรการศึกษาและตัวแปรจิตลักษณะ รวม 8 ตัวแปร ที่มีต่อพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่ เป็นโทษ ในกลุ่มย่อยต่าง ๆ ของกลุ่มอาชีพที่ไม่เกี่ยวข้องกับ กับสุขภาพ (กลุ่มโรงงาน) และกลุ่มอาชีพที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพ (กลุ่มโรงพยาบาล)	149
15	เปอร์เซ็นต์การทำงาน และลำดับความสำคัญของ ตัวทำนายต่าง ๆ ที่มีต่อพฤติกรรมการหลีกเลี่ยง การเสพยาที่เป็นโทษ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย	151
16	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการรักษา อนามัยส่วนบุคคลเมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มรวม	154
17	ค่าเอฟของการวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรม รักษาอนามัยส่วนบุคคล เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มย่อยต่าง ๆ	155
18	เปอร์เซ็นต์การทำงานและลำดับความสำคัญของตัวทำนาย ต่าง ๆ ของตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร ที่มีต่อพฤติกรรม การรักษาอนามัยส่วนบุคคล ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย	158
19	เปอร์เซ็นต์การทำงานและลำดับความสำคัญของตัวทำนาย ต่าง ๆ ของตัวแปรจิตลักษณะ 4 ตัวแปร ที่มีต่อพฤติกรรม การรักษาอนามัยส่วนบุคคล ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย	160

20	เปอร์เซ็นต์การทํานายและลําดับความสําคัญของตัวทํานาย ต่าง ๆ ของตัวแปรการศึกษา และตัวแปรจิตลักษณะรวม 8 ตัวแปร ที่มีต่อพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย	162
21	เปอร์เซ็นต์การทํานายและลําดับความสําคัญของตัวทํานาย ต่าง ๆ ของตัวแปรการศึกษาและตัวแปรจิตลักษณะ รวม 8 ตัวแปร ที่มีต่อพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ใน กลุ่มย่อยต่าง ๆ ของกลุ่มอาชีพที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (กลุ่มโรงงาน) และกลุ่มอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (กลุ่มโรงพยาบาล)	164
22	เปอร์เซ็นต์การทํานาย และลําดับความสําคัญของตัวทํานาย ต่าง ๆ ที่มีต่อพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ทั้งใน กลุ่มรวมและกลุ่มย่อย	166
23	ค่าสหสัมพันธ์คาโนนิกอล 1, 2, 3 ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย	168
24	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของทัศนคติต่อพฤติกรรม สุขภาพ เมื่อพิจารณาตาม ระดับการศึกษา อายุ และ อาชีพ ในกลุ่มรวม	171
25	ค่าเอฟของการวิเคราะห์ความแปรปรวนของทัศนคติต่อ พฤติกรรมสุขภาพ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มย่อยต่าง ๆ	172
26	เปอร์เซ็นต์การทํานายและลําดับความสําคัญของตัวทํานาย ต่าง ๆ ของตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร ที่มีต่อทัศนคติต่อ พฤติกรรมสุขภาพ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย	176

27	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่านิยมด้านชีวิตและ สุขภาพ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และ อาชีพ ในกลุ่มรวม	178
28	ค่าเอฟของการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่านิยมชีวิต และสุขภาพ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มย่อยต่าง ๆ	179
29	เปอร์เซ็นต์การทํานายและลำดับความสำคัญของตัวทํานาย ต่าง ๆ ของตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร ที่มีต่อค่านิยม ด้านชีวิตและสุขภาพ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย	181
30	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความเชื่ออำนาจ ภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อพิจารณาตาม ระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มรวม	183
31	ค่าเอฟของการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความเชื่ออำนาจ ภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อพิจารณาตามระดับ การศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มย่อยต่าง ๆ	185
32	เปอร์เซ็นต์การทํานายและลำดับความสำคัญของตัวทํานาย ต่าง ๆ ของตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร ที่มีต่อความเชื่อ อำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย	189
33	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของลักษณะมุ่งอนาคต เมื่อ พิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มรวม	192
34	ค่าเอฟของการวิเคราะห์ความแปรปรวนของลักษณะมุ่งอนาคต เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่ม ย่อยต่าง ๆ	193

35	เปอร์เซ็นต์การทํานาย และลําดับความสําคัญของตัวทํานาย ต่าง ๆ ของตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปรที่มีต่อลักษณะ มุงอนาคต ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย	195
36	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการรับข่าวสารสุขภาพ เมื่อพิจารณาตาม ระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มรวม	198
37	ค่าเอฟของการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการรับข่าวสาร สุขภาพ เมื่อพิจารณาจากระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มย่อยต่าง ๆ	200
38	เปอร์เซ็นต์การทํานายและลําดับความสําคัญของตัวทํานาย ต่าง ๆ ของตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร ที่มีต่อการรับ ข่าวสารสุขภาพ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย	202
39	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของทักษะทางภาษาไทย เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มรวม	205
40	ค่าเอฟของการวิเคราะห์ความแปรปรวนของทักษะทาง ภาษาไทย เมื่อพิจารณาจากระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มย่อยต่าง ๆ	206
41	เปอร์เซ็นต์การทํานาย และลําดับความสําคัญของตัว ทํานายต่าง ๆ ที่มีต่อทักษะทางภาษาไทย ทั้งใน กลุ่มรวมและกลุ่มย่อย	214
42	การเปรียบเทียบเปอร์เซ็นต์ทํานายรวมของตัวทํานาย 3 ชุด ที่มีต่อพฤติกรรมการกิน ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย	221

43	การเปรียบเทียบเปอร์เซ็นต์ทำนายรวมของตัวทำนาย 3 ชุด ที่มีต่อพฤติกรรมหลักเลี้ยงการแสวงหาที่เป็นโทษ ทั้งใน กลุ่มรวมและกลุ่มย่อย	222
44	การเปรียบเทียบเปอร์เซ็นต์ทำนายรวมของตัวทำนาย 3 ชุด ที่มีต่อพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย	223

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 ทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรม	54
2 แผนภูมิแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัยนี้	94
3 แสดงอำนาจทำนายระหว่างตัวแปรการศึกษา กับ จิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพ	241
4 แสดงอำนาจทำนายระหว่างตัวแปรจิตลักษณะและ พฤติกรรมสุขภาพ	253
5 ปริมาณความแตกต่างของจิตลักษณะ การรับข่าวสารสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาล และผู้ที่ทำงานในโรงงาน	257

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาบุคคลเป็นงานที่สำคัญและจำเป็นมากในกระบวนการพัฒนาประเทศ ทั้งนี้เพราะประเทศจะพัฒนาไปได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับคุณภาพของบุคคลในประเทศเป็นสำคัญ เครื่องมือสำคัญที่มีบทบาทในการพัฒนาบุคคล ได้แก่ การศึกษา โดยการศึกษาจะช่วยสร้างเสริมคุณภาพของบุคคล ให้เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ เป็นพลเมืองดีที่พึงปรารถนาของประเทศ สามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงของสังคมได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ การศึกษายังมีบทบาทเป็นตัวการถ่ายทอดผลิตผลทางปัญญา ประสบการณ์ ตลอดจนมรดกทางปัญญาทางวัฒนธรรม สู่คนรุ่นใหม่ ๆ ต่อไป ปลุกฝังความคิด ความเชื่อ ค่านิยม อุดมการณ์ทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ตลอดจนช่วยเตรียมกำลังคน พัฒนาความสามารถทางสังคม เพื่อให้บุคคลดำรงตนในสังคมอย่างมีความสุข (กระทรวงศึกษาธิการ. 2505:5; ดร.อุทัย บุญประเสริฐ. 2529 : 5)

จากการตระหนักถึงความสำคัญของการใช้การศึกษาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาบุคคล รัฐได้ออกพระราชบัญญัติประถมศึกษา ในปีพุทธศักราช 2464 เพื่อบังคับให้เด็กที่มีอายุในเกณฑ์บังคับ คือมีอายุระหว่าง 6-8 ปี เข้ารับการศึกษาในระบบโรงเรียน โดยกำหนดให้เรียนอย่างน้อย 4 ปี และต่อมาในปี พุทธศักราช 2503 ได้มีการขยายการศึกษาภาคบังคับเพิ่มจาก 4 ปีเป็น 7 ปี ตามแผนการศึกษาชาติปี 2503 โดยมีลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไป ตามความพร้อมของทรัพยากรในแต่ละชุมชน จากแนวนโยบายนี้รัฐสามารถขยายการศึกษาภาคบังคับเป็น 7 ปี ได้ครอบคลุมร้อยละ 57 ของตำบลทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2521 และนับจากปี พ.ศ. 2521 เป็นต้นมา การศึกษาในระดับประถมศึกษาได้ถูกกำหนดเป็นการศึกษาบังคับทั่วประเทศ ระบบการ

ศึกษานี้ได้รับการปฏิบัติอย่างรวดเร็ว โดยสามารถขยายได้ร้อยละ 94 ของชุมชนทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2523 หลังจากมีการใช้การศึกษาภาคบังคับประถม 6 มาเป็นเวลา 10 ปี ในปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2533 คณะรัฐมนตรีได้มีมติให้ขยายการศึกษาภาคบังคับจาก 6 ปี เป็น 9 ปี ภายในปี พ.ศ. 2538 โดยในปีการศึกษา 2534 นี้ คณะรัฐมนตรีมีมติให้สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ จัดโครงการนำร่องการขยายการศึกษาภาคบังคับเป็น 9 ปี โดยใช้โรงเรียนประถมศึกษาจำนวน 219 โรงเรียน (สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ. 2533)

การขยายการศึกษาภาคบังคับจาก 6 ปีมาเป็น 9 ปี เพื่อเตรียมเยาวชนให้สามารถปรับตัวได้ทันกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และแนวโน้มของสังคมที่กำลังพัฒนาไปสู่ความเป็นประเทศอุตสาหกรรมมากขึ้น (กรมวิชาการ. 2533) จากการศึกษาข้อมูลในอดีตของนักสังคมวิทยา พบว่าสิ่งสำคัญที่ทำให้ประเทศอุตสาหกรรมประสบความสำเร็จ คือ การมีประชากรที่มีคุณภาพมีการศึกษาในระดับสูงเป็นจำนวนมาก เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา ก่อนที่จะก้าวมาเป็นประเทศอุตสาหกรรม ได้มีประชากรผู้ใหญ่ ผิวขาว มีการศึกษาในระดับอย่างต่ำ เกเรด 12 ถึงร้อยละ 90 ก่อนปี ค.ศ. 1890 (Smelser and Lipset. 1966) ส่วนประเทศอุตสาหกรรมใหม่ในเอเชีย เช่น เกาหลี พบว่ามีประชากรสำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมถึงร้อยละ 94 ได้หวัน มีประชากรสำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมถึงร้อยละ 91 ในขณะที่ประเทศไทย มีผู้สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมเพียงร้อยละ 30 เท่านั้น (Komin. 1989:47)

การศึกษาภาคบังคับในประเทศที่มีความเจริญทางด้านอุตสาหกรรมกำหนดให้เยาวชนได้รับการศึกษาเป็นเวลาอย่างน้อย 9-12 ปี ตัวอย่างเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา จะกำหนดให้เยาวชนอายุระหว่าง 6-17 ปี เข้ารับการศึกษาในระบบโรงเรียนเป็นเวลา 12 ปี ประเทศอังกฤษ และออสเตรเลีย กำหนดให้เยาวชนระหว่างอายุ 6-16 ปี เข้าเรียนในโรงเรียนเป็นเวลา 11 ปี ประเทศสิงคโปร์กำหนดให้เยาวชนระหว่างอายุ 6-15 ปี เข้าเรียนในโรงเรียนรวมเป็นเวลา 10 ปี ประเทศ

Schultz. 1963; Taubman and Wales. 1975) ความสัมพันธ์ของการศึกษากับการเลื่อนตำแหน่งงาน (Howard. 1986) ความสัมพันธ์ของการศึกษากับประสิทธิภาพการจ้ดองค์กร (Lawler. 1985) ผลงานวิจัยต่าง ๆ ให้ข้อค้นพบที่สอดคล้องกันว่า บุคคลที่ได้รับการศึกษาในระดับที่สูงกว่า มีโอกาสได้รับรายได้สูงกว่า มีโอกาสเลื่อนตำแหน่งงานที่สูงกว่า และจัดองค์กรที่มีประสิทธิภาพสูงกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่า

การวิจัยที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของการศึกษากับตัวแปรต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยผลของการศึกษาในด้านเศรษฐศาสตร์ ส่วนการวิจัยการส่งผลของการศึกษาในด้านอื่น ๆ โดยเฉพาะด้านสาธารณสุขและในสังคมเมืองในประเทศไทย โดยมีการศึกษาเป็นตัวแปรสำคัญมีอยู่น้อย งานวิจัยนี้จึงต้องการศึกษาว่าการได้รับการศึกษาในปริมาณและคุณภาพที่ต่างกัน จะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในกรุงเทพมหานครแตกต่างกันหรือไม่ เพียงใด ทั้งนี้เนื่องจากจะเป็นการดูผลของการให้การศึกษาของรัฐที่ผ่านมาแล้ว ยังเป็นการช่วยให้เข้าใจถึงพฤติกรรมสุขภาพพื้นฐานของประชาชน ซึ่งจะส่งผลต่อการแก้ปัญหาสาธารณสุขอย่างถูกต้องต่อไป ทั้งนี้เพราะในปัจจุบันแม้ว่ารัฐบาลจะได้มีการสร้างสถานบริการสาธารณสุขในทุกระดับ คือตั้งแต่ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล ให้สามารถครอบคลุมพื้นที่และประชาชนแล้วก็ตาม แต่ปัญหาสาธารณสุขต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นประจำ เช่น ปัญหาทุพโภชนาการ ปัญหาโรคติดต่อต่าง ๆ เป็นต้น ยังเปลี่ยนแปลงไปน้อยมาก ทั้ง ๆ ที่ปัญหาเหล่านี้เป็นสิ่งป้องกันได้โดยประชาชนเองจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (ประเวศ วะสี. 2528:45; ปรีชา ดีสวัสดิ์. 2528:31)

การวิจัยถึงความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานครนั้น นอกเหนือจากการให้ความสำคัญต่อตัวแปรการศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพแล้ว ผู้วิจัยจำเป็นต้องพิจารณาตัวแปรทางด้านอื่น ๆ ประกอบด้วย กล่าวคือ การมีพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล นอกจากจะขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจ ซึ่งโดยทั่วไปบุคคลได้รับจากการศึกษาทั้งในระบบโรงเรียน นอกโรงเรียน ตลอดจนสื่อสารมวลชนต่าง ๆ แล้ว ยังมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะทางจิตใจของ

บุคคลผู้นั้นด้วย คือ การกระทำพฤติกรรมสุขภาพอาจขึ้นอยู่กับ การที่บุคคลนั้น

- (1) เห็นประโยชน์และคุณค่าของการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งหมายถึง การมีทัศนคติที่ดีต่อ *
พฤติกรรมสุขภาพ (2) เห็นความสำคัญของการมีชีวิตอยู่และการมีสุขภาพที่ดี ซึ่ง
 หมายถึง การมีค่านิยมที่ดีด้านชีวิตและสุขภาพ (3) การเชื่อว่า การมีสุขภาพที่ดีเป็น
ผลมาจากการกระทำของตนเอง ซึ่งหมายถึง การมีความเชื่ออำนาจภายในตน และ
 (4) การคาดการณืไกล โดยมองเห็นผลของการมีสุขภาพดีในระยะยาว ซึ่งหมายถึง -
ลักษณะมุ่งอนาคต ฉะนั้นในงานวิจัยนี้ นอกจากจะศึกษาความสัมพันธ์ของการศึกษากับ
 พฤติกรรมสุขภาพแล้ว ยังศึกษาความสัมพันธ์ของการศึกษากับจิตลักษณะ และจิตลักษณะ
 กับพฤติกรรมสุขภาพด้วย

นอกจากนี้ การศึกษาในระดับต่าง ๆ อาจมีผลต่อจิตใจและพฤติกรรมสุขภาพ
 ของบุคคลได้มากน้อยต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะชีวิตสังคมและภูมิหลัง ตลอดจนประสบการณ์ต่าง ๆ
 ในชีวิตที่ได้จากการทำงาน และการรับข่าวสารต่าง ๆ ด้วย ฉะนั้น
 ในงานวิจัยนี้จึงมีตัวแปรด้านลักษณะชีวิตสังคมและภูมิหลัง ตลอดจนการรับข่าวสาร
 ประกอบด้วย ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับเศรษฐกิจของครอบครัว อาชีพที่
 เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ทำงานในอาชีพปัจจุบัน และการรับ
 ข่าวสารสุขภาพ โดยให้เป็นตัวแปรในการแบ่งกลุ่มย่อย (Moderating Variables)
 และตัวแปรเชื่อมแทรก (Mediating Variables) ทั้งนี้เพื่อให้ผลการวิจัยมีความ
 เฉพาะเจาะจง และชัดเจนมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณและคุณภาพของการศึกษากับ
 พฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มผู้ถูกศึกษาประเภทต่าง ๆ ทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่แบ่งตาม
 ลักษณะชีวิตสังคมและภูมิหลัง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณและคุณภาพของการศึกษากับ
 จิตลักษณะ 4 ด้าน และการรับข่าวสารสุขภาพ ในกลุ่มผู้ถูกศึกษาประเภทต่าง ๆ ทั้ง

กลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่แบ่งตามลักษณะชีวสังคมและภูมิหลัง

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง จิตลักษณะ 4 ด้าน กับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ถูกศึกษาประเภทต่าง ๆ ทั้งกลุ่มรวม และกลุ่มย่อยที่แบ่งตามลักษณะชีวสังคมและภูมิหลัง

4. เพื่อเปรียบเทียบอำนาจทำนายของตัวแปรต่าง ๆ ในกลุ่มการศึกษาและกลุ่มจิตลักษณะ ต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ถูกศึกษาประเภทต่าง ๆ ทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่แบ่งตามลักษณะชีวสังคมและภูมิหลัง

5. เพื่อศึกษาว่ากลุ่มผู้ถูกศึกษาที่แบ่งตามระดับการศึกษา ลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังกลุ่มใด จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่ากลุ่มอื่น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลงานวิจัยนี้จะชี้ให้เห็นว่า ผลของการให้การศึกษาของรัฐที่ผ่านมาได้มีส่วนช่วยพัฒนา จิตลักษณะ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ได้มากน้อยเพียงใด

2. ผลงานวิจัยนี้จะทำให้ได้ดัชนีทางการศึกษาในการวัดจิตลักษณะ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

3. ผลงานวิจัยนี้จะทำให้ทราบว่า ผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังแบบใด จะได้รับประโยชน์จากการศึกษามากที่สุด

4. ผลงานวิจัยนี้ จะทำให้ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาสาธารณสุขได้ตรงเป้าหมายมากยิ่งขึ้น และใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

5. ผลงานวิจัยนี้ จะเป็นการสร้างความต่อเนื่องของทฤษฎีและผลงานวิจัยระหว่างสาขาวิชาการศึกษา สาขาวิชาจิตวิทยาสังคม และสาขาวิชาสาธารณสุข

ขอบเขตของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีขอบเขตและข้อจำกัด ดังต่อไปนี้

1. ทางด้านการศึกษา จะศึกษาเฉพาะผู้สำเร็จการศึกษาในระบบโรงเรียน หรือนอกระบบโรงเรียน ตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษา ถึงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า
2. ทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ จะศึกษาเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพใน 3 ด้าน คือพฤติกรรมการกิน พฤติกรรมหลักเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ และพฤติกรรม การรักษาอนามัยส่วนบุคคล
3. ทางด้านจิตลักษณะ จะศึกษาเฉพาะจิตลักษณะ 4 ด้าน คือ ทิศนคติต่อ พฤติกรรมสุขภาพ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอก เกี่ยวกับสุขภาพ และลักษณะมุ่งอนาคต
4. ทางด้านการรับข่าวสาร จะศึกษาเฉพาะปริมาณการรับข่าวสารสุขภาพ เท่านั้น
5. ทางด้านกลุ่มตัวอย่าง จะศึกษาเฉพาะผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยทำงานในโรงพยาบาลของรัฐบาล และมีอาชีพที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยทำงานในโรงงานหรือบริษัท ที่มีอายุระหว่าง 18-45 ปี และสำเร็จการศึกษาสูงสุดตั้งแต่ระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า
6. วิธีการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยใช้แบบวัดและแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้ตอบรายงานเกี่ยวกับตนเอง มิได้มีการวัดด้วยวิธีอื่น ๆ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การศึกษา หมายถึง กลุ่มของตัวแปรประกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปริมาณและคุณภาพของการศึกษาที่บุคคลได้รับ ทั้งจากการศึกษาในระบบและ

การศึกษาตลอดชีพที่ได้จากอาชีพและประสบการณ์ทางสังคมอื่น ๆ ทั้งในอดีตและปัจจุบัน โดยมีทั้งสิ้น 4 ตัวแปรคือ ระดับการศึกษา ซึ่งใช้จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา ผลการเรียนปีสุดท้าย ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา และทักษะทางภาษาไทย

2. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติใด ๆ ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง และป้องกันร่างกายให้ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ซึ่งในงานวิจัยนี้มุ่งศึกษาเฉพาะพฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล

3. จิตลักษณะ 4 ด้าน หมายถึง ตัวแปรจิตลักษณะที่เป็นองค์ประกอบทางจิตใจ อันจะก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งในงานวิจัยนี้มุ่งศึกษาเฉพาะทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เกี่ยวกับสุขภาพ และลักษณะมุ่งอนาคต

4. การรับข่าวสารสุขภาพ หมายถึง ปริมาณการรับข่าวสารสุขภาพจากสื่อสารมวลชนประเภทต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ และสิ่งตีพิมพ์ต่าง ๆ

5. ผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร หมายถึง บุคคลที่มีอาชีพการทำงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยทำงานในโรงพยาบาลของรัฐบาล และมีอาชีพการทำงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยทำงานในโรงงาน หรือบริษัทต่าง ๆ ในเขตกรุงเทพมหานคร

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ คือการศึกษาความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร การประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจึงเน้นที่การศึกษาในบทบาทที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดผลดีต่อบุคคล ฉะนั้น การจำแนกเนื้อหาสาระในส่วนนี้ จึงแบ่งออกเป็น 4 ส่วนใหญ่ ๆ คือ 1) การศึกษาในด้านความหมายการวัด และประโยชน์ทั่วไป 2) การศึกษากับพฤติกรรมสุขภาพ 3) ปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ และ 4) การศึกษากับจิตลักษณะ 4 ด้าน

ความหมายของการศึกษา

การศึกษามีความหมายแตกต่างกันหลายประการ ขึ้นอยู่กับทัศนะของผู้มอง บางพวกพิจารณาการศึกษาในรูปแบบที่คำนึงถึงที่มาของการศึกษา บ้างมองในแง่เป็นวิชาการแขนงหนึ่ง บ้างมองในแง่วิชาชีพ เป็นต้น การตีความหรือกำหนดความหมายของการศึกษามักจะแปรไปตามทัศนะ ค่านิยม คติ ความเชื่อ และกรอบการพิจารณาที่บุคคลนั้นยึดถือเป็นสำคัญ (อุทัย บุญประเสริฐ, 2529:4) เช่นนักมานุษยวิทยา มองการศึกษาเป็นกระบวนการถ่ายทอดวัฒนธรรมหรืออีกนัยหนึ่ง คือกระบวนการนำสมาชิกใหม่ ๆ เข้าสู่วิถีชีวิตในสังคมของเขาและการถ่ายทอดมรดกทางวัฒนธรรมสู่คนรุ่นหลัง (Spindler, 1964:58) นักเศรษฐศาสตร์ มองการศึกษาเป็นกระบวนการพัฒนาสังคม พัฒนาตัวบุคคลและกำลังคนเพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในท้ายที่สุด (Samuelson, 1973:777) นักรัฐศาสตร์ มองการศึกษาเป็นกระบวนการประชาธิปไตย เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้พลเมืองเข้าใจและยอมรับระบอบการปกครองที่รัฐปรารถนา และมองการศึกษาเป็นสิทธิมนุษยชนที่จะต้องจัดให้การศึกษากระจายไปยัง

ผู้รับอย่างกว้างขวางที่สุด (Rodee. 1967:537) นักสังคมวิทยาการศึกษาเป็นกระบวนการขัดเกลาทางสังคม เพื่อให้บุคคลเป็นสมาชิกที่ดีของสังคม มีความเข้าใจวัฒนธรรม มีทักษะความรู้ที่จำเป็นในการประกอบอาชีพและการดำเนินชีวิตในสังคม (Parsons. 1964:239) นักการศึกษา มองการศึกษาเป็นกระบวนการจัดประสบการณ์ที่เหมาะสมให้กับผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนได้เจริญงอกงามและพัฒนาไปในแนวทางที่ปรารถนา (สาโรช บัวศรี. 2528:3) ส่วนนักจิตวิทยาการศึกษาว่าเป็นสาเหตุภายนอกตัวบุคคล ประกอบด้วยการเร้า การเสริมแรง และการให้แบบอย่างทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงจิตใจ และพฤติกรรมของบุคคลในที่สุด ในการประมวลเอกสารงานวิจัยในส่วนนี้จะพิจารณาความหมายของการศึกษาใน 4 ด้านด้วยกันคือ 1) ด้านบทบาทของผู้ให้การศึกษา 2) ด้านวิชาการและกระบวนการ 3) ด้านอุปกรณ์ที่ใช้และสภาพแวดล้อม 4) ด้านผู้รับการศึกษา

ในด้านบทบาทของผู้ให้การศึกษา การศึกษาตามนัยนี้จะหมายถึง ผู้ที่นำกระบวนการเปิดเสรีมาพัฒนาบุคคลอื่น ๆ ให้เกิดความสามารถด้านต่าง ๆ ค่านิยม ทศนคติ ตลอดจนพฤติกรรมต่าง ๆ ที่มีคุณค่าอันเป็นที่พึงปรารถนาในสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ (Good. 1959 : 191) การศึกษาในความหมายนี้จะเน้นที่การให้การศึกษา เพื่อให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาและเข้าใจความต้องการที่แท้จริงของตนเพื่อก่อให้เกิดความเจริญในด้าน พุทธิปัญญา จิตใจ สังคม และสุขภาพพลานามัย (เอกวิทย์ ณ ถลาง. 2513) ฉะนั้น ในด้านผู้ให้การศึกษา ซึ่งในที่นี้ขอเน้นกล่าว เฉพาะครู อาจารย์ ควรมีบทบาทในการจัดหาโอกาส สร้างบรรยากาศ ตลอดจนส่งเสริม สนับสนุน ให้กำลังใจผู้เรียนได้สำรวจตนเองว่าคือใคร มีความต้องการเป็นอะไร ต้องการมีอะไร และช่วยเหลือให้ผู้เรียนเข้าใจตนเอง กล้าที่จะทำสิ่งใหม่ ๆ มีความคิดสร้างสรรค์ และเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ (Howe. 1971:547-549) นอกจากนี้ครูอาจารย์ยังเป็นแบบอย่างแก่ผู้อื่นในด้านจิตใจและพฤติกรรม ครูต้องทำหน้าที่เป็นผู้ชี้แนะแนวทางการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องชักนำให้ผู้เรียนได้ฝึกฝนพัฒนาตน เสริมความพร้อมความสามารถในการที่จะเผชิญกับสิ่งแวดล้อมภายนอกเพื่อสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข (พระเทพเวที. 2531:71)

ในด้านวิชาการและกระบวนการการศึกษาตามนัยนี้จะหมายถึง กระบวนการทางสังคมที่เลือกสรรและควบคุมสิ่งแวดล้อมให้บุคคลได้รับความรู้ความสามารถ และพัฒนาตนเองได้อย่างดีที่สุดในสังคมปรารถนา โดยเฉพาะผ่านกระบวนการที่ทางสถาบันการศึกษาเป็นผู้จัดให้ โดยผ่านการสั่งสอน ฝึกอบรม และรับการถ่ายทอดทักษะประสบการณ์ต่าง ๆ (Good. 1959 : 191; ภิญโญ สาคร. 2530 : 4)

การศึกษาตามความหมายนี้จะเน้นที่วิธีการจัดการเรียนการสอนและกระบวนการให้การศึกษาต่าง ๆ ซึ่งโดยทั่วไปจะถูกวางแผนโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านศึกษาศาสตร์ในการจัดหาเลือกสรรประสบการณ์ชนิดต่าง ๆ ให้กับผู้เรียนเพื่อให้ผู้เรียนประสบผลสำเร็จ ในการกระทำตามบทบาทหน้าที่ของตน (Deighton. 1971:59) โดยครูอาจารย์เป็นผู้ดำเนินการหรือใช้วิธีการตามที่ผู้เชี่ยวชาญกำหนดไว้ต่อผู้เรียนในด้านอุปกรณ์ที่ใช้และสภาพแวดล้อม การศึกษาตามนัยนี้จะหมายถึงสถานศึกษา เช่น โรงเรียน วิทยาลัย และมหาวิทยาลัย เป็นต้น โดยสถานศึกษาเหล่านี้จะถูกจัดตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ในการให้บริการการศึกษาแก่เยาวชนและประชาชนที่สนใจทั่วไป สถานศึกษาเหล่านี้จะประกอบด้วย วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการเรียนการสอน มีรูปแบบการจัดชั้นเรียน การจัดเวลาเรียน การจัดห้องเรียน การกำหนดผู้สอน การจัดหลักสูตร เป็นลักษณะจำเพาะตนตามนโยบายทางการศึกษาของสังคมนั้น ๆ เป็นสำคัญ และสถานศึกษาเหล่านี้จะเป็นผู้รับผิดชอบในการพัฒนาบุคคลให้มีคุณภาพและคุณสมบัติสอดคล้องตามความต้องการของสังคม (ชนิตา รักษ์พลเมือง. 2525:76-82) สถานศึกษาโดยเฉพาะโรงเรียนนับเป็นแหล่งสำคัญของการเรียนรู้ เป็นหน่วยแรกทางสังคมที่เชื่อมโยงเด็กกับสังคมระดับอื่น ๆ เป็นสถานที่เตรียมเด็กในการเรียนรู้ที่จะอ่าน เขียน คำนวณ แก้ปัญหาต่าง ๆ โรงเรียนทำหน้าที่ให้ข่าวสาร ให้ความรู้ทางวิชาการ เพื่อช่วยให้ผู้เรียนได้พัฒนาตนให้มีความเจริญทั้งบุคลิกปัญญา จริยศึกษา หัตถศึกษา และพลศึกษา นอกจากนี้โรงเรียนยังเป็นที่ที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาความเชื่อมั่นตนเอง การมีสัมพันธกับผู้อื่น ทักษะการแก้ปัญหา การรับผิดชอบ การเป็นผู้นำ เพราะนอกจากครูแล้ว เพื่อนและสมาชิกอื่น ๆ ในสังคมโรงเรียนก็มีส่วนช่วยพัฒนาอบรมผู้เรียนได้ด้วย (Good and Weinstein. 1986:1095; Goodlad.

1984)

ในด้านผู้รับการศึกษา การศึกษาตามนัยนี้ จะหมายถึง บุคคลผู้รับการศึกษา ซึ่งจะมีคุณลักษณะและความสามารถเฉพาะตน ที่ติดมาโดยกำเนิด และมีผลต่อการเป็นสาเหตุเสริมหรือต้านอิทธิพลของทางการศึกษาต่อบุคคล ผู้รับการศึกษาจะได้รับผลของการศึกษาจากกระบวนการทางการศึกษา โดยผ่านครู อาจารย์ และวิธีการให้การศึกษารูปแบบต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับการศึกษา ค้นพบความสามารถของตนเอง มีการพัฒนาตนเองให้เป็นมนุษย์ที่มีความรู้ ความสามารถ และมีความปรารถนาที่จะเจริญงอกงามอย่างต่อเนื่อง (Dewey. 1965 : 63) การศึกษาจะช่วยให้ผู้รับการศึกษา รู้หนังสือ อ่านออกเขียนได้ ในภาษาประจำชาติของตนเรียนรู้และเข้าใจสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ ทางสังคม มีจิตใจมุ่งมั่นไปสู่ความสำเร็จและมีอนาคตที่ดี (Buripakdi. 1977) การศึกษาช่วยให้ผู้ได้รับการศึกษารู้จักควบคุมตนเอง รู้จักบทบาทหน้าที่ของตนในสังคม (ชนิตา รักษ์พลเมือง. 2525:29) การศึกษาทำให้ผู้รับการศึกษาเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจในการมองโลก มองสังคม สามารถพัฒนาค่านิยมความรู้สึกรัก ศักดิ์ศรี และปฏิบัติต่อการเห็นพ้องในสังคม (Lewin and Grabbe. 1945:503) การศึกษาก่อให้ผู้รับการศึกษาเกิดความเจริญงอกงามในด้านต่าง ๆ เช่น ทางด้านร่างกาย การศึกษาทำให้ผู้รับการศึกษามีความรู้ทางสุขศึกษาซึ่งนำไปใช้พัฒนาทางกาย ทำให้มีสุขภาพดี แข็งแรง ปราศจากโรค ทางด้านจิตใจ การศึกษาช่วยให้ผู้รับการศึกษาเข้าใจโลก เข้าใจชีวิตตามความเป็นจริง ทำให้เป็นผู้มีสุขภาพจิตดี ทางด้านปัญญา การศึกษาช่วยให้ผู้รับการศึกษา รู้จักแก้ปัญหาและรู้จักให้ความสำคัญในการพัฒนาตน เป็นต้น (พระเทพเวที. 2531:131)

แม้เราจะสามารถพิจารณาความหมายของการศึกษาออกเป็น 4 ด้าน แต่ความหมายของการศึกษาทั้ง 4 ด้านนี้มีความสัมพันธ์เกี่ยวโยงซึ่งกันและกัน ทั้งนี้เพื่อให้กระบวนการทางการศึกษาสามารถบรรลุถึงวัตถุประสงค์ คือ การเตรียมบุคคลให้พร้อมที่จะดำเนินชีวิตในสังคมนั้น ๆ อย่างมีความสุข ในงานวิจัยนี้จะเน้นความหมายของการศึกษาในด้านที่เป็นสาเหตุอื่น ๆ ทำให้เกิดผลต่อผู้รับการศึกษา โดยเฉพาะต่อพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพเกิดจากความรู้ ค่านิยมและจิตลักษณะ

อื่น ๆ โดยทั่วไปความรู้ทางเสริมสร้าง และป้องกันสุขภาพ ส่วนใหญ่ผู้รับการศึกษา จะได้รับต่อเนื่องภายหลังการเรียนในระบบโรงเรียน ฉะนั้นการศึกษาที่ดีควรเป็น การกระตุ้นให้ผู้รับการศึกษาเกิดความอยากรู้ ใฝ่ในการแสวงหาความรู้ที่มีประโยชน์ ต่อตนเอง โดยในระยะแรก ครูอาจารย์จะเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือ จนผู้รับการศึกษาสามารถพัฒนาตนเองได้มีความเข้าใจตนเอง เชื่อมั่นในความสามารถของตน ซึ่งมีผลทำให้ผู้รับการศึกษาสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและอย่างมีคุณค่า และในทางด้านสุขภาพ ก็เข้าใจได้ว่าการศึกษจะทำให้บุคคลปรารถนาที่จะมีสุขภาพ สมบูรณ์แข็งแรง ซึ่งจะทำให้ประสบความสำเร็จในด้านต่าง ๆ ต่อไป เมื่อเกิดการ เจ็บป่วยก็ทราบหนทางป้องกันแก้ไขและเสริมสร้างสุขภาพให้เกิดผลตามที่ตนปรารถนา ไร้ได้

การวัดปริมาณและคุณภาพของการศึกษาที่บุคคลได้รับ

การศึกษานับได้ว่าเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสำคัญมากในการวิจัยทางพฤติกรรม และสังคมศาสตร์ นับเป็นตัวแปรที่มีการใช้อย่างกว้างขวางในการวิจัยทางสังคมศาสตร์ โดยการศึกษาถึงตัวแปรนี้ ส่วนใหญ่จะใช้เป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาสถานภาพทาง เศรษฐกิจและสังคมของผู้ถูกศึกษา ซึ่งจะประกอบด้วยระดับการศึกษาระดับรายได้ของ ครอบครัว อาชีพ และคุณภาพที่อยู่อาศัย (White. 1982:462; Warner. 1949) จากความถี่ของการใช้ระดับการศึกษาเป็นตัวแปรในงานวิจัยต่าง ๆ ทำให้ นักวิจัย คนหนึ่ง (Ekehammer, Sidanius and Nilson. 1986:473-479) ได้ศึกษา โครงสร้างเชิงปฏิบัติการของตัวแปรสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งประกอบด้วยชนชั้นทางสังคมระดับเศรษฐกิจ ชนิดของที่อยู่อาศัย เครื่องอำนวยความสะดวกในบ้าน รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษาของพ่อแม่ และลักษณะอาชีพ การวิจัยใช้ การวิเคราะห์องค์ประกอบและสหสัมพันธ์ โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในประเทศ สวีเดน ออสเตรเลีย และสหรัฐอเมริกา ผลการวิจัยปรากฏว่าระดับการศึกษาและ อาชีพสามารถใช้เป็นตัวบ่งชี้ระดับสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมได้ในทุกประเทศ

ซึ่งตรงกับงานวิจัยของบลูและดันแคน (Blau and Duncan. 1967) แจคแมน และแจคแมน (Jackman and Jackman. 1983) ที่พบว่าการศึกษาเป็นตัวแปรสำคัญในกลุ่มตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบของผู้ถูกศึกษา

ตัวแปรระดับการศึกษา ไม่ว่าจะใช้เป็นตัวแปรหลักของการวิจัยหรือตัวแปรหนึ่งของการศึกษาสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ถูกศึกษา การวัดว่าบุคคลหนึ่ง ๆ ได้รับการศึกษาหรือไม่อย่างไร ส่วนใหญ่จะวัดเฉพาะปริมาณของการศึกษาที่ผู้ถูกศึกษาได้รับเป็นสำคัญ โดยจะวัดจากจำนวนปีที่ได้รับการศึกษา หรือสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาเอก ปริญญาโท ปริญญาตรี มัธยมศึกษา ประถมศึกษา หรือสำเร็จการศึกษาจากโรงเรียน จากวิทยาลัย จากมหาวิทยาลัย หรือสูงกว่าระดับมหาวิทยาลัย คือ ระดับหลังปริญญาเอก เป็นต้น (Jackman and Muha. 1984)

การวัดระดับการศึกษา โดยถ้ามถึงจำนวนปีของผู้รับการศึกษาสามารถบ่งบอกคุณภาพของผู้เรียนได้ทางหนึ่ง กล่าวคือจากการศึกษางานวิจัยของนักวิจัยคนหนึ่งพบว่า การศึกษาช่วยให้บุคคลมีความสามารถที่จะทำงานต่าง ๆ ในขั้นสูงได้มากขึ้น คือ บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถทำงานขั้นต่ำจนถึงขั้นสูงได้ แต่บุคคลที่มีการศึกษาในระดับต่ำไม่สามารถทำงานขั้นสูงที่ต้องใช้วิชาการได้ นอกจากนี้การศึกษายังช่วยให้บุคคลที่รับการศึกษาในปริมาณที่มาก มองปัญหาต่าง ๆ ในแง่มุมรอบด้านมากกว่า มีความรู้ทางวิชาการ มีความคิดแบบเสรีนิยม มีทักษะต่าง ๆ เพิ่มขึ้นและสนใจในการรับและแสวงหาข่าวสาร จากสื่อมวลชนทุกประเภทมากกว่า (Jackman and Muha. 1984:761; Bidwell. 1975:55-70; Hyman's and others., 1975:389; Sullivan. 1982; Blau and Duncan. 1967; Jackman and Jackman 1983; Chastain and Joe. 1987:324) การอ่านมากการเรียนรู้มากทำให้ผู้รับการศึกษาเห็นความสำคัญของสุขภาพ รู้จักวิธีเสริมสร้างและป้องกันสุขภาพได้มากกว่า

จากการศึกษางานวิจัยต่าง ๆ พอสรุปได้ว่า ระดับการศึกษาของบุคคลซึ่งวัดตามจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาในระบบโรงเรียน ได้มีส่วนช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ความรู้และทักษะต่าง ๆ มากขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลของการศึกษาที่บุคคลอาจได้รับในงานวิจัยนี้ได้วัดระดับการศึกษาของบุคคลโดยผ่านการวัดปริมาณการศึกษาที่บุคคล

ได้รับ การวัดตัวแปรนี้จะประกอบด้วยข้อคำถามที่ถามถึงปริมาณการศึกษาที่บุคคลได้รับจากโรงเรียน ซึ่งในงานวิจัยนี้แบ่งเป็น 12 ระดับตามจำนวนปีที่ได้รับการศึกษา เช่น จบชั้นประถม 6 ใช้เวลาเรียน 6 ปี การให้คะแนนการวัดจะให้ตามจำนวนปีของผู้ตอบ เช่น จบ ป.6 ได้ 6 คะแนน เป็นต้น

การวัดปริมาณการศึกษา โดยถามถึงจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาจะใช้ได้ดี ถ้าจัดการศึกษามีมาตรฐานใกล้เคียงกันหรือเหมือนกันทุกโรงเรียน แต่ถ้าไม่เท่าเทียมกัน เพราะคุณภาพครูต่างกัน ปริมาณการสอนตามหลักสูตรแต่ละโรงเรียนต่างกัน จำเป็นต้องพิจารณาคุณภาพของการศึกษาที่บุคคลได้รับประกอบการวัดปริมาณการศึกษาด้วย เพราะคุณภาพการศึกษามีใช้ตัวแปรคงที่ แต่เป็นตัวแปรที่มีค่าหลากหลายในประเทศไทย

การวัดคุณภาพของการศึกษาที่บุคคลได้รับ จะวัดในหลายด้านประกอบกัน ทั้งนี้เพราะคุณภาพของการศึกษาที่บุคคลได้รับมีความสัมพันธ์กับลักษณะของโรงเรียน แหล่งที่ตั้งของโรงเรียน การสอนของครู ขนาดและงบประมาณของโรงเรียน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียน เป็นต้น (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2526; 2530; Purkey and Smith. 1983) ฉะนั้น ในงานวิจัยนี้ การวัดคุณภาพของการศึกษาที่บุคคลได้รับ จะประกอบด้วยการวัดลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ผลการเรียนปีสุดท้าย และทักษะทางภาษาไทย โดยจะกล่าวตามลำดับต่อไปนี้

การวัดลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ซึ่งได้แก่ลักษณะของโรงเรียน ตำแหน่งที่ตั้งของโรงเรียน และขนาดของโรงเรียน ซึ่งมีผลต่อคุณภาพผู้เรียน ริชเตอร์และคนอื่น ๆ (Rutter and others. 1979) ได้ศึกษาโรงเรียนมัธยมในกรุงลอนดอน จำนวน 12 โรงเรียน พบว่ามีความแตกต่างในด้านความสามารถทางภาษาของผู้เรียนจากโรงเรียนต่างกัน คือ นักเรียนในโรงเรียนที่มีชื่อเสียงมาก มีคะแนนความสามารถทางภาษาสูงกว่านักเรียนในโรงเรียนที่มีชื่อเสียงน้อย ในประเทศไทย การวิจัยได้ผลทำนองเดียวกัน กล่าวคือ คุณภาพทางการศึกษาของนักเรียนกลุ่มต่ำของโรงเรียนในกรุงเทพมหานครสูงกว่าคุณภาพทางการศึกษาของนักเรียนกลุ่มสูงของโรงเรียนในบางจังหวัด (มัลลิกา นิตยาพร และคนอื่น ๆ.

บรู๊ค โอเวอร์ และคนอื่น ๆ (Brookover and others. 1979) ได้ศึกษานักเรียนเกรด 4-5 จากโรงเรียนประถมจำนวน 68 โรงเรียนด้านบรรยากาศของโรงเรียน โครงสร้างและลักษณะนักเรียน กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ซึ่งวัดจากความสามารถทางวิชาการทั่วไป และความเชื่อในตนเอง ผลการวิจัยปรากฏว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนสัมพันธ์กับบรรยากาศของโรงเรียน โดยเฉพาะความเอาใจใส่ของผู้สอน ส่วนโคเฮน (Cohen. 1983) ศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนกับประสิทธิภาพในการสอนในห้องเรียน การบริหารงานการเรียนการสอนของฝ่ายบริหาร และวัฒนธรรมของครูและนักเรียน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติได้วิจัยและประเมินผลประสิทธิภาพของโรงเรียนประถมศึกษาทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2522 (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2522) พบว่าโรงเรียนที่มีประสิทธิภาพสูงจะมีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนและโรงเรียนเหล่านี้จะตั้งอยู่ในแหล่งท้องถิ่นที่มีความเจริญ เช่น ใกล้อำเภอ นักเรียนเดินทางไปมาสะดวก โรงเรียนมีขนาดใหญ่ เป็นต้น และในการวิจัยต่อมาในปี พ.ศ. 2526 (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2526) พบว่าความสามารถพื้นฐานของนักเรียนที่วัดจากผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน มีความสัมพันธ์กับขนาดโรงเรียน ประเภทของโรงเรียน และนักเรียนในเขตภาคกลาง จะมีความสามารถพื้นฐานสูงกว่านักเรียนในโรงเรียนเขตภาคใต้ การวิจัยต่อมาในปี พ.ศ. 2530 (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2530:173) ในการประเมินประสิทธิภาพของโรงเรียนมัธยมศึกษา ได้พบว่าขนาดของโรงเรียนและความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์ของโรงเรียน สามารถเป็นตัวอธิบายผลสัมฤทธิ์ทางด้านวิชาการและลักษณะที่พึงประสงค์ของนักเรียนได้

จากผลงานวิจัยที่ประมวลมาจะพบว่าสถานศึกษามีผลต่อการได้รับการศึกษาที่แตกต่างกันของผู้เรียน ฉะนั้นการวัดคุณภาพทางการศึกษาที่บุคคลได้รับ ผู้วิจัยจะวัดตัวแปรสถานศึกษาที่ผู้ถูกศึกษาสำเร็จการศึกษาเป็นตัวแปรหนึ่ง โดยการวัดจะประกอบด้วยข้อคำถามถึงประเภทของโรงเรียน ขนาดของโรงเรียน และที่ตั้งของโรงเรียน

การวัดผลการเรียนหรือผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนปีสุดท้าย คุณภาพของการศึกษาที่บุคคลได้รับสามารถวัดได้จากคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนทางหนึ่ง คะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนแม้ว่าจะไม่ใช่ผลที่นักการศึกษาทั่วไปเชื่อว่าเป็นผลของการเรียนรู้ในโรงเรียนทั้งหมดเพราะคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเป็นผลจากองค์ประกอบหลายประการได้แก่ คุณลักษณะของผู้เรียน เช่น ความพร้อมทางสติปัญญา ความพร้อมทางกายภาพ ตลอดจนคุณลักษณะทางจิตใจ เช่น เจตคติ ค่านิยม บุคลิกภาพ เป็นต้น คุณภาพของการจัดการศึกษาในโรงเรียน และสภาพทางสังคม เป็นต้น (Gleser and Rajaratnam. 1972:2-3; Anastasi. 1976:430; Mehrens. 1973:402; Klansmeir. 1961:28-29) แต่การวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก็เป็นวิธีทางหนึ่งที่บ่งบอกถึงคุณภาพของการศึกษาที่ผู้เรียนได้รับมา แม้ว่าจะเป็นผลในระยะสั้นก็ตาม เช่น จากงานวิจัยของ วิลลา จันทร์เพ็ญ (2526:บทคัดย่อ) พบว่านักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูง จะมีทัศนคติต่อการเรียนดีกว่า มีความรับผิดชอบสูงกว่า ให้เวลากับการเรียนและการศึกษาเองที่บ้านมากกว่านักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ การวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิธีหนึ่งที่นิยมใช้มากคือ การวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนทั่วไป โดยออกมาในรูปเกรดหรือระดับคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากโรงเรียน (Linvall and Nitko. 1967:5)

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะวัดผลการเรียนหรือผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนโดยรวมที่ผู้ถูกศึกษาได้รับในการเรียนปีสุดท้าย โดยถามถึงระดับคะแนนเฉลี่ยที่ได้รับรวม โดยจะแบ่งออกเป็น 4 ระดับคือ ระดับเกรด 4 หรือร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับเกรด 3 หรือร้อยละ 79-70 ระดับเกรด 2 หรือร้อยละ 69-60 ระดับเกรด 1 หรือร้อยละ 59-50 ตามลำดับ และการรายงานเพิ่มเติมว่าอยู่ในเกณฑ์ใดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเพื่อนในชั้นเดียวกัน คือ เรียนอ่อนมาก เรียนอ่อน เรียนค่อนข้างอ่อน เรียนค่อนข้างเก่ง เรียนเก่ง เรียนเก่งมาก ตามลำดับ

การวัดทักษะทางภาษาไทย (Thai Language Skill) ในกระบวนการทางการศึกษา สิ่งสำคัญที่เป็นพื้นฐานของการเรียนรู้คือ การรู้ภาษา หรือการรู้หนังสือ หรือการอ่านออกเขียนได้ เพราะการรู้ภาษาเป็นกุญแจของการเรียนรู้ การรวบรวม

ความรู้ การศึกษาค้นคว้าแสวงหาความรู้อื่น ๆ ตลอดจนการถ่ายทอดความรู้ไปยังบุคคลอื่น ๆ ได้อย่างต่อเนื่อง (Freire. 1973; Stark. 1987 : 143)

การรู้ภาษาเป็นเครื่องมือของบุคคลในการติดตามข่าวสาร (Garber and Heber. 1974:405) นอกจากนี้ทักษะทางภาษาของบุคคลยังบ่งบอกความสามารถทางสติปัญญา การคิด การรับรู้และการใช้เหตุผลของบุคคลไว้ด้วย (Taylor.1976:283)

ในประเทศไทย ทักษะทางภาษาโดยเฉพาะทักษะทางภาษาไทยเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานที่ประชาชนคนไทยทุกคนที่ได้รับการศึกษาจะต้องเรียนรู้ ภาษาไทยเป็นสิ่งแรกที่ผู้เรียนในระบบโรงเรียนจะได้รับการเรียนรู้จากผู้สอนและการเรียนในแต่ละระดับชั้นเรียนตามจำนวนปีที่เพิ่มขึ้น ก็มีส่วนช่วยพัฒนาการทางภาษาไทยของผู้เรียนให้สูงขึ้นตามไปด้วย จากการศึกษางานวิจัยของ ปราณี สุทธิพงศ์ (2521:ก-ข) ซึ่งได้ศึกษาพัฒนาการทางภาษาของเด็กไทยตั้งแต่ระดับชั้นประถมปีที่ 5 ถึงมัธยมปีที่ 3 รวม 6 ระดับชั้นเรียนในกรุงเทพและต่างจังหวัดจำนวน 9,852 คน จาก 28 โรงเรียน โดยมีการวัดสมรรถภาพพื้นฐานทางสมองด้านภาษาและตัวเลขของนักเรียน พบว่าเด็กนักเรียนที่เรียนชั้นสูงขึ้น จะมีสมรรถภาพทางสมองด้านภาษามากกว่าเด็กที่เรียนชั้นต่ำกว่าในทุกกรณี นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กหญิงมีพัฒนาการทางภาษาเร็วกว่าเด็กชายในทุกระดับอายุ และความแตกต่างของทักษะทางภาษาระหว่างสองเพศจะเพิ่มขึ้นตามอายุ กล่าวคือเด็กเรียนหญิงมีทักษะทางภาษาไทยสูงกว่านักเรียนชายเล็กน้อยในระดับประถมและจะแตกต่างมากยิ่งขึ้นในระดับมัธยม งานวิจัยของ ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2521:บทคัดย่อ) ซึ่งได้ศึกษาพัฒนาการของทักษะทางภาษาไทยในเยาวชนอายุตั้งแต่ 11 ถึง 25 ปี ที่เรียนอยู่ในระดับชั้นประถมปีที่ 6 ถึงระดับนิสิตปีที่ 2 ในมหาวิทยาลัยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร พบว่า นักเรียนที่เรียนอยู่ในชั้นสูงมีทักษะทางภาษาไทยสูงกว่านักเรียนที่เรียนอยู่ในชั้นต่ำอย่างเด่นชัด แต่ไม่พบความแตกต่างในทักษะทางภาษาไทยในนักเรียนชั้น ม.ศ. 5 กับนิสิตปีที่ 2 ในมหาวิทยาลัย ซึ่งผลงานวิจัยนี้สอดคล้องกับพัฒนาการทางภาษาไทยที่มีผู้ศึกษาไว้ในนักเรียนชั้นประถมปีที่ 1 ถึงประถมปีที่ 5 และชั้นประถมปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ดวงเดือน ศาสตร์ภักทร. 2515; ปราณี สุทธิพงศ์. 2511)

นอกจากนี้ในการศึกษางานวิจัยต่าง ๆ ยังพบว่าทักษะทางภาษามีความสัมพันธ์กับวิธีการคิดแบบต่าง ๆ ด้วย เช่น งานวิจัยของเกรียงศักดิ์ พรราวศรี (2516:บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ของวิธีการคิดแบบเอกนัยและวิธีการคิดแบบอเนกนัยกับทักษะทางภาษาไทยของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ในโรงเรียนต่างจังหวัด พบว่าการคิดแบบเอกนัยและอเนกนัยสัมพันธ์ทางบวกอย่างสูงกับผลสัมฤทธิ์ในการเรียนภาษาไทยทั้ง 3 ด้าน คือ ฟัง อ่าน และเขียน สะกดคำ ซึ่งแสดงว่าบุคคลที่ได้คะแนนดีในวิชาภาษาไทยจะเป็นผู้ที่มีความคิดแบบเอกนัยและอเนกนัยสูงด้วย บุญเชิด ภิญโญนันตพงษ์ (2517:บทคัดย่อ) บัณฑิตรุ่นที่ 4 (2517:บทคัดย่อ) ได้ศึกษาและได้ผลในลักษณะเดียวกันแต่ทำกับกลุ่มนักเรียนชั้นปีที่ 7 กล่าวคือ คะแนนวิชาภาษาไทยสัมพันธ์ทางบวกกับการคิดแบบกลุ่มแบบระบบ และแบบแปลงรูป นิตี สุวรรณศิริ (2515:บทคัดย่อ) ศึกษาความสามารถในการสร้างสิ่งกับและทักษะในการใช้ภาษาไทยในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 พบว่าความสามารถในการสร้างสิ่งกับมีความสัมพันธ์กับทักษะในการอ่านไทยมากที่สุด ซึ่งตรงกับงานวิจัยของ ปฐม นิคมานนท์ (2514:บทคัดย่อ) ที่ศึกษาทักษะในการอ่านของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงประถมศึกษาปีที่ 7 กับความสามารถในการสร้างสิ่งกับ การรับรู้แบบจำแนกประเภท แบบโยงความสัมพันธ์และแบบวิเคราะห์พบว่าทักษะในการอ่านภาษาไทยมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างค่อนข้างสูงกับความสามารถในการสร้างสิ่งกับ

จากงานวิจัยที่ประมวลมาจะพบว่า ทักษะทางภาษาของบุคคลสามารถบ่งบอกคุณภาพภายในของตัวบุคคลได้หลายทาง เช่น ความสามารถในการคิดนึก การสร้างสิ่งกับ การใช้เหตุผล ซึ่งความสามารถต่าง ๆ เหล่านี้ แสดงถึงพัฒนาการทางความคิดและสติปัญญาของบุคคล สมรรถนะต่าง ๆ เหล่านี้ จะพัฒนาการขึ้นตามระดับการศึกษา อายุและประสบการณ์ของบุคคล นอกจากนี้ ทักษะทางภาษาไทยยังบ่งบอกสถานภาพของการเป็นผู้รู้หนังสือ (Literacy) ในขณะปัจจุบันด้วย ซึ่งนับว่ามีความสำคัญต่อการวัดคุณภาพของการศึกษาที่บุคคลได้รับทางหนึ่งโดยเฉพาะในบุคคลที่สำเร็จการศึกษามานาน สถานภาพของการเป็นผู้รู้หนังสือ อาจมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างไปจาก

เดิม โดยเพิ่มขึ้นหรือลดลง การวัดทักษะทางภาษาไทยจะเป็นการช่วยแก้จุดอ่อนดังกล่าว เพราะการวัดทักษะทางภาษาไทยจะเป็นการวัดผลของความรู้พื้นฐานทางภาษาไทยที่ผู้ถูกศึกษาได้รับในอดีตผนวกกับการพัฒนาทางภาษาภายหลังสำเร็จ การศึกษาถึงปัจจุบัน และเป็นการช่วยเปรียบเทียบความสามารถในการอ่านและตีความกับระดับการศึกษาที่บุคคลได้รับ ในงานวิจัยจึงวัดคุณภาพของการศึกษาที่บุคคลได้รับทางหนึ่ง โดยผ่านการวัดทักษะทางภาษาไทยของบุคคลและคาดว่าบุคคลที่ได้รับการศึกษาในระดับที่สูงกว่า จะมีทักษะทางภาษาไทยสูงกว่า

ในการวัดทักษะทางภาษาไทยของบุคคลที่นิยมใช้กันจะแตกต่างกันไปตามนิยามปฏิบัติการ แต่โดยทั่วไปจะมีอยู่ 4 ประเภทคือ 1) วัดความสามารถในการอ่าน ฟัง เขียน และเข้าใจเนื้อความต่าง ๆ 2) วัดสมรรถภาพทางสมองทางภาษาไทย โดยผ่านการวัดความเข้าใจภาษาการใช้คำเหมือน คำตรงข้าม เป็นต้น 3) วัดโดยให้นักเรียนเขียนคำที่นึกได้ให้ได้มากคำที่สุดใน 10 นาที โดยจะมีการนับจำนวนคำที่เขียนตอบและวิเคราะห์ระดับคำที่ใช้ 4) วัดผลสัมฤทธิ์ทางภาษาในระดับประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ซึ่งประกอบด้วยการใช้ภาษาไทย ความเข้าใจภาษาไทย วรรณคดีไทย ซึ่งจะมีรายละเอียดแตกต่างกันไปตามเนื้อหาหลักสูตรตามระดับชั้น วิธีสุดท้ายนี้เป็นวิธีที่นิยมใช้กันมากที่สุด เพราะคะแนนการตอบสามารถบ่งบอกความสามารถของผู้เรียนได้ดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยนี้มีระดับการศึกษาแตกต่างกันคือมีทั้งที่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่างสำเร็จการศึกษามาแล้วอย่างน้อย 1 ปีหรือมากกว่านั้น การวัดทักษะทางภาษาไทยที่เหมาะสมที่สุด จะต้องประกอบด้วยเนื้อหาที่ครอบคลุมความรู้ทั้งในระดับประถมและมัธยม ซึ่งแบบวัดที่เหมาะสมควรมีลักษณะเป็นแบบวัดผลสัมฤทธิ์ทางภาษาไทย และในงานวิจัยนี้ได้เลือกใช้แบบวัดทักษะทางภาษาไทย ของ ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2521 : 46) เพราะแบบวัดนี้มีลักษณะเป็นแบบวัดผลสัมฤทธิ์ในภาษาไทยประกอบด้วยการวัดความเข้าใจความหมายของคำพ้องเพย ความสามารถในการใช้ภาษาไทยในการอุปมาอุปมัย ความสามารถในการใช้คำที่มีความหมายตรงกันข้าม ความสามารถจัดคำเข้าพวก การรู้จักใช้ภาษาในการแสดงความคิดเห็น การ

การใช้ภาษาอย่างถูกไวยากรณ์ นอกจากนี้ยังวัดความเข้าใจความหมายของข้อความ และคำประพันธ์ด้วย ลักษณะของแบบวัดเป็นข้อสอบปรนัย 4 ตัวเลือกและมีคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อละ 1 คำตอบ จำนวน 30 ข้อ ข้อสอบประกอบด้วยข้อง่ายและข้อยากลดหลั่นกันไปนิสัยของคะแนนในแบบวัดอยู่ระหว่าง 0 ถึง 30 คะแนน แบบวัดนี้หาค่าความเชื่อมั่นโดยสูตร คูตเตอร์-ริชาร์ดสัน 21 ได้ความเชื่อมั่น .78 แบบวัดทักษะทางภาษาไทยของ ดวงเดือน พันธุมนาวิน นี้ได้ถูกนำไปใช้ในงานวิจัยของ ศิริพร แยมนิล (2530:75) ซึ่งศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาในระดับประถม (ป.6) และมัธยมปีที่ 6 (ม.6) ที่มีอายุระหว่าง 10-15 ปีในกรุงเทพมหานคร ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดตามสูตรของคูตเตอร์-ริชาร์ดสัน 21 เท่ากับ .71 ผลจากการวิจัยดังกล่าวพบว่า คะแนนทักษะทางภาษาไทยแปรปรวนตามระดับการศึกษา เพียงตัวเดียวอย่างเชื่อมั่นได้สูง โดยกลุ่มผู้มีการศึกษาระดับสูงไม่ว่าจบมานานหรือเพิ่งจบ จะมีทักษะทางภาษาไทยสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำ

ภูมิหลังที่เกี่ยวกับการศึกษา

ภูมิหลังของผู้รับการศึกษาอาจมีผลต่อคุณภาพทางการศึกษาที่บุคคลได้รับ ฉะนั้นเพื่อเป็นการศึกษาให้ครอบคลุมถึงผลของการศึกษา ผู้วิจัยจะศึกษาถึงภูมิหลังในด้านระดับการศึกษาของบุคคลในครอบครัวและจำนวนปีที่สำเร็จการศึกษาถึงปัจจุบัน โดยจะมีการวัดตัวแปรทั้งสอง ประกอบด้วยดังนี้

การวัดระดับการศึกษาของบุคคลในครอบครัว เนื่องจากผลของการศึกษาที่มีต่อบุคคลมิได้มีผลเฉพาะต่อบุคคลที่ได้รับการศึกษาเท่านั้น แต่ผลนั้นยังต่อเนื่องไปยังลูกหลานเหลนของบุคคลผู้นั้นด้วย ผู้ที่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาในระดับสูงจะมีจิตลักษณะพฤติกรรมและโลกทัศน์แตกต่างจากคนที่ไม่มีการศึกษาหรือมีการศึกษาต่ำ และคุณภาพนี้จะส่งต่อไปยังบุตรหลานด้วย จากการศึกษางานวิจัยของวอร์เนอร์ (Warner, 1949) พบว่าระดับการศึกษาของพ่อแม่มีผลต่อการได้รับการศึกษาของลูก พ่อแม่ที่มีระดับการศึกษาสูง ลูกจะมีโอกาสได้รับการศึกษาสูงถึงระดับวิทยาลัยและ

มหาวิทยาลัยมากกว่าพ่อแม่ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งผลงานวิจัยนี้สอดคล้องกับผลงานวิจัยของซีเวลและฮาเซอร์ (Sewell and Hauser. 1972:853) ซึ่งพบว่านักเรียนที่มาจากครอบครัวที่มีระดับการศึกษาและสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับสูงจะเรียนต่อในระดับวิทยาลัยคิดเป็นอัตราส่วน 4:1 และเรียนต่อระดับมหาวิทยาลัยคิดเป็นอัตราส่วน 9:1 เมื่อเทียบกับนักเรียนที่มาจากครอบครัวที่มีระดับการศึกษาและสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำ ส่วนผลงานวิจัยของเจนค์ และคนอื่น ๆ (Jenck's and others. 1947) ไฮแมน ไรท์ และรีด (Hyman, Wright and Reed. 1975) พบว่าบุคคลที่มาจากครอบครัวที่มีระดับการศึกษาสูง หรือมีพ่อแม่ที่มีการศึกษาจะได้รับการศึกษาในระดับสูง ได้รับความรู้เพิ่มเติมต่าง ๆ มากกว่าบุคคลที่มาจากครอบครัวที่มีระดับการศึกษาต่ำ นอกจากนี้ ลินด์ (Lynd's. 1924) มิลเลอร์ (Miller. 1970) บิดเวลล์ (Bidwell. 1967) เบอร์นาร์ด และฮัคคินส์ (Bernard and Huckins. 1967) แฟรงเคิล (Frankel. 1962) เวอร์ทิงตัน และแกร็น (Worthington and Grant. 1971) พบว่าลูกที่มีพ่อแม่ที่มีระดับการศึกษาสูงจะประสบความสำเร็จในการเรียนมากกว่า เรียนได้ดีกว่า มีความสามารถทางวิชาการมากกว่า (Eckland, Henderson and Kolstad. 1981) ส่วนงานวิจัยของเบเกอร์และเบิร์ด (Baker and Bird. 1959) แคลเวลล์ (Caldwell. 1967) สไตคอส (Stycos. 1965) ยงคีย์ (Yaukey. 1961) พบว่าครอบครัวที่มีแม่ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความคาดหวังให้ลูกได้รับการศึกษาสูงขึ้นด้วย

จากการประมวลผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะพบว่า ภูมิหลังของครอบครัวมีอิทธิพลที่สอดคล้องและเสริมกับผลของการศึกษาที่บุคคลจะได้รับ ในกรณีที่ครอบครัวมีระดับการศึกษาสูง แต่ครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อต้านและขัดแย้งกับผลของการศึกษาที่บุคคลจะได้รับ ในกรณีที่บุคคลมาจากครอบครัวที่ขาดการศึกษาหรือมีการศึกษาต่ำ กล่าวคือ เมื่อผู้เรียนได้รับการกล่อมเกลาอุปนิสัย ทัศนคติ ค่านิยมต่าง ๆ จากการศึกษาระบบ แต่สิ่งที่ผู้เรียนได้รับจากทางโรงเรียนอาจเป็นทฤษฎีหรืออุดมคติมากเกินไป ไม่ตรงกับข้อเท็จจริงในชีวิตของผู้เรียนโดยเฉพาะเด็กที่มาจากครอบครัวที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำทำให้ผู้เรียนเกิดการขัดแย้งในตน เกิดความ

สับสนบทบาทหน้าที่ของตน ทำให้ไม่อยากเรียน ประกอบกับผู้ปกครองไม่เห็นความสำคัญของการศึกษา ไม่มีเวลาและไม่ส่งเสริมการศึกษาของลูกเท่าที่ควรทำให้ผู้เรียนประสบปัญหาทางการเรียนซ้ำ มีปัญหาในด้านการอ่าน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ (Warner's and others. 1949; Garrison's and others. 1964; Dentsch's and others. 1964; ชนิตา รักษ์พลเมือง. 2525:116) ผลต่าง ๆ เหล่านี้มีความต่อเนื่องกันเป็นลูกโซ่ทั้งนี้มาจากภูมิหลังของครอบครัวเป็นสำคัญ ฉะนั้นในงานวิจัยจะศึกษาผลของการศึกษาที่มีต่อบุคคลย้อนหลังด้วย โดยจะศึกษาถึงตัวแปรระดับการศึกษาของบุคคลในครอบครัวประกอบอีกตัวแปรหนึ่ง เพื่อตรวจสอบคุณภาพของการศึกษาที่บุคคลได้รับโดยสัมพันธ์กับภูมิหลังของบุคคล การวัดตัวแปรนี้จะประกอบด้วยข้อคำถามที่ถามถึงระดับการศึกษาของบุคคลในรุ่นก่อนผู้ถูกศึกษา ซึ่งได้แก่ พ่อ แม่ และพี่ เป็นต้น

การวัดจำนวนปีที่สำเร็จการศึกษาถึงปัจจุบัน การศึกษาถึงผลของการศึกษาที่มีต่อบุคคลในงานวิจัยนี้ เป็นการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาในระบบโรงเรียนมาแล้วเป็นเวลาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ระยะเวลาที่จบการศึกษาถึงเวลาปัจจุบันอาจมีผลต่อคุณภาพของการศึกษาของปัจเจกบุคคลโดยคุณภาพการศึกษาของบุคคลอาจเพิ่มมากขึ้นจากเดิมหรือเสื่อมลงจากเดิม จากการศึกษางานวิจัยของไฮแมน ไรท์และรีด (Hyman, Wright and Reed. 1975) ซึ่งศึกษาถึงผลของการศึกษาในระบบโรงเรียนโดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างประชากรอายุตั้งแต่ 25-72 ปี จำนวน 300 คนที่สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา และอุดมศึกษา ในช่วงปี คศ. 1950 และ คศ. 1960 จากสถาบันการศึกษาต่าง ๆ จุดเน้นของการวิจัยนี้อยู่ที่ผลของการศึกษาในระบบกับความคงอยู่ของความรู้หลังการสำเร็จการศึกษาแล้วในระยะเวลาต่าง ๆ กัน เมื่อควบคุมตัวแปรด้าน เพศ สีผิว ศาสนา ชนชั้น และสถานภาพทางเศรษฐกิจในสังคม พบว่าผลของการศึกษาที่มีต่อบุคคลกว้างขวางมากมายและคงทน กล่าวคือ ผู้สำเร็จการศึกษาไม่ว่าจะจบมานานกี่ปีแล้วก็ตาม วิชาการความรู้ที่เรียนมาในสมัยนั้น ๆ ก็ยังคงอยู่และยังมีการเพิ่มของความรู้ที่ทันสมัย ซึ่งเกิดจากความต่อเนื่องของการแสวงหาความรู้ อันเป็นผลของการได้รับการศึกษาเช่นกัน โดยความต่อเนื่องใน

การแสวงหาความรู้สัมพันธ์โดยตรงกับจำนวนปีที่บุคคลเคยได้รับการศึกษาในระบบโรงเรียน แม้ว่าข้อจำกัดของการวิจัยอยู่ที่การตอบแบบสอบถามวัดความรู้ด้านต่าง ๆ อาจมาจากระดับสติปัญญาที่ต่างกันของผู้ถูกศึกษาซึ่งอาจมีผลต่อการได้มาซึ่งความรู้ในภายหลังของบุคคลแต่ผู้วิจัยได้ทำการควบคุมตัวแปรนี้ โดยวัดระดับสติปัญญาผ่านระดับผลการเรียนของผู้ถูกศึกษาในวัยเด็กและจากการศึกษาในกลุ่มย่อยตามวิธีทางสถิติ ทำให้อิทธิพลนี้ถูกควบคุมไว้แล้วในทางอ้อม

ในงานวิจัยนี้ ต้องการศึกษารถึงผลของการศึกษาที่มีต่อบุคคล จำนวนปีที่สำเร็จการศึกษาถึงปัจจุบัน อาจมีผลต่อการเพิ่มพูนความรู้ใหม่ ๆ ในคนไทยด้วยก็ได้ ฉะนั้น เพื่อให้การวัดคุณภาพของการศึกษาที่บุคคลได้รับครอบคลุมถึงผลหลายด้าน ในงานวิจัยนี้จึงวัดตัวแปร จำนวนปีที่จบการศึกษาถึงปัจจุบัน ประกอบอีกตัวแปรด้วยโดยการวัดจะประกอบด้วยข้อคำถามที่ถามถึงจำนวนปีที่จบการศึกษาในระบบโรงเรียนจนถึงปัจจุบัน

สรุป การวัดปริมาณและคุณภาพของการศึกษาที่บุคคลได้รับจะประกอบด้วย การวัดระดับการศึกษา ซึ่งใช้จำนวนปีที่ผู้ถูกศึกษาสำเร็จการศึกษา การวัดลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา การวัดผลการเรียนปีสุดท้าย และการวัดทักษะทางภาษาไทยโดยมีการวัดระดับการศึกษาของบุคคลในครอบครัว และจำนวนปีที่สำเร็จการศึกษาถึงปัจจุบันซึ่งเป็นภูมิหลังของบุคคลประกอบด้วย

ประโยชน์ของการศึกษาต่อบุคคล

มนุษย์ได้ใช้การศึกษาเป็นเครื่องมือในการนำไปสู่ความเจริญทุกด้านในสังคม ในอดีตคนส่วนมากคิดว่าการศึกษาคือเพียงกระบวนการอนุรักษนิยม ซึ่งมีความมุ่งหมายที่จะรักษาและถ่ายทอดวัฒนธรรม แต่ในปัจจุบันระบบการศึกษาได้เป็นหลักการสำหรับการเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ ลักษณะ และในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา ปรากฏว่าการศึกษามีบทบาทสำคัญต่อสังคม การศึกษาได้เป็นตัวเร่งที่สำคัญที่สุดที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการในสิ่งต่าง ๆ ทางสังคม พัฒนาการที่เด่นที่สุดซึ่งเป็นผลของการศึกษา ได้แก่ พัฒนาการทางด้านเศรษฐกิจและการเมือง กล่าวคือ ประเทศที่มีความเจริญทางการศึกษา จะเป็นประเทศที่มีความเจริญก้าวหน้าทั้งทางด้านวิทยา-

ศาสตร์ เทคโนโลยีและอุตสาหกรรม และเป็นประเทศที่มีความมั่งคั่งในทางเศรษฐกิจ ด้วยเช่นกัน เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา รัสเซีย ญี่ปุ่น เป็นต้น ส่วนประเทศที่มีการ ดันตัวเรียกร้องและต่อสู้ทางการเมือง เพื่อให้ได้มาซึ่งการปกครองระบอบประชาธิปไตย เช่น ประเทศฟิลิปปินส์ เกาหลีใต้ ก็ล้วนเป็นผลจากการศึกษาเรียนรู้ของ เยาวชนและประชาชนในประเทศทั้งสิ้น (ภิญโญ สาร. 253๘:6)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของการศึกษาที่มีต่อบุคคลที่มีผู้ศึกษาไว้ ได้แก่ ผล ของการศึกษาที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับรายได้ อาชีพ และลักษณะงาน ความสามารถในการทำงานและผลงาน การเลื่อนสู่ตำแหน่งสูงสุด พฤติกรรมทางการเมืองและพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยจะกล่าวถึงรายละเอียดตามลำดับต่อไปนี้

การศึกษาถึงอิทธิพลของการศึกษากับการพัฒนาคูณภาพชีวิตโดยมองคุณภาพ ชีวิตในด้านความสุขสนุกสนาน ความพึงพอใจ การประสบความสำเร็จในชีวิต การ มีภาระงานและมีรายได้ที่ดี การมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง งานวิจัยที่ทําส่วนใหญ่ศึกษา ในสังคมอเมริกันและยุโรป (Andrew. 1985; Atkinson. 1978; Campbell. 1981; Headley. 1981; Inglehart and Rabier. 1985) ผลงานวิจัยนี้ จะให้ข้อสรุปว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแต่ก็เป็นไปในสังคม อุตสาหกรรม ต่อมา ชิน (Shinn. 1986:361-37๘) ได้ศึกษาเปรียบเทียบข้าม วัฒนธรรมระหว่างคุณภาพชีวิตของสังคมเกาหลี และสังคมอเมริกา โดยมีปัญหาวิจัย ว่า การศึกษาได้ช่วยให้ประชาชนในสหรัฐอเมริกา และเกาหลี มีชีวิตที่เป็นสุขขึ้น มีความสนุกสนานกับชีวิต มีความพึงพอใจในชีวิต และประสบความสำเร็จในชีวิตมาก ขึ้นหรือไม่ ผู้วิจัยพบว่า ระดับการศึกษาเกี่ยวข้องกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในสังคม เกาหลีมากกว่าในสังคมอเมริกา ทั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายว่าผลเป็นเช่นนั้นอาจเนื่องจาก ประชาชนในประเทศเกาหลีเหมือนประชาชนในประเทศจีนและญี่ปุ่น ที่ประเพณี วัฒนธรรมถูกควบคุมด้วยความเชื่อตามลัทธิประเพณีขงจื้อ ซึ่งมีความเชื่อว่าคุณภาพชีวิต จะไม่สามารถดีขึ้นได้ ถ้าปราศจากการศึกษาในระดับสูง และสาเหตุอีกประการหนึ่ง อาจเป็นเพราะความแตกต่างของความจำเป็นของการต้องมีการศึกษาสูงในประเทศ เกาหลีและอเมริกา คือ ระดับรายได้ของผู้มีการศึกษาสูงในประเทศเกาหลีจะสูงกว่า

รายได้ของคนอเมริกันที่มีการศึกษาในระดับเดียวกันถึงร้อยละ 23 ทำให้การศึกษามีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศเกาหลีมากกว่าในประเทศอเมริกา อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยกล่าวว่า การศึกษายังมีความสำคัญและความจำเป็นต่อการสร้างชาติและช่วยให้ประชาชนในอเมริกามีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น จากผลงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอตั้งข้อสังเกตว่า การที่ผลงานวิจัยของชิน (Shinn) พบว่าการศึกษามีความสำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคมเกาหลีมากกว่าในสังคมอเมริกา อาจเนื่องมาจากความจริงอีก 2 ประการคือ 1) ในประเทศเกาหลี คนมีระดับการศึกษาแตกต่างกันมาก พิสัยของการศึกษากว้างเพราะการศึกษาภาคบังคับในประเทศเกาหลี 6 ปี ส่วนในสหรัฐอเมริกา 12 ปี พิสัยการศึกษาในคนเกาหลี 6-22 ปี เท่ากับ 16 ปี ส่วนพิสัยการศึกษาของคนในอเมริกา 12-22 ปี เท่ากับ 10 ปี ฉะนั้นพิสัยการศึกษาในประเทศเกาหลีจึงสูงกว่าพิสัยการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา 2) ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการประกันสังคมและสังคมสงเคราะห์ดีกว่าประเทศเกาหลี คนที่ไม่มีงานทำมีรายได้น้อย ในอเมริกาก็มีรัฐให้ความช่วยเหลือมากกว่า ผู้วิจัยคาดว่าผลงานวิจัยของไทยจึงควรคล้ายผลของประเทศเกาหลีด้วย

การวิจัยถึงผลของการศึกษาในระยะต้น ๆ มักออกมาในรูปการศึกษาความสัมพันธ์ของการศึกษากับระดับรายได้ โดยการวิจัยในลักษณะนี้จะมองการศึกษาเป็นการลงทุนอย่างหนึ่งในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เพื่อให้ได้คุณภาพและต้องได้รับผลตอบแทนคืนมาในรูปเศรษฐศาสตร์ งานวิจัยในลักษณะนี้ได้แก่ งานวิจัยของเบคเคอร์ (Becker, 1964) ดีนิสัน (Denison, 1964) มิลเลอร์ (Miller, 1960) ชูลส์ (Schultz, 1963) เทาบีแมนและเวลส์ (Taubman and Wales, 1975) ผลงานวิจัยทั้งหมด พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและการเพิ่มขึ้นของรายได้ส่วนบุคคล กล่าวคือ ผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยจะมีรายได้สูงกว่าผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยม และผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมจะมีรายได้สูงกว่าผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับต่ำกว่า ต่อมา บีทตัน (Beaton, 1975:365-395) ได้ทำการวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ของการศึกษากับความสามารถและการศึกษากับรายได้กับกลุ่มตัวอย่างชายอายุ 45-50 ปีที่มีตำแหน่งหน้าที่การงานในระดับสูงสุดตามระดับ

ความสามารถที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว รับจ้าง และครู โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคคลที่สำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยม อุดมศึกษา ผลการวิจัยปรากฏว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความสามารถ ผู้ที่มีความสามารถสูงจะสำเร็จการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยมากกว่าผู้ที่มีความสามารถต่ำ และระดับการศึกษาสัมพันธ์กับรายได้ เมื่อควบคุมตัวแปรระดับความสามารถเป็นตัวแปรคงที่ กล่าวคือ ผู้ที่จบการศึกษาในระดับสูง จะมีรายได้สูงกว่าผู้ที่จบการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่า ทั้ง ๆ ที่มีความสามารถทัดเทียมกัน นอกจากนี้ได้มีผู้ทำการวิจัยความสัมพันธ์ของการศึกษากับลักษณะของงาน และได้ให้ข้อค้นพบที่สนับสนุนว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีโอกาสได้งานที่น่าสนใจมากกว่า มีโอกาสในการพัฒนาทักษะและความสามารถของตนมากกว่า (Lawler's and others. 1981; Wright and Hamilton. 1979) มีโอกาสเปลี่ยนงานได้มากกว่า (Lawler. 1973; Mobley. 1982) โฮเวิร์ด (Howard. 1986:548) ได้ทำการวิจัยผลของการศึกษากับการเลื่อนตำแหน่งงาน ผลงานวิจัยปรากฏว่าผู้ที่จบการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยมีโอกาสดำรงตำแหน่งสูงสุดของงาน คิดเป็นร้อยละ 31 ในขณะที่ผู้ที่จบการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่ามหาวิทยาลัยมีโอกาสดำรงตำแหน่งสูงสุดของงานเพียงร้อยละ 3 เท่านั้น ลอเลอร์ (Lawler. 1985:1-26) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการศึกษากับชนิดของการจัดการและประสิทธิภาพของการจัดองค์การ ผลวิจัยปรากฏว่า การเพิ่มขึ้นของระดับการศึกษาของบุคคลนำไปสู่การบริหารองค์การที่มีประสิทธิภาพ เฉพาะกรณีที่ผู้บริหารเหมาะสมกับชนิดของการบริหารและเทคโนโลยีที่ใช้เท่านั้น

การวิจัยที่เกี่ยวกับผลของการศึกษากับพฤติกรรมทางการเมือง ได้แก่ งานของอัลมอนด์และเวอร์บา (Almond and Verba. 1965) อินคิลส์ (Inkeles. 1969:1120-1141) มิลบรา (Bilbrath. 1965:122) คีย์ (Key. 1961:323-325) บีทตัน (Beaton. 1975 :387-88) ซึ่งผลงานวิจัยได้ข้อสรุปที่ตรงกันว่า บุคคลที่มีการศึกษาในระดับสูง จะมีความสนใจและร่วมในกิจกรรมทางการเมือง เช่น เลือกตั้ง สนทนาปัญหาบ้านเมือง มากกว่าบุคคลที่มีการศึกษาในระดับต่ำ สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาและการมีส่วนร่วมทาง

การเมืองในประเทศไทย ได้แก่ งานวิจัยของ ทินพันท์ นาคะตะ (Tinapan Nakata. 1975:165-170) วิทยาภรณ์ ปราโมช ณ อยุธยา (2519:139) ชัยวัฒน์ รัฐจร (2522:บทคัดย่อ) ผลงานวิจัยให้ข้อสรุปที่เหมือนกันว่า ผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงจะมีความเข้าใจทางการเมืองและมีส่วนร่วมทางการเมืองมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำ แต่ในความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมเลือกตั้งพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำไปลงคะแนนเสียงเลือกตั้งมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูง การที่ผลออกมามตรงข้ามเช่นนี้เพราะผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงจะไปลงคะแนนเสียงเลือกตั้งด้วยความสำนึกของตนเอง (Autonomous Voting) ในขณะที่ผู้มีการศึกษาระดับต่ำลงคะแนนเลือกตั้งเพราะถูกปัจจัยภายนอกชักจูงหรือถูกระดมไปเลือกตั้ง (Mobilized Voting) (พริคต์ ผ่องแผ้ว. 2526:117) ไพรัตน์ เตชะเสถียร. 2525; จุฑาทิพย์ สุขรังสรรค์. 2528; สุจิต บุญบงการ และพริคต์ ผ่องแผ้ว. 2522:78) ผลงานวิจัยเหล่านี้ได้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของจิตลักษณะของผู้ที่มีการศึกษาสูงและต่ำด้วย

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างความสัมพันธ์ของผลของการศึกษากับพฤติกรรมบุคคล จะพบว่าการศึกษามีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต พฤติกรรมการทำงาน พฤติกรรมทางการเมืองของบุคคล อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมเหล่านั้นไม่ได้เป็นผลจากปัจจัยภายในของผู้กระทำพฤติกรรม โดยเฉพาะการศึกษาแต่เพียงอย่างเดียว การกระทำพฤติกรรมขึ้นอยู่กับสถานการณ์ต่าง ๆ ทางสังคมด้วย งานวิจัยนี้พยายามจำกัดขอบเขตของพฤติกรรมเพื่อต้องการตรวจตราผลของการศึกษาให้ชัดมากที่สุด และจากการศึกษางานวิจัยต่าง ๆ พบว่าพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นพฤติกรรมหนึ่งที่บุคคลจะกระทำโดยตนเองมากกว่ากระทำเพราะสถานการณ์บังคับประกอบกับพฤติกรรมนี้มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการศึกษา เพราะพฤติกรรมสุขภาพเป็นผลจากกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม การวิจัยนี้ จึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ

การศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายของสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีนับเป็นสิ่งที่พึงปรารถนาของปัจเจกบุคคล ส่วนสำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี คือ การมีสุขภาพที่ดี แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ การพิจารณาว่าบุคคลมีสุขภาพดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับคำจำกัดความของคำว่า สุขภาพ โดยทั่วไป สุขภาพดี (Health) หมายถึง การที่บุคคลมีสุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต และคุณภาพชีวิตที่ดีไม่ถูกรบกวนด้วยโรคภัยไข้เจ็บหรือภาวะทุพพลภาพ (WHO. 1948) เป็นภาวะที่เติมด้วยศักยภาพของบุคคล กล่าวคือ เป็นภาวะที่บุคคลและครอบครัว มีสภาพทางร่างกายและทางจิตสมบูรณ์ที่สุด (King. 1962) นอกจากนั้น สุขภาพดีจะหมายถึงภาวะของร่างกายที่ปลอดจากโรคภัยไข้เจ็บและมีความสมบูรณ์ของร่างกาย ด้าย (Machanic. 1968:49; Schlenger. 1976; Head. 1987:100) การมีสุขภาพที่ดีจะต้องหมายถึง การที่ปัจเจกบุคคลมีชีวิตอยู่ด้วยศักยภาพของตน ทำหน้าที่ของตนทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม โดยมีผลทางบวกต่อตน (Campbell. 1975; Eiser. 1985)

บุคคลที่จะมีสุขภาพพลานามัยสมบูรณ์แข็งแรงมักจะเป็นบุคคลที่รู้จักการรักษาสุขภาพอนามัยของตนโดยการประพฤติปฏิบัติตนในด้านต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันอย่างมีระบบระเบียบ มีวินัย ควบคุมตน ทั้งทางด้านการกิน การนอน การพักผ่อน การขับถ่าย การป้องกันการติดโรคและการเกิดโรค พฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้รวมเรียกว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) * ซึ่งเป็นศัพท์เทคนิคทางวิชาการ สาธารณสุข ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพได้มีข้อแตกต่างตามมิติการมองในด้านต่าง ๆ เช่น ในมิติการมองด้านสังคมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพจะหมายถึง ความสามารถที่สูงสุดของบุคคลที่จะแสดงออกอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อคงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่สำคัญ โดยบุคคลจะพยายามรักษาบทบาทหน้าที่ทางสุขภาพโดยการป้องกันตนให้ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด (Parsons. 1958: 176-177) ส่วนมิติการมองทางด้านสาธารณสุข พฤติกรรมสุขภาพจะถูกจัดเป็น

กิจกรรมป้องกันสุขภาพของปัจเจกบุคคล เป็นกิจกรรมที่ถูกกำหนดขึ้นเพื่อให้บุคคลต่างๆ ได้กระทำ โดยมีจุดมุ่งหมายในการป้องกันรักษาสุขภาพให้ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บที่มาเบียดเบียน (Lawrence Green. 1970) ส่วนในทัศนะของคาร์ลและคอบบ์ (Kasl and Cobb's. 1966:246-266) จะเห็นความหมายพฤติกรรมสุขภาพในด้านกิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งกระทำขึ้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงซึ่งการกระทำนี้อาจเป็นการป้องกันโรคหรือการค้นหาโรคในระยะที่ยังไม่เกิดอาการเด่นชัดด้วย ในทัศนะของ รัตน ประเสริฐสม (2526:3) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันและรักษาสุขภาพที่ควรกระทำในชีวิตประจำวัน

จากนานาทัศนะดังกล่าวข้างต้นจะพบความสอดคล้องของความเห็นที่ว่า พฤติกรรมสุขภาพ ควรมีรูปแบบของการกระทำในด้านการทรมานบำรุงส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง และการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ในงานวิจัยนี้ พฤติกรรมสุขภาพ จะหมายถึง การปฏิบัติใด ๆ ที่มีจุดมุ่งหมายในการส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง และป้องกันร่างกายให้ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ฉะนั้น พฤติกรรมสุขภาพในที่นี้จะสามารถแยกย่อยเป็นพฤติกรรม 2 ประเภท กล่าวคือ 1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior) ซึ่งหมายถึงพฤติกรรมที่กระทำขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ร่างกายมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ได้แก่ การมีพฤติกรรมการกินที่ถูกลักษณะ การมีพฤติกรรมการออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นต้น 2) พฤติกรรมป้องกันโรค (Health Protective Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่กระทำขึ้นเพื่อป้องกันตนให้ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรักษาสุขภาพฟัน การรับการตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี เป็นต้น

พฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญและการวัด

จากความหมายของพฤติกรรมสุขภาพที่กล่าวเน้นการปฏิบัติใด ๆ ที่มีจุดมุ่งหมายในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันร่างกายให้ปราศจากโรคภัยต่าง ๆ การจำแนกพฤติกรรมว่าพฤติกรรมใดเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หรือพฤติกรรมใด

เป็นพฤติกรรมป้องกันโรค เป็นสิ่งที่จำแนกให้เห็นชัดเจนได้ยาก เพราะพฤติกรรมทั้งสองมีความสัมพันธ์เกี่ยวโยงซึ่งกันและกัน เช่น ในพฤติกรรมการกิน มนุษย์ทุกคนจำเป็นต้องกินเพื่อส่งเสริมให้ร่างกายได้รับพลังงาน ในขณะที่เดียวกันพฤติกรรมการกินที่ดีก็เป็นการป้องกันตนให้ปลอดภัยจากโรคภัยต่าง ๆ ที่หลีกเลี่ยงได้ เช่น โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นต้น ฉะนั้น ในการวัดพฤติกรรมที่ดีก็เป็นการป้องกันตนให้ปลอดภัยจากโรคภัยต่าง ๆ ที่หลีกเลี่ยงได้ เช่น โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นต้น ฉะนั้น ในการวัดพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วัดจะไม่นิยมแยกวัดว่าพฤติกรรมนั้นเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือพฤติกรรมนั้นเป็นพฤติกรรมป้องกันสุขภาพให้ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บ แต่การวัดพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นไปในรูปแบบของการวัดพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะด้าน เช่น พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นต้น และในแต่ละพฤติกรรมเฉพาะด้านนั้นจะประกอบด้วยข้อคำถามที่มีทั้งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค การวัดพฤติกรรมสุขภาพในงานวิจัยต่าง ๆ จะมีการวัดพฤติกรรมเฉพาะด้านแยกย่อยต่าง ๆ กัน เช่น งานวิจัยของแลนเกีย (Langlia. 1977:248) วัดพฤติกรรมสุขภาพโดยแบ่งเป็นพฤติกรรมย่อย 11 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการเดินทาง การขับรถ การสูบบุหรี่ สุขนิสัย การรับภูมิคุ้มกันโรค การดูแลสุขภาพฟัน การตรวจสุขภาพประจำปี การรับการทดสอบการเป็นโรคในห้องปฏิบัติการ การใช้เข็มฉีดยา การกิน และการออกกำลังกาย /

เลา (Lau. 1982:325) ได้วัดพฤติกรรมสุขภาพโดยแยกพฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมเฉพาะด้าน 7 ด้าน ได้แก่ การกิน การออกกำลังกาย การรักษาสุขภาพฟัน การสวมเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถ การควบคุมน้ำหนัก การรับการตรวจสุขภาพประจำปี และการพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน

วอลซ์ (Walsh. 1985:354) ได้วัดพฤติกรรมสุขภาพโดยแบ่งพฤติกรรมเป็นพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะด้าน 6 ด้าน ได้แก่ การกิน การออกกำลังกาย การใช้ยาและการหลีกเลี่ยงจากการเสพยาที่ไม่มีประโยชน์ การกำจัดความเครียด การรักษาความปลอดภัย และการพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ

ซีแมน และซีแมน (Seeman and Seeman. 1983:147) ได้วัดพฤติกรรมสุขภาพโดยผ่านพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะด้าน 5 ด้าน ได้แก่ การกินอาหารที่มีคุณค่า การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี และการหลีกเลี่ยงการเสพของมีนิเมาและบุหรื

เมอเดอส์ และฮินชอ (Murdaugh and Hinshaw. 1986) ได้วัดพฤติกรรมสุขภาพ เช่นเดียวกับโรเซนสต็อค (Rosenstock. 1974:38) โดยวัดพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน คือ การออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรื การควบคุมอาหาร และการรักษาความสะอาดของร่างกาย

แฮริส และกูเทน (Harris and Guten. 1979:18) ได้ทำการศึกษาสำรวจสิ่งกับ (Concept) ของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 842 คนในรัฐคลีฟแลนด์ (Cleveland) ในปี พ.ศ. 1976 กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18-55 ปี ผลการวิจัยปรากฏว่าบุคคลต่าง ๆ ให้ความสำคัญต่อการกระทำพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงและป้องกันรักษาสุขภาพโดยให้ความสำคัญต่อพฤติกรรมการกินเป็นอันดับหนึ่ง การพักผ่อนเป็นอันดับสอง และการออกกำลังกายเป็นอันดับสาม ส่วนพฤติกรรมอื่น ๆ เช่น การไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ สุขนิสัยส่วนบุคคล การควบคุมน้ำหนัก การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรื และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นพฤติกรรมที่ประชาชนให้ความสำคัญและกระทำในอันดับรองลงมาตามลำดับ งานวิจัยของเบคเคอร์และไมแมน (Becker and Maiman. 1977b) แพลทท์ (Pratt. 1976) วิลเลียมและเวสเลอร์ (William and Wechsler. 1972) โคเบิร์นและปอป (Coburn and Popp. 1974) สตีลและบลูม (Steele and Broom. 1972) พบว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันรักษาสุขภาพให้ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บ จะประกอบด้วย 1) การปฏิบัติตนต่อสุขภาพด้านการกินอาหารที่มีคุณค่า การควบคุมน้ำหนัก การหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด 2) การหลีกเลี่ยงจากการได้รับสารพิษ เช่น การหลีกเลี่ยงจากมลพิษจากภาวะแวดล้อม หลีกเลี่ยงการสูบบุหรื หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 3) การตรวจสุขภาพประจำปี

จากผลงานวิจัยที่ประมวลจะพบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่นักวิชาการเห็นว่าสำคัญอย่างสอดคล้อง ได้แก่ พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี และพฤติกรรมการรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ในงานวิจัยนี้จะวัดพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญดังกล่าวทั้งหมด ✕

วิธีการวัดพฤติกรรมสุขภาพโดยทั่วไปจะเป็นการรายงานความถี่ของการกระทำนั้น ๆ โดยประกอบด้วยประโยคบอกเล่า และมีคำตอบในรูปแบบมาตรวัดประเมินค่า 5 หน่วยจากบ่อยครั้งที่สุดถึงไม่เคยเลย (Hamrick and others. 1936:31; Greenberg and Pargman. 1986) ผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมสูง แสดงว่ามีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอยู่ในระดับสูง ผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำ แสดงว่ามีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ในงานวิจัยนี้จะใช้วัดพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะที่สำคัญ คือ พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล โดยผ่านแบบวัดรายงานความถี่ของการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ตามแบบมาตราส่วนประเมินค่า 6 หน่วยจากบ่อยครั้งที่สุด จนถึงไม่เคยเลย ผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากพฤติกรรมสุขภาพสูง แสดงว่าเป็นผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอยู่ในระดับสูง ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำ แสดงว่าเป็นผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอยู่ในระดับต่ำ

การศึกษาทัศนคติทางร่างกาย

✕ การที่บุคคลหนึ่งจะสามารถรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัยความรู้ ประสบการณ์ และทักษะที่ได้สั่งสมมา - พฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมหนึ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ และการศึกษาเป็นหนทางสำคัญในการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีแก่ประชาชนทั้งโดยตรง คือ การให้ความรู้ด้านสุขอนามัยต่าง ๆ และโดยทางอ้อมโดยผ่านการอบรมบ่มนิสัยที่เอื้อต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง

บุคคลที่ได้รับการศึกษาในปริมาณที่มากขึ้น มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพของร่างกายดีขึ้นโดยผ่านพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษางานวิจัยของ สุภางค์ จันทวานิช และคนอื่น ๆ (2529:บทคัดย่อ) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในภาคกลางของประเทศไทย พบว่าระดับการศึกษาของแม่ เกี่ยวข้องกับการมีภาวะโภชนาการที่ดีของลูก กล่าวคือ เด็กจะมีภาวะโภชนาการดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับระดับการศึกษาของแม่ เป็นสำคัญ แม่ที่มีระดับการศึกษาสูง จะเลือกอาหารที่ถูกหลักโภชนาการให้แก่ลูกได้ดีกว่าแม่ที่มี ระดับการศึกษาต่ำกว่า ผลงานวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของธนาคารโลก (The World Bank. 1980) ชูเกียรติ มณีพร และคนอื่น ๆ (2529:บทคัดย่อ) วิชัย จุฬาริวัฒน์มนตรี (2514:บทคัดย่อ) กมลเนตร โอฆานุรักษ์ (2520:บทคัดย่อ) และทัศนีย์ เมธาคูปด์ (2527)

ต่อมา สุนีย์ จิวแจ่มใส (2527:บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงทารก พบว่าระดับการศึกษาของแม่และรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งและสาเหตุของการเจ็บป่วย ตลอดจนภาวะโภชนาการของทารก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทารกที่ได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์มาก และเจ็บป่วยน้อยมาจากครอบครัวที่มีแม่จบการศึกษาในระดับสูง

สายใจ คุ่มขนาบ (2515:บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตนทางด้านสุขอนามัยของชาวชนบทไทย โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,476 ครอบครัวในทุกภาคของประเทศไทย ผู้วิจัยพบว่าโดยทั่วไปชาวชนบทไทยมีการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยไม่ถูกต้องตามสุขลักษณะเท่าที่ควร และปัจจัยทางด้านสังคม การศึกษาและอาชีพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยของชาวชนบท กล่าวคือ ครอบครัวใดที่มีหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้มีการศึกษาในระดับสูง ประกอบอาชีพรับราชการและมีฐานะของครอบครัวค่อนข้างสูง จะมีการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยที่ถูกสุขลักษณะมากกว่าครอบครัวที่มีหัวหน้าครอบครัวที่ไม่ได้ผ่านการศึกษาในระบบโรงเรียน มีอาชีพเกษตรกรรม และฐานะของครอบครัวต่ำ

จากการประมวลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะพบความสัมพันธ์ของระดับการศึกษา กับการพัฒนาคุณภาพทางร่างกายของบุคคล โดยบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมี

คุณภาพทางร่างกายที่เหมาะสมสูงกว่าบุคคลที่มีการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่า

การศึกษากับพฤติกรรมสุขภาพทั่วไป

พฤติกรรมสุขภาพไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคลได้รับความสนใจอย่างยิ่งในปัจจุบัน ทั้งนี้เพราะการเพิ่มขึ้นของโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ถ้ามีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เช่น การเป็นโรคหัวใจ โรคมะเร็งในปอดเพราะการสูบบุหรี่ (American Heart - Association. 1988) โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคมะเร็งในกระเพาะอาหาร ลำไส้ โรคเบาหวาน เพราะการกินที่ไม่ถูกต้องลักษณะ เป็นต้น (American Heart Association 1984a, 1984b; Ashley and Kannell. 1974) การประสบความสำเร็จในการส่งเสริมให้บุคคลได้กระทำพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะช่วยให้คนรอดพ้นจากความตายจากโรคปัจจุบัน และเป็นการช่วยประหยัดเงินของรัฐที่ต้องสูญเสียไปกับการรักษาโรคเป็นจำนวนมากในแต่ละปี (Metarazzo. 1982) และหนทางที่จะให้งานนี้ประสบผลสำเร็จ ขึ้นอยู่กับการให้การศึกษาเป็นสำคัญ

ได้มีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่ศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา และพฤติกรรมสุขภาพทั่วไป เช่น งานวิจัยของชาร์ป รอส และคอคเกอร์แฮม (Sharp, Ross and Cockerham. 1983:255-263) พบว่าคนที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง มีความสามารถในการควบคุมเหนือสุขภาพของตนเองมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า งานวิจัยของ ยีแอนนาคิส (Yiannakis. 1975) ลาเมน (Lamon. 1977) แฮร์ริสและกูเตน (Harris & Guten. 1979) ลิวเชน (Lueschen. 1983) ศึกษาพบว่ากลุ่มบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมี กิจกรรมที่มีเป้าหมายในการรักษาสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมปริมาณอาหารมากกว่าบุคคลที่ระดับการศึกษาต่ำกว่า

คอคเกอร์แฮมและคนอื่น ๆ (Cockerham and others. 1986:1-14) ได้ทำการวิจัยในรัฐอิลลินอยด์ สหรัฐอเมริกา กับกลุ่มบุคคลที่มีอายุระหว่าง 18-24 ปี ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมต่างกัน ก็ได้ผลการวิจัยเช่นเดียวกันคือบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะเข้าร่วมกิจกรรมกีฬาและออกกำลังกายเพื่อสุขภาพมากกว่าบุคคล

ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลงานนี้ก็สอดคล้องกับงานวิจัยของแฮริส (Harris. 1970:203-208) แซลลิสและคนอื่น ๆ (Sallis and others. 1985) สตีเฟนและคนอื่น ๆ (Stephen and others. 1985)

โคเบอร์นและโปป (Coburn and Pope. 1974:67-77) ได้ศึกษาพฤติกรรมป้องกันรักษาสุขภาพของผู้ชายอายุตั้งแต่ต่ำกว่า 29 ปีถึง 50 ปีขึ้นไปในรัฐวิคตอเรียและโคลัมเบียในแคนาดา พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการกระทำพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม กล่าวคือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคมามากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

โรเซนสตอค (Rosenstock. 1974:379) คีเกลเลส (Kegeles. 1963:363) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคของเพศหญิง พบว่าผู้หญิงที่มีระดับการศึกษาสูง มีรายได้สูง จะมีพฤติกรรมในการรับภูมิคุ้มกันโรค รับการตรวจสุขภาพร่างกายและสุขภาพฟันประจำปี รับการทดสอบการเป็นโรค มากกว่าผู้หญิงที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าและมีรายได้ต่ำกว่า ซึ่งผลวิจัยสอดคล้องกับงานของฮอคบลาม (Hockbaum. 1958) ที่ว่าระดับการศึกษาสัมพันธ์ทางบวกกับการไปรับการตรวจเอ็กซเรย์ปอด เพื่อตรวจสอบว่าจะเป็นวัณโรคหรือไม่ นอกจากนี้งานของฮัคและลาวิน (Haug and Larvin. 1981:212-229) พบว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง มีรายได้สูง จะมีพฤติกรรมไปรับบริการการตรวจสุขภาพจากแพทย์มากกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำและรายได้ต่ำ

ซีแมน และซีแมน (Seeman and Seeman. 1983:153) สปีคีย์ โคเวิร์ด และเพลเลต (Speake, Cowart and Pellet. 1989:95) ศึกษาพบว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะรายงานว่าตนมีการกระทำพฤติกรรมป้องกันสุขภาพสูงกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอย่างเชื่อมั่นได้ ซึ่งผลงานวิจัยนี้สอดคล้องกับงานของแฮริสและกูเทน (Harris and Guten. 1979:27-28) ที่ศึกษาผู้ที่จบการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยม จบการศึกษาระดับมัธยม จบการศึกษาระดับวิทยาลัย ระดับมหาวิทยาลัย พบว่าบุคคลยังมีระดับการศึกษาสูงยังมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านการป้องกันสุขภาพอนามัยสูงกว่าบุคคลที่จบการศึกษาในระดับต่ำกว่า โดยเห็นชัดว่า

แตกต่างกันตามลำดับการศึกษา

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาเฉพาะกับกลุ่มแม่บ้านในด้านพฤติกรรมสุขภาพก็ได้ผลในทำนองเดียวกัน เช่น งานวิจัยของกรีน (Green. 1970b:109) ไทโรเลอร์และคนอื่น ๆ (Tyroler and others. 1965:128) ฟรีแมนและแลมเบิร์ต (Freeman and Lambert. 1965) ผลวิจัยปรากฏว่า ระดับการศึกษาของแม่บ้านในครอบครัวหนึ่ง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลและป้องกันสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัว โดยครอบครัวใดที่มีแม่บ้านที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลและป้องกันสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัวสูงที่สุด งานวิจัยของแลนเกลีย (Langlia. 1977:253) ศึกษาพบว่าระดับการศึกษาสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค กล่าวคือ ผู้ที่จบการศึกษาในระดับสูงจะมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย โภชนาการที่ดี รับประทานอาหาร รับประทานผักผลไม้ ใช้น้ำดื่มสะอาด ใช้เข็มฉีดยาที่สะอาด มากกว่าผู้ที่จบการศึกษาในระดับต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่อมาแมคเลนแคมและเซเลส (Muhlenkamp and Sayles. 1986:336) ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างประชากรผู้ใหญ่อายุระหว่าง 18-67 ปี ในพื้นที่ภาคตะวันตกเฉียงใต้ของสหรัฐอเมริกา พบว่า ระดับการศึกษาสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยบุคคลที่ได้รับการศึกษาในระดับสูงกว่าจะมีพฤติกรรมการกิน การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การพักผ่อน การไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพมากกว่าบุคคลที่ได้รับการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่า

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพโดยทั่วไปของคนไทย มักเป็นไปในรูปแบบการสำรวจภาวะสุขภาพของคนในชนบทเป็นส่วนใหญ่ และผลงานวิจัยจะได้ข้อสรุปที่คล้ายคลึงกันว่า ประชาชนคนไทยในชนบทส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพทางร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ มีปัญหาด้านโภชนาการ อันเนื่องมาจากกินไม่เป็นและไม่มีจะกิน (ไกรสิทธิ์ ตันติศรีรินทร์. 2527) ปัญหาการเจ็บป่วยจากโรคภัยไข้เจ็บที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคพยาธิ โรคท้องร่วง โรคกระเพาะอาหาร โรคหวัด โรคฟันผุ เป็นต้น (จินตนา หย่างอารี และคนอื่น ๆ. 2529; เครือวัลย์ หุดานวัตร.

2529; ทันตแพทยสมาคม.2523) ปัญหาต่าง ๆ ทางสุขภาพของคนชนบทไทยสืบเนื่องจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ทั้งนี้สาเหตุมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ การมีความเชื่อผิด ๆ และการสะสมประสบการณ์ผิด ๆ เป็นเวลานานเป็นต้น (สาคร ธนमितต์. 2529; ทวีศักดิ์ เศรษฐเศรณี. 2530) และถ้าพิจารณาสิ่งที่เป็สาเหตุสำคัญ คือ การขาดการศึกษา เพราะชาวชนบทส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำ คือ จบการศึกษาในระดับประถมปีที่ 4 หรือต่ำกว่านั้น ได้มีงานวิจัยของ ลำอานงค์ มณีวรรณ (2530:51) ศึกษาเรื่องการให้การศึกษาด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคแก่ประชากร ในตำบลลาดหลุมแก้ว อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี ที่ไม่เคยเรียนเลย อ่านออกเขียนได้ จบการศึกษาระดับประถมต้นและจบการศึกษาในระดับประถมปลาย พบว่ากลุ่มประชากรที่จบการศึกษาในระดับประถมมีความสนใจเข้ารับการศึกษอาบรม มีความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติตัวด้านการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อมีการเก็บข้อมูลซ้ำอีก 6 เดือนและ 1 ปีให้หลัง ประชาชนเหล่านี้ยังมีความรู้และการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเช่นเดิม

x จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวมา พอจะสรุปได้ว่าบุคคลที่ได้รับการศึกษาในระดับที่สูงกว่า กล่าวคือ ได้รับการศึกษาในจำนวนปีมากกว่า จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่าบุคคลที่ได้รับการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่า

การศึกษากับพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะด้านที่สำคัญ

การมีสุขภาพที่ดีมีความเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมสุขภาพ ในด้านต่างๆ เช่น การได้รับอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การรับการป้องกันโรคและความเจ็บป่วยต่าง ๆ (นักตรนิมล มรรณพ. 2529) การมีสุขนิสัยที่ดี เช่น รู้จักรักษาความสะอาดของเสื้อผ้า แปรงฟัน หรือบ้วนปากหลังรับประทานอาหาร เป็นต้น ในพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะด้านเหล่านี้ที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ได้แก่ พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการงดดื่มสุรา เป็นต้น

(Hayes and Ross. 1987:122) ในการประมวลเอกสารในงานวิจัยตอนนี้ จะกล่าวถึงความสัมพันธ์ของการศึกษากับพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะด้านที่สำคัญ ซึ่งได้จากการประมวลเอกสารในตอนต้น พฤติกรรมสุขภาพเฉพาะด้านที่สำคัญในงานวิจัยนี้ได้แก่ พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล

๖ การศึกษากับพฤติกรรมการกิน

การมีสุขภาพที่ดีเป็นพื้นฐานของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการที่คนจะมีสุขภาพที่ดีได้นั้น จำเป็นต้องกินอาหารอย่างถูกต้องครบทั้งปริมาณและคุณภาพหรือถูกหลักโภชนาการ การกินอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ หรือมีพฤติกรรมการกินที่ดีจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพกล่าวคือ ทำให้ร่างกายเจริญเติบโตแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันทานโรคที่ดี แม้ถึงคราวเจ็บป่วยก็จะมีอาการไม่รุนแรงและจะหายป่วยโดยเร็ว

ความต้องการอาหารของร่างกายมนุษย์นั้นต้องครบ 5 หมู่ คือ โปรตีน เพื่อเสริมสร้างการเจริญเติบโต และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ คาร์โบไฮเดรต เพื่อให้พลังงาน ไขมัน ให้พลังงานและความอบอุ่น วิตามินเกลือแร่ เพื่อบำรุงสุขภาพและป้องกันโรค การมีพฤติกรรมการกินที่ดี จะแสดงออกโดยการรู้จักเลือกรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ดังกล่าว นอกจากนั้นต้องดื่มน้ำให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายด้วย ลักษณะของบุคคลที่มีพฤติกรรมการกินที่ดี นอกจากรับประทานอาหารหลากหลายแล้วยังรับประทานอาหารเป็นมื้อ ๆ ไม่รับประทานจุจิกระหว่างมื้อ รู้จักหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสจัด รู้จักควบคุมปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละวันไม่ให้มากหรือน้อยจนเกินไป ซึ่งอาจก่อให้เกิดโรคอ้วน และโรคขาดสารอาหารได้

จากการศึกษาของวิลเลียม (Williams. 1984) พบว่าพฤติกรรมการกินของปัจเจกบุคคลเป็นผลมาจากสังคม ศาสนา วัฒนธรรมประเพณี สภาพภูมิอากาศ ภูมิประเทศและปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นสำคัญ และการศึกษาที่มีผลต่อการมีพฤติกรรมการกินที่ถูกลักษณะยิ่งขึ้น ในงานวิจัยของ ยังและคนอื่น ๆ (Young and others. 1973) พบว่าร้อยละ 60 ของผู้ที่มีความรู้ด้านโภชนาการสูงขึ้นจะมีพฤติกรรมการกินที่

เหมาะสมแต่อย่างไรก็ดีความรู้ยังขาดอยู่ ไม่เพียงพอในการอธิบายพฤติกรรมการกินของบุคคลเพราะจากการศึกษาของแฮร์ริส (Harris. 1984) จากประชาชน 1,700 คนในสหรัฐอเมริกาพบว่าสองในสามของกลุ่มตัวอย่างที่กล่าวว่า ถ้าเขาเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน เขาก็จะมีสุขภาพที่ดีขึ้น แต่เขาทั้งหลายเหล่านั้นก็ยังคงมีพฤติกรรมการกินแบบเดิม

งานวิจัยอื่น ๆ ที่แสดงความสัมพันธ์ของการศึกษากับพฤติกรรมการกิน ได้แก่งานของ เวส (West. 1973) โรดิน (Rodin. 1981) พบว่ากลุ่มคนอเมริกันที่มีระดับการศึกษาสูง รายได้สูงจะมีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมมากกว่ากลุ่มคนอเมริกันที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า รายได้ต่ำกว่า โดยพบว่ากลุ่มคนที่มีระดับการศึกษาต่ำ มักจะมีน้ำหนักมากและเป็นโรคอ้วนมากกว่ากลุ่มคนที่มีระดับการศึกษาสูง ผลงานนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ คอนและคนอื่น ๆ (Kohrs and others. 1979) สตันคาร์ด และคนอื่น ๆ (Stunkard and others. 1972) เวล (Weil. 1977) วิลคินสันและคนอื่น ๆ (Wilkinson and others. 1977) นอกจากนั้นงานของ การ์และคลาร์ก (Garn and Clark. 1975) พบว่าเด็กที่มีแม่ที่มีระดับการศึกษาต่ำ จะมีน้ำหนักมากเกินไปมาตรฐานมากกว่าเด็กที่มีแม่ที่มีระดับการศึกษาสูง โดยพบในเด็กหญิงมากกว่าเด็กชาย (Sim and Marris. 1974) และเด็กที่มีพ่อแม่มีระดับการศึกษาต่ำ มีความรู้ทางโภชนาการต่ำจะเป็นโรคอ้วนมากที่สุด (Huenemann. 1974; Saltzer and Golden. 1985) นอร์ตัน และวูซนี (Norton and Wozny. 1984) ได้พบว่าระดับการศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการกินด้านการควบคุมอาหารโดยบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง รายได้สูง จะรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเช่น โปรตีน วิตามิน แคลเซียม สูงกว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำและรายได้ต่ำ และคนที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตัวเองมากกว่า (Speake, Cowart and Pellet. 1989:93-100)

สำหรับงานวิจัยด้านพฤติกรรมการกินในประเทศไทย ได้แก่งานวิจัยของ สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล (2529) ซึ่งมีการศึกษาถึงสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการกินของคนไทย และหาแนวทางปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรม

การกินที่ไม่เหมาะสม ส่งเสริมและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการกินที่ดี โดยเน้นกลุ่มประชากรเป้าหมายในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กวัยก่อนเรียน ได้มีการแบ่งพื้นที่วิจัยทั่วประเทศไทยออกเป็น 7 แห่ง คือภาคเหนือตอนบน จังหวัดเชียงราย (ยิ่งยง เทาประเสริฐ และคนอื่น ๆ. 2529) ภาคเหนือตอนล่าง จังหวัดพิษณุโลก (จินตนา หย่างอารี และคนอื่น ๆ. 2529) ภาคกลาง จังหวัดอยุธยาและกาญจนบุรี (สุภาวงศ์ จันทวานิช และคนอื่น ๆ. 2529) ภาคตะวันออก จังหวัดชลบุรี (ชูเกียรติ มณีชร และคนอื่น ๆ 2529) ภาคใต้ จังหวัดสงขลาและปัตตานี (วัฒนา ประทุมสิทธิ์ และคนอื่น ๆ. 2527) ภาคอีสานตอนบน จังหวัดขอนแก่น (เครือวัลย์ หุตานุวัตร และคนอื่น ๆ. 2529) ภาคอีสานตอนล่าง จังหวัดอุบลราชธานี และศรีสะเกษ (ชรา วิริยะพานิช และคนอื่น ๆ. 2529) ผลการวิจัยทั้งหมดได้ให้ข้อสรุปที่คล้ายคลึงกันดังนี้ สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการกินของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ปัจจัยด้านการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ขาดความรู้ด้านโภชนาการ ด้านสุขศึกษา ในภาวที่จะนำไปสู่การรู้จักเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ เพราะพบว่าแม้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความเชื่อในด้านการรับประทานอาหาร แลลงต่าง ๆ ลดลง มีความเชื่อและเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น เนื้อสัตว์ ผักผลไม้ เพิ่มขึ้น 2) ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจของครอบครัว และฤดูกาล การเลือกรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่างจะแปรไปตามอิทธิพลของวัฒนธรรม ประเพณีและความเชื่อในเรื่องอาหารแสลง ซึ่งมีผลทำให้เกิดปัญหาทุพโภชนาการในกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งเด็กที่หญิงเหล่านี้เลี้ยงดูด้วย จากผลการวิจัยพอจะสรุปได้ว่า พฤติกรรมการกินของคนไทยในภูมิภาคต่าง ๆ ที่มีอาชีพเกษตรกรรมยังอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการบริโภค ได้แก่ การขาดแคลนอาหารบริโภค และการบริโภคที่ไม่ถูกลักษณะ ซึ่งสาเหตุของปัญหาส่วนหนึ่งมาจากการขาดการศึกษา และการขาดความรู้พื้นฐานต่าง ๆ ทางการบริโภค ได้มีงานวิจัยของศิริณา จิตต์จรัส. 2524:23) ซึ่งได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของระดับการศึกษาและพฤติกรรมการกินพบว่า กลุ่มบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมไม่กินอาหารรสจัดมากกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำ และกลุ่มที่มีการศึกษาสูงจะกินอาหารที่มี

ประโยชน์มากกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำด้วย

✓ แม้ว่าพฤติกรรมการกินของบุคคลจะเป็นผลมาจากปัจจัยเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม แต่การศึกษาก็นับเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนในการช่วยเพิ่มพูนความรู้ด้านการบริโภคที่ถูกลักษณะ และจากการประมวลงานวิจัยข้างต้นจะพบข้อสรุปที่คล้ายคลึงกันว่า ระดับการศึกษาของบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการกิน โดยบุคคลที่จบการศึกษาในระดับสูงกว่าจะมีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมมากกว่าบุคคลที่จบการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่า 7

การศึกษากับพฤติกรรมหลักเลี้ยงการเสพสารที่เป็นโทษ

การศึกษากับพฤติกรรมหลักเลี้ยงการสูบบุหรี่ จากการค้นพบของแพทรี ในปี พ.ศ. 2505 ในสหรัฐอเมริกาว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งใช้เจ็บต่าง ๆ ทำให้มีการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่โดยทั่วไป โรคมะเร็งใช้เจ็บอันเกิดจากฤทธิ์ของสารต่าง ๆ ในบุหรี่ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคหัวใจขาดเลือด อันเนื่องมาจากนิโคติน มีผลต่อการทำลายเยื่อชั้นในของหลอดเลือดแดงในหัวใจ คาร์บอนมอนอกไซด์มีผลทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนลดลง ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น ไฮโดรเจนไซไดไนต์ ในควันบุหรี่ทำให้เกิดเลือดเกาะกันมากขึ้น ไบรอันที่มีอยู่ในเลือดไปเกาะที่ผนังหลอดเลือดได้ง่าย ซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดหัวใจเกิดการอุดตัน เกิดอาการโรคของหัวใจขาดเลือด จากการติดตามศึกษาประชากรมากกว่า 20 ล้านคน พบว่าคนที่สูบบุหรี่ตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 3 เท่า นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังเป็นสาเหตุของการเป็นมะเร็งที่ปอด โรคปอดอักเสบเรื้อรัง โรคหลอดลมอักเสบ และโรคถุงลมปอดโป่งพอง บุคคลผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่ใกล้ชิดที่ได้รับควันบุหรี่มีโอกาสทำให้สภาพร่างกายโดยทั่วไปแย่ลง ทำให้ความจำเสื่อมลง ทำลายสายตาผู้สูบบ่อยละ 22 เพราะการสูบบุหรี่ทำให้ปริมาณออกซิเจนเข้าสู่สมองลดลง (แพทรีชนบท.2530; พรเทพ ศรีนฤหาล้า.2531; อุไรวัฒน์ ศษาชีวะ. 2531; US DEPARTMENT OF HEALTH. 1969A; 1970; 1971)

การสูบบุหรี่ให้โทษต่อร่างกายผู้สูบเองและบุคคลใกล้ชิด พฤติกรรมการ

สูบบุหรี่จึงเป็นพฤติกรรมที่ควรหลีกเลี่ยงกระทำ บุคคลที่มีสุขภาพพลานามัยสมบูรณ์จะเป็นบุคคลที่หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการได้รับสารพิษจากบุหรี่จากบุคคลใกล้เคียง เพื่อป้องกันตนให้ปลอดภัยจากโรคภัยที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ งานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสูบบุหรี่ในต่างประเทศจะเป็นการศึกษาจิตลักษณะของผู้สูบบุหรี่ ไม่สูบบุหรี่ และเลิกสูบบุหรี่เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งจะไว้กล่าวในตอนต่อไป ส่วนงานวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวกับการศึกษากับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ งานวิจัยของ กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กองสุขศึกษา. 2530) ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ โดยได้ทำการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ พบว่าร้อยละ 80 ของเจ้าหน้าที่ไม่สูบบุหรี่ เจ้าหน้าที่ที่สูบบุหรี่มีเพียงร้อยละ 20 และเป็นชายเกือบทั้งหมด อยู่ในระหว่างอายุ 20-39 ปี ผลงานวิจัยที่น่าสนใจคือ เจ้าหน้าที่ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความแตกต่างระหว่างผู้ที่สูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่อย่างเห็นได้ชัด กล่าวคือ ร้อยละ 89.5 ของผู้จบการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรีจะไม่สูบบุหรี่ มีสูบบุหรี่เพียงร้อยละ 10.5 ผู้จบการศึกษาระดับปริญญาตรีไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 84.5 สูบบุหรี่ร้อยละ 15.2 ผู้จบการศึกษาระดับมัธยมไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 73.1 สูบบุหรี่ร้อยละ 26.9 ส่วนผู้จบการศึกษาระดับประถม สูบบุหรี่ร้อยละ 53.3 ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 46.7 จากการสำรวจนี้จะพบว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่มากกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มบุคคลที่มีความคิดจะเลิกสูบบุหรี่สูงที่สุด คือกลุ่มบุคคลที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี สาเหตุที่คิดจะเลิกเพราะได้รับรู้โทษของบุหรี่มาก กลุ่มที่คิดจะเลิกสูบบุหรี่รองลงมา คือ กลุ่มบุคคลที่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา สาเหตุที่คิดจะเลิกสูบบุหรี่เพราะตนเองมีอายุมากขึ้น สุขภาพร่างกายอ่อนแอลงมีโรคภัยจากพิษของบุหรี่มาเบียดเบียนมากขึ้น ส่วนกลุ่มที่จบการศึกษาในระดับอื่น ๆ มีความคิดจะเลิกสูบบุหรี่เพียงเล็กน้อย อาจเป็นเพราะกำลังอยู่ในวัยเจริญวัย สุขภาพร่างกายยังแข็งแรงอยู่

งานวิจัยพบความสัมพันธ์อย่างเด่นชัดระหว่างระดับการศึกษาและพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ โดยมีแนวโน้มว่า บุคคลที่ได้รับการศึกษาในระดับสูง จะมีความรู้ความเข้าใจในพิษภัยของบุหรี่มากกว่า และมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการ

หลักเลี้ยงการสุบบุหรีมากกว่า

การศึกษากับพฤติกรรมการหลักเลี้ยงการดื่มสุรา สุราหรือแอลกอฮอล์เป็นของเหลวที่ได้จากกระบวนการหมักผลไม้ ผักหรือเมล็ดพืช อัลกอฮอล์จัดเป็นสารจำพวดยา เพราะมีผลต่อร่างกาย จัดเป็นอาหารได้ เพราะสามารถให้พลังงานแต่แอลกอฮอล์ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการเมื่อแอลกอฮอล์ผ่านจากปากลงสู่คอ และสู่ระบบการย่อยอาหาร มันจะถูกดูดซึมโดยเร็วที่ผนังกระเพาะอาหาร และลำไส้เล็ก โดยไม่ต้องมีการย่อย การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มาก จะกระตุ้นหรือทำลายระบบการทำงานของอวัยวะ เช่นสมอง หัวใจ กระเพาะอาหาร ทำให้สูญเสียสติสัมปชัญญะและบันทึกนอนหลับ ปริมาณความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดมีผลต่อการแสดงออกของบุคคลเช่น ปริมาณความเข้มข้น ร้อยละ ๐.๐3 ทำให้ความรู้สึกเปลี่ยนแปลง ขาดความระมัดระวังในการตัดสินใจ ปริมาณความเข้มข้นร้อยละ ๐.๐6 ทำให้สมองผ่อนคลายการเคลื่อนไหว ปฏิกริยาโต้ตอบล่าช้า ปริมาณความเข้มข้นร้อยละ ๐.๐9 เริ่มมีเมามาก พูดมาก เอะอะงุ่มง่าม ปริมาณความเข้มข้นร้อยละ ๐.12 เริ่มมีอาการทรงตัวไม่อยู่ ปริมาณความเข้มข้นร้อยละ ๐.15 แสดงอาการพิษสุราชัดเจน เคลื่อนไหวกล่อมเนื้อไม่ไหว ปริมาณความเข้มข้นร้อยละ ๐.20 อารมณ์จะแปรปรวน คมสติไม่อยู่ จนถึงขั้นหมดสติ การดื่มสุราในปริมาณที่มากและสม่ำเสมอจะนำไปสู่อาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง โรคกระเริงในตับ โรคตับแข็ง โรคสมองเสื่อม โรคประสาทเสื่อม เพราะสุราจะทำลายกระบวนการเผาผลาญอาหาร การดูดซึมสารอาหารถูกระทบกระเทือน ก่อให้เกิดโรคติดเชื้อ ทั้งยังทำลายเนื้อเยื่อของเซลล์สมอง กระเพาะอาหารและตับอ่อนอีกด้วย นอกจากนี้ การดื่มสุรายังเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ โดยพบว่าอุบัติเหตุเกิดขึ้นเป็นปฏิกาดโดยตรงกับระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด (ประดิษฐ์ ตักดีศรี และคนอื่น ๆ. 2527; จันทรเกษม อ่างแก้ว. 2521; จรวรรพ ธรณินทร์. 2529)

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราของบุคคลจะพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างพฤติกรรมการดื่มของผู้ที่จบการศึกษาในระดับสูงและระดับต่ำกว่า แต่ผู้จบการศึกษาในระดับสูงกว่ามีแนวโน้มดื่มสุราในปริมาณที่น้อยกว่า

โดยพบว่าผู้จบการศึกษาในระดับต่ำกว่าเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังมากกว่า (Holzer and others. 1983:229, Warkeit and Auth. 1983:4) ในงานวิจัยนี้คาดว่าบุคคลที่จบการศึกษาในระดับสูงกว่าจะมีพฤติกรรมหลักเลี่ยงการดื่มสุรามากกว่าบุคคลที่จบการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่า

การศึกษากับพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล

การรักษาอนามัยส่วนบุคคล เพื่อการมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงปราศจากโรคที่หลักเลี่ยงได้ ได้แก่ การที่บุคคลรู้จักการรักษาความสะอาดของร่างกาย และเสื้อผ้าเครื่องใช้ การแปรงฟันสม่ำเสมอหลังการรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอในแต่ละวันการรู้จักการออกกำลังกายสม่ำเสมอ และรู้จักป้องกันรักษาสุขภาพโดยการรับการตรวจสุขภาพเป็นประจำด้วย สำหรับการประมวลเอกสารและงานวิจัยในตอนนี้ จะกล่าวเฉพาะการรักษาอนามัยด้านการดูแลสุขภาพฟัน การรับการตรวจสุขภาพ และการออกกำลังกาย เพราะเรื่องการรักษาความสะอาดและการพักผ่อนจะไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาเฉพาะด้านนี้ แต่จะไปรวมอยู่ในพฤติกรรมสุขภาพทั่วไป ซึ่งได้มีการกล่าวไว้แล้วในตอนต้น

การศึกษากับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพฟัน ฟันเป็นอวัยวะที่สำคัญอย่างยิ่งของชีวิตมนุษย์ เพราะนอกจากใช้บดเคี้ยวอาหารให้ละเอียดเพื่อง่ายต่อการย่อยของกระเพาะอาหารแล้วยังมีความเกี่ยวข้องกับ การออกเสียงในการพูด และความสวยงามบนใบหน้าด้วย เมื่อสุขภาพฟันและช่องปากสมบูรณ์ดีย่อมเป็นหลักประกันในการช่วยลดความเจ็บป่วยในร่างกายซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจาก ฟันผุ เช่น โรคปริทันต์ หรือโรคเหงือกอักเสบ โรคโพรงจมูกอักเสบ โรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบ โรคตาอักเสบ โรคฝีในสมอง โรคฝีในปอด และหอบหืด โรคปวดศีรษะ เป็นต้น ซึ่งโรคต่างๆ เหล่านี้เป็นผลเนื่องจากการลุกลามของเชื้อโรคไปยังอวัยวะส่วนอื่นๆ ของร่างกาย การป้องกันและดูแลสุขภาพในช่องปากและฟัน สามารถทำได้โดยง่าย จากการแปรงฟันอย่างถูกวิธีโดยสม่ำเสมอ คือหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง แต่ในทางปฏิบัติค่อนข้างไม่สะดวก ฉะนั้น การแปรงฟันจึงควรแปรงอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งคือก่อนเข้านอน และหลังตื่นนอนตอนเช้าหรือหลังอาหารเช้า และบ้วนปากหลายๆ ครั้งหลังการรับ

ประทานอาหารแต่ละมื้อ นอกจากนี้ยังควรได้รับการตรวจสอบสุขภาพฟันจากทันตแพทย์ ทุก ๆ 6 เดือน เพราะโรคในช่องปากและฟันจะเกิดขึ้นภายในระยะเวลา 6 เดือน ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษา การมาพบทันตแพทย์เพื่อรับการตรวจและทำความสะอาด ฟันและช่องปากเป็นประจำทุก 6 เดือน ถึงแม้ว่าจะยังไม่รู้สึกมีอาการผิดปกติ เป็นสิ่งจำเป็นเพราะแม้เราจะทำความสะอาดฟันด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอแล้ว แต่มีบางส่วนของฟันที่เราไม่สามารถทำความสะอาดได้ด้วยตนเอง (ชลสวีย์ วาริตสวัสดิ์. 2525:1; อี๊ด กฤษดากร. 2517:236; ทันตแพทย์สมาคม. 2524: 52-53; นิภัสสร ลดาวัลย์. 2514:16)

จากการศึกษางานวิจัยต่าง ๆ จะพบว่ากลุ่มบุคคลที่มีการรักษาสุขภาพ ในช่องปากและฟันเป็นอย่างดี จะเป็นกลุ่มบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ากลุ่ม บุคคลอื่น ๆ (Division of Public Health Methods. Public Health Service. 1960:1-8; Bulman and others. 1968) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่ม บุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (ซึ่งวัดจากระดับการศึกษาและรายได้) อยู่ในระดับสูง ขนาดครอบครัวเล็ก อาศัยอยู่ในเขตเมือง เพศหญิงมารับการบริการ ด้านการป้องกันและบำบัดสุขภาพฟันมากกว่ากลุ่มบุคคลอื่น ๆ (National Opinion Research Center. University of Chicago. 1960)

สำหรับในประเทศไทย ได้มีงานวิจัยศึกษาตัวแปรด้านสถานภาพทาง เศรษฐกิจและสังคม (ซึ่งวัดจากระดับการศึกษา อาชีพและรายได้) กับพฤติกรรมร มด้านทันตสุขภาพของคนไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาในกลุ่มประชากร อายุ 15-55 ปี ผลการวิจัยปรากฏว่า ประชากรในกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพทาง เศรษฐกิจและสังคมระดับสูง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหน้าที่และความสำคัญของ ฟัน เห็นความจำเป็นของการต้องมาตรวจฟันกับทันตแพทย์เป็นประจำ แม้ยังไม่พบ อาการผิดปกติมากกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมระดับต่ำ และในทาง ปฏิบัติกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมระดับสูงก็มีพฤติกรรมแปรงฟัน อย่างถูกวิธี มารับการตรวจสุขภาพช่องปากและฟันในระยะเวลา 6 เดือนถึง 1 ปี มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมระดับต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (ยลสลวย วาริทสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ. 2525:50:60)

จากการประมวลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะพบว่าผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับสูงจะมีความสนใจ เอาใจใส่และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในช่องปากและฟันมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมระดับต่ำกว่า ทั้งนี้ เพราะผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับสูง จะมีระดับการศึกษาสูง มีอาชีพการงานดี มีรายได้สูง มีโอกาสที่จะได้รับความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพและมีเวลาที่จะใช้ในการกระทำพฤติกรรมป้องกันสุขภาพโดยรับการตรวจสุขภาพฟันมากกว่าและในงานวิจัยนี้คาดว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพฟันมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

การศึกษากับพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจสุขภาพได้มีการดำเนินงานมานานไม่ต่ำกว่า 120 ปีโดยนายแพทย์ชาวอังกฤษ ชื่อ โฮเรดโดเบล (Horade Dobell) ในปี พ.ศ. 2404 และเก้า (Gould) ในปี พ.ศ. 2443 โดยหวังว่าการตรวจสุขภาพจะสามารถช่วยค้นพบโรคบางอย่างที่ซ่อนเร้นและยังไม่แสดงอาการ การตรวจพบได้แต่เนิ่น ๆ จะสามารถลดอัตราการป่วยและอัตราการตายของคนเหล่านี้ได้ (Gould. 1900:134-138) วิธีการต่าง ๆ ในการตรวจสุขภาพจะประกอบด้วยการซักประวัติการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ตรวจกลุ่มเลือด ตรวจปัสสาวะ อุจจาระ ภูมิคุ้มกันต่อโรคเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ฉายภาพรังสีทรวงอก ทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น (Mitchell 1981:733-735; Madlon. 1988:567-576; Romf. 1989:69-77) การตรวจสุขภาพของบุคคลที่ไม่แสดงอาการเจ็บป่วยสามารถลดอัตราการป่วยและอัตราการตายของผู้ป่วยได้หรือไม่ ได้มีงานวิจัย วิเคราะห์ผลของผู้ขอตรวจสุขภาพพบว่ากลุ่มผู้รับการตรวจสุขภาพติดต่อกันเป็นประจำเวลา 1 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพติดต่อกันเป็นประจำ ปรากฏผลว่าไม่มีความแตกต่างในอัตราการตายทั้งหมดแต่มีความแตกต่างในอัตราการตายของโรคที่สามารถชลอได้ถึงร้อยละ 30 และในวัยกลางคน สามารถลดอัตราการตายจากปัญหาทางด้านอนามัยแม่และเด็กได้ (Friedman, Collen and Fireman. 1986:453-463)

การตรวจสุขภาพประจำปี แม้จะเป็นการสูญเสียทรัพยากรด้านเวลาและเงินในการใช้จ่าย แต่การตรวจสุขภาพก็เป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลรักษาสุขภาพและบุคคลที่มารับการตรวจสุขภาพประจำปี ส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับสูงกล่าวคือ มีระดับการศึกษาสูง มีรายได้สูง มีอาชีพที่มั่นคง เพราะผู้ที่มารับการตรวจสุขภาพเพื่อค้นหาการเกิดโรคที่แอบแฝงอยู่นั้น จะต้องมีความรู้ด้านสุขภาพ มีความสนใจและเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพของตนตลอดจนต้องมีเงินมีเวลาที่จะต้องเสียไปในการรับการตรวจสุขภาพตามโรงพยาบาลต่าง ๆ (นภาพิน โอภาสานนท์ และคนอื่น ๆ. 2532)

จากการวิจัยในต่างประเทศและประเทศไทย จะพบข้อสรุปที่เหมือนกันว่าผู้ที่ไปรับการตรวจสุขภาพประจำปีจะเป็นบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงและมีระดับเศรษฐกิจสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ไปรับการตรวจสุขภาพ (Rosenstock. 1974; Kegeles. 1963; Hockbaum. 1958; Hang and Larvin. 1981; Muhlenkamp and Sayles. 1986; Lauglia. 1977; นภาพิน โอภาสานนท์ และคนอื่น ๆ. 2532) ฉะนั้นในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยคาดว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะไปรับการตรวจสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

การศึกษากับพฤติกรรมการออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกายที่มีการวางแผน มีการทำซ้ำ ๆ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อความแข็งแรงของร่างกาย (Cassperson Powell and Christenson. 1985:126) การออกกำลังกายที่ทำโดยถูกต้องเหมาะสม ให้คุณค่าแก่ร่างกายคือ ในเด็กการออกกำลังกายช่วยให้ร่างกายเจริญเติบโต แข็งแรงมีภูมิคุ้มกันโรค ในหนุ่มสาวและผู้ใหญ่ การออกกำลังกายช่วยให้ร่างกายแข็งแรงสดชื่น กระปรี้กระเปร่า ช่วยการทำงาน of ระบบต่าง ๆ เช่น ระบบย่อยอาหาร ระบบประสาท ระบบหายใจ ทำงานได้ดีมีสมรรถภาพมากยิ่งขึ้น ในวัยชราการออกกำลังกายช่วยการป้องกันและรักษาอาการโรคที่เกิดในวัยชรา เช่น เมื่อยขบ วิงเวียน หน้ามืด นอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยให้สภาพร่างกายมีสมรรถภาพสูงสามารถประกอบกิจกรรมและการงานต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นระยะเวลายาวนานโดยไม่เหน็ดเหนื่อย และการออกกำลังกาย

กายเป็นประจำยังเป็นปัจจัยช่วยป้องกันโรคภัยไข้เจ็บบางอย่าง เช่น โรคหลอดเลือด
แข็งตัว โรคอ้วน เป็นต้น (กระจำจ วิสุมขารมณ: 2526; อวย เกตุสิงห์.
2525:190; สุวิทย์ อารีกุล. 2517:780; สุชาติ โสสมประยูร. 2523:153)
นอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยลดความเครียดของบุคคล ทำให้บุคคลมีอารมณ์
แจ่มใสเบิกบานขึ้น (Blumenthal and others. 1988; Simon and others.
1985; Sherwood and others. 1987; McCann and Holmes. 1984)

การออกกำลังกายที่ถูกลักษณะและให้ประโยชน์แก่ผู้กระทำพฤติกรรมควร
เป็นกิจกรรมที่ทำให้กล้ามเนื้อทุกส่วนได้ออกแรง และทำให้ร่างกายเคลื่อนไหวได้
หลายลักษณะ การเริ่มออกกำลังกายควรเริ่มเล่นเบา ๆ ก่อน เพื่อให้กล้ามเนื้ออบอุ่น
และพร้อมที่จะออกแรงก่อน แล้วจึงค่อยเล่นหนักขึ้น สำหรับปริมาณของการออกกำลัง
กายต้องเหมาะสมกับสภาพร่างกายของแต่ละบุคคล และควรใช้เวลาในการออกกำลัง
กายอย่างน้อย 15-20 นาที เป็นเวลาทุกวัน หรือทุกสองวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ
3 วัน การออกกำลังกายต้องทำให้ร่างกายรู้สึกเหนื่อยแต่เพียงเล็กน้อย คือ มีเหงื่อ
ซึม แต่เหนื่อยเป็นเวลานานพอควร การออกกำลังกายที่หักโหม หรือออกกำลังกายไม่
สม่ำเสมอ คือ เล่น ๆ หยุด ๆ จะไม่มีผลทางบวกต่อร่างกายแต่อาจเป็นอันตรายต่อ
ร่างกายได้ และหลังการออกกำลังกายทุกครั้งควรให้ร่างกายได้รับการพักผ่อนอย่าง
เพียงพอ (กรุงไกร เจนวนานิช. 2522:115; สุชาติ โสสมประยูร. 2520:43;
ศูนย์วิทยาศาสตร์ทางกีฬา. มปป.)

แม้การออกกำลังกายจะมีคุณประโยชน์อย่างมากต่อร่างกายผู้กระทำ
แต่จากการสำรวจของสหรัฐอเมริกา และแคนาดา พบว่ามีผู้ใหญ่เพียงหนึ่งในสาม
เท่านั้นที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย และผู้ใหญ่เหล่านี้ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูง
มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับสูง (The Perrier Study:-
fitness in America. 1979; The General Mills American Family
report. 1979; Canada Fitness Survey. 1983) ได้มีงานวิจัยของดิชแมน
แซลลิส และโอเรนสไตน์ (Dishman, Sallis and Drenstein. 1985:158-
171) ศึกษาตัวบ่งชี้การกระทำพฤติกรรมออกกำลังกายของบุคคล ผลงานวิจัยปรากฏ

ว่าบุคคลที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายสูง จะเป็นบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงมีทัศนคติที่ต่อการออกกำลังกาย มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนแต่พฤติกรรมการออกกำลังกายนี้จะลดลงเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น ผลงานนี้สอดคล้องกับงานของแฮร์ริส (Harris. 1970) สตีเฟนและคนอื่น ๆ (Stephens and others. 1985) แซลลิสและคนอื่น ๆ (Sallis and others. 1985) แอนดรูและคนอื่น ๆ (Andrew and others. 1981) ฮาสเคล และแบลร์ (Haskell and Blair. 1990) นอกจากนั้นงานวิจัยของโอลดริดจ์ (Oldridge. 1982) ค็อก (Cox. 1984) ยังพบว่าบุคคลที่มีอาชีพการงานที่ดีมั่นคงจะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายมากกว่าบุคคลที่มีอาชีพไม่มั่นคงด้วย สำหรับงานวิจัยในประเทศไทย โดยกองส่งเสริมพลศึกษา และสุขภาพ กรมพลศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ (กรมพลศึกษา. 2526) ได้ศึกษาสภาพการเล่นกีฬาและการออกกำลังกายของประชาชนไทยในกรุงเทพมหานคร พบว่าบุคคลที่เล่นกีฬาและออกกำลังกาย เป็นกลุ่มบุคคลที่มีระดับการศึกษามากที่สุด ระดับมัธยมศึกษา และประถมศึกษา อยู่ในลำดับรองลงมา และการออกกำลังกายที่นิยมกันมากที่สุด คือ การวิ่งเหยาะ ๆ รองลงมาคือกายบริหาร การออกกำลังกายโดยมากกระทำที่บ้าน และมักออกกำลังกายพร้อมเพื่อน ส่วนบุคคลที่ไม่ออกกำลังกายจะอ้างสาเหตุว่าไม่มีเวลามากที่สุด ซึ่งผลนี้เช่นเดียวกับงานของ โอลดริดจ์ (Oldridge. 1982) ดิชแมน (Dishman. 1982) มาร์ตินและดับเบิร์ต (Martin and Dubbert. 1982)

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยด้านการศึกษากับพฤติกรรมการออกกำลังกายพอสรุปได้ว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยบุคคลที่จบการศึกษาระดับสูงจะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายมากกว่าบุคคลที่จบการศึกษาในระดับต่ำกว่า

สรุป จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างความสัมพันธ์ของการศึกษากับพฤติกรรมสุขภาพทั่วไปและพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะด้านที่สำคัญจะพบข้อสรุปในทำนองเดียวกันว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง จะเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ ฉะนั้นในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงทำนายว่าการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวคือ

ผู้ที่จบการศึกษาในระดับที่สูงกว่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางด้านพฤติกรรมกาารกิน พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล มากกว่าบุคคลที่จบการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่า

ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

จิตลักษณะกับพฤติกรรมสุขภาพ

การที่บุคคลสามารถดูแลรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพแห่งตนได้ ย่อมมีประโยชน์ต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Development) พัฒนาคุณภาพชีวิต (Quality Life Development) พัฒนาสิ่งแวดล้อมของมนุษย์ (Human Environment Development) และเชื่อมโยงไปถึงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Health care delivery system) ทั้งนี้เพราะบุคคลต้องใช้ความรู้ ประสบการณ์ และทักษะต่าง ๆ ที่สั่งสมมาในการตัดสินใจที่จะทำการในสถานการณ์ที่ตนกำลังเผชิญอยู่

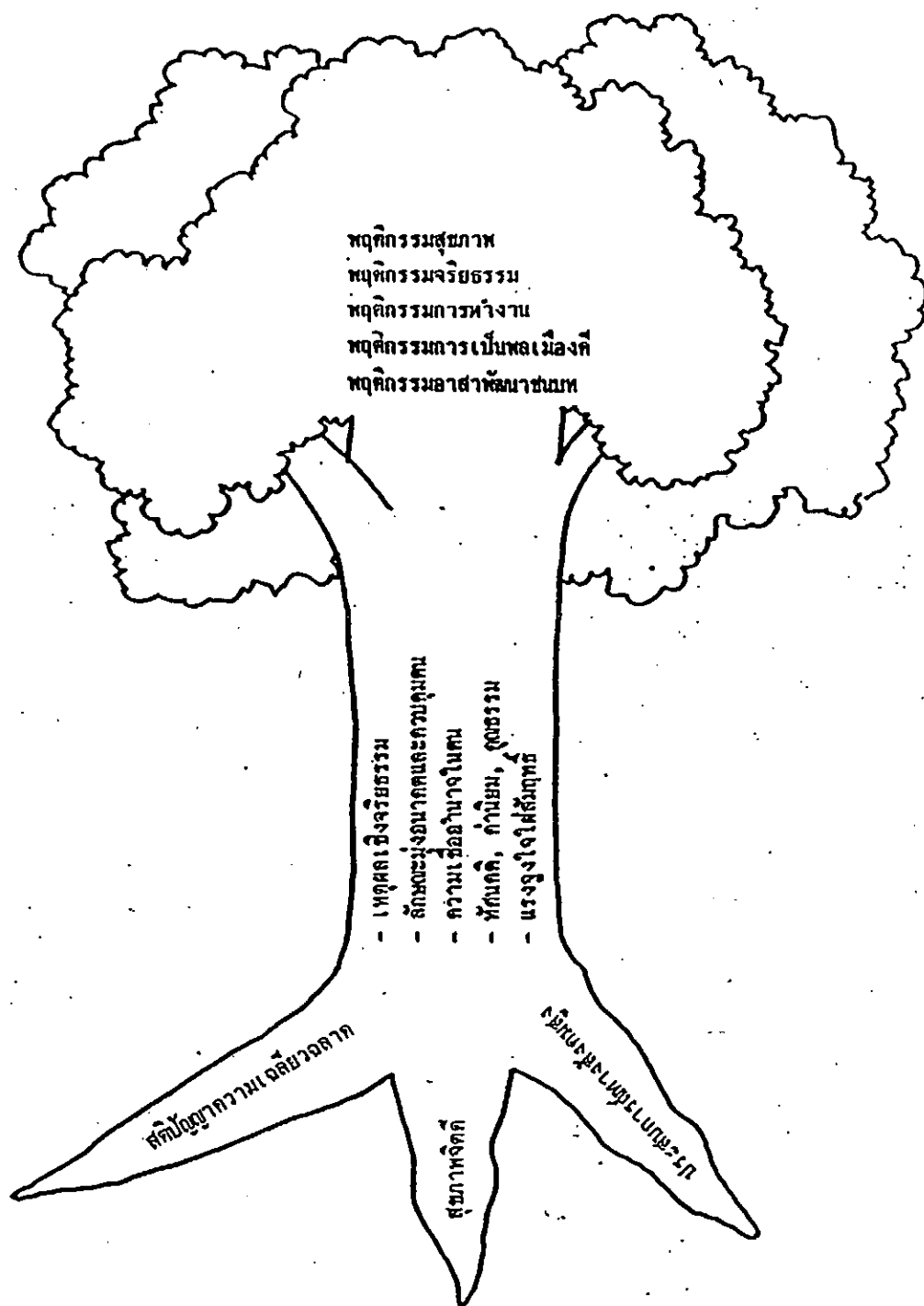
พฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ (Learned Behavior) ไม่ได้เกิดจากสัญชาตญาณ หรือปฏิกิริยาสะท้อนกลับของระบบประสาท และมนุษย์จะแสวงหาแนวทางที่ดีที่สุดสำหรับตน

การเรียนรู้แนวทางในการรักษาสุขภาพแห่งตน เริ่มตั้งแต่ที่บ้านและครอบครัวซึ่งเป็นหน่วยการเรียนรู้ทางสังคมหน่วยแรก ต่อมาโดยผ่านระบบโรงเรียน ที่ทำงาน และสื่อสารมวลชน

การปลูกฝังแนวทางการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่มีการเน้นย้ำเตือนในรูปลักษณะที่คล้ายคลึงกันทั่วประเทศโดยผ่านระบบการศึกษา คือ การสอนสุขศึกษา (Health Education) และประชาชนทุกคนในประเทศที่ผ่านระบบการศึกษากว่า บังคับจะได้รับกระบวนการศึกษาดังกล่าว แม้ว่าการให้การศึกษาทางด้านสุขภาพอนามัยโดยผ่านระบบโรงเรียนจะมีการกระทำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเป็นเวลาดัง 6 ปีแต่แนวทางนี้จะส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลหรือไม่เป็นที่น่า

กังขาเพราะการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ ผล และวิธีป้องกันโรคภัย
ไข้เจ็บอาจไม่ส่งผลผลักดันให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในบุคคลขึ้นได้ ดังผลการวิจัยของ
ไสว เพื่องวิทยารัตน์ (2519:75-77) ที่ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของ
นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 7 จังหวัดกรุงเทพมหานคร และจังหวัดนครราชสีมา สังกัดกรม
สามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ชาย 300 คน หญิง 300 คน รวม 600 คน โดย
ใช้แบบตรวจสอบรายการ (Check List) และหาค่าร้อยละของแต่ละข้อ ผลการ
วิจัยพบว่า แม้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 7 จังหวัดกรุงเทพมหานครและนครราชสีมาทั้ง
สองกลุ่มจะมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดี มีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพอนามัย แต่
นักเรียนทั้งสองกลุ่มมีการปฏิบัติตนต่อสุขภาพอนามัยในระดับที่ไม่น่าพอใจ

ตามหลักจิตวิทยา การกระทำพฤติกรรมใด ๆ ของบุคคลจะต้องประกอบ
ด้วยองค์ประกอบต่าง ๆ เช่น ความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ความต้องการที่
จะกระทำ ความพร้อมที่จะกระทำ ความเพียรพยายามที่จะกระทำให้สำเร็จ เป็นต้น
(Mischel and Michel. 1976:85) ในประเทศไทยได้มีงานวิจัยอยู่จำนวนหนึ่งที่
วิเคราะห์สาเหตุของการกระทำพฤติกรรมที่น่าพึงปรารถนาของคนไทย เช่นพฤติกรรม
การรักษาสุขภาพอนามัย พฤติกรรมอาสาพัฒนาชนบท พฤติกรรมซื่อสัตย์ เป็นต้นผลของ
การวิจัยทั้งหมดสามารถให้ข้อสรุปจนรวมเป็นทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรม ซึ่งนำเสนอโดย
ดวงเดือน พันธุมนาวิน ใน พ.ศ. 2523 และ พ.ศ. 2530 (ดวงเดือน พันธุมนาวิน
2531:16-17) ทฤษฎีนี้ได้กล่าวว่า พฤติกรรมของการเป็นคนแกร่ง คนเก่ง และคนดี
กล่าวคือ การเป็นคนมีสุขภาพกายสมบูรณ์แข็งแรง มีสุขภาพจิตดี รู้จักปรับตัวให้เหมาะ
สมกับสภาพแวดล้อม การเป็นผู้มีสติปัญญาดี มีความเฉลียวฉลาด รับการศึกษาและมี
ทักษะในการประกอบอาชีพเป็นที่พึงของตนเองและครอบครัว และการเป็นผู้มีศีลธรรม
จริยธรรมอันดีงาม ก่อประโยชน์แก่ส่วนรวม ช่วยพัฒนาประเทศได้นั้นจะต้องเป็นบุคคล
ที่มีองค์ประกอบทางจิตเกี่ยวข้องกับอยู่ 8 ประการ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ ลักษณะที่
เป็นพื้นฐานทางจิตใจ 3 ประการ และจิตลักษณะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอีก 5
ประการ เพื่อนำไปประกอบเป็นภาพต้นไม้อจริยธรรม (ดูภาพประกอบ 1)



ภาพประกอบ 1 ทฤษฎีต้นไม้จริยธรรม (ดววงเตื่อน พันธุมนาวัน. 2531)

ลักษณะพื้นฐานทางจิต 3 ประเภทที่เป็นรากแก้วของต้นไม้ได้แก่ 1) สติปัญญา ความเฉลียวฉลาด การรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง แม่นยำ รู้จักคิดแบบนามธรรม นอกเหนือจากการคิดแบบรูปธรรม สามารถคิดแบบเอกนัยและอเนกนัยด้วย 2) สุขภาพจิตดี มีความวิตกกังวลแต่น้อย หรือมีอยู่ในปริมาณที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ 3) ประสบการณ์ทางสังคมสูง คือ เป็นการได้รู้ได้เห็นเกี่ยวกับสภาพการดำเนินชีวิต อุปสรรคและปัญหาความยากความต้องการของคนประเภทต่าง ๆ ในสังคม ตลอดจนสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคมของคนเหล่านี้เพื่อให้ทราบว่า การกระทำของตนจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางดีและทางไม่ดีแก่ผู้อื่นได้อย่างไร/ส่วนจิตลักษณะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอีก 5 ประการ ซึ่งเป็นลำดับของต้นไม้ประกอบด้วย 1) ความสามารถในการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม ซึ่งเป็นลักษณะของการไม่เห็นแก่ตัว แต่เห็นแก่พวกพ้อง หรือเห็นแก่ส่วนรวม ประเทศชาติ มนุษยชาติ และหลักการ 2) ลักษณะมุ่งอนาคตและความคุมตน คือ การรู้จักคาดการณ์ไกล สามารถอดได้รอได้ หรือสามารถควบคุมบังคับตนเองได้ทั้งในที่ลับและที่แจ้ง คือ ทั้งต่อหน้าและลับหลังผู้อื่น โดยบุคคลจะต้องสามารถรู้สึกภาคภูมิใจที่ตนทำดี แม้ผู้อื่นจะไม่รู้ไม่เห็นก็ไม่สำคัญ 3) ความเชื่ออำนาจในตน ซึ่งเป็นลักษณะความเชื่อว่าผลที่เกิดกับตนส่วนใหญ่เป็นเพราะการกระทำของตนมากกว่าจะเกิดจากความบังเอิญ โชคเคราะห์ หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ดลบันดาล 4) มีทัศนคติและค่านิยมที่ดีต่อการกระทำพฤติกรรม คือ เป็นลักษณะการมองเห็นคุณค่าประโยชน์และคุณค่าของการกระทำพฤติกรรม เกิดความพอใจและมีความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรม 5) แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูง คือ เป็นลักษณะการยอมรับที่จะแก้ปัญหาต่าง ๆ มุมานะบากบั่นฝ่าฟันอุปสรรคในการทำงาน หรือแก้ปัญหาจนประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างเหมาะสมกับความรู้ความสามารถของตน จิตลักษณะทั้ง 8 ประการ ที่หลอมรวมเป็นลำดับ และรากแก้วของต้นไม้จริยธรรมจะผลิดอกออกผล อันหมายถึงพฤติกรรมของการเป็นคนแกร่ง คนเก่งและคนดี

ในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้แข็งแรงและป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ นั้น จะต้องประกอบด้วยลักษณะพื้นฐานทางจิตใจ คือการเป็นผู้มีสติปัญญา ในการแสวงหาความรู้ต่าง ๆ

ด้านสุขภาพและการมีประสบการณ์ทางสังคม ซึ่งลักษณะพื้นฐานทางจิตใจทั้ง 2 ประการนี้บุคคลจะได้รับจากการศึกษา ซึ่งได้มีการกล่าวรายละเอียดในตอนต้นของบทนี้แล้ว ส่วนจิตลักษณะต่าง ๆ ที่ควรมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่

- 1) การเห็นประโยชน์และคุณค่าของการมีสุขภาพดี ซึ่งหมายถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ และมีค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ
- 2) การเชื่อว่าตนสามารถทำให้ตัวเองมีสุขภาพดีได้ โดยการกระทำต่าง ๆ ของตนซึ่งหมายถึงการมีความเชื่ออำนาจในตน และ
- 3) การคาดการณ์ไกล คิดถึงผลของการมีสุขภาพดีในระยะยาว ซึ่งหมายถึง ลักษณะมุ่งอนาคต จิตลักษณะทั้ง 4 ประการนี้จะกระทำหน้าที่ต่อเนื่องจนเกิดผลตามเป้าหมาย คือ การมีสุขภาพที่ดี แข็งแรงปราศจากโรคภัย การศึกษาจิตลักษณะเพียง 4 ใน 8 ลักษณะของทฤษฎีต้นไม้ จริยธรรมในงานวิจัยนี้ จะช่วยในการอธิบายสาเหตุของการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยได้ชัดเจนขึ้น สำหรับรายละเอียดของความสัมพันธ์ระหว่างจิตลักษณะแต่ละตัวกับพฤติกรรมสุขภาพจะกล่าวโดยลำดับต่อไป

ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

ทัศนคติ คือ จิตลักษณะประเภทหนึ่งที่เป็นความรู้สึกที่จะตอบสนองไปในทางชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรืออาจกล่าวได้ว่า ทัศนคติเป็นความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ โดยมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ รวมทั้งความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมเฉพาะอย่าง (Shaver, 1977:168)

ในทางจิตวิทยาสังคม ทัศนคติประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ

- 1) องค์ประกอบทางการรู้เชิงประเมินค่า (Cognitive Evaluative Component) หมายถึง การรู้ การคิด ความเชื่อ ตลอดจนข้อสันนิษฐานทั่วไปเกี่ยวกับวัตถุทางทัศนคตินั้น (Cognitive Component) และองค์ประกอบนี้จะต้องมีลักษณะที่มีทิศทางประกอบด้วย คือ ทางด้านดีหรือเลว ประโยชน์หรือโทษ จึงไม่ใช่ข้อเท็จจริง (Fact) ตามปกติเท่านั้น เนื้อหาที่สำคัญที่สุดขององค์ประกอบนี้คือ ความเชื่อเชิงประเมินค่า ว่าสิ่งนั้นดีหรือเลว มีประโยชน์หรือโทษอย่างไร
- 2) องค์ประกอบทางความรู้สึก (Affective Component) หมายถึง ความชอบ

ความไม่ชอบสิ่งหนึ่ง หรือความพอใจ ไม่พอใจสิ่งหนึ่ง องค์ประกอบนี้ของทัศนคติต่อสิ่งหนึ่งของบุคคลจะต้องสอดคล้องกับทิศทางขององค์ประกอบแรกของเขาด้วย กล่าวคือ ถ้าบุคคลเชื่อว่าสิ่งใดดีมีประโยชน์ บุคคลก็จะชอบและพอใจสิ่งนั้น ในทางตรงข้าม ถ้าบุคคลเชื่อว่าสิ่งนั้นเลวหรือมีโทษ บุคคลก็จะไม่ชอบไม่พอใจสิ่งนั้น 3) องค์ประกอบทางความมุ่งกระทำ (Behavioral Intention Component) ซึ่งหมายถึงลักษณะทางจิตใจที่เกี่ยวกับพฤติกรรมซึ่งคือความแนวโน้มที่จะกระทำ (Action tendency) หรือเจตนาที่จะกระทำ (Behavioral intention) หรือความมุ่งกระทำ (ดวงเดือน พันชนนาวัน. 2532:66-67)

การศึกษาทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพในงานวิจัยนี้จะศึกษาทัศนคติใน 3 องค์ประกอบ ฉะนั้น ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพจะหมายถึง การมองเห็นประโยชน์มากโทษน้อยของการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ มีความพอใจในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ และมีความมุ่งกระทำพฤติกรรมสุขภาพ งานวิจัยเกี่ยวกับทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพในระยะต้น ๆ จะเป็นเพียงการศึกษาทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพเพียงองค์ประกอบเดียว คือ ความเชื่อต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นการรับรู้ผลดี ผลเสียของการกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ โดยได้จัดตั้งเป็นแบบแผนความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ (Health Belief Model) ในการวิจัยส่วนใหญ่จะกล่าวเน้นว่าการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับความเชื่อว่า พฤติกรรมนั้นจะป้องกันความเจ็บป่วยได้ และการมีความต้องการที่จะมีสุขภาพดี โดยมีแรงจูงใจที่จะหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย (Becker and others. 1977:349; Becker and Mainman. 1975:111)

การวิจัยในด้านนี้ได้มีการศึกษาทั้งพฤติกรรมสุขภาพทั่วไปและพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะด้าน กล่าวคือในด้านพฤติกรรมสุขภาพทั่วไป ได้แก่งานวิจัยของแฮริส และกูเตน (Harris and Guten. 1979:17-29) ซึ่งศึกษาสาเหตุการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของปัจเจกบุคคล เช่น การรับการตรวจสุขภาพฟัน การรับการฉีดภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น ผลการวิจัยสรุปว่า การกระทำพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเป็นไปเพราะเขาเชื่อว่าการกระทำข้างต้นจะช่วยให้เขามีสุขภาพดี ปลอดภัยจากโรค ส่วนในด้านพฤติกรรม

สุขภาพเฉพาะด้าน ได้แก่ งานวิจัยของคอนเนลล์และคนอื่น ๆ (Connell and others. 1985:343-351) ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายของวัยรุ่นอ้วนและไม่อ้วน ผลวิจัยปรากฏว่าตัวทำนายพฤติกรรมการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายที่ดีที่สุดของวัยรุ่นอ้วน คือการเห็นประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว และการมีโอกาที่จะกระทำ ซอลเตอร์ (Salter. 1978) ไชแวก (Sejwacz. 1980) ไอเซน และมิชเบน (Aizen and Fishbein. 1980) ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก พบว่าบุคคลที่สามารถควบคุมน้ำหนักได้ผลจะเป็นบุคคลที่มีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพ มีความเชื่ออำนาจในตน และมีความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม เพนเดอร์และเพนเดอร์ (Pender and Pender. 1986:15) ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก พบว่าทัศนคติสามารถใช้อธิบายการกระทำพฤติกรรมของสุขภาพของบุคคลได้ คือ บุคคลที่มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ จะส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพซึ่งผลสอดคล้องกับงานของคีกีเลส (Kegeles. 1969:115-124) ที่พบว่า การกระทำพฤติกรรมป้องกันสุขภาพของบุคคลจะเกิดขึ้นในบุคคลที่เชื่อว่าสุขภาพมีความสำคัญต่อตนและกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพมีความสำคัญในชีวิตเมื่อเทียบกับกิจกรรมอื่น ๆ

วอลช์ (Walsh. 1985:353-355) ได้ศึกษาพฤติกรรมการวิ่งออกกำลังกายของบุคคลพบว่า ผู้ที่วิ่งออกกำลังกาย จะมีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ไม่วิ่ง และมีพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่วิ่ง ผลงานวิจัยนี้สอดคล้องกับงานของดอลเบอร์ (Dawber. 1980) พาฟเฟนบาร์เกอร์ (Paffenbarger. 1977) แบลร์และคนอื่น ๆ (Blair and others. 1981) ส่วน แอนดรู (Andrew. 1981) ศึกษาพบว่าผู้ที่ออกกำลังกายจะมองว่าการออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมที่เสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรง และการมีทัศนคติทางบวกต่อการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับการกระทำพฤติกรรมออกกำลังกาย ซึ่งผลงานนี้สอดคล้องกับงานของซาลลิส (Sallis. 1985) อิงสตรอม (Engstrom. 1980) ไฮน์ซัลมานน์และแบ็กเลย์ (Heinzelmann and Bagley. 1970:906) พบว่าผู้ที่รับรู้ว่ามีโอกาสจะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จะเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันตนให้พ้น

จากการเกิดโรค เมอร์ดอล (Murdaugh. 1986:19-23) ศึกษาการเข้าร่วมโครงการออกกำลังกายและเลิกสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นชาย อายุระหว่าง 22-83 ปี พบว่าการเข้าร่วมโครงการดังกล่าวเป็นเพราะว่าตนรับรู้ว่าจะได้ประโยชน์จากการกระทำพฤติกรรมสุขภาพนี้ กล่าวคือ ผู้ร่วมโครงการมีทัศนคติที่ดีต่อโครงการสุขภาพดังกล่าว ผลงานวิจัยนี้ได้ข้อสรุปตรงกับงานวิจัยของโรเซนสต็อก (Rosenstock. 1966:94-127, 1974:354-383) ลาร์สันและคนอื่น ๆ (Larson and others. 1979:1207-1211) ไมแมนและคนอื่น ๆ (Maiman and others. 1977:215-231) โอลดริจ (Oldrige. 1979:94-104) เซนนอก (Sennott. 1980:6013 A) ที่ว่าการรับรู้ประโยชน์ที่บุคคลจะพึงได้จากการกระทำพฤติกรรมสุขภาพหรืออีกนัยหนึ่งคือการมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ จะมีความสัมพันธ์กับการกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ

สตาศี (Stacy. 1986) ได้ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ของคนไข้โรคเบาหวานในโรงพยาบาล จำนวน 183 คน พบว่าคนไข้ที่เห็นโทษของบุหรี่และเห็นประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพ มีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่มากกว่า พจนีย์ เหล่าอมตะ (2532:บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่ของครูชายในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 200 คน พบว่า ครูที่มีทัศนคติที่ดีต่อการเลิกสูบบุหรี่สูง จะมีพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่และทำได้สำเร็จ และเมื่อเปรียบเทียบกับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ระหว่างครูที่สูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ พบว่า ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และผู้ที่ไม่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จจะมีทัศนคติทางลบต่อการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป

คัมมิง และคนอื่น ๆ (Cumming and others. 1979:639-649) รันดอลล์และวิลเลอร์ (Rundall and Wheller. 1979:191-200) ได้ศึกษาพฤติกรรมมารับภูมิคุ้มกันโรค พบว่า บุคคลที่รับรู้โทษของโรคไข้หวัดใหญ่ที่มีผลต่อสุขภาพ สัมพันธ์กับการมารับภูมิคุ้มกันโรค เช่นเดียวกับ คีเกิลส์ (Kegeles. 1963:166-173) ศึกษาพบว่าผู้ไปรับการตรวจสุขภาพฟันก่อนมีอาการของโรคฟันมีความสัมพันธ์กับการรับรู้อันตรายที่เกิดจากโรคฟันต่อสุขภาพ

จากผลงานวิจัยเท่าที่ประมวลมา จะพบว่า การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรม สุขภาพใด ๆ สัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์และโทษของการกระทำนั้น และบุคคลจะ เลือกกระทำพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตน โดยมีความพอใจที่จะกระทำ และมีความมุ่งมั่นที่จะกระทำ ฉะนั้น ในงานวิจัยนี้จึงคาดว่า บุคคลที่มีทัศนคติทางบวก ต่อพฤติกรรมสุขภาพจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากด้วย

ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพ

ค่านิยม หมายถึง สิ่งที่บุคคลหรือสมาชิกในสังคมยึดถือ และยอมรับว่า เป็นสิ่งที่มีความหมาย มีความสำคัญสำหรับตนและบุคคลอื่น ๆ ในสังคม โดยยอมรับ เอาเป็นเป้าหมาย มาตรฐาน และอุดมคติในชีวิต และมีอิทธิพลต่อการกำหนด พฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลในการกระทำการต่อสิ่งนั้น ๆ นอกจากนี้ ค่านิยมยัง สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลสมัย และความคิดของบุคคลในสังคมในยุคนั้น ๆ (Crutchfield and others. 1966:102; Rokeach. 1968:160; Kluckhohn. 1952:395-396) จรรยา สุวรรณทัต. 2526:256

คุณลักษณะต่าง ๆ ในสังคมที่จัดเป็นค่านิยม สามารถพิจารณาได้จากหลัก การที่ว่า คุณลักษณะนั้น ๆ ต้องเป็นสิ่งที่บุคคลในสังคมสามารถเลือกได้อย่างอิสระ จากการพิจารณาเปรียบเทียบกับสิ่งอื่น ๆ มีการไตร่ตรองถึงผลดีและผลเสียที่พึง ประารถนาแห่งตน มีความยินดีและเต็มใจการยอมรับสิ่งนั้น และนำมาเป็นหลักสำหรับ ยึดถือปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ (Raths, Harmin and Simon. 1966:28-29)

ค่านิยมต่าง ๆ ในสังคมแบ่งออกเป็นหลายด้านด้วยกันเช่น ค่านิยมทาง วัตถุ ค่านิยมทางสังคม ค่านิยมทางจริยธรรม ค่านิยมทางสุนทรียภาพ ค่านิยมทาง ศาสนา ค่านิยมทางปัญญา ค่านิยมทางสุขภาพ เป็นต้น แต่ค่านิยมที่จะศึกษาในงาน วิจัยนี้ จะศึกษาเฉพาะค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ ซึ่งหมายถึง การที่บุคคลเห็นความ สำคัญและคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ และการมีสุขภาพที่ดีแข็งแรง ปราศจากโรคภัยมา เบียดเบียน ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพนี้จัดได้ว่าเป็นค่านิยมที่มีคุณค่าและมีคุณลักษณะ เฉพาะในตัวเอง (Terminal Values) (Rokeach. 1973) เป็นค่านิยมที่ควร ส่งเสริมสนับสนุนให้ถือเป็นแบบอย่างในสังคม (Costa and others. 1989:842)

เนื่องจากค่านิยมมีบทบาทสำคัญในการเป็นมาตรฐาน ควบคุม และกำหนดเป้าหมาย แนวทางของพฤติกรรม อีกทั้งเป็นแกนกลางในการเสริมสร้างแรงจูงใจ ทศนคติ ความสนใจ ความตั้งใจ ที่จะนำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมนั้น (สุนทรี โคมิน และสนิท สัมครการ. 2522:22-25; เกียรติศักดิ์ อิชยานันท์. 2526:2) ฉะนั้น บุคคลที่มีค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพสูง กล่าวคือ เห็นคุณค่าของการมีชีวิตและการมีสุขภาพที่ดี ย่อมมีการกระทำพฤติกรรมมากกว่าบุคคลที่ไม่เห็นคุณค่าของชีวิตและสุขภาพ

ได้มีงานวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ของค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น งานวิจัยของคริสเตียนเซน (Kristiansen. 1985:748-758) ศึกษาความสัมพันธ์ของคุณค่าด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ กับกลุ่มตัวอย่างชายหญิง อายุเฉลี่ย 45 ปี ในประเทศอังกฤษ ผลการวิจัยปรากฏว่าคุณค่าด้านสุขภาพสัมพันธ์กับพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ พฤติกรรมการกินด้านการควบคุมปริมาณอาหาร และพฤติกรรมการดูแลรักษาอนามัยส่วนบุคคล เช่น การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การสวมเสื้อผ้าให้ร่างกายอบอุ่น การดูแลรักษาใบหน้า การรับตรวจสุขภาพ เป็นต้น ผลงานวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของโรคิช (Rokeach. 1968, 1971) ที่พบว่า บุคคลที่ให้คะแนนค่านิยมด้านสุขภาพสูง จะมีรายงานว่าตนมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพสูงกว่า บุคคลที่ให้คะแนนค่านิยมด้านสุขภาพต่ำ นอกจากนี้ ในงานวิจัยของคริสเตียนเซน ยังพบว่า ค่านิยมด้านอื่น ๆ เกี่ยวกับชีวิต เช่น ค่านิยมด้านการมีชีวิตที่เป็นสุข การมีชีวิตที่ตื่นเต้น สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันสุขภาพได้ เช่นเดียวกับงานวิจัยของแวร์และคนอื่น ๆ (Ware and others. 1974) ที่พบว่าผู้ที่ให้ค่านิยมชีวิตด้านความสุข ความรัก ความพอใจในชีวิต สัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

งานวิจัยของคอสตาและคนอื่น ๆ (Costa and others. 1989:841-861) ศึกษาความสัมพันธ์ของค่านิยมด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรค กับนักเรียนเกรด 7-9 และเกรด 10-12 ในโรงเรียนที่รัฐคัลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา ผลวิจัยปรากฏว่า ค่านิยมด้านสุขภาพสัมพันธ์กับพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เช่น การกินอาหารที่มีประโยชน์ การใช้เข็มขัดนิรภัย การแปรงฟัน การออกกำลังกาย เป็นต้น และในกลุ่มเด็กนักเรียนเกรด 7-9 ที่ให้คะแนนค่านิยมด้านสุขภาพสูง จะมีพฤติกรรมสุขภาพทุกด้านมากกว่าในกลุ่มเด็กเกรด 10-12 ด้วย นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างค่านิยมสุขภาพกับความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพด้วย

งานวิจัยของคาเพนและโคล (Kaplan and Cowles. 1978) พบว่า ในบุคคลที่เข้าร่วมโครงการเลิกสูบบุหรี่ บุคคลที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คือ บุคคลที่ให้คุณค่าแก่สุขภาพของตนสูง ผลวิจัยนี้เช่นเดียวกับงานของคอนรอย (Conroy. 1979) และดิเซฟ (DeSeve. 1975) ที่ว่า พบความแตกต่างของการให้ค่านิยมต่อสุขภาพในกลุ่มคนที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ และไม่สำเร็จ

สำหรับงานวิจัยด้านค่านิยมสุขภาพในประเทศ ได้แก่ งานวิจัยของประภาเพ็ญ สุวรรณ และคนอื่น ๆ (2529:บทคัดย่อ) ซึ่งได้ทำการศึกษาค่านิยมและองค์ประกอบด้านจิตวิทยากับการมีส่วนร่วม และการใช้บริการสาธารณสุขมูลฐานของประชาชนในชนบทไทย โดยศึกษาจากกลุ่มแม่บ้าน อายุ 15-49 ปี จำนวน 1,200 คน ในจังหวัดชัยภูมิ และจันทบุรี ผลการวิจัย ปรากฏว่า ร้อยละ 75 ของกลุ่มตัวอย่างให้ค่าสูงต่อสุขภาพ ร้อยละ 25 ให้ค่าต่อสุขภาพในระดับปานกลางและต่ำ และพบความสัมพันธ์ทางบวก ระหว่างค่านิยมทางสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้บริการและการมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐาน

จากงานวิจัยที่ประมวลมา จะพบความสอดคล้องของผลงานวิจัยที่ว่า บุคคลที่ให้คุณค่าต่อสุขภาพสูง จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่าบุคคลที่ให้คุณค่าต่อสุขภาพต่ำ ในงานวิจัยนี้ จึงคาดว่าบุคคลที่มีค่านิยมทางบวกด้านชีวิตและสุขภาพ กล่าวคือ ให้คุณค่าและให้ความสำคัญต่อการมีชีวิตและการมีสุขภาพที่แข็งแรงมาก จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่าบุคคลที่มีค่านิยมทางลบด้านชีวิตและสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจภายในภายนอก เป็นจิตลักษณะที่สำคัญตัวหนึ่งในการกำหนดพฤติกรรมที่น่าปรารถนาของบุคคล เกิดจากการรับรู้ต่อผลตอบแทนการกระทำของบุคคลว่าเป็นผลมาจากตนเองหรือเป็นผลมาจากผู้อื่น โชคเคาระห์หรือสิ่งที่ไม่สามารถอธิบายได้ โดยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน และความเชื่ออำนาจภายนอกตน

ความเชื่ออำนาจภายในตน (Internal Locus of Control) เป็นความคาดหวังทั่วไปของบุคคลว่าสิ่งต่าง ๆ ที่ตนได้รับนั้นเกิดจากการกระทำของตนไม่ว่าจะเป็นสิ่งดีหรือไม่ดีก็ตาม เป็นต้นว่าทำดีจะได้ดี ทำชั่วจะได้ชั่วตอบแทน หรือถ้าตนพยายามมากจะได้ผลมาก พยายามน้อยจะได้ผลน้อยด้วย ส่วนความเชื่ออำนาจภายนอกตน (External Locus of Control) เป็นความคาดหวังทั่วไปของบุคคลว่าสิ่งต่าง ๆ ที่ตนได้รับนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับกระทำของตน แต่ขึ้นอยู่กับสาเหตุต่าง ๆ จากภายนอก เช่น โชคชะตา ไสยศาสตร์ ความบังเอิญ อำนาจเหนือธรรมชาติคนเป็นหรือคุณสมบัติภายในตนที่ไม่อาจจะเปลี่ยนแปลงได้ (Rotter. 1966:1-28; Soloman and Oberlander. 1974:119-123; Lefcourt. 1980:209-210)

ความเชื่ออำนาจภายในตนและภายนอกตน มีความสัมพันธ์กับบุคลิกภาพ และสามารถใช้นำพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลได้ เช่น จากการศึกษาของมัวร์สันด์ (Moursund. 1976) พบว่าเด็กที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะเป็นผู้ที่ทำให้ชีวิตของตนสนุกสนานได้เสมอ มีความสุขใจในสภาพที่ตนเป็น มีความวิตกกังวลน้อย เพราะเขารู้จักประเมินจุดเด่นจุดด้อยของตนได้อย่างแม่นยำ สามารถที่จะต่อสู้ให้กับสังคมและแก้ปัญหาส่วนตัวได้ดี ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ นอกจากนี้ยังชอบเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และมีความรับผิดชอบในพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ซึ่งตรงข้ามกับเด็กที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

รอตเตอร์ (Rotter. 1966:2) ศึกษาพบว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนมักมีแนวโน้มที่จะมีบุคลิกภาพเฉื่อยชา ขาดความพยายาม ไม่มีความกระตือรือร้น ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต ตรงข้ามกับผู้ที่มีความเชื่ออำนาจ

ภายในตน ซึ่งจะเป็นผู้ที่กระฉับกระเฉง ว่องไว เห็นคุณค่าของกาลเวลา สามารถปรับตัวได้ทุกสถานการณ์และมีความวิตกกังวลน้อย จากงานวิจัยของฮอลแลนด์เตอร์ (1981:123) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลกระทำสิ่งที่ตนรับผิดชอบให้สัมฤทธิ์ผล และมีความพยายามมากกว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

ความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ (Health Locus of Control) ได้ประยุกต์มาจากความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนของ รอตเตอร์ เพื่อให้เหมาะสมและสามารถนำมาใช้ทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพและถูกต้องยิ่งขึ้น (Seeman and Evans. 1962:772-783; Wallston and others. 1976:580-585) ฉะนั้นความหมายของความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพก็เป็นเช่นเดียวกับความหมายความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนทั่วไป แต่มาเน้นเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพกล่าวคือ ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ (Internal Health Locus of Control) หมายถึง ความคาดหวังหรือความเชื่อที่ว่าคนที่ตนจะมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงหรือไม่ เป็นเพราะความสามารถและการกระทำของตน และเชื่อว่าตนสามารถหลีกเลี่ยงโรคร้ายไข้เจ็บได้จากการดูแลสุขภาพของตนเองให้ถูกสุขลักษณะ ส่วนความเชื่ออำนาจภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ (External Health Locus of Control) หมายถึง ความเชื่อหรือความคาดหวังของบุคคลว่าการที่ตนจะมีสุขภาพดี หรือไม่เป็นเพราะผู้อื่น โชคเคราะห์ หรือผลจากความบังเอิญ (Kohn. 1972; Wheatson. 1980) ฉะนั้นบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพจะมีพฤติกรรมการรักษาสุขภาพและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บมากกว่าบุคคลที่เชื่อว่าสุขภาพเป็นผลของโชคเคราะห์ผู้อื่นหรือความบังเอิญ (Lau. 1982)

ได้มีงานวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ กับพฤติกรรมการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ การใช้ยา การปฏิบัติตนตามการรักษาของแพทย์ การควบคุมอาหาร และการวางแผนครอบครัว ผลการวิจัยปรากฏว่า บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพจะมีพฤติกรรม

ต่าง ๆ ดังกล่าวในทางบวก โดยมีการกระทำพฤติกรรมดังกล่าวมากกว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ (Wallston and Wallston. 1978: 112) นอกจากนี้ อราเคลีเลียน (Arakelian. 1980: 30) ยังพบว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพจะมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพของตนให้ปลอดภัยจากโรครมากกว่า เช่นเดียวกับ วอลสตัน เมด และวอลสตัน (Wallston, Maides and Wallston. 1976) พบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพจะป้องกันตนให้ปลอดภัยจากโรคความดันโลหิตสูงและการเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

ซีแมนและซีแมน (Seeman and Seeman. 1983: 144-160) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ ในด้านการรับประทานอาหารเสริมที่มีประโยชน์ การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การลดหรือหยุดการเสพยาที่เป็นโทษต่อร่างกาย และการรับการตรวจสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และสถานภาพของสุขภาพ โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,210 คนในลอสแอนเจลิส สหรัฐอเมริกา ผลวิจัยปรากฏว่า บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองเกี่ยวกับสุขภาพมาก จะมีพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพโดยมีการเข้าร่วมกิจกรรมในด้านต่าง ๆ มากกว่า มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมากกว่า และมีสถานภาพสุขภาพดีกว่ากล่าวคือ ไม่เจ็บป่วยสูงกว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ ผลงานวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของแลนเกอร์และโลดิน (Langer and Lodin. 1978) โคบายาชิ แมดดี และคาน (Kobasa, Maddi and Kahn. 1982) นอกจากนี้จากงานวิจัยของซีลิแมน (Seligman. 1975) โครีคและเลวิน (Croog and Levine. 1971) พบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ สัมพันธ์กับความเสื่อมของสุขภาพกาย และมีอัตราการตายสูงกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเพราะผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพไม่ดูแลสุขภาพของตนมากเท่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในเกี่ยวกับสุขภาพ

ส่วนการวิจัยที่เกี่ยวกับ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับ

สุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะด้าน ได้แก่ งานวิจัยของเฮย์และรอส (Hay and Ross. 1987:126-128) ศึกษาพฤติกรรมการกินของคนในสหรัฐอเมริกา พบว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองเกี่ยวกับสุขภาพจะมีพฤติกรรมการกินที่ถูกลักษณะมากกว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน ส่วนความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพมีผลเล็กน้อยต่อพฤติกรรมการกิน แต่ถ้าความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ รวมกับความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพจะทำนายพฤติกรรมการกินได้ดีที่สุด ต่อมาคือคเกอร์แฮม, คอนและลิวเซน (Cockerham, Kung and Luechen. 1988:265:270) ได้ศึกษาในการทำงานเดียวกันแต่ศึกษาพฤติกรรมการกินทั้งของคนเยอรมันและคนอเมริกันพบว่าคนเยอรมันและคนอเมริกันที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ มีพฤติกรรมการกินที่ถูกสุขลักษณะมากกว่าคนเยอรมันและคนอเมริกันที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน แต่ถ้าเปรียบเทียบพฤติกรรมการกินที่ถูกสุขลักษณะระหว่างคนอเมริกันและคนเยอรมันจะพบว่า คนเยอรมันที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีพฤติกรรมการกินที่ถูกสุขลักษณะมากกว่าคนอเมริกันที่ความเชื่ออำนาจภายในตน

บาลชและรอส (Balch and Ross. 1975:110) ได้สร้างโปรแกรมควบคุมน้ำหนักโดยการควบคุมอาหารที่ต้องรับประทานด้วยตนเอง ผลวิจัยปรากฏว่าผู้ที่สามารถควบคุมน้ำหนักตนเองได้สำเร็จจะเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเอง ต่อมา เรลโล (Rallo. 1987) ได้วิจัยในการทำงานเดียวกัน งานวิจัยก็ปรากฏผลในลักษณะเดียวกันคือ พบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนกับการควบคุมน้ำหนักของตน ซึ่งผลเช่นเดียวกับชาฟแมนและเจฟฟรี (Chapman and Jeffrey. 1989)

การวิจัยเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ได้แก่งานของดิชแมน (Dishman. 1982:237-267) แดนด์รู (Andrew. 1981) อิงสตอร์ม (Engstorm. 1980) ศึกษาพบว่าบุคคลที่เชื่อว่าสุขภาพเป็นผลจากการควบคุมของเขาและเชื่อว่าการออกกำลังกายมีคุณค่าต่อสุขภาพของเขาโดยช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงให้แก่ร่างกายจะมีพฤติกรรมของการออกกำลังกายมากกว่าบุคคลที่ไม่มีความเชื่อดังกล่าว คลีเบอร์และแฮมเมอร์

(Kleiber and Hemmer. 1981:801-820) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพกับการเข้าร่วมกิจกรรมกีฬาเพื่อสุขภาพ พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมกีฬาเพื่อสุขภาพจะเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม

สำหรับวอลสตันและดีวิลลิส (Wallston and Devillis. 1978) ได้ศึกษาพฤติกรรมออกกำลังกายและพฤติกรรมการกิน พบว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพจะมีพฤติกรรมทั้งสองมากกว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ

การศึกษาศัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมการเล่นสกี พบว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพจะประสบความสำเร็จในการเล่นสกีได้มากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ (Coan. 1973; James and others. 1965; Kaplan and Cowles. 1978; Straits and Sechrest. 1963; Williams. 1973; Strickland. 1978:1193; Tate. 1986)

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพกับการรับการตรวจสุขภาพ ได้แก่ งานวิจัยของวิลเลียม (William. 1972: 1194) ศึกษาพบว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพจะไปรับการตรวจสุขภาพในช่องปากและฟันขณะที่ไม่มีอาการผิดปกติของเหงือกและฟันมากกว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ เลา (Lau. 1982:322-334) ได้ศึกษาศัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพกับการไปรับการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพจะมีพฤติกรรมการตรวจสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

งานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ งานวิจัยของวัลภา ผิวทน (2527:ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะเป็นโรคติดต่อ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมกับการให้ความร่วมมือของมารดาที่มีบุตร

วัยก่อนเรียน อายุระหว่าง 2-6 ขวบ ซึ่งอาจจะได้รับหรือไม่ได้รับภูมิคุ้มกันโรค ในเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร รายงานการวิจัยสรุปว่า ความเชื่ออำนาจภายใน ตนเกี่ยวกับสุขภาพของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือของมารดาในการ นำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .001 กรรณิกา กันธะรักษา (2527:ก-ข) ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอก ตนเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของหญิงมี ครรภ์ ผลวิจัยปรากฏว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทาง บวกกับการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของหญิงมีครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ .01

จากการประมวลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะพบความสอดคล้องของผลงาน วิจัยกล่าวคือมีความสัมพันธ์ทางบวก ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับ สุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวคือ บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับ สุขภาพจะมีพฤติกรรมสุขภาพในด้านนั้น ๆ มากกว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน เกี่ยวกับสุขภาพ ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยคาดว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับ สุขภาพจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

ลักษณะมุ่งอนาคตกับพฤติกรรมสุขภาพ

ลักษณะมุ่งอนาคต (Future Orientation) เป็นการรู้จักคิดถึง อนาคตที่ยาวไกลออกไปทุกที เล็งเห็นผลดีและผลเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคตทั้งใกล้และ ไกลอันจะเกิดกับตนและสังคมในอนาคต ฉะนั้น บุคคลนั้นจะต้องสามารถบังคับตนเอง ให้อดได้รอได้หรือควบคุมตนเองได้ ดังนั้นการควบคุมตนเองจึงหมายถึงรวมถึงความ สามารถของบุคคลที่จะกระทำหรืองดเว้นการกระทำบางชนิดที่ต้องใช้ความอดทนหรือ เสียสละ และสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้อย่างมีปริมาณและคุณภาพที่เหมาะสม เป็น เวลานานพอที่จะนำไปสู่ผลที่ต้องการในอนาคตได้ (Mischel, 1974:287) ว่าด้วย

ลักษณะมุ่งอนาคตและควบคุมตนเองนี้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องใน ปรากฏการณ์เดียวกัน คือ บุคคลจะต้องมีความต้องการผลในอนาคตมากกว่าผลใน ปัจจุบัน แล้วดำเนินการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายในอนาคตนั้น เช่น การอดได้รอได้

มีกระบวนการสองขั้นตอน ตอนแรก คือ สาเหตุที่ทำให้บุคคลเลือกที่จะรับผลที่ดีกว่ามากที่จะมีมาในอนาคตแทนการรับผลเล็กน้อยในปัจจุบัน. ลักษณะนี้คือ ลักษณะมุ่งอนาคต ตอนที่สองของการอดได้รอได้ คือ การกระทำที่เป็นขั้นตอน เพื่อนำไปสู่ผลที่ปรารถนาที่จะมีมาในอนาคต ซึ่งอาจจะต้องปฏิบัติเป็นระยะเวลาานหรือต้องรอคอยผลนาน ความสามารถส่วนนี้คือ การควบคุมตนเอง ดังนั้นผู้ที่เน้นในประเด็นต่างส่วนกันของปรากฏการณ์ เช่นนี้จะเรียกชื่อปรากฏการณ์เดียวกันนี้แตกต่างกันออกไปกล่าวคือ ผู้ที่เน้นสาเหตุของการตัดสินใจเลือกกระทำและเล็งเห็นผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำในอนาคต จะเรียกปรากฏการณ์นี้ว่า ลักษณะมุ่งอนาคต ส่วนผู้ที่เน้นความสามารถในการปฏิบัติเพื่อรอรับผลที่ต้องการ จะเรียกปรากฏการณ์นี้ว่า การควบคุมตนเอง แต่เนื่องจากการมุ่งอนาคตและการควบคุมตนเองเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในปรากฏการณ์เดียวกัน บางครั้งทำให้เกิดการแยกแยะไม่ออก ในงานวิจัยนี้การศึกษาถึงลักษณะมุ่งอนาคตจะรวมถึงการควบคุมตนเองด้วย กล่าวคือ จะศึกษาความสามารถในการคาดการณ์ไกลและการบังคับตนเองให้อดได้รอได้ เพื่อที่จะรับผลที่ยิ่งใหญ่หรือสำคัญกว่าที่ตามมาในภายหลัง

ในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ จำเป็นต้องมีการงดเว้นพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การไม่รับประทานอาหารหลังแปรงฟันแล้ว การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสจัด การไม่รับประทานอาหารระหว่างมื้อ เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ บุคคลต้องเอาชนะความเขี้ยววนใจต่าง ๆ เช่น ความเอือมระอา ความพอใจ ความสบาย เป็นต้น ในขณะที่เดียวกัน บุคคลต้องสามารถควบคุมตนให้กระทำในสิ่งที่ดีควรกระทำเช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การควบคุมน้ำหนัก เป็นต้น ฉะนั้นการที่บุคคลจะมีความสามารถในการอดทนกระทำพฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้ได้จนสามารถทำได้เป็นกิจวัตร ขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคลที่จะมองการณ์ไกลเห็นประโยชน์ของการมีสุขภาพที่ดีในอนาคตได้ ซึ่งลักษณะดังกล่าวคือ ลักษณะของการมุ่งอนาคตและควบคุมตนเองนั่นเอง

งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะมุ่งอนาคตและพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ งานวิจัยเชิงทดลองของรัตน่า ประเสริฐสม (2526 : บทคัดย่อ)

ซึ่งได้ศึกษาวิธีการเสริมสร้างจิตลักษณะเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยของนักเรียน
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โดยวิธีการทดลองแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งได้รับการ
ฝึกการรับรู้ผลของความพยายามและการอดได้รอได้ กลุ่มที่สอง ได้รับการฝึกการ
อดได้รอได้ กลุ่มที่สาม ได้รับการฝึกการรับรู้ผลของความพยายาม กลุ่มที่สี่ เป็นกลุ่ม
ควบคุม ไม่ได้รับการฝึกแต่ประการใด ผลวิจัยปรากฏว่า ผู้ที่ได้รับการฝึกมีปริมาณความ
พยายามและการอดได้รอได้สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการฝึก และผู้ที่ได้รับการฝึกมีการ
รายงานการกระทำพฤติกรรมอนามัยสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการฝึกอีกด้วย และจากการ
พิจารณาลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังพบว่า นักเรียนที่มีการหยั่งรู้เวลาในอนาคตสูง
จะมีการมุ่งการกระทำพฤติกรรมอนามัยสูงกว่านักเรียนที่มีการหยั่งรู้เวลาในอนาคตต่ำ
จากการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ในกลุ่มทดลองและกลุ่ม
ควบคุม พบว่าโดยธรรมชาติแล้วผู้ที่มีความพยายามสูงจะมีความเชื่ออำนาจภายในตน
สูงมีการหยั่งรู้เวลาในอนาคตสูง มีความรู้เรื่องสุขภาพอนามัยสูง มีการมุ่งการ
กระทำพฤติกรรมอนามัยสูง และมีการรายงานการกระทำพฤติกรรมอนามัยสูง ส่วนผู้
ที่อดได้รอได้จะมีการรายงานการกระทำพฤติกรรมอนามัยสูง นอกจากนี้ยังพบว่า
การฝึกการอดได้รอได้ส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมและทัศนคติต่อพฤติกรรมอนามัย

ต่อมา สายสุนีย์ ทับทิมเทศ (2528: บทคัดย่อ) ได้วิจัยเชิงทดลองกับ
นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 เกี่ยวกับการฝึกการอดได้รอได้ที่มีต่อการปฏิบัติด้าน
ทันตสุขภาพ และองค์ประกอบที่มีผลต่อการปฏิบัติด้านทันตสุขภาพ ได้ผลการวิจัย
สอดคล้องกับของรัตน ประเสริฐสม กล่าวคือ กลุ่มทดลองที่หยั่งรู้เวลาในอนาคตสูง
จะได้คะแนนจากการรายงานการปฏิบัติด้านการแปรงฟัน และการรับประทาน
อาหารที่ถูกหลักอนามัยสูงกว่ากลุ่มทดลองที่หยั่งรู้เวลาในอนาคตต่ำ

ผลงานวิจัยทั้งสองได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของลักษณะมุ่งอนาคตที่มีต่อ
การมุ่งการกระทำพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเด็กนักเรียน ส่วนในกลุ่มผู้ใหญ่ งานวิจัยด้าน
นี้ค่อนข้างน้อย และส่วนใหญ่จะศึกษาลักษณะมุ่งอนาคต เป็นตัวแปรประกอบตัวหนึ่ง
เช่น งานวิจัยของกรีน (Green. 1970: 815-827) คีเกลส์ (Kegeles. 1963: 166-173) พบว่าบุคคลที่ไม่เข้าร่วมปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการรักษาสุขภาพ

มักเป็นพวกมุ่งปัจจุบัน ส่วนบุคคลที่ยอมรับในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้าน
ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มักเป็นพวกมุ่งอนาคต โดยบุคคลเหล่านี้ให้เหตุผลว่า
เพื่อต้องการจะมีสุขภาพที่ดีในอนาคต นอกจากนี้ จากงานวิจัยของเมอดอลล์และ
ฮินชอร์ (Murdaugh and Hinshaw, 1986:19-23) ที่ได้ศึกษาจิตลักษณะที่ส่งผล
ต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ โดยศึกษาเฉพาะพฤติกรรมการออกกำลังกาย และ
พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้พบว่า จิตลักษณะที่มีผลต่อการเข้าร่วมพฤติกรรมสุขภาพโดย
เฉพาะการออกกำลังกาย คือ การมีทัศนคติที่ดีต่อการออกกำลังกาย การมีโอกาส
กระทำและการมีวินัยในตนเองที่สามารถควบคุมตนให้ออกกำลังกายสม่ำเสมอได้ ผล
การวิจัยที่ไม่ตรงตามสมมติฐานข้อหนึ่ง คือ มีความสัมพันธ์ทางลบระหว่างผู้ที่มุ่งอนาคต
กับจำนวนชั่วโมงที่ออกกำลังกาย กล่าวคือ ผู้มุ่งอนาคตใช้เวลาในการออกกำลังกาย
น้อยกว่าผู้มุ่งปัจจุบัน ทั้ง ๆ ที่ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ผู้มุ่งอนาคตควรใช้เวลาในการออก
กำลังกายเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้มุ่งปัจจุบัน ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตอนนี่ว่า ที่เป็นเช่นนี้
เพราะผู้มุ่งอนาคตรับรู้สิ่งที่มาขัดขวางการกระทำพฤติกรรมสุขภาพมากกว่า กล่าวคือ
ผู้มุ่งอนาคตจะมีการวางแผนงานที่ตนต้องทำในวันพรุ่งนี้มากกว่า และพวกเขามีงาน
มาก การจัดสรรเวลาเพื่อการออกกำลังกายจึงน้อยกว่าพวกมุ่งปัจจุบันที่สามารถไป
เข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายทันทีในปัจจุบันที่พวกเขาต้องการ อย่างไรก็ตาม ผู้มุ่ง
อนาคตจะเป็นผู้ที่เห็นความสำคัญของสุขภาพมากกว่าผู้มุ่งปัจจุบัน X

✓ จากการประมวลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างลักษณะมุ่งอนาคตและพฤติกรรม
สุขภาพ จะพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะมุ่งอนาคตและพฤติกรรมสุขภาพ
กล่าวคือ ผู้ที่มีลักษณะมุ่งอนาคตสูง จะมีแนวโน้มกระทำพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าผู้มี
ลักษณะมุ่งอนาคตต่ำ ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยคาดว่าบุคคลที่มีลักษณะมุ่งอนาคตสูงจะมี
พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่าบุคคลที่มีลักษณะมุ่งอนาคตต่ำ /

สรุป จิตลักษณะ 4 ด้านกับพฤติกรรมสุขภาพ จากการประมวลงานวิจัยที่
เกี่ยวข้องระหว่างความสัมพันธ์ของจิตลักษณะกับพฤติกรรมสุขภาพ จะพบว่าจิตลักษณะ
ทั้ง 4 ได้แก่ ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน .
เกี่ยวกับสุขภาพและลักษณะมุ่งอนาคต ต่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

ในงานวิจัยนี้ จึงคาดว่าจิตลักษณะแต่ละด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม สุขภาพและจิตลักษณะรวมทั้ง 4 ด้าน สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้มากกว่า จิตลักษณะใดลักษณะหนึ่งเพียงด้านเดียว

การรับข่าวสารสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

ในปัจจุบันสภาพสังคมได้มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วเนื่องจาก ความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ผู้ที่จะก้าวทันความเปลี่ยนแปลงนี้ จำเป็นต้องติดตามข่าวสารใหม่ ๆ ที่ทันสมัยเปิดตัวเองให้รับประสบการณ์ใหม่ ๆ มีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของวิทยาศาสตร์และการแพทย์ โดยละทิ้งความเชื่อ โชคลางเมื่อเผชิญกับอุปสรรคในชีวิต (Inkeles. 1973) จรรยา สุวรรณทัต และคนอื่น ๆ (2525) ได้ศึกษาความสำคัญของข้าราชการไทยเกี่ยวกับการ เปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมไทยในช่วงเวลา 10 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2515-2525 นี้ พบว่า ข้าราชการไทยมีความตระหนักและยอมรับการเปลี่ยนแปลง ทางสังคมไทยอยู่ในระดับสูง แต่มีทัศนคติเชิงลบต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพราะ เห็นว่าผลของการเปลี่ยนแปลงเป็นไปในทิศทางที่ไม่พึงปรารถนาและไม่สอดคล้องกับ ลักษณะเดิมของสังคมและวัฒนธรรมไทยและข้าราชการที่มีความทันสมัย โดยติดตาม ข่าวสารเสมอ จะมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้สูงกว่า

สื่อมวลชนปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ วารสารและ นิตยสารต่าง ๆ สามารถเข้าถึงประชาชนคนไทยทุกกลุ่มทุกชนชั้นทั้งในเมืองและชนบท แต่สื่อแต่ละชนิดจะเข้าถึงประชาชนแตกต่างกัน เช่น วิทยุเป็นสื่อมวลชนที่เข้าถึงคน ชนบทมากที่สุด โทรทัศน์และหนังสือพิมพ์อยู่ในอันดับรองลงมา (ศิริชัย ศิริกายะ. 2519 ;ฉลวย ชีวกิตาพร. 2522) การรับข่าวสารของคนไทยอยู่ภายใต้เงื่อนไขของความ ชอบความสนใจซึ่งผูกพันกับวัย เพศ ระดับการศึกษา และอาชีพ ตลอดจนความสะดวก ในการรับสาร (สมควร กวียะ. 2523) ชาวชนบทส่วนใหญ่ชอบฟังรายการบันเทิง รายการที่มีประโยชน์ต่ออาชีพ เศรษฐกิจ และสาธารณสุข (อรรณพ เขียวถาวร. 2526) โดยเพศหญิงให้ความสนใจฟังวิทยุมากกว่าเพศชาย เพศชายสนใจข่าวสารจาก หนังสือพิมพ์รายวันมากกว่าเพศหญิง กลุ่มหนุ่มสาวรับฟังข่าวสารมากกว่ากลุ่มสูงอายุ

(โครงการวางแผนครอบครัว. 2518) กลุ่มที่มีระดับการศึกษาค่อนข้างสูงคือ ระดับมัธยม อาชีวะ จะมีความบ้อยในการเปิดรับสื่อมวลชน ประเภทหนังสือพิมพ์ และนิตยสาร สูงกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำ และกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า กลุ่มที่มีอายุระหว่าง 25-29 ปี จะมีการเปิดรับข่าวสารวิทยุในช่วงเวลาเช้าและอ่านหนังสือพิมพ์มากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า และกลุ่มอายุมากกว่า (นิตยา คำเมือง. 2525)

การรับข่าวสารที่มีประโยชน์ ได้มีส่วนช่วยเพิ่มพูนความรู้ ช่วยแพร่กระจายข่าวสาร และช่วยเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่บุคคลมีอยู่ได้ (Rogers and Shoemaker. 1971:145) หรือช่วยก่อให้เกิดทัศนคติใหม่ ๆ (McGuire. 1968; 1969; Fishbein. 1975) โดยเฉพาะโทรทัศน์ที่มีผลต่อการสร้างทัศนคติใหม่ ๆ ของเด็กและผู้ใหญ่ (Ornstein and Levine. 1985:345) การรับข่าวสารที่มีประโยชน์จากโทรทัศน์ วิทยุ และสิ่งตีพิมพ์ มีความสัมพันธ์กับลักษณะการมุ่งอนาคต ความเชื่ออำนาจในตนเอง และความสามารถในการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมได้ในระดับสูงในเยาวชนไทย (ดวงเดือน พันธุมนาวิน และคนอื่น ๆ. 2530) โดยผู้ที่ชอบชมรายการโทรทัศน์ที่ให้ความรู้ จะเป็นผู้มีลักษณะมุ่งอนาคตและเห็นคุณค่าของการพัฒนาตนเองสูงกว่าผู้ที่ชอบชมรายการโทรทัศน์ประเภทอื่น ๆ (Weiss. 1963: 123; Rushton. 1979:339-341) และช่วยให้บุคคลเชื่อว่าผลต่าง ๆ สามารถเกิดจากความสามารถและการกระทำของตน โดยมนุษย์สามารถทำนายและควบคุมธรรมชาติได้มากกว่า ซึ่งก็คือลักษณะความเชื่ออำนาจในตนเอง (บุญยัง เจริญยัง และดวงเดือน เลขยานนท์. 2510; สมศรี ศรีประไพ. 2521; บุญเลิศ ศุภดิolk. 2525; อรรณพ เขียรถาวร. 2526; ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2524:94)

/ การรับข่าวสารที่มีประโยชน์ นอกจากมีส่วนเกี่ยวข้องกับจิตลักษณะต่างๆ อาทิเช่น ลักษณะมุ่งอนาคต ความเชื่ออำนาจในตน แล้วยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคคลด้วย เช่น การรับข่าวสารที่ทันสมัยและมีประโยชน์จากสื่อมวลชน มีส่วนช่วยให้เกษตรกรมีความทันสมัยโดยเฉพาะด้านการยอมรับนวัตกรรมใหม่ ๆ เพิ่มขึ้น โดยเกษตรกรที่รับข่าวสารด้านวิทยาการแผนใหม่มาก จะมีการยอมรับวิทยาการแผนใหม่มาก และมีพฤติกรรมใช้นวัตกรรมนั้น ๆ (เอนก นิคมภักดิ์. 2520; บุญธรรม คำพน.

2520; สวรรค์วี คชาชีวะ. 2524; นรพิมล วรติลก. 2524) การรับข่าวสารด้านการพัฒนาจากวิทยุและโทรทัศน์มาก มีความสัมพันธ์กับการเป็นผู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาของประชาชนในชนบทมาก (อรรณพ เขียรถาวร. 2526) การรับข่าวสารด้านการคุมกำเนิดและวางแผนครอบครัวจากสิ่งตีพิมพ์ในสตรี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคุมกำเนิด และการวางแผนครอบครัวเพิ่มขึ้น (สุจิตรา สุนทรทรัพย์ 2524; เพ็ญศรี ปิยะรัตน์. 2518)

/ ในด้านพฤติกรรมสุขภาพก็เช่นเดียวกัน ได้มีงานวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ของการรับข่าวสารทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น งานวิจัยของลำอางค์ มณีวรรณ (2530:บทคัดย่อ) พบว่าการใช้สื่อสารมวลชนในการให้ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยผ่านการกระจายเสียงจากหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านเป็นระยะ ๆ มีผลทำให้ประชาชนที่รับข่าวสาร มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในระดับสูงขึ้น ยิ่งสันต์ ศรีทอง (2531:บทคัดย่อ) ได้ใช้วิธีการส่งสารด้านสุขภาพโดยผ่านการกระจายเสียงที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน และกลุ่มบุคคลอาสาสมัคร ให้แก่ประชาชนในหมู่บ้าน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ผลในลักษณะเดียวกันคือ ชาวบ้านที่รับข่าวสารสม่ำเสมอมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น

โอกินัว (Oginonwa. 1973) ได้ใช้สื่อสารมวลชนเผยแพร่ความรู้ด้านการป้องกันโรคหิวา แก่ประชาชนในประเทศไนจีเรีย ผลปรากฏว่าประชาชนที่รับข่าวสารมีพฤติกรรมป้องกันโรคหิวาโดยดื่มน้ำต้มสุกและรับประทานอาหารที่สุกเพิ่มขึ้น ฮาฟเนอร์และเคิร์ด (Haefner and Hirscht. 1973:3-12) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการให้ข่าวสารกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจ โดยใช้ภาพยนตร์เป็นสื่อ ผลวิจัยปรากฏว่า กลุ่มบุคคลที่ให้ความสนใจต่อภาพยนตร์สูง มีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ โดยมีการออกกำลังกายและควบคุมอาหารมากกว่ากลุ่มบุคคลที่ไม่ได้ให้ความสนใจต่อภาพยนตร์ด้านสุขภาพ

สมพร ศิริรัตน์ตระกูล (2527 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการรับข่าวสารกับพฤติกรรมการตัดสินใจบริโภคอาหารที่มีสารปรุงแต่งของครูระดับประถมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มครูผู้สอนและไม่สอนเกี่ยวกับ

สิ่งแวดล้อมศึกษา ผลการวิจัยปรากฏว่า แหล่งข่าวสารที่ครูได้รับจะมาจากสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และข่าวสารดังกล่าวจะผ่านทางหนังสือพิมพ์มากที่สุด การรับข่าวสารจากโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ วารสารหรือนิตยสารต่าง ๆ มีผลในเชิงบวกต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม เมื่อพิจารณาศึกษาเปรียบเทียบระหว่างครูที่สอนและไม่สอนวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา พบว่า ครูผู้สอนวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษาได้รับข่าวสารและมีพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมมากกว่าครูที่ไม่สอนวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษาแต่ถ้าพิจารณาเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีสารปรุงแต่ง เช่น การรับประทานอาหารที่มีสีเจือปน อาหารที่ใส่สารกันบูด เป็นต้น พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างครูทั้งสองกลุ่ม กล่าวคือ ครูทั้งสองกลุ่มจะหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีสารปรุงแต่ง

ดวงทิพย์ วรพันธ์ (2525 : บทคัดย่อ) ได้ใช้สื่อปลูกฝังโภชนาการแก่สตรีในชนบท จังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีอายุระหว่าง 15-45 ปีพบว่า สตรีที่เปิดรับสื่อการปลูกฝังโภชนาการจะมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านโภชนาการมากกว่าสตรีที่ไม่เปิดรับสื่อ ผลงานวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับงานของวันทนา ชาญวนิชวงศ์ (2524 : บทคัดย่อ) ซึ่งศึกษาการเปิดรับสื่อสารมวลชนด้านอาหารและโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างมารดาที่นำบุตรมารับบริการจาก แผนกกุมารเวชศาสตร์ จำนวน 300 คน ที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพต่างกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสำคัญด้านอาหารและโภชนาการ อันได้แก่ความรู้ความเข้าใจและทัศนคติทางด้านอาหารและโภชนาการ ศึกษาพฤติกรรมการเปิดรับสื่อสารมวลชนด้านอาหารและโภชนาการ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสำคัญทางด้านอาหารและโภชนาการกับพฤติกรรมการเปิดรับสื่อสารมวลชนด้านอาหารและโภชนาการ ผลวิจัยปรากฏว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาสูง รายได้สูง มีความสำคัญด้านอาหารและโภชนาการสูงกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาและรายได้น้อย การเปิดรับสื่อสารมวลชนด้านอาหารและโภชนาการจะพบในมารดาที่มีระดับการศึกษาสูงมากกว่า นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความสำคัญทางด้านอาหารและโภชนาการกับการเปิดรับสื่อมวลชนด้านอาหารและโภชนาการ

อุลิสซา ชุตบุญธรรม (2522 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับข่าวสารกับความเชื่อทางสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการเลิกสูบบุหรี่ของสำนักงานอนามัย กรุงเทพมหานคร กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 150 คน พบว่า ผู้ร่วมโครงการเลิกสูบบุหรี่ ได้รับข่าวสารเลิกสูบบุหรี่จากสื่อโปสเตอร์มากที่สุด และปริมาณการรับข่าวสารเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยเป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากบุหรี่ และอุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่

ในด้านพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ได้มีงานวิจัยของ ลักษณะมนธาตุพลิน (2524 : บทคัดย่อ) ศึกษาการเผยแพร่ข่าวสารด้านสาธารณสุขมูลฐาน ด้วยเอกสารเผยแพร่เรื่องอนามัยครอบครัวกับผลสัมฤทธิ์จากการให้เอกสารเผยแพร่ การวิจัยได้ศึกษากับการกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยเจริญพันธุ์ จำนวน 200 คน ที่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 45 ปี ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยปรากฏว่า สตรีที่ได้รับเอกสารและได้อ่านเอกสารนั้น มีความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ แตกต่างจากสตรีที่ไม่ได้รับเอกสารเผยแพร่ อีแวนและคนอื่น ๆ (Evans and others. 1970) ได้เผยแพร่วิธีการแปร่งฟันที่ถูกต้องโดยใช้สื่อเทปสไลด์แก่สตรีที่มีระดับการศึกษาต่ำ และติดตามผล หลังจากนั้นหนึ่งสัปดาห์ ผลปรากฏว่า สตรีที่มีความตระหนักในโรคฟัน มีการเพิ่มเวลาที่ใช้ในการแปร่งฟัน และมีพฤติกรรมการรักษาสุขภาพในช่องปากและฟันสูงขึ้น

มันชนา หิมกร (2525 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสารสุขภาพ เรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค กับการยอมรับการปฏิบัติกับกลุ่มตัวอย่างมารดาในครัวเรือนชนบทที่มีบุตร อายุต่ำกว่า 6 ขวบ ในเขตอำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 250 ตัวอย่าง ผลการวิจัย ปรากฏว่า มารดาในชนบทมีการเปิดรับข่าวสารสุขภาพในอัตราที่สูง โดยเปิดรับจากวิทยุมากเป็นอันดับหนึ่ง สื่อบุคคลจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นอันดับสอง และพบความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณความถี่ของการเปิดรับข่าวสาร เรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคกับการยอมรับการฉีดภูมิคุ้มกัน

สรุป การรับข่าวสารสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ จากการประมวลงาน

วิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการรับข่าวสารที่มีประโยชน์จากโทรทัศน์ วิทยุ และสิ่งตีพิมพ์ต่าง ๆ จะพบว่า การรับข่าวสารที่มีประโยชน์มีความสัมพันธ์กับจิตลักษณะและพฤติกรรมของบุคคล แต่เนื่องจากงานวิจัยนี้เน้นการศึกษาด้านพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงคาดว่า บุคคลที่ได้รับข่าวสารทางสุขภาพมากจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่าบุคคลที่รับข่าวสารสุขภาพน้อย

ลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังกับพฤติกรรมสุขภาพ

การกระทำพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแต่ละคนย่อมแตกต่างกัน ทั้งนี้สาเหตุหนึ่ง เกิดจากความต่างของลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลังของผู้ถูกศึกษา ซึ่งประกอบด้วย ระดับการศึกษา รายได้ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และอาชีพ (White. 1982:462) ดังนั้นเพื่อความกระจ่างในการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ควรที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรเหล่านี้ที่ละตัวแปรกับพฤติกรรมสุขภาพด้วยแต่เนื่องจากเรื่องของระดับการศึกษาได้กล่าวโดยละเอียดแล้วในตอนต้นของงานวิจัย ในตอนนี้จะกล่าวถึงความสัมพันธ์ของรายได้ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และอาชีพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพตามลำดับ

รายได้กับพฤติกรรมสุขภาพ

งานวิจัยที่ศึกษาพบความสัมพันธ์ของสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งวัดจากระดับรายได้และระดับการศึกษากับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ งานวิจัยของ แพท (Pratt. 1976) วิลสันและอีลินสัน (Wilson and Elinson. 1981) บาลลอค (Bullough. 1972) โคเบิร์นและโปป (Coburn and Pope. 1974) ผู้วิจัยได้พบว่าสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ และด้านการป้องกันโรค กล่าวคือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง มีรายได้สูง จะมีพฤติกรรมสร้างเสริมและป้องกันโรคสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษา และระดับรายได้ต่ำกว่า แต่งานวิจัยของ บราวน์และแมคครีดี (Brown and McCreedy. 1986:317-326) ซึ่งศึกษาสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของคนอายุ 55 ปีขึ้นไปกับพฤติกรรมสุขภาพในด้านส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ เช่น กินถั่ว

สุขภาพ นอนพักผ่อนเพียงพอ แปรปรวนกฎวิธี ไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น ผลวิจัยปรากฏว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ และพบความเด่นชัดในหญิงมากกว่าชาย

คาร์ลและคอบ (Kasl and Cobb. 1966:250-251) ได้ศึกษาตัวแปรระดับรายได้ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าระดับรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือ ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมรักษาสุขภาพให้แข็งแรงมากกว่า ผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า กุทซังด์ กุณทลบุตร (2524) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของชาวประมงไทยในเขตจังหวัดระยอง เพชรบุรี และพังงา ผลวิจัยปรากฏว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ โดยหัวหน้าครอบครัวที่มีระดับรายได้สูง ระดับการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงมากกว่า หัวหน้าครอบครัวที่มีระดับรายได้และระดับการศึกษาต่ำ

โรเซนสต็อกและคนอื่น ๆ (Rosenstock and others. 1959:98-103) ได้ศึกษาพบว่ามารดาที่มีระดับรายได้สูง จะมีพฤติกรรมในด้านการให้ความร่วมมือในการป้องกันโรค มากกว่ามารดาที่มีระดับรายได้ต่ำ แต่งานวิจัยของดัลดอลล์และวิลเลอร์ (Rundall and Wheeler. 1973) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ของระดับรายได้กับพฤติกรรมการใช้บริการในการป้องกันสุขภาพให้ปลอดภัยจากโรคกับกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่ในรัฐมิชิแกนและวอลทีนอส พบว่า ระดับรายได้ของครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการในการป้องกันสุขภาพเพียงเล็กน้อย

กัลยา นาคเพชร (2521) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน ในตำบลค้างพลู อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 2-5 ขวบและมารดาของเด็กดังกล่าว จำนวน 60 คน ผลวิจัยปรากฏว่า ระดับเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับปริมาณอาหารที่เด็กได้รับ โดยครอบครัวที่มีฐานะต่ำ เด็กในครอบครัวนั้นจะได้รับปริมาณอาหารน้อยกว่าที่ร่างกายได้รับในหนึ่งวัน แต่คุณภาพของอาหารที่เด็กบริโภคไม่มีความแตกต่างกันตามฐานะของครอบครัว

แอนเดอร์สัน (Anderson. 1967) และเบอร์คาโนวิช (Berkanovics. 1972) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของระดับรายได้และพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี ผลการวิจัยปรากฏว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างระดับรายได้และพฤติกรรมการตรวจสุขภาพ กล่าวคือ ผู้ที่มีระดับรายได้สูงมีพฤติกรรมไปรับการตรวจเช็คสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีระดับรายได้ต่ำ

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยคาดว่าผู้ที่มีระดับรายได้สูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในด้านต่างๆ มากกว่าผู้ที่มีระดับรายได้ต่ำ

เพศกับพฤติกรรมสุขภาพ

เพศนับเป็นตัวแปรหนึ่งในลักษณะชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ จากงานวิจัยของนาแทนสัน (Nathanson. 1977) พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรักษาสุขภาพของตนให้แข็งแรงมากกว่าเพศชาย และเพศหญิงยังมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคสูงกว่าเพศชายด้วย (Belloc and Breslow. 1972; Branch and Jette. 1984; Breslow and Enstrom. 1980; Wilson and Elinson. 1981) โดยเพศหญิงให้ความร่วมมือในการรับการตรวจรักษาโรคมกกว่าเพศชาย ระมัดระวังอันตรายจากโรคภัยไข้เจ็บมากกว่าชาย และแสวงหาแนวทางในการป้องกันโรคมกกว่าเพศชาย (Sharp and others. 1983:255-263) และโดยเฉพาะเพศหญิงที่มีอายุมาก ระดับการศึกษาสูง ระดับรายได้สูง ผิวขาว จะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรค สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างประชากรอื่นๆ (Anderson and Anderson. 1972; Langlia. 1977; 244-260; Lerner. 1963; Somers. 1961) สำหรับงานวิจัยในประเทศไทย ได้มีงานวิจัยศึกษาสถานภาพสุขภาพของเพศชายและเพศหญิงในกลุ่มตัวอย่างอายุไม่เกิน 45 ปีที่มีสถานภาพสมรสในกรุงเทพมหานคร พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพมากกว่าเพศชาย (Fuller and others. 1990)

สำหรับความสัมพันธ์ของเพศชายกับพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะด้านมีความแตกต่างกันระหว่างเพศหญิงและเพศชาย กล่าวคือเพศหญิงจะมีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมการกินอาหารที่มีคุณค่าหลัก

โภชนาการมากกว่าเพศชาย (Hayes and Ross. 1987) แต่เพศหญิงจะมีพฤติกรรม การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพน้อยกว่าเพศชาย (Leventhal. 1983) เพศหญิงมี พฤติกรรมสูบบุหรี่น้อยกว่าเพศชาย (Waldron. 1986; Branch and Jettle. 1984; Wilson and Einson. 1981; Brown and McCreedy. 1986) และ เพศหญิงมีพฤติกรรมดื่มสุราน้อยกว่าเพศชาย (Bush and Conner. 1985; Wilson and Elison. 1981; Brown and McCreedy. 1986) ฉะนั้นเพศชาย จะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคที่ป้องกันได้มากกว่าเพศหญิง นอกจากนี้เพศหญิงยังมี พฤติกรรมไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพประจำปี มากกว่าเพศชายด้วย (Verbrusse. 1985, 1982; Waldron. 1983; Cleary and others. 1982)

จากการประมวลผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พอจะสรุปและคาดได้ว่าเพศหญิง จะมีพฤติกรรมสุขภาพในด้านพฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยา ที่เป็นโทษ และมีพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลที่เหมาะสมมากกว่าเพศชาย

สถานภาพสมรสกับพฤติกรรมสุขภาพ

สำหรับตัวแปรลักษณะชีวสังคมด้านสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรส จะมีพฤติกรรมสุขภาพโดยทั่วไปสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด (Verbrugge. 1979) และมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคสูงกว่าด้วย (Brown and McCreedy. 1986:317) แต่เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะ ด้าน พบว่า ผู้มีสถานภาพสมรส มีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมกว่าผู้ที่มีสถานภาพเป็น โสด (Hayes and Ross. 1987 : 120-130) แต่มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย น้อยกว่า (Leventhal. 1983)

เมื่อพิจารณาสถานภาพการสมรสร่วมกับเพศ จะพบว่าเพศชายสูงอายุ ที่มีสถานภาพสมรส และเพศหญิง สูงอายุ สถานภาพโสดจะมีพฤติกรรมสุขภาพโดยทั่ว ไป ที่เหมาะสมมากกว่า เพศชายสูงอายุ สถานภาพโสด และเพศหญิง สูงอายุ สถานภาพสมรส ทั้งนี้เพราะ เพศหญิงมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพสูงกว่าชาย เมื่อ ชายแต่งงานแล้ว ภรรยาช่วยมีส่วนร่วมดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพของบุคคลในครอบครัวด้วย ทำให้เพศชายสถานภาพสมรสมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่าเพศชายสถานภาพ

โสด ส่วนเพศหญิงสูงอายุสถานภาพโสดนั้นดูแล้วรับผิดชอบเฉพาะต่อสุขภาพของตน จึงทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่าเพศหญิงสูงอายุสถานภาพสมรส ซึ่งต้องรับผิดชอบดูแลสุขภาพของตนและครอบครัว ทำให้เพศหญิงสูงอายุ สถานภาพสมรสมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมน้อยกว่าผู้ที่เป็นโสด (Brown and McCreedy. 1986)

แม้จะไม่พบข้อสรุปที่สอดคล้องกันระหว่างตัวแปรสถานภาพสมรสและพฤติกรรมสุขภาพ แต่ผู้วิจัยคาดไว้ว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพเป็นโสด

อายุกับพฤติกรรมสุขภาพ

ลีเวนทาล (Leventhal. 1983) ศึกษาความสัมพันธ์ของอายุกับพฤติกรรมสุขภาพในด้านการปฏิบัติตนต่อสุขภาพทั้งการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างชาย 196 คน หญิง 200 คน พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคลเพิ่มขึ้นตามอายุ ยกเว้น พฤติกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น การออกกำลังกายโดยการเต้นแอโรบิค ผลงานวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของกรีน (Green. 1970) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยเฉพาะในบุคคลที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป และงานวิจัยของเบลลอคและบรีสโลว์ (Belloc and Breslow. 1972) เบลลอคและอังสตรอม (Belloc and Enstrom. 1980) วิลสันและอีลินสัน (Wilson and Elinson. 1981) แฮร์ริส และกูเตน (Harris and Guten. 1979) ที่พบว่าคนที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่าคนที่มีอายุน้อยและอธิบายว่า ที่เป็นเช่นนั้นเพราะคนที่ไม่รักษาสุขภาพของตนให้สมบูรณ์แข็งแรง จะมีอายุสั้น และตายไปก่อนจะมีโอกาสแก่ (Belloc and Breslow. 1972)

สำหรับความสัมพันธ์ของอายุ และพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะด้านก็ได้ผลในลักษณะเดียวกัน กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมการกินที่ถูกสุขลักษณะมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย แต่ในด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายผู้ที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมออกกำลังกายมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก (Hayes and Ross. 1987 : 126-128 ;

Cockerham and others. 1988:265-270) ในด้านพฤติกรรมรักษาอนามัยส่วนบุคคล โคเบิร์น และโปป (Coburn and Pope.1974) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค และการไปพบทันตแพทย์ ส่วนพฤติกรรมการรับการตรวจสุขภาพ คาร์ลและเบคแมน (Kasl and Beckman.1981) โรดิน (Rodin. 1986 (b) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการไปรับการตรวจสุขภาพ โดยผู้ที่มียอายุมากจะไปรับการตรวจสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

จากงานวิจัยที่ประมวลมาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอายุกับพฤติกรรมสุขภาพ พอจะสรุปและคาดได้ว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ที่มียอายุมากจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

อาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ของอาชีพกับพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่จะศึกษาตัวแปรอาชีพควบคู่กับระดับการศึกษาของบุคคล เพราะบุคคลที่มีระดับอาชีพสูง มักมีแนวโน้มมีระดับการศึกษาสูงด้วย โคเบิร์นและโปป (Coburn and Pope. 1974:76) ได้ศึกษาลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังของบุคคลซึ่งวัดจากระดับการศึกษา อาชีพและรายได้กับพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ ในด้านการตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจสุขภาพฟันกับทันตแพทย์ และการรับภูมิคุ้มกันโรคกับกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพตั้งแต่ระดับบริหาร จนถึงกรรมกร ในรัฐวิตอเรีย ประเทศแคนาดา พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันสุขภาพมากที่สุด อาชีพมีความสัมพันธ์เพียงเล็กน้อยกับพฤติกรรมสุขภาพ แต่เมื่อรวมตัวแปร การศึกษาและอาชีพจะทำนาย พฤติกรรมสุขภาพได้สูงขึ้น งานวิจัยนี้ได้ผลคล้ายคลึงกับงานวิจัยของกรีน (Green. 1970 ; 825) ซึ่งศึกษา ลักษณะชีวสังคมและภูมิหลัง ซึ่งวัดจากการศึกษา อาชีพ รายได้ กับพฤติกรรมป้องกันสุขภาพกับกลุ่มตัวอย่างที่รัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา ผลวิจัยปรากฏว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันสุขภาพด้านการตรวจสุขภาพฟันมากกว่ารายได้ แต่รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับภูมิคุ้มกันโรคมากกว่าและการทำนายพฤติกรรมสุขภาพควรใช้ตัวแปรด้านการศึกษาและอาชีพ

กับการศึกษาและรายได้ สายใจ คุ่มขนาบ (2515 : 118-123) ได้ศึกษาพบว่า หัวหน้าครอบครัวที่ประกอบอาชีพราชการมีพฤติกรรมสุขภาพทั่วไปเหมาะสมกว่าหัวหน้าครอบครัวที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทั้งนี้เพราะหัวหน้าครอบครัวที่ประกอบอาชีพรับราชการมีระดับการศึกษาสูงกว่าหัวหน้าครอบครัวที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม

เนื่องจากอาชีพโดยตัวมันเองมีความสัมพันธ์น้อยกับพฤติกรรมสุขภาพ การทำนายพฤติกรรมสุขภาพต้องใช้ตัวแปรทั้งระดับการศึกษาและอาชีพ แต่การมีอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาสุขภาพ เช่น ทำงานในโรงพยาบาลย่อมทำให้บุคคลได้รับประสบการณ์ทางสุขภาพโดยทางอ้อมและมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น จากงานวิจัยของโคเบิร์นและโปป (Coburn and Pope, 1974) พบว่าบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของบุคคล ย่อมมีส่วนสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะศึกษาตัวแปรด้านอาชีพ โดยเปรียบเทียบบุคคลที่ทำงาน ในสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาสุขภาพหรือลักษณะงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกับบุคคลที่ไม่ได้ทำงานเกี่ยวข้องกับการสุขภาพทั้ง ๆ ที่จบการศึกษาในระดับเดียวกันว่างานในหน้าที่จะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมสุขภาพหรือไม่ โดยผู้วิจัยคาดว่าบุคคลที่จบการศึกษาในระดับเดียวกัน แต่มีอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น ทำงานในโรงพยาบาล จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่าบุคคลที่ทำงานในสถานที่อื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการสุขภาพ เช่น ทำงานในโรงงาน หรือบริษัทต่าง ๆ เป็นต้น

การศึกษา ลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังอื่นๆ กับจิตลักษณะ 4 ด้าน

การศึกษา คือ การฝึกอบรมจิตใจ การฝึกพฤติกรรม และการสร้างประสบการณ์ให้แก่ผู้เรียน การศึกษาซึ่งส่วนใหญ่เป็นการบอกให้รู้ให้เกิดทัศนคติ ค่านิยม และจิตลักษณะที่ดีงามที่พึงปรารถนาของสังคม มักให้ผลแก่ผู้เรียนในระยะยาว เพราะเป็นการพัฒนาจิตใจซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้รับต่อไป

ในสังคมไทย พฤติกรรมอันเป็นที่พึงปรารถนา ได้แก่ พฤติกรรมการทำดี

ละเว้นชั่ว พฤติกรรมการรักษาสุขภาพอนามัย เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะต้องอาศัยลักษณะพื้นฐานจิตใจ 3 ประการและจิตลักษณะอีก 5 ประการ ดังได้กล่าวแล้ว ในทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรมข้างต้น และในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ จิตลักษณะที่ควรมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมนี้ ได้แก่ ทศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพ และลักษณะมุ่งอนาคต จิตลักษณะทั้ง 4 ประการนี้มีในบุคคลไม่เท่ากัน ทั้งนี้เพราะบุคคลอยู่ในสภาพแวดล้อมทางสังคมที่แตกต่างกัน มีลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลังที่ต่างกัน ฉะนั้นในการประมวลงานวิจัยตอนนี้จะเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของการศึกษา ลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลังของบุคคล กับจิตลักษณะทั้ง 4 ด้าน โดยจะกล่าวตามลำดับต่อไป

การศึกษา ลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังอื่น ๆ กับ ทศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ

การศึกษาได้มีส่วนสำคัญในการก่อให้เกิดทัศนคติของบุคคลเพราะการเกิดทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งของบุคคล เกิดจากการเรียนรู้ของของบุคคลนั้น ๆ ต่อสิ่งนั้นๆ โดยผ่านประสบการณ์ตรงหรือประสบการณ์ทางอ้อม ซึ่งจะนำไปสู่ความพอใจหรือไม่พอใจ ความชอบหรือไม่ชอบและความพร้อมหรือมุ่งมั่นที่จะกระทำ หรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ นอกจากนี้ การศึกษายังช่วยเปลี่ยนทัศนคติของบุคคล หรือก่อให้เกิดทัศนคติใหม่ๆ แก่บุคคลด้วย กล่าวคือ การศึกษาจะช่วยให้ผู้รับการศึกษา ได้ทราบถึงประโยชน์หรือโทษของสิ่งที่เกี่ยวข้องกับทัศนคตินั้น ๆ ช่วยทำให้เกิดประสบการณ์ที่น่าพอใจหรือไม่พอใจแก่ผู้ได้รับเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับสิ่งนั้นๆ และช่วยก่อให้เกิดการกระทำพฤติกรรมที่สอดคล้องหรือขัดแย้งกับทัศนคติเดิมของผู้รับการศึกษานั้นๆ

(Fishbein. 1975 ; McGuire. 1968, 1969)

กระบวนการทางการศึกษา อันได้แก่การเรียนการสอนสามารถเปลี่ยนทัศนคติบางอย่างของบุคคลได้อย่างรวดเร็ว แต่ทัศนคติต่อบางอย่างก็ยากที่จะเปลี่ยน ต้องใช้เวลาและการโอบตล่อมจากหลายๆ ด้านและกว่าที่ทัศนคติที่เปลี่ยนไปนั้นจะปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมของบุคคล อาจต้องใช้เวลามากและอาศัยปัจจัยหลายด้าน อย่างไรก็ตามกระบวนการทางการศึกษานับได้ว่าเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญยิ่งต่อ

การสร้างหรือเปลี่ยนทัศนคติที่พึงปรารถนาแก่บุคคล

การวิจัยความสัมพันธ์ของการศึกษากับทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ได้แก่ งานวิจัยของคอกเกอร์แฮมและคนอื่น ๆ (Cockerham and others. 1986: 1-14) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและรายได้ กับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพของบุคคลผลวิจัยปรากฏว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง และระดับรายได้สูง จะมีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพและมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนมากกว่า ผู้ที่มีระดับรายได้ต่ำ ผลงานวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ เดอ ฮูตันและฟิลด์ (d' Houtaud and Field. 1984) ที่ศึกษาทัศนคติต่อสุขภาพของบุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมต่างกัน ในประเทศฝรั่งเศสซึ่งพบว่า บุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับกลางและระดับสูง เป็นบุคคลที่มีทัศนคติต่อสุขภาพในทางบวก โดยมองสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความค่าของตนที่ต้องถนอมรักษาไว้เพื่อประโยชน์แห่งตน ส่วนบุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำจะมองสุขภาพเป็นเพียงตัวกลางที่ทำให้ตนสามารถทำงานเพื่อเลี้ยงชีพได้ การมีทัศนคติที่ต่างกันต่อสุขภาพของบุคคลทั้งสองกลุ่มนี้ ทำให้บุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับสูงและระดับกลางมีพฤติกรรมสุขภาพ โดยเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมและป้องกันสุขภาพของตนให้แข็งแรงปราศจากโรคมากกว่าบุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำ และโดยทั่วไปพบว่าบุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำจะมีพฤติกรรมสุขภาพในทางบวก เมื่อตนเริ่มปรากฏอาการเจ็บป่วยแล้วเท่านั้น

ในด้านทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะด้าน ได้มีงานวิจัยของชาร์นีและเลวิส (Charny and Lewis. 1987 : 172-175) ได้ศึกษาทัศนคติต่อพฤติกรรมการกินของบุคคล พบว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง มีรายได้ดี จะเป็นผู้มีทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมการกินที่ถูกสุขลักษณะ และมีพฤติกรรมการกินเพื่อสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ และรายได้ต่ำ

ดิชแมน (Dishman. 1982:237-267) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของระดับการศึกษา กับทัศนคติต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคคล พบว่า ผู้ที่จบการศึกษา

ในระดับสูง จะมีทัศนคติที่ดีต่อการออกกำลังกายมากกว่าผู้ที่จบการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่า แต่ทัศนคติเพียงตัวเดียวไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคคลได้แม่นยำเท่าที่ควร

ชาร์ปและคนอื่น ๆ (Sharp and others.1983 : 255-283) ศึกษาทัศนคติต่อการใช้บริการทางสุขภาพของบุคคลในสหรัฐอเมริกา พบว่า บุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำ กล่าวคือมีระดับการศึกษาต่ำ ระดับรายได้ต่ำ ผิวสีดํา มีทัศนคติทางบวกต่อการไปใช้บริการทางการแพทย์มากกว่าบุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับสูง แต่การไปรับบริการทางการแพทย์ของบุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำ เป็นไปเพื่อรักษาอาการของโรคมากกว่า การที่ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับสูงมีทัศนคติต่อการไปรับบริการทางการแพทย์ต่ำกว่าผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำนั้น เป็นเพราะพวกเขาไปใช้บริการน้อยกว่า เนื่องจากพวกเขาดูแลสุขภาพและรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนให้ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บได้มากกว่าผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำ

จากการประมวลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างการศึกษา ลักษณะชีวิตสังคม และภูมิหลังอื่น ๆ กับทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ พอจะสรุปและคาดได้ว่าการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ที่จบการศึกษาในระดับสูง จะมีทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าผู้ที่จบการศึกษาในระดับต่ำกว่าและลักษณะทางชีวิตสังคมและภูมิหลัง โดยเฉพาะสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวก กับทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพเช่นกัน

การศึกษา ลักษณะชีวิตสังคมและภูมิหลังอื่น ๆ กับค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ

ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ จัดเป็นค่านิยมหนึ่งที่ควรได้มีการปลูกฝังให้เกิดขึ้นแก่บุคคลในสังคม เพราะ บุคคลที่ให้คุณค่าและเห็นความสำคัญของการมีชีวิต และเห็นความสำคัญของการมีชีวิตและการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

การส่งเสริมและพัฒนาค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพให้เกิดขึ้นแก่บุคคลควรเริ่มจากวัยเด็ก โดยพ่อแม่ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดี สนับสนุนให้เด็กเห็นคุณค่าและภาคภูมิใจในการกระทำ เมื่อเด็กโตขึ้นและไปโรงเรียน ครูก็จะมีบทบาทสำคัญในการปลูกฝังค่านิยมที่พึงปรารถนาต่อไป การปลูกฝังค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพแก่นักเรียนครูสามารถทำได้โดยการสร้างสัมพันธภาพอันดีแก่เด็ก แนะนำ ชี้แจง ส่งเสริม ให้โอกาสแก่เด็กได้กระทำ ตลอดจนยกย่อง ชมเชย ส่งเสริมกำลังใจเมื่อนักเรียนกระทำถูกต้อง นอกจากนี้โรงเรียนยังต้องจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมและสนับสนุนการได้ปฏิบัติแก่นักเรียนด้วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคนอื่น ๆ. 2529:363-367)

การปลูกฝังค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพโดยผ่านสถานบันการศึกษา ได้มีส่วนพัฒนาค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพแก่ผู้เรียน ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยของ มาณี สมิตีสัมพันธ์ (2523) ซึ่งศึกษาค่านิยมเกี่ยวกับการไม่เสพยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในประเทศไทย พบว่า แหล่งที่นักเรียนได้ความรู้ข้อมูลในการพัฒนาค่านิยมด้านนี้ มาจากโรงเรียน การสอนของครู และเพื่อน สุธี เสถียรยานนท์ (2530) ศึกษาค่านิยมด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในกรุงเทพมหานคร พบว่า นักเรียนมีค่านิยมทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง โดยนักเรียนให้ค่าความสำคัญต่อการรักษาความสะอาดเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือ การละเว้นสิ่งเสพติด นอกจากนี้ ยังพบว่านักเรียนหญิงมีค่านิยมทางสุขภาพสูงกว่านักเรียนชาย ส่วนทำเนียบ โสแสนน้อย (2527) ได้ศึกษาพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดขอนแก่น มีค่านิยมด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน โดยนักเรียนให้ค่าความสำคัญต่อการปรับตัวและป้องกันโรคติดต่อมากที่สุด และนักเรียนหญิงมีค่านิยมสุขภาพสูงกว่านักเรียนชายในด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

แม้จะไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ของระดับการศึกษากับค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ แต่จากงานวิจัยของสุนทรี โคมิน และสนธิ สมัครงการ (2522) ซึ่งศึกษาค่านิยมและระบบค่านิยมไทย พบว่าระดับการศึกษาเป็นตัวทำให้เกิดความแตกต่างของค่านิยม โดยกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำ เช่น ชาวนา กรรมกร จะเป็นกลุ่มที่รักษาค่านิยมวัฒนธรรมดั้งเดิมมากที่สุด โดยมีค่านิยมยึดมั่นในหลักธรรมศาสนา

ส่วนกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูง จะให้ค่านิยมด้านความสุขของครอบครัว ความรักอิสระ ความเสมอภาค ในระดับสูง นีออน กลิ่นรัตน์ (2525) ศึกษาค่านิยมของอาจารย์ในวิทยาลัยครูภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ค่านิยมของอาจารย์ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาสูง จะเน้นค่านิยมด้านชีวิต โดยเน้นด้านความสุขในครอบครัว เป็นอันดับหนึ่ง ความภูมิใจในตนเอง ความสงบและสุขใจอยู่ในลำดับรองลงมา ซึ่งต่างจากคนไทยทั่วไป ที่เน้นค่านิยมด้านความมั่นคงของชาติเป็นอันดับหนึ่ง งานวิจัยของ พจนีย์ มณีสุวรรณ (2514 : บทคัดย่อ) ศึกษาค่านิยมของนักศึกษาในวิทยาลัยครูในพระนครและธนบุรี พบว่า นักศึกษาให้ค่านิยมด้านการศึกษาระดับสูงเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือค่านิยมด้านชีวิตในครอบครัว และการเลือกค่านิยมเหล่านี้ไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อจำแนกตามเพศ ผลการเรียนรู้ภูมิหลัง อาชีพ และรายได้ของผู้ปกครอง

จากผลงานวิจัยข้างต้น จะพบว่าคนไทยที่มีระดับการศึกษาสูง จะให้ค่านิยมด้านความสุข และความสำเร็จในชีวิตมาก ในงานวิจัยนี้จะศึกษาเฉพาะค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพในบุคคลที่มีการศึกษาแตกต่างกัน จึงคาดว่าบุคคลที่มีการศึกษาระดับสูงกว่า จะมีค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพสูงกว่าบุคคลที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า

การศึกษา ลักษณะชีวิตสังคมและภูมิหลังอื่น ๆ กับ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ

ความเชื่อมีอิทธิพลโดยตรงต่อการแสดงออกของพฤติกรรมบุคคลแม้ว่าบุคคลจะประสบกับเหตุการณ์ร้ายแรงในชีวิตที่เหมือนกัน แต่พฤติกรรมที่เผชิญต่อเหตุการณ์ดังกล่าวจะแตกต่างกันไปตามความคิด ประสบการณ์ และความเชื่อของแต่ละบุคคล ทั้งนี้เพราะบุคคลจะกระทำพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อของตน (Rokeach and Milton. 1970 : 24) และอิทธิพลที่สำคัญอย่างหนึ่งของแนวคิดในการควบคุมตนเอง คือ ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตน (Blatter. 1981 : 49)

ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนของบุคคลจะพัฒนาตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยชรา โดยพัฒนาจากประสบการณ์เฉพาะและการเสริมแรงในอดีต บุคคลใดมี

ประสบการณ์หรือได้รับการเสริมแรงในการประสบความสำเร็จจากความพยายามของตนในอดีต จะมีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงกว่าบุคคลที่มีประสบการณ์ในการไม่ประสบความสำเร็จจากความพยายามของตน (Rotter. 1975 : 43, 56-67)

การศึกษานับเป็นเหตุการณ์หนึ่งในการมีส่วนร่วมการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายในตนแก่บุคคล เพราะการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับปรุงและพัฒนาตนเอง ให้เป็นผู้รู้จักคิดอย่างมีเหตุผลสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ ดังคำกล่าวของ ภิญโญ สาธร (2521 : 18) ที่ว่า การศึกษาเป็นกระบวนการพัฒนาบุคคลทั้งด้านจิตใจ นิสัย และคุณสมบัติทางกายภาพต่าง ๆ เมื่อบุคคลได้รับการพัฒนาจากการศึกษาย่อมส่งผลให้บุคคลผู้นั้นรู้จักที่จะปรับปรุงตนเองให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ดี จนเกิดความรู้สึกว่า เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้น ตนสามารถควบคุมหรือแก้ไขได้ ทำให้ชีวิตประสบความสำเร็จมีประสบการณ์ที่ดีเกิดความเชื่อมั่นและภาคภูมิใจในตนเองและในที่สุดก็จะมีมีความเชื่ออำนาจในตน ความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ถ้าเหตุการณ์ในชีวิตดำเนินไปในทางด้านดีบุคคลรับรู้ว่าเป็นเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตเกิดจากการกระทำของตนหรือตนสามารถควบคุมได้ ความเชื่ออำนาจภายในตนก็จะเพิ่มขึ้น แต่ถ้าบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นไปโดยบังเอิญ โชคเคราะห์เสมอ ๆ ก็ทำให้บุคคลนั้นมีความเชื่ออำนาจภายนอกตนเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ดี ในบุคคลที่ได้รับการศึกษา ย่อมมีโอกาสได้เรียนรู้ ได้แก้ปัญหาต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล ได้รับประสบการณ์ชีวิตในด้านที่ดี ที่ประสบผลสำเร็จจากการกระทำของตน จึงมีโอกาสเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมากกว่า (Strickland. 1977:259)

จากการศึกษางานวิจัยด้านระดับการศึกษาและความเชื่ออำนาจภายในภายนอกตน พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่ออำนาจภายในตน กล่าวคือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Speake, Cowart and Pellet. 1989:93-100) จินตนา บิลมาศและคนอื่น ๆ (2529:85) ได้ศึกษาคุณลักษณะของข้าราชการพลเรือนไทย

พบว่า ข้าราชการที่มีระดับการศึกษาต่ำ มีความเชื่ออำนาจภายในตนน้อยกว่า ข้าราชการที่มีระดับการศึกษาสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทักเนา ทองภักดี (2528 : 74) ศึกษาความสัมพันธ์ของการอบรมเลี้ยงดูแบบให้เหตุผลกับความเชื่ออำนาจภายในตนของเด็กวัยรุ่นไทย พบว่า เด็กวัยรุ่นที่มีบิดามารดาที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความเชื่ออำนาจภายในตนมากกว่าเด็กวัยรุ่นที่มีบิดามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจภายในตน

ค็อกเกอร์แฮมและคนอื่น ๆ (Cockerham and others. 1986:9) ได้ศึกษาพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง มีแนวโน้มที่จะควบคุมและดูแลตลอดจนรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองได้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังอื่น ๆ กับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ งานวิจัยของโคลและจูเน (Cole and Jeune. 1972) อาลัคและคนอื่น ๆ (Arluke and others. 1979) โวลินสกายและโวลินสกาย (Wolinsky and Wolinsky. 1981) ซีแมนและอีแมน (Seeman and Evan. 1962) แบทเทอร์และรอตเตอร์ (Battle and Rotter. 1963) ซีแมน (Seeman. 1963) รอตเตอร์ (Rotter. 1966) งานวิจัยทั้งหมดได้ให้ข้อสรุปในลักษณะเดียวกันคือ บุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำ คือ มีระดับการศึกษาต่ำ มีรายได้ต่ำ จะเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน กล่าวคือ เชื่อว่า การมีสุขภาพดีหรือไม่เป็นผลจากความยากจน โชคชะตา เคราะห์ต่าง ๆ มากกว่าจะเชื่อว่าสุขภาพเป็นผลจากการควบคุมและการรับผิดชอบต่อตนเองต่อสุขภาพซึ่งต่างจากบุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับกลางและระดับสูง โดยพวกเขาจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนคือ เชื่อว่าสุขภาพของตนเองเป็นผลจากการรับผิดชอบต่อตนเอง และตนสามารถควบคุมสุขภาพของตนเองได้โดยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สำหรับการศึกษาตัวแปรด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส

กับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพพบว่า ไม่มีผลแตกต่างอย่างเด่นชัด

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพอจะสรุปและคาดได้ว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับลักษณะความเชื่ออำนาจภายในตน และระดับสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับลักษณะเชื่ออำนาจในตนเช่นเดียวกัน

การศึกษา ลักษณะชีวิตสังคมและภูมิหลังอื่น ๆ กับลักษณะมุ่งอนาคต

ลักษณะมุ่งอนาคตมีความสัมพันธ์กับกระบวนการทางการศึกษาเพราะลักษณะมุ่งอนาคตเกิดจากการเรียนรู้ทางสังคมของบุคคล ก้าวที่บุคคลได้รับประสบการณ์และได้รับการเสริมแรงว่าสิ่งที่ตนต้องการและรอคอยที่จะได้ สามารถได้รับจริง ๆ ในที่สุด ทำให้บุคคลมีความมานะพยายามในการทำสิ่งต่าง ๆ เพราะมีความคาดหวังว่าจะทำได้สำเร็จดังที่เคยประสบมา (Kay. 1975; Mischel. 1966; 1974)

งานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการศึกษากับลักษณะมุ่งอนาคต ได้แก่ งานวิจัยของดวงเดือน พันธุมนาวิน (2521 : 57-59) พบว่าลักษณะมุ่งอนาคตมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับการศึกษา และอายุ กล่าวคือ ลักษณะมุ่งอนาคตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 สูงที่สุด โดยแตกต่างจากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 มัธยมศึกษาปีที่ 5 และนิสิตมหาวิทยาลัยปีที่ 2 แต่ไม่แตกต่างจากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 นิสิตมหาวิทยาลัยปีที่ 2 มีลักษณะมุ่งอนาคตต่ำที่สุด ส่วนในด้านอายุพบว่า ผู้ถูกศึกษามีอายุมากขึ้นเท่าใด จะมีลักษณะมุ่งอนาคตน้อยลงเท่านั้น และปรากฏในหญิงมากกว่าชาย ส่วนงานวิจัยของ จินตนา บิลมาศและคนอื่น ๆ (2529 : 100) พบว่าข้าราชการที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีคะแนนมุ่งอนาคตและควบคุมตนแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยข้าราชการที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคะแนนลักษณะมุ่งอนาคตและควบคุมตนสูงกว่าข้าราชการที่มีระดับการศึกษาต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

แม้จะไม่พบความสอดคล้องในลักษณะเดียวกันของงานวิจัยในด้านการ

ศึกษาและลักษณะมุ่งอนาคต แต่จากความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสองควรจะมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและลักษณะมุ่งอนาคตอีก เพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการต่อไป ในงานวิจัยนี้ จะมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสองนี้และคาดไว้ว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีลักษณะมุ่งอนาคตสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังอื่น ๆ กับลักษณะมุ่งอนาคต ได้แก่ งานวิจัยของซูเซอร์และคนอื่น ๆ (Susser and others. 1983) ทำการวิจัยที่ประเทศสหรัฐอเมริกา โฮลลิงเวิร์ต (Hollingworth. 1981) ทำการวิจัยในประเทศอังกฤษ เดอฮูตันและฟีลด์ (d'Houtaud and Field. 1984) ทำวิจัยในประเทศฝรั่งเศส งานวิจัยทั้งหมดได้ผลสรุปที่สอดคล้องกันว่า บุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับกลางและระดับสูง มีพฤติกรรมสุขภาพโดยเข้าร่วมในกิจกรรมป้องกันสุขภาพให้ปราศจากโรค มากกว่าบุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำ และอธิบายความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพในบุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับที่ต่างกันว่า บุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำมีลักษณะเป็นผู้มุ่งปัจจุบัน ส่วนบุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับสูงมีลักษณะเป็นผู้มุ่งอนาคตมากกว่า ฉะนั้น บุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับสูง จึงมีพฤติกรรมสุขภาพโดยมุ่งรักษาสุขภาพในปัจจุบันให้แข็งแรงเพื่อผลในอนาคต ส่วนบุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมน้อยกว่าเพราะไม่เห็นประโยชน์ของการทำพฤติกรรมสุขภาพในปัจจุบัน ยกเว้นเมื่อตนเป็นโรคจึงจะมุ่งมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อรักษาอาการของโรคที่ปรากฏ (Rosenblatt and Suchman. 1964)

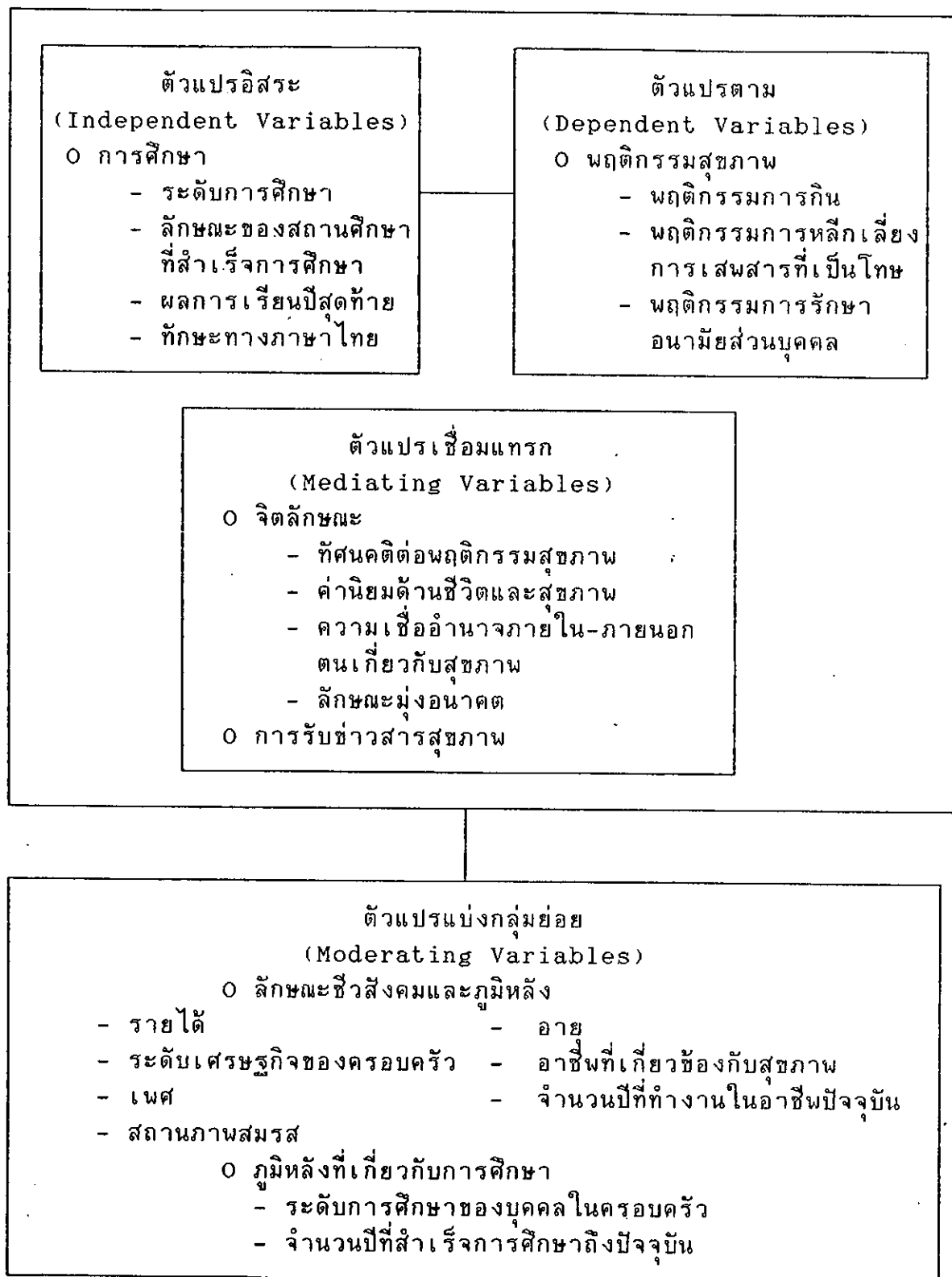
จากผลงานวิจัยที่ประมวลมาแม้จะเป็นงานวิจัยในต่างประเทศแต่ในทัศนะของผู้วิจัยก็คาดว่า ในประเทศไทยก็คงมีผลคล้ายคลึงกัน คือ บุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับสูงจะเป็นผู้มีลักษณะมุ่งอนาคต มากกว่าบุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับที่ต่ำกว่า

สรุป การศึกษาลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังกับจิตลักษณะ 4 ด้าน

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของการศึกษา ลักษณะชีวิตสังคมและภูมิหลังอื่น ๆ ของบุคคลกับจิตลักษณะซึ่งได้แก่ ทศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ และลักษณะมุ่งอนาคต จะพบว่าตัวแปรทั้งสองด้าน มีความสัมพันธ์กัน ในงานวิจัยนี้จึงคาดว่า การศึกษาของบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับจิตลักษณะแต่ละด้าน และผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับสูงจะมีจิตลักษณะแต่ละด้านสูงด้วย

กรอบความคิดสำหรับการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดทางศึกษาศาสตร์ จิตวิทยาสังคม และสาธารณสุขศาสตร์ เป็นกรอบความคิดสำหรับการวิจัย เพื่อวิเคราะห์ผลของการศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของคนไทย โดยมีตัวแปรอิสระ (Independent Variables) คือการศึกษา ซึ่งประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ ระดับการศึกษา ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ผลการเรียนปีสุดท้าย และทักษะทางภาษาไทย ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ พฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษและพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ตัวแปรเชื่อมแทรก (Mediating Variables) คือ จิตลักษณะและการรับข่าวสารสุขภาพ ได้แก่ ทศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ ลักษณะมุ่งอนาคต และการรับข่าวสารสุขภาพ ตัวแปรแบ่งกลุ่มย่อย (Moderating Variables) คือลักษณะชีวิตสังคมและภูมิหลัง ได้แก่ รายได้ ระดับเศรษฐกิจของครอบครัว เพศ สถานภาพสมรส อายุ อาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จำนวนปีที่ทำงาน ในอาชีพปัจจุบัน ระดับการศึกษาของบุคคลในครอบครัว และจำนวนปีที่สำเร็จการศึกษาถึงปัจจุบัน โดยจะเสนอกรอบความคิดเกี่ยวกับตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัยดังต่อไปนี้



ภาพประกอบ 2 แผนภูมิแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัยนี้

นิยามปฏิบัติการของตัวแปร

ตัวแปรที่มีความจำเป็นสำหรับการให้นิยามปฏิบัติการในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) ตัวแปรอิสระ ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรเกี่ยวกับการศึกษา 2) ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ 3) ตัวแปรเชื่อมแทรก ได้แก่ ตัวแปรเกี่ยวกับจิตลักษณะและตัวแปรการรับข่าวสารสุขภาพ และ 4) ตัวแปร ใช้แบ่งกลุ่มย่อย ได้แก่ ตัวแปรด้านลักษณะชีวสังคมและภูมิหลัง โดยตัวแปรเหล่านี้อาจมีความหมายและวิธีการวัดแตกต่างไปจากงานวิจัยอื่น ๆ ดังต่อไปนี้

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่

ตัวแปรเกี่ยวกับการศึกษา ซึ่งประกอบด้วย 4 ตัวแปร คือ

1.1 ระดับการศึกษา หมายถึง ปริมาณการศึกษาสูงสุดที่ผู้ถูกศึกษา ได้รับจากระบบการศึกษาในประเทศไทย โดยนับจากจำนวนปีที่รับการศึกษา ในงานวิจัยนี้แบ่งระดับการศึกษาเป็น 12 ระดับ โดยการให้คะแนนจะให้ตามจำนวนปีของผู้ตอบแบบสอบถาม เช่น จบประถมปีที่ 6 ได้ 6 คะแนน เป็นต้น

1.2 ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา หมายถึง ประเภท ขนาดและที่ตั้งของสถานศึกษาที่ผู้ตอบแบบสอบถามได้เรียนจนสำเร็จการศึกษาสูงสุด โดยวัดจาก 1) ประเภทของโรงเรียนว่าเป็นโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา โรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการประถมศึกษาแห่งชาติ โรงเรียนสังกัดเทศบาล โรงเรียนสังกัดการศึกษาเอกชนหรืออื่น ๆ 2) ขนาดของโรงเรียน ว่าเป็นโรงเรียนขนาดเล็กซึ่งเป็นโรงเรียนที่มีจำนวนนักเรียนน้อยกว่า 400 คน โรงเรียนขนาดกลาง ซึ่งมีจำนวนนักเรียน 401-800 คน หรือโรงเรียนขนาดใหญ่ซึ่งมีจำนวนโรงเรียนมากกว่า 800 คนขึ้นไป 3) ที่ตั้งของโรงเรียน ว่าตั้งอยู่ในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล หรือเขตสุขาภิบาล การให้คะแนน จะให้ค่าคะแนนตามสังกัดโรงเรียน ขนาดโรงเรียน และที่ตั้งโรงเรียน แล้วนำคะแนนเหล่านี้มาคูณกัน เช่น สังกัดกรมสามัญศึกษา ให้ 3 คะแนน โรงเรียนขนาดใหญ่ให้ 3 คะแนน ที่ตั้งของโรงเรียนในเขตเทศบาลให้ 3 คะแนน ฉะนั้น ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษาของผู้ตอบ

แบบสอบถามนี้ เท่ากับ $3 \times 3 \times 3 = 27$ เป็นต้น งานวิจัยนี้จะแบ่งลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษาเป็น 1-27 ระดับ

1.3 ผลการเรียนรู้สุดท้าย หมายถึง ระดับคะแนนซึ่งคิดเป็นร้อยละ หรือเกรดเฉลี่ยสุดท้ายของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยวัดจาก 1) ระดับเกรดเฉลี่ย 4 หรือร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับเกรดเฉลี่ย 3 หรือร้อยละ 70-79 ระดับเกรดเฉลี่ย 2 หรือร้อยละ 60-69 และระดับเกรดเฉลี่ย 1 หรือร้อยละ 50-59 2) การเปรียบเทียบผลการเรียนรู้สุดท้ายกับกลุ่มเพื่อนร่วมชั้นว่าอยู่ในเกณฑ์ใด คือเรียนอ่อนมาก เรียนอ่อน เรียนค่อนข้างอ่อน เรียนค่อนข้างเก่ง เรียนเก่ง เรียนเก่งมาก การให้คะแนนจะนำค่าคะแนนจากการวัดทั้ง 2 ด้าน มาเฉลี่ยกัน เช่น (1) เรียนได้เกรด 4 หรือร้อยละ 80 ขึ้นไป จะได้ 4 คะแนน (2) เรียนเก่งมาก เมื่อเปรียบเทียบกับเพื่อนร่วมชั้น จะได้ 6 คะแนน ฉะนั้น ผู้ถูกศึกษานี้ จะได้คะแนนผลการเรียนรู้สุดท้าย เท่ากับ 5 คะแนน เป็นต้น

1.4 ทักษะทางภาษาไทย หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจภาษาไทยทั้งร้อยแก้วและร้อยกรองในระดับที่ง่ายและยาก และความสามารถในการใช้ภาษาไทยในการแสดงความคิดเห็นได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ ทักษะทางภาษาไทยในการวิจัยนี้วัดจากแบบวัดทักษะทางภาษาไทยของ ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2521) ลักษณะแบบวัดเป็นข้อสอบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ข้อง่ายและข้อยากลดหลั่นกันลงไป ผู้ตอบจะได้คะแนนอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูง แสดงว่า มีทักษะทางภาษาไทยสูง คะแนนต่ำแสดงว่า มีทักษะทางภาษาไทยต่ำ

2. ตัวแปรตาม ได้แก่

2.1 ตัวแปรเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 3 ตัวแปร คือ

2.1.1 พฤติกรรมการกิน หมายถึง ปริมาณการปฏิบัติตนในด้านการรับประทานอาหารและดื่มน้ำอย่างถูกหลักโภชนาการ และถูกสุขลักษณะ เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรง และป้องกันร่างกายให้ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บ ตัวแปรนี้วัดโดยแบบวัดพฤติกรรมการกินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะแบบวัดเป็นประโยค

ที่รายงานความถี่ของการกระทำพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมแบบมาตราประเมินค่า 6 หน่วย จากบ่อยครั้งที่สุดถึงไม่เคยเลย จำนวน 20 ข้อ ผู้ตอบจะได้คะแนนในช่วง 20-120 คะแนน ในกรณีที่ต้องแบ่งผู้ตอบเป็น 2 กลุ่ม จะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มเป็นเกณฑ์ ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงแสดงว่า มีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมอยู่ในระดับสูง ผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำ แสดงว่ามีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมอยู่ในระดับต่ำ

2.1.2 พฤติกรรมการหลักเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ หมายถึง ปริมาณการปฏิบัติตนในด้านการหลักเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ เช่น การหลักเลี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น เพื่อป้องกันตนให้ปลอดภัยจากโรคภัยที่สามารถหลักเลี่ยงได้ ตัวแปรนี้ วัดโดยแบบวัดพฤติกรรมการหลักเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะแบบวัดเป็นประโยคที่รายงานความถี่ของการหลักเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ แบบมาตราประเมินค่า 6 หน่วย จากบ่อยครั้งที่สุด ถึงไม่เคยเลย จำนวน 10 ข้อ ผู้ตอบจะได้คะแนนในช่วง 10-60 คะแนน ในกรณีที่ต้องแบ่งผู้ตอบเป็น 2 กลุ่ม จะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มเป็นเกณฑ์ ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูง แสดงว่า มีพฤติกรรมการหลักเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษอยู่ในระดับสูง ผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำ แสดงว่ามีพฤติกรรมการหลักเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษอยู่ในระดับต่ำ

2.1.3 พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล หมายถึง ปริมาณการปฏิบัติตนในด้านการรักษาอนามัยส่วนบุคคล เช่น การแปรงฟันหลังอาหาร การออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรง และป้องกันร่างกายให้ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บ ตัวแปรนี้วัดโดยแบบวัดพฤติกรรมการการรักษาอนามัยส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะแบบวัดเป็นประโยคที่รายงานความถี่ของการปฏิบัติตนด้านการรักษาอนามัย แบบมาตราประเมินค่า 6 หน่วย จากบ่อยครั้งที่สุด ถึงไม่เคยเลย จำนวน 17 ข้อ ผู้ตอบจะได้คะแนนอยู่ในช่วง 17-102 คะแนน ในกรณีที่ต้องแบ่งผู้ตอบเป็น 2 กลุ่ม จะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มเป็นเกณฑ์ ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูง แสดงว่ามีพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลที่เหมาะสมอยู่ในระดับสูง ผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำ แสดงว่ามีพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลที่เหมาะสมอยู่ในระดับต่ำ

3. ตัวแปรเชื่อมแทรก ได้แก่

3.1 ตัวแปรเกี่ยวกับจิตลักษณะ ซึ่งประกอบด้วย 4 ตัวแปร คือ

3.1.1 ทศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงการมองเห็นประโยชน์มากโทษน้อยของการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ หรือความพอใจในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ หรือความมุ่งกระทำพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ตัวแปรนี้วัดโดยแบบวัดทศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราประเมินค่า 6 หน่วย จากจริงที่สุด ถึงไม่จริงเลย จำนวน 20 ข้อ ผู้ตอบจะได้คะแนนอยู่ในช่วง 20-120 คะแนน ในกรณีที่ต้องแบ่งผู้ตอบออกเป็นสองกลุ่ม จะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มเป็นเกณฑ์ ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูง แสดงว่ามีทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนต่ำ แสดงว่ามีทัศนคติทางลบต่อพฤติกรรมสุขภาพ

3.1.2 ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ หมายถึง ปริมาณการเห็นความสำคัญของการมีชีวิตอยู่ และการมีสุขภาพที่ดีแข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ตัวแปรนี้วัดโดยแบบวัดค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราประเมินค่า 6 หน่วย จากจริงที่สุดถึงไม่จริงเลย จำนวน 12 ข้อ ผู้ตอบจะได้คะแนนอยู่ในช่วง 12-72 คะแนน ในกรณีที่ต้องแบ่งผู้ตอบเป็นสองกลุ่ม จะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มเป็นเกณฑ์ ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูง แสดงว่ามีค่านิยมทางบวกต่อการมีชีวิตอยู่ และการมีสุขภาพที่ดี คะแนนต่ำ แสดงว่า มีค่านิยมทางลบต่อชีวิตและสุขภาพ

3.1.3 ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง ความเข้ม (Degree) ที่บุคคลรับรู้ว่าการที่ตนมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง เป็นผลที่ขึ้นอยู่กับความพยายามและความสามารถของตน หรือขึ้นอยู่กับโชคชะตาหรือสิ่งที่อาจอยู่นอกเหนือการควบคุมและความเข้าใจของตน บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ จึงหมายถึง บุคคลที่เชื่อว่าผลของการมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงหรือไม่เกิดจากการกระทำของตนเอง และตนสามารถควบคุมให้เป็นไปตามความต้องการได้ส่วนบุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง บุคคลที่เชื่อว่า ผลของการมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงหรือไม่ เป็นผลจากอำนาจเหนือธรรมชาติหรือบุคคลอื่นที่เขาไม่สามารถจะควบคุมได้ การวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอก

เกี่ยวกับสุขภาพในงานวิจัยนี้ ใช้แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งเป็นแบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน 6 ข้อ แบบวัดความเชื่ออำนาจภายนอกตน 6 ข้อ รวมเป็น 12 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 6 หน่วย จากจริงที่สุดถึงไม่จริงเลย พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 12-72 ผู้ตอบได้คะแนนสูงแสดงว่ามีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้ตอบได้คะแนนต่ำ แสดงว่า มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ

3.1.4 ลักษณะมุ่งอนาคต หมายถึง ปริมาณของการที่ผู้ตอบจะเห็นความสำคัญของสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนและสังคมในอนาคต สามารถคาดการณ์ไกลและมีนิสัยบังคับตนเองให้อดได้รอได้ หรือเลือกที่จะรับหรือไม่รับประโยชน์เล็กน้อยในทันที แต่จะรอรับประโยชน์ที่ยิ่งใหญ่หรือสำคัญกว่าที่จะตามมาในภายหลัง ในการวิจัยนี้จะวัดลักษณะมุ่งอนาคตของผู้ถูกศึกษาด้วยแบบวัดลักษณะมุ่งอนาคต ของ จินตนา บิลมาศ และคนอื่น ๆ (2529 : 57) ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า 6 หน่วย จากจริงที่สุดถึงไม่จริงเลย จำนวน 18 ข้อ ผู้ตอบจะได้คะแนนในช่วง 18-108 คะแนน ในกรณีที่ต้องแบ่งผู้ตอบออกเป็นสองกลุ่ม จะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มเป็นเกณฑ์ ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีลักษณะมุ่งอนาคตสูง ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำแสดงว่ามีลักษณะมุ่งอนาคตต่ำ

3.2 ตัวแปรการรับข่าวสารสุขภาพ หมายถึง ปริมาณการรับข่าวสาร โดยเฉพาะด้านสุขภาพ จากสื่อมวลชนประเภทต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ และสิ่งตีพิมพ์ต่าง ๆ ซึ่งวัดได้จากแบบวัดการรับข่าวสารสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะแบบวัดเป็นประโยค ประกอบด้วยมาตราส่วนประเมินค่า 6 หน่วย จากจริงที่สุดถึงไม่จริงเลย จำนวน 15 ข้อ ผู้ตอบจะได้คะแนนอยู่ในช่วง 15-90 คะแนน ในกรณีที่ต้องแบ่งกลุ่มผู้ตอบเป็นสองกลุ่มจะใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มเป็นเกณฑ์ ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้มีการรับข่าวสารสุขภาพในระดับสูง ผู้ตอบที่ได้คะแนนต่ำ แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับข่าวสารสุขภาพในระดับต่ำ

4. ตัวแปรแบ่งกลุ่มย่อย ได้แก่

4.1 ตัวแปรเกี่ยวกับลักษณะชีวิตสังคมและภูมิหลัง ซึ่งประกอบด้วย 7

ตัวแปร คือ

4.1.1 รายได้ หมายถึง ปริมาณรายได้รวมที่ผู้ถูกศึกษาได้รับในหนึ่งเดือน คิดเป็นจำนวนเงินต่อเดือน ในงานวิจัยนี้ แบ่งรายได้เป็น 2 ระดับ คือ ผู้มีรายได้ไม่เกิน 3,000 บาท ต่อเดือน เป็นผู้มีระดับรายได้ต่ำ ส่วนผู้มีรายได้ตั้งแต่ 3,001 บาทขึ้นไป เป็นผู้มีระดับรายได้ปานกลาง

4.1.2 ระดับเศรษฐกิจของครอบครัว หมายถึง ปริมาณรายได้ของครอบครัว ผู้ถูกศึกษาจากสมาชิกของครอบครัวทุกคนรวมกัน เป็นจำนวนเงินต่อเดือน นำมาคิดร่วมกับจำนวนคนในครอบครัวที่ต้องใช้จ่ายจากรายได้รวมนี้ โดยมีเกณฑ์ว่าถ้ารายได้อยู่ในระดับต่ำ แต่มีสมาชิกในครอบครัวมาก จัดว่าครอบครัวนั้นมีระดับเศรษฐกิจต่ำ มีคะแนนตั้งแต่ 1 (มีระดับเศรษฐกิจต่ำสุด) ถึง 9 (มีระดับเศรษฐกิจสูงสุด) ดังรายละเอียดในตาราง

ตาราง 1 แสดงเกณฑ์การให้คะแนนระดับเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ตอบ

รายได้รวมต่อเดือน	จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
	1-3 คน	4-8 คน	มากกว่า 8 คน
น้อยกว่า 3,000 บาท	3	2	1
3,001 - 7,000 บาท	6	5	4
7,100 บาทขึ้นไป	9	8	7

ในงานวิจัยนี้แบ่งผู้ถูกศึกษาที่เป็นผู้มีระดับเศรษฐกิจต่ำ คือ ผู้ที่มีคะแนน 1 ถึง 5 นอกนั้นเป็นผู้มีระดับเศรษฐกิจปานกลาง

4.1.3 เพศ ประกอบด้วย เพศชาย และเพศหญิง

4.1.4 สถานภาพสมรส ประกอบด้วย ผู้มีสถานภาพโสด และผู้มีสถานภาพสมรส

4.1.5 อายุ ใช้อายุจริงของผู้ถูกศึกษา ซึ่งนับตั้งแต่ 18-45 ปี และเมื่อต้องแบ่งผู้ถูกศึกษาเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มอายุน้อย คือผู้มีอายุตั้งแต่ 18-29 ปี กลุ่มอายุมาก คือ ผู้มีอายุตั้งแต่ 30-45 ปี

4.1.6 อาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หมายถึง ประเภทหรือชนิดของงานที่ผู้ถูกศึกษาทำอยู่ โดยในงานวิจัยนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ อาชีพที่มีลักษณะงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น ทำงานในโรงพยาบาล และอาชีพที่ไม่มีลักษณะงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น ทำงานโรงงานหรือบริษัทต่าง ๆ เป็นต้น

4.1.7 จำนวนปีที่ทำงานในอาชีพปัจจุบัน หมายถึง จำนวนปีที่ผู้ถูกศึกษาทำงานในอาชีพการงานในขณะปัจจุบันที่ตอบแบบสอบถาม โดยนับเป็นจำนวนปีในกรณีที่ต้องแบ่งผู้ถูกศึกษาเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มทำงานมานาน และกลุ่มทำงานไม่นาน จะใช้ค่าเฉลี่ยของผู้ตอบเป็นเกณฑ์

4.2 ตัวแปรภูมิหลังที่เกี่ยวกับการศึกษา ประกอบด้วย 2 ตัวแปร คือ

4.2.1 ระดับการศึกษาของบุคคลในครอบครัว หมายถึง ปริมาณการศึกษาของบุคคลในครอบครัว ซึ่งได้แก่ พ่อ แม่ และพี่ การให้คะแนนตามจำนวนปีที่ได้รับการศึกษา ในงานวิจัยนี้ได้แบ่งระดับการศึกษาของบุคคลในครอบครัวเป็นระดับการศึกษาของพ่อและแม่ และระดับการศึกษาของพี่ ในกรณีที่ต้องแบ่งตัวแปรนี้เป็นกลุ่มย่อย จะใช้ค่าเฉลี่ยของผู้ตอบเป็นเกณฑ์

4.2.2 จำนวนปีที่สำเร็จการศึกษาจนถึงปัจจุบัน หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ถูกศึกษาสำเร็จการศึกษาสูงสุดจนถึงปัจจุบัน โดยให้คะแนนตามจำนวนปีที่นับตั้งแต่ออกจากโรงเรียนจนถึงปัจจุบัน เช่น สำเร็จการศึกษามาแล้ว 5 ปีให้ 5 คะแนน เป็นต้น

สมมติฐานการวิจัย

จากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวกับทฤษฎีและผลการวิจัยต่าง ๆ ใน
ตอนต้นของบทนี้ ทำให้ผู้วิจัยสามารถตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร ทำนายพฤติกรรมสุขภาพ
แต่ละด้าน ทั้ง 3 ด้าน ได้มากกว่าตัวแปรการศึกษาตัวใดตัวหนึ่งตามลำดับ

สมมติฐานที่ 2 ตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร ทำนายจิตลักษณะแต่ละ
ด้านทั้ง 4 ด้าน และการรับข่าวสารสุขภาพ ได้มากกว่าตัวแปรการศึกษาตัวใดตัวหนึ่ง

สมมติฐานที่ 3 ตัวแปรจิตลักษณะ 4 ตัวแปร ทำนายพฤติกรรมสุขภาพ
แต่ละด้าน ทั้ง 3 ด้าน ได้มากกว่า ตัวแปรจิตลักษณะตัวใดตัวหนึ่งตามลำดับ

สมมติฐานที่ 4 ตัวแปรกลุ่มการศึกษา 4 ตัวแปร และกลุ่มจิตลักษณะ
4 ตัวแปร ร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้าน ทั้ง 3 ด้าน ได้มากกว่าตัวแปร
กลุ่มการศึกษาเพียงกลุ่มเดียว

สมมติฐานที่ 5 ตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร และตัวแปรจิตลักษณะ
4 ตัวแปร ร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านทั้ง 3 ด้าน ในกลุ่มผู้ถูกศึกษาที่มี
อาชีพไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้มากกว่ากลุ่มผู้ถูกศึกษาที่มีอาชีพเกี่ยวข้องกับสุขภาพ

สมมติฐานที่ 6 กลุ่มผู้ถูกศึกษาที่มีระดับการศึกษาสูง อายุมาก และมี
อาชีพเกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีการรับข่าวสารสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้าน
ทั้ง 3 ด้าน มากกว่ากลุ่มผู้ถูกศึกษา ที่มีระดับการศึกษาต่ำ อายุน้อย และมีอาชีพที่ไม่
เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานครเป็นการวิจัยภาคสนาม (Field Study Research) โดยมีการสร้างแบบสอบถามเป็นเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลในการวิจัย มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากร แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามภายใต้คำแนะนำของผู้วิจัยเอง หลังจากนั้นจะนำไปวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อพิสูจน์สมมุติฐานที่ตั้งไว้ในส่วนนี้จะกล่าวถึงลักษณะกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การสร้างแบบสอบถามต่าง ๆ และการดำเนินการเก็บข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ประชากร

ประชากรสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้ปฏิบัติงานในอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยทำงานในโรงพยาบาลของรัฐบาล และผู้ปฏิบัติงานในอาชีพที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยทำงานในโรงงานหรือบริษัทต่าง ๆ ที่มีขนาดใหญ่และขนาดกลางในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีอายุระหว่าง 18-45 ปี มีสุขภาพสมบูรณ์และสำเร็จการศึกษาสูงสุดตั้งแต่ระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย ผู้ปฏิบัติงานในอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยทำงานในโรงพยาบาลของรัฐบาล และผู้ปฏิบัติงานในอาชีพที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยทำงานในโรงงานหรือบริษัทต่าง ๆ ที่มีขนาดใหญ่และขนาดกลางในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีอายุระหว่าง 18-45 ปี มีสุขภาพสมบูรณ์และ

สำเร็จการศึกษาสูงสุดตั้งแต่ระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
จำนวน 335 คน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 335 คนนี้ได้มาจากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง
ที่เพียงพอที่จะเป็นตัวแทนของประชากรได้ ของ ฮินเคิล โอลิเวอร์ และฮินเคิล
(Hinkle, Oliver and Hinkle. 1985 : 272) เมื่อให้ α เท่ากับ 0.05
อำนาจในการทดสอบทางสถิติ (Power of the Statistical test) เท่ากับ
0.90 และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.08

วิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น
(Stratified Random Sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างดังนี้

1. การสุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติงานในอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

1.1 สุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลของรัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

2 โรงพยาบาล จากจำนวน 31 โรงพยาบาล (ฝ่ายสถิติสาธารณสุข. 2531)
โดยการสุ่มอย่างง่าย

1.2 สุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจากทะเบียนบุคลากรของ
โรงพยาบาลตามคุณสมบัติที่ต้องการคือ ผู้สำเร็จการศึกษาสูงสุดตั้งแต่ระดับประถม
ศึกษาถึงมัธยมศึกษาตอนปลายถึงเทียบเท่า ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุระหว่าง
18-45 ปี โดยการสุ่มอย่างง่ายมาโรงพยาบาลละ 84 คนจะได้กลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติ
งานในอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจำนวน 168 คนตามต้องการ

2. การสุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติงานในอาชีพที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

2.1 สุ่มตัวอย่างโรงงานหรือบริษัทในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็น
โรงงานขนาดใหญ่มา 2 โรงงานจากจำนวน 59 โรงงานและโรงงานขนาดกลาง
มา 2 โรงงานจากจำนวน 74 โรงงาน (ฝ่ายสถิติแรงงาน. 2531) โดยการ
สุ่มอย่างง่าย

2.2 สุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติงานในโรงงานหรือบริษัทในเขตกรุงเทพมหานคร จากทะเบียนคนงานของโรงงานตามคุณสมบัติที่ต้องการ คือ ผู้สำเร็จการศึกษาสูงสุด ตั้งแต่ระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ทั้งเพศหญิง และเพศชายที่มีอายุระหว่าง 18-45 ปี โดยการสุ่มตัวอย่างง่ายมาโรงงานหรือบริษัทละ 42 คน จะได้กลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติงานในอาชีพที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจำนวน 168 คนตามต้องการ

ตัวแปรที่ศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยตัวแปร 4 กลุ่มดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) คือ ตัวแปรกลุ่มการศึกษา ซึ่งมีอยู่ 4 ตัวแปร ได้แก่ ระดับการศึกษา ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ผลการเรียนปีสุดท้าย และทักษะทางภาษาไทย

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ ตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีอยู่ 3 ตัวแปร ได้แก่ พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล

3. ตัวแปรเชื่อมแทรก (Mediating Variables) คือ ตัวแปรจิตลักษณะและการรับข่าวสารสุขภาพ ซึ่งมีอยู่ 5 ตัวแปร ได้แก่ ทศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ ลักษณะมุ่งอนาคตและการรับข่าวสารสุขภาพ

4. ตัวแปรแบ่งกลุ่มย่อย (Moderating Variables) คือ ตัวแปรลักษณะชีวิตสังคมและภูมิหลัง ซึ่งมีอยู่ 9 ตัวแปร ได้แก่ รายได้ ระดับเศรษฐกิจครอบครัว เพศ สถานภาพสมรส อายุ อาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จำนวนปีที่ทำงานในอาชีพปัจจุบัน ระดับการศึกษาของบุคคลในครอบครัว และจำนวนปีที่สำเร็จการศึกษาถึงปัจจุบัน

จึงรวมมีตัวแปรในงานวิจัยทั้งสิ้น 21 ตัวแปร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการสอบถามและวัดตัวแปรในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วยแบบวัด 8 ฉบับ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามลักษณะทั่วไปสังคมและภูมิหลัง เป็นแบบสอบถามรายละเอียดต่าง ๆ ของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยตัวแปร 10 ตัว ได้แก่ ระดับการศึกษาสูงสุดที่ได้รับ ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ผลการเรียนปีสุดท้าย ระดับการศึกษาของบุคคลในครอบครัว จำนวนปีที่สำเร็จการศึกษาถึงปัจจุบัน ระดับรายได้ เพศ สถานภาพสมรส อายุ และอาชีพ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมข้อความ

2. แบบวัดทักษะทางภาษาไทย ผู้วิจัยใช้แบบวัดทักษะทางภาษาไทยของดวงเดือน พันธุมนาวิน (2521) จำนวน 20 ข้อ จากที่ใช้อยู่เดิม 30 ข้อ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น .78 แบบวัดนี้เคยนำไปใช้ในงานวิจัยของ ศิริพร แยมนิล (2530) เพื่อวัดทักษะทางภาษาไทยของบุคคลที่สำเร็จการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และมีชั้นปีที่ 6 ได้ค่าความเชื่อมั่นของผู้ตอบแบบสอบถาม 80 คน โดยใช้สูตรครูดเดอร์-ริชาร์ดสัน 21 ได้ระดับที่ยอมรับได้ .71

ลักษณะของแบบวัดทักษะทางภาษาไทย เป็นคำถามปรนัย 4 ตัวเลือก ซึ่งวัดความเข้าใจ ความหมาย ของคำพังเพย ความสามารถในการใช้ภาษาไทยในการอุปมาอุปมัย ความสามารถใช้คำที่มีความหมายตรงข้าม ความสามารถจัดคำเข้าพวก การรู้จักใช้ภาษาไทยในการแสดงความคิดเห็น และการใช้ภาษาอย่างถูกไวยากรณ์ รวมทั้งการเข้าใจความหมายของข้อความและคำประพันธ์

ตัวอย่าง แบบวัดทักษะทางภาษาไทย

(๑) คำที่เข้าพวกกับ "ครู ช่างไม้ แพทย์" คือ

- ก. อาชีพ
- ข. สังคม
- ค. เกษตรกร
- ง. งาน

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ ๐ คะแนน

แบบวัดทักษะทางภาษาไทย ต่อมาได้นำมาหาค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา โดยคำนวณจากคำตอบของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพบว่า แบบวัดทักษะทางภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่นค่อนข้างสูง (แอลฟา=๐.79)

3. แบบวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ แบบวัดนี้ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยศึกษาจากทฤษฎีและแบบวัดทัศนคติต่าง ๆ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เชิงประเมินค่า 8 ข้อ ความรู้ลึกต่อพฤติกรรมสุขภาพ 7 ข้อ ความพร้อมและการมุ่งกระทำพฤติกรรมสุขภาพ 10 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วยข้อความประโยคบอกเล่า 1 ประโยค และมาตราส่วนประเมินค่าจากจริงที่สุด ถึงไม่จริงเลย 6 หน่วย ควบคู่กันไป

ตัวอย่าง แบบวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ

(๑) ฉันรู้สึกพอใจที่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการรักษาสุขภาพ

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าผู้ถูกศึกษาเลือกคำตอบ จริงที่สุด ในข้อคำถามที่เป็นประโยคที่มีข้อความตรงกับลักษณะของผู้ที่มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพจะได้ 6 คะแนน และได้คะแนนลดลงเป็นลำดับจนกระทั่งตอบว่า ไม่จริงเลย ก็จะได้ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เป็นประโยคที่มีข้อความตรงข้ามกับลักษณะของผู้ที่มีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพ ถ้าผู้ถูกศึกษาตอบว่า ไม่จริงเลย จะได้ 6 คะแนน และได้คะแนนลดลงตามลำดับ ฉะนั้นเมื่อคิดคะแนนรวมของแต่ละบุคคลแล้ว คะแนนสูงแสดงว่ามีทัศนคติที่ดีต่อ

พฤติกรรมสุขภาพ คะแนนต่ำแสดงว่ามีทัศนคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ

แบบวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อได้นำไปทดลองใช้กับผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 80 คน ได้นำมาคัดเลือกข้อความที่มีค่าอำนาจจำแนกที่ระหว่าง 2.24 ถึง 4.97 มาเป็นแบบวัดและหลังจากที่นำไปใช้จริงได้คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดจากคำตอบของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา ในระดับค่อนข้างสูง (แอลฟา=0.70)

4. แบบวัดค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ แบบวัดนี้ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาแบบวัดค่านิยมต่าง ๆ แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อความ 15 ข้อ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าและความสำคัญของการมีชีวิต และการมีสุขภาพที่ดี แต่ละข้อประกอบด้วย ข้อความประโยคบอกเล่า 1 ประโยค และมาตราส่วนประเมินค่าจากจริงที่สุดถึงไม่จริงเลย 6 หน่วยควบคู่กันไป

ตัวอย่าง แบบวัดค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ

(๑) ข้าพเจ้าพอใจที่จะมีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง แม้จะยากจน

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าผู้ถูกศึกษาเลือกตอบ จริงที่สุดในข้อความที่เป็นประโยคที่มีข้อความตรงกับลักษณะของผู้ที่มีค่านิยมทางบวกต่อชีวิตและสุขภาพ จะได้ 6 คะแนน และจะได้คะแนนลดลงเป็นลำดับ จนกระทั่งตอบว่าไม่จริงเลย ก็จะได้ 1 คะแนน ส่วนข้อความที่เป็นประโยคที่มีข้อความตรงข้ามกับลักษณะของผู้มีค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ ถ้าผู้ถูกศึกษาเลือกตอบว่า ไม่จริงเลย จะได้ 6 คะแนน และจะได้คะแนนลดลงตามลำดับ จนกระทั่งตอบว่า จริงที่สุดก็จะได้ 1 คะแนน เมื่อคิดคะแนนรวมของแต่ละบุคคลแล้ว ผู้ได้คะแนนสูง แสดงว่ามีค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพในทางบวก ผู้ได้คะแนนต่ำแสดงว่า มีค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพในทางลบ

แบบวัดค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ เมื่อได้นำมาทดลองใช้กับผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 80 คน ได้นำมาคัดเลือกข้อความที่มีค่าอำนาจจำแนกที่ ระหว่าง 2.23-9.58 มาเป็นแบบวัด และหลังจากที่นำไปใช้จริงได้คำนวณ

หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดจากคำตอบของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา ในระดับปานกลาง (แอลฟา=0.55)

5. แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ แบบวัดนี้ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการประมวลความหมายและลักษณะของผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในภายนอกของตน และการศึกษาแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนที่เกี่ยวกับสุขภาพของรอตเตอร์ (Rotter. 1975 : 1-28) ลีเวนสัน (Levenson. 1973 : 224) วอลสตันและวอลสตัน (Wallston and Wallston. 1978:160-170) แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามด้านความเชื่ออำนาจภายในตน 6 ข้อ ด้านความเชื่ออำนาจภายนอกตน 6 ข้อ ลักษณะแบบวัดแต่ละข้อประกอบด้วยประโยคบอกเล่า 1 ประโยค และมาตราส่วนประเมินค่าจากจริงที่สุด ถึงไม่จริงเลย 6 หน่วยควบคู่กัน

ตัวอย่าง แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ

(๑) ถ้าฉันดูแลสุขภาพของฉันดีพอ ฉันก็คงไม่เจ็บป่วย

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าผู้ตอบเลือกตอบ จริงที่สุด ในข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายในตน จะได้ 6 คะแนน และได้คะแนนลดลงตามลำดับจนตอบว่า ไม่จริงเลย ได้ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เป็นลักษณะความเชื่ออำนาจภายนอกตน ถ้าผู้ตอบตอบว่า ไม่จริงเลย จะได้ 6 คะแนน และจะได้คะแนนลดลงมาเป็นลำดับจนกระทั่งตอบว่า จริงที่สุด ได้ 1 คะแนน ฉะนั้น ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงในแบบวัดนี้ จะเป็นผู้ที่มีลักษณะมีความเชื่ออำนาจภายในตน ส่วนผู้ที่ได้คะแนนต่ำแสดงว่าจะเป็นผู้ที่มีลักษณะความเชื่ออำนาจภายนอกตน

แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพหลังจากที่ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 80 คน ได้นำมาคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกที่ระหว่าง 2.01-3.03 มาเป็นแบบวัด และเมื่อได้นำไปใช้จริง ได้คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด จากคำตอบของกลุ่มตัวอย่าง

ทั้งหมด ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง
(แอลฟา=0.72)

6) ⁸แบบวัดลักษณะมุ่งอนาคต แบบวัดนี้จะวัดความสามารถที่คาดการณ์ไกล และวางแผนเพื่อรับมือผลดี หรือป้องกันผลเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นการ แสดงลักษณะนิสัยของบุคคลว่าสามารถอดได้รอได้ สามารถควบคุมพฤติกรรมของตน และดำเนินการไปสู่เป้าหมายที่ตนต้องการได้มากน้อยเพียงไร แบบวัดลักษณะมุ่ง อนาคตนี้จะใช้แบบวัดลักษณะมุ่งอนาคตของจินตนา บิลมาศ และคนอื่น ๆ (2529 :57) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด .78 ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตราส่วน ประเมินค่า 6 หน่วย จากจริงที่สุดถึงไม่จริงเลย จำนวน ¹⁸~~20~~ ข้อ ~~4~~ 0

ตัวอย่าง แบบวัดลักษณะมุ่งอนาคต

(๑) ข้าพเจ้าคิดว่าไม่มีประโยชน์อะไรเลยที่จะต้องไปวิตกกังวลเกี่ยวกับ อนาคต

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

๑) เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าผู้ถูกศึกษาเลือกตอบจริงที่สุดในข้อคำถามที่เป็น ประโยค ที่ตรงกับลักษณะมุ่งอนาคตสูง จะได้ 6 คะแนน และได้คะแนนลดลงตาม ลำดับ จนกระทั่งตอบว่า ไม่จริงเลย ได้ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เป็นประโยค ที่มีลักษณะตรงข้าม ผู้ตอบว่าไม่จริงเลย จะได้ 6 คะแนน และได้คะแนนลดลงเป็น ลำดับจนกระทั่งตอบว่า จริงที่สุดได้ 1 คะแนน ฉะนั้น ผู้ได้คะแนนรวมสูงในแบบวัดนี้ จะเป็นผู้ที่มีลักษณะมุ่งอนาคตสูง ผู้ที่ได้คะแนนรวมต่ำ จะเป็นผู้ที่มีลักษณะมุ่งอนาคตต่ำ

แบบวัดลักษณะมุ่งอนาคต หลังจากที่ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ปฏิบัติงานในเขต กรุงเทพมหานคร จำนวน 80 คน ได้นำมาคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนก ที่ระหว่าง 1.78-6.64 มาเป็นแบบวัดลักษณะมุ่งอนาคต จำนวน 18 ข้อ และเมื่อ ได้นำไปใช้จริงได้คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดจากคำตอบของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดได้ค่าความเชื่อแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง (แอลฟา=0.72)

7. แบบวัดการรับข่าวสารสุขภาพ แบบวัดนี้ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาลักษณะแบบวัดข่าวสารต่าง ๆ เพื่อวัดปริมาณการรับข่าวสารสุขภาพจากสื่อมวลชนต่าง ๆ ของผู้ถูกศึกษา ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ ที่มีลักษณะที่แสดงว่าเป็นผู้มีการรับข่าวสารสุขภาพในปริมาณที่มากและปริมาณที่น้อย ในจำนวนใกล้เคียงกัน ลักษณะแบบวัดแต่ละข้อประกอบด้วยประโยคบอกเล่า 1 ประโยค และมาตราส่วนประเมินค่าจริงที่สุดถึงไม่จริง เลข 6 หน่วย ควบคู่กัน

ตัวอย่าง แบบวัดการรับข่าวสารสุขภาพ

(๑) ข้าพเจ้าชอบชมรายการโทรทัศน์ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมาก
เช่น รายการชีวิตและสุขภาพ ยาน่ารู้ เป็นต้น

จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าผู้ถูกศึกษาเลือกตอบ จริงที่สุดในข้อคำถามที่เป็นประโยคที่มีข้อความตรงกับลักษณะของผู้ที่มีการรับข่าวสารสุขภาพในปริมาณที่มาก จะได้ 6 คะแนน และได้คะแนนลดลงเป็นลำดับ จนกระทั่งตอบว่าไม่จริงเลย จะได้ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เป็นประโยคที่มีข้อความตรงข้ามกับลักษณะของผู้ที่มีการรับข่าวสารในปริมาณที่มากนั้น ถ้าผู้ถูกศึกษาตอบว่า ไม่จริงเลย ก็จะได้ 6 คะแนน และได้คะแนนลดลงมาเป็นลำดับ จนกระทั่งถ้าตอบว่าจริงที่สุด ก็จะได้ 1 คะแนน ฉะนั้น ผู้ได้คะแนนรวมสูงในแบบวัดนี้ จะเป็นผู้มีการรับข่าวสารสุขภาพมาก ผู้ที่ได้คะแนนรวมต่ำแสดงว่าเป็นผู้มีการรับข่าวสารสุขภาพน้อย

แบบวัดการรับข่าวสารสุขภาพ เมื่อได้นำไปทดลองใช้กับผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 80 คน ได้นำมาคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกที่ระหว่าง 2.8๑-9.25 มาเป็นแบบวัด และเมื่อได้นำไปใช้จริงได้คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดจากคำตอบของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา ในระดับสูง (แอลฟา=๐.8๑)

8. แบบวัดพฤติกรรมการรับสุขภาพ แบบวัดนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ แล้วนำมาเป็นหลักในการสร้างประโยคที่สอดคล้อง

และขัดกับลักษณะพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ 3 ด้าน คือ พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล รวมเป็นจำนวน 47 ข้อ โดยแบ่งเป็นการวัดพฤติกรรมการกิน 20 ข้อ พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ 10 ข้อ และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล 17 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วยข้อความประโยคบอกเล่า 1 ประโยค และมาตราส่วนประเมินค่า จากบ่อยครั้งที่สุดจนถึงไม่เคยเลย 6 หน่วย ควบคู่กันไป

ตัวอย่าง แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ

(๑) ข้าพเจ้า รับประทานอาหารผักใบเขียวและผักอื่น ๆ

บ่อยครั้งที่สุด บ่อย ค่อนข้างบ่อย ค่อนข้างไม่บ่อย ไม่บ่อย ไม่เคยเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าผู้ถูกศึกษาเลือกตอบบ่อยครั้งที่สุดในข้อความที่ตรงกับลักษณะของผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในระดับสูง ก็จะได้ 6 คะแนน และได้คะแนนลดลงตามลำดับ จนกระทั่งถ้าตอบว่า ไม่เคยเลย ก็จะได้ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่มีลักษณะตรงข้าม ผู้ตอบว่าไม่เคยเลยก็จะได้ 6 คะแนน และได้คะแนนลดลงตามลำดับจนกระทั่งตอบว่าบ่อยครั้งที่สุด ก็จะได้ 1 คะแนน เมื่อคิดคะแนนรวมของบุคคลแล้ว ผู้ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอยู่ในระดับสูง ผู้ได้คะแนนต่ำแสดงว่า มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอยู่ในระดับต่ำ

แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ หลังจากที่ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 80 คน ได้นำมาคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกที่ ดังนี้ การวัดพฤติกรรมการกิน ได้คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกที่ระหว่าง 1.77-5.57 การวัดพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ ได้คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกที่ระหว่าง 2.34-9.34 การวัดพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ได้คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกที่ระหว่าง 2.13-6.52 และเมื่อได้นำไปใช้จริงได้คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด จากคำตอบของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา ดังนี้ การวัดพฤติกรรมการกิน ได้ค่าความเชื่อมั่นระดับปานกลางค่อนข้างสูง (แอลฟา=0.65)

การวัดพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ ได้ค่าความเชื่อมั่นระดับค่อนข้างสูง (แอลฟา=0.77) การวัดพฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคลได้ค่าความเชื่อมั่นระดับค่อนข้างสูง (แอลฟา=0.75) และเมื่อคำนวณค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพทั้งฉบับ ได้ค่าความเชื่อมั่นในระดับสูง (แอลฟา=0.80)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการทำหนังสือขออนุมัติและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลจากผู้จัดการโรงงาน หรือ บริษัทต่าง ๆ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลของรัฐบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร แล้วผู้วิจัยจะนำแบบวัดทั้งหมดซึ่งพิมพ์รวมอยู่ในเอกสารชุดเดียวกันพร้อมคำอธิบายวิธีตอบ ไปขอเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างและรอรับแบบวัดที่ตอบแล้วกลับด้วยตนเอง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมมาได้นั้น เมื่อตรวจให้คะแนนเรียบร้อยแล้ว จะนำไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรม SPSSx (Statistical Package for the Social Science) โดยเลือกเฉพาะวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลที่สอดคล้องกับการทดสอบและตรวจสอบสมมติฐานเท่านั้นดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบรวมและแบบเป็นขั้น (Multiple Regression Analysis, Stepwise) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน ข้อ 1-5 โดยมีตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ดังนี้

1.1 ตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร เป็นตัวพยากรณ์ พฤติกรรมสุขภาพ แต่ละด้านทั้ง 3 ด้าน เป็นตัวแปรตาม

1.2 ตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร เป็นตัวพยากรณ์ จิตลักษณะแต่ละ

ด้านทั้ง 4 ด้าน และการรับข่าวสารสุขภาพเป็นตัวแปรตาม

1.3 ตัวแปรจิตลักษณะ 4 ตัวแปร เป็นตัวพยากรณ์ พฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้าน ทั้ง 3 ด้าน เป็นตัวแปรตาม

1.4 ตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร และตัวแปรจิตลักษณะ 4 ตัวแปร เป็นตัวพยากรณ์ พฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านทั้ง 3 ด้าน เป็นตัวแปรตาม (ในกลุ่มรวม)

1.5 ตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร และตัวแปรจิตลักษณะ 4 ตัวแปร เป็นตัวพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้าน ทั้ง 3 ด้าน เป็นตัวแปรตาม (ในกลุ่มย่อย)

ทั้งนี้โดยมีเกณฑ์เปรียบเทียบคือ ปริมาณความแตกต่างของ % การทำนาย จะต้องเท่ากับหรือมากกว่า 5 % ขึ้นไป (Cohen... 1977:413)

2. การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสามทาง (Three-Way Analysis of Variance) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ 6 โดยใช้ในการหาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับการศึกษา อายุ และอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่มีต่อการรับข่าวสารสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านทั้ง 3 ด้าน และทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ ด้วยวิธีการของเชฟเฟ (Scheffe Method) ในกรณีที่มีกลุ่มเปรียบเทียบเป็นจำนวน ตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป

3. การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามทีละคู่ (Intercorrelation Matrices)

4. การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์คาโนนิกอล (Canonical Correlation) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้งชุดและตัวแปรตามทั้งชุด

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยภาคสนามที่มีวัตถุประสงค์จะศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านการศึกษา 4 ตัวแปร คือระดับการศึกษา ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ผลการเรียนปีสุดท้าย และทักษะทางภาษาไทย ตัวแปรด้านจิตลักษณะ 4 ตัวแปร คือทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพ และลักษณะมุ่งอนาคต กับตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพ 3 ตัวแปร คือ พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล ฉะนั้นในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อศึกษาปริมาณความสัมพันธ์ของตัวแปรตามดังกล่าวกับตัวแปรอิสระต่าง ๆ ทีละหนึ่ง สอง สาม หรือหลายตัวพร้อมกัน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยนี้จึงมีหลายวิธีคือ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสามทาง (Three-way Analysis of Variance, Factorial Design) การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณเป็นขั้น (Multiple Regression Analysis, Stepwise) การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทีละสองตัว (Inter-correlation Matrices) และการวิเคราะห์สหสัมพันธ์คาโนนิคอล (Canonical Correlation Analysis) การวิเคราะห์ตัวแปรตามด้วยวิธีการทางสถิติต่าง ๆ นี้จะทำทั้งในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และกลุ่มตัวอย่างที่แยกย่อยตามตัวแปรสถานที่ทำงาน และตัวแปรทางชีวสังคมและภูมิหลังอื่น ๆ อีก 8 ตัวแปร ซึ่งเป็นตัวแปรที่นอกเหนือจากที่ใช้ในการวิเคราะห์ทางสถิตินั้น ๆ นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์ข้อมูลนอกเหนือสมมติฐาน เพื่อได้ข้อความรู้เพิ่มเติมที่จะเป็นประโยชน์ต่อความเข้าใจผลการวิจัยให้ละเอียดยิ่งขึ้น

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดหัวข้อการนำเสนอตามประเภทของตัวแปรตาม ซึ่งได้แก่พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล โดยมีตัวแปรด้านการศึกษาและตัวแปรด้านจิตลักษณะเป็นตัวแปรอิสระ จากนั้นเป็นการนำเสนอโดยมีจิตลักษณะ 4 ด้าน เป็นตัวแปรตาม ตัวแปรด้านการศึกษาเป็นตัวแปรอิสระสุดท้ายเป็นการนำเสนอโดยมี การรับข่าวสารสุขภาพ และทักษะทางภาษาไทยเป็นตัวแปรตาม และตัวแปรด้านการศึกษาเป็นตัวแปรอิสระ

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนจะเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับที่กล่าวมา ผู้วิจัยขอเสนอข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นพื้นฐานของการเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะและขอบเขตของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้ และเป็นการชี้แนวทางในการแบ่งกลุ่มย่อยเพื่อการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์ในการตีความผลการวิจัย และกำหนดขอบเขตการนำผลการวิจัยไปใช้ต่อไปด้วย

เนื่องจากวัตถุประสงค์หลักของการวิจัยคือต้องการศึกษาว่าผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานครที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพต่างกันหรือไม่ อย่างไร การเลือกผู้ถูกศึกษาจึงใช้ตัวแปรด้านระดับการศึกษา อายุ อาชีพ และเพศ เป็นตัวจำแนกลักษณะของผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มตัวอย่างดังได้กล่าวไว้แล้วในบทที่ 3 ในลักษณะเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างที่ได้มามีลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังอื่น ๆ ซึ่งมีความสำคัญในการจำแนกกลุ่มย่อย และนำมาเป็นตัวแปรอิสระสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ได้มาซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร มีจำนวนรวม 358 คน เป็นผู้ปฏิบัติงานในอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยทำงานในโรงพยาบาล จำนวน 174 คน (49 %) เป็นผู้ปฏิบัติงานในอาชีพที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยทำ

งานในโรงงานหรือบริษัทต่าง ๆ จำนวน 184 คน (51 %) เป็นเพศชาย จำนวน 186 คน (52 %) เพศหญิง จำนวน 172 คน (48 %) มีสถานภาพเป็นโสด จำนวน 189 คน (63 %) สถานภาพสมรส จำนวน 169 คน (47 %) มีอายุเฉลี่ย 27 ปี (ค่าเฉลี่ย 26.99 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.78 ค่าฐานนิยม 18) อายุต่ำสุด 18 ปี อายุสูงสุด 45 ปี เมื่อใช้อายุในการแบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มอายุน้อยคือกลุ่มอายุระหว่าง 18-29 ปี มีจำนวน 192 คน (54%) กลุ่มอายุมาก คือ กลุ่มที่มีอายุระหว่าง 30-45 ปี มีจำนวน 166 คน (46%)

เมื่อพิจารณาลักษณะกลุ่มตัวอย่างในด้านการศึกษา พบว่ามีระดับการศึกษาเฉลี่ย 8 ปี (ค่าเฉลี่ย 8.19 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.95) โดยมีผู้สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษาจำนวน 128 คน (36 %) ระดับมัธยมต้นจำนวน 91 คน (25 %) และระดับมัธยมปลายจำนวน 139 คน (39 %) โดยสำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรปกติ มีจำนวน 322 คน (90 %) สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรการศึกษาผู้ใหญ่ จำนวน 36 คน (10 %) สำเร็จการศึกษาจากโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา 173 คน (48 %) โรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ 163 คน (46 %) โรงเรียนสังกัดเทศบาล 22 คน (6 %) สำหรับที่ตั้งของโรงเรียนที่สำเร็จการศึกษา ตั้งอยู่ในเขตเทศบาล 184 คน (51 %) ตั้งอยู่นอกเขตเทศบาล 106 คน (30 %) ตั้งอยู่ในเขตสุขาภิบาล 68 คน (19 %) ส่วนขนาดของโรงเรียนที่สำเร็จการศึกษา เป็นโรงเรียนขนาดใหญ่ คือมีนักเรียนในโรงเรียนมากกว่า 800 คน จำนวน 186 ราย (38 %) เป็นโรงเรียนขนาดกลาง คือมีนักเรียนในโรงเรียนประมาณ 401-800 คน จำนวน 88 ราย (25 %) เป็นโรงเรียนขนาดเล็ก คือ มีนักเรียนในโรงเรียนต่ำกว่า 400 คน จำนวน 133 ราย (37 %) ฉะนั้นเมื่อพิจารณาลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ซึ่งได้มาจากผลคูณของคะแนนสังกัดของโรงเรียน ที่ตั้งของโรงเรียน และขนาดของโรงเรียนจะได้ค่าเฉลี่ย 12.81 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.89 ค่าฐานนิยม 18 คะแนน ต่ำที่สุด 1 คะแนน สูงสุด 27)

ผลการเรียนของกลุ่มตัวอย่างได้เกรด 1 จำนวน 40 คน (11 %) เกรด 2 จำนวน 163 คน (46 %) เกรด 3 จำนวน 130 คน (36 %) และเกรด 4 จำนวน 24 คน (7 %) ค่าเฉลี่ยของคะแนนผลการเรียนเท่ากับ 2.3 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน .67) เมื่อใช้ตัวแปรผลการเรียนเป็นตัวแปรแบ่งกลุ่มย่อย จะแบ่งเป็นกลุ่มผลการเรียนต่ำ ซึ่งเป็นผู้ได้เกรดเฉลี่ย 1 และเกรดเฉลี่ย 2 รวมจำนวน 203 คน (57 %) กลุ่มผลการเรียนสูง ซึ่งเป็นผู้ได้เกรดเฉลี่ย 3 และเกรดเฉลี่ย 4 รวมจำนวน 154 คน (43 %)

เมื่อพิจารณาตัวแปรด้านภูมิหลังที่เกี่ยวกับการศึกษา พบว่าระดับการศึกษาของบิดา มีค่าเฉลี่ย 4.02 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.60 ค่าฐานนิยม 4 ค่าต่ำสุด 0 ค่าสูงสุด 12 ปี) กล่าวคือบิดาของผู้ถูกศึกษาส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับประถม 4 มีจำนวน 188 คน (52 %) สำเร็จการศึกษาในระดับต่ำกว่าประถม 4 มีจำนวน 88 คน (25 %) และสำเร็จการศึกษาสูงกว่าประถม 4 จำนวน 82 คน (23 %) ส่วนระดับการศึกษาของมารดา มีค่าเฉลี่ย 3.17 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.18 ค่าฐานนิยม 4 ค่าต่ำสุด 0 ค่าสูงสุด 12 ปี) กล่าวคือมารดาของผู้ถูกศึกษาสำเร็จการศึกษาระดับประถม 4 จำนวน 183 คน (51 %) สำเร็จการศึกษาในระดับต่ำกว่าประถม 4 จำนวน 127 คน (36 %) สำเร็จการศึกษาในระดับสูงกว่าประถม 4 จำนวน 48 คน (13 %) เมื่อใช้ระดับการศึกษาของบิดามารดาเป็นตัวแปรในการแบ่งกลุ่มย่อย จะได้ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีบิดามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำ คือสำเร็จการศึกษาไม่เกินประถม 4 จำนวน 269 คน (75 %) กลุ่มที่มีบิดามารดาที่มีระดับการศึกษาสูง (สำเร็จการศึกษาสูงกว่า ป.4) มีจำนวน 89 คน (25%)

ส่วนระดับการศึกษาของพี่ พบว่า สำเร็จการศึกษายู่ในเกณฑ์เฉลี่ยประถมปีที่ 6 (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.82 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .30) สำเร็จการศึกษาในระดับต่ำกว่าประถมจำนวน 131 คน (37 %) สำเร็จการศึกษาระดับประถมมีจำนวน 71 คน (20 %) สำเร็จการศึกษาในระดับสูงกว่าประถมมีจำนวน 156 คน

(43 %)

ผู้ถูกศึกษาสำเร็จการศึกษามานานโดยเฉลี่ย 13 ปี (ค่าเฉลี่ย 12.85 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.25) เมื่อใช้ค่าเฉลี่ยในการแบ่งกลุ่มย่อยได้กลุ่มที่สำเร็จการศึกษาไม่นาน (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 13 ปี) จำนวน 205 คน (57 %) กลุ่มสำเร็จการศึกษานาน (มากกว่า 13 ปี) จำนวน 153 คน (43 %)

ระยะเวลาที่ทำงานจนถึงปัจจุบัน มีค่าเฉลี่ย 5.27 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.95) เมื่อใช้ค่าเฉลี่ยในการแบ่งกลุ่มย่อย จะได้กลุ่มที่ทำงานไม่นาน (1-5 ปี) จำนวน 189 คน (53 %) กลุ่มทำงานนาน (มากกว่า 5 ปี) จำนวน 169 คน (47 %)

เมื่อพิจารณาระดับรายได้ส่วนบุคคลพบว่าผู้ถูกศึกษามีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท จำนวน 185 คน (52 %) รายได้มากกว่า 3,000 บาท จำนวน 173 คน (48 %) ส่วนระดับเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งพิจารณาจากระดับรายได้ของครอบครัว และจำนวนคนที่ต้องเลี้ยงดู พบว่า กลุ่มที่มีระดับเศรษฐกิจต่ำมีจำนวน 211 คน (59 %) กลุ่มที่มีระดับเศรษฐกิจปานกลางมีจำนวน 147 คน (41 %)

สรุปได้ว่า ในกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 358 คน ซึ่งได้เก็บข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานชายและหญิงเป็นจำนวนเท่า ๆ กัน จากโรงพยาบาลและโรงงานในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นจำนวนเท่า ๆ กัน เป็นผู้ที่มิอายุโดยเฉลี่ย 27 ปี มีการศึกษาโดยเฉลี่ย 8 ปี มีผลการเรียนโดยเฉลี่ยเกรด 2 สำเร็จการศึกษามานานโดยเฉลี่ย 13 ปี มีฐานะต่ำและปานกลางเป็นส่วนใหญ่

เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่ทำงานในโรงพยาบาลพบว่า เป็นเพศชายจำนวน 92 คน (52.9 %) เพศหญิงจำนวน 82 คน (47.1 %) มีสถานภาพโสดจำนวน 83 คน (47.7 %) สถานภาพสมรส จำนวน 91 คน (52.3 %) มีอายุต่ำกว่า 29 ปี จำนวน 79 คน (45.4 %) อายุ 30-45 ปี จำนวน 95 คน (54.6 %) มีการศึกษาระดับประถมจำนวน 63 คน (36.2 %) ระดับมัธยมต้น จำนวน 43 คน (24.7 %) ระดับมัธยมปลายจำนวน 38 คน (39.1 %) มีผลการ

เรียนเฉลี่ยเกรด 1 และเกรด 2 จำนวน 109 คน (62.6 %) เฉลี่ยเกรด 3 และเกรด 4 จำนวน 65 คน (37.4 %) มีบิดามารดาที่มีการศึกษาต่ำ จำนวน 126 คน (72.4 %) มีบิดามารดาที่มีการศึกษาสูง จำนวน 48 คน (27.6 %) สำเร็จการศึกษาไม่นานจำนวน 87 คน (50 %) สำเร็จการศึกษามานานจำนวน 87 คน (50 %) ทำงานไม่นานจำนวน 80 คน (46 %) ทำงานมานาน จำนวน 94 คน (54 %) มีรายได้ต่ำ จำนวน 102 คน (58.6 %) มีรายได้ปานกลางจำนวน 72 คน (41.4 %) มีระดับเศรษฐกิจต่ำ จำนวน 100 คน (57.5 %) ระดับเศรษฐกิจปานกลางจำนวน 74 คน (42.5 %)

เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในโรงงาน พบว่า เป็นเพศชายจำนวน 94 คน (51.1 %) เพศหญิงจำนวน 90 คน (48.9 %) มีสถานภาพโสดจำนวน 106 คน (57.6 %) สมรสจำนวน 78 คน (42.4 %) มีอายุต่ำกว่า 29 ปี จำนวน 113 คน (61.4 %) อายุ 30-45 ปี จำนวน 71 คน (38.6 %) มีการศึกษาระดับประถม จำนวน 66 คน (35.9 %) ระดับมัธยมต้น จำนวน 48 คน (26.1 %) ระดับมัธยมปลายจำนวน 70 คน (38 %) มีผลการเรียนเฉลี่ยเกรด 1 และเกรด 2 จำนวน 95 คน (51.6 %) เฉลี่ยเกรด 3 และเกรด 4 จำนวน 89 คน (48.4 %) มีบิดามารดาที่มีการศึกษาต่ำ จำนวน 143 คน (77.7 %) มีบิดามารดาที่มีการศึกษาสูง จำนวน 41 คน (22.3 %) สำเร็จการศึกษามาไม่นานจำนวน 118 คน (64.1 %) สำเร็จการศึกษามานาน จำนวน 66 คน (35.9 %) ทำงานไม่นาน จำนวน 109 คน (59.2 %) ทำงานมานานแล้ว จำนวน 75 คน (40.8 %) มีระดับรายได้ต่ำจำนวน 83 คน (45.1 %) มีรายได้ปานกลาง จำนวน 101 คน (54.9 %) มีระดับเศรษฐกิจต่ำจำนวน 111 คน (60.3 %) ระดับเศรษฐกิจสูงจำนวน 73 คน (39.7 %)

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่ทำงานในโรงพยาบาลกับผู้ปฏิบัติงานที่ทำงานในโรงงาน พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างทั้ง 2 กลุ่มในเรื่อง ระดับการศึกษา เพศ สถานภาพสมรส ผลการเรียนปีสุดท้าย ระดับการ

ศึกษาของปีตามารดา ระดับเศรษฐกิจ แต่กลุ่มผู้ปฏิบัติงานทั้งสองมีความแตกต่างกันในด้านอายุ ด้านระยะเวลาทำงาน และจำนวนปีที่สำเร็จการศึกษาถึงปัจจุบัน (ดูตาราง 97 ในภาคผนวก ข)

การศึกษาและจิตลักษณะกับพฤติกรรมการกิน

พฤติกรรมการกินในงานวิจัยนี้ มีความหมายเน้นในด้านปริมาณการปฏิบัติตนในการรับประทานอาหารและดื่มน้ำอย่างถูกหลักโภชนาการและถูกสุขลักษณะ เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรงและป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งวัดโดยแบบวัดพฤติกรรมการกินแบบมาตราประเมินค่า 6 อันดับ จำนวน 20 ข้อ จากผลการวัดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มรวมพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการกินเท่ากับ 81.77 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.31 ค่าฐานนิยม 81 ค่าคะแนนต่ำสุด 56 ค่าคะแนนสูงสุด 112) คะแนนสูงแสดงว่า ผู้ตอบมีพฤติกรรมการกินอย่างถูกหลักสุขอนามัยมาก

ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลของพฤติกรรมการกินนี้ จะแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกจะเป็นการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการกิน โดยมีตัวแปรอิสระ 3 ตัว คือ ระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ส่วนที่สองจะเป็นการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณเป็นชั้น เพื่อทำนายพฤติกรรมการกินโดยมีตัวแปรด้านการศึกษา ตัวแปรด้านจิตลักษณะ และตัวแปรด้านลักษณะชีวสังคม และภูมิหลัง เป็นตัวแปรอิสระ การนำเสนอจะเป็นไปตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสามทาง (Three-way Analysis of Variance) ของคะแนนพฤติกรรมการกิน โดยมีระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ เป็นตัวแปรอิสระ ผลปรากฏในตาราง 2 ว่าคะแนนพฤติกรรมการกินของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและอายุในปริมาณที่ยอมรับได้ และเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการกิน เมื่อจำแนกเป็น 6 กลุ่มย่อยตามระดับของตัวแปรอิสระทั้งสองตัว

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการกิน เมื่อพิจารณาตาม
ระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มรวม

แหล่งความแปรปรวน	ค่าดีเอฟ	ค่าเอ็มเอส	ค่าเอฟ
ระดับการศึกษา (ก)	2	434.70	4.22*
อายุ (ข)	2	26.01	< 1
อาชีพ (ค)	1	0.00	< 1
ก X ข	2	382.75	3.71*
ก X ค	2	300.39	2.91
ข X ค	1	111.75	1.08
ก X ข X ค	2	20.57	< 1
ส่วนที่เหลือ	344	103.14	
รวม	355	106.35	

* มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ทำนายรวม 2.4 %

พร้อมกัน โดยวิธีการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ของ เชฟเฟ (Scheffe') พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในระดับเชื่อมั่นได้เฉพาะในผู้ปฏิบัติงานที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา อายุมาก และผู้ปฏิบัติงานที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย อายุมาก (ค่าเฉลี่ย 79.02 และ 85.69 ตามลำดับ) (ดูตาราง 1 ในภาคผนวก ข)

จากตาราง 2 ผลยังปรากฏว่า คะแนนพฤติกรรมการกินของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานครแปรปรวนไปตามระดับการศึกษาอย่างเชื่อมั่นได้ และเมื่อนำค่า

เฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการกินไปหาความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของเซฟเฟ พบว่า มีความแตกต่างในระดับยอมรับได้คือ ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลายมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกินมากกว่าผู้มีการศึกษาระดับประถมอย่างชัดเจน (ค่าเฉลี่ย 83.69 และ 80.20 ตามลำดับ) (ดูตาราง 2 ในภาคผนวก ข) นอกจากนี้ ยังพบว่าคะแนนพฤติกรรมการกิน ไม่แปรปรวนตามปฏิสัมพันธ์ของระดับการศึกษา และอาชีพ กับอายุและอาชีพ พร้อมกันแต่ประการใด

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนในกลุ่มย่อยที่แบ่งตามลักษณะชีวสังคม และภูมิหลังของผู้ตอบ 8 ตัวแปร เป็น 16 กลุ่มย่อย พบว่าคะแนนพฤติกรรมการกินแปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ของระดับการศึกษาและอายุ ในกลุ่มเพศหญิง กลุ่มการศึกษานอแม่อำเภอ กลุ่มโสด และกลุ่มจบการศึกษาไม่นาน (ดูตาราง 3) และเมื่อนำค่าเฉลี่ยมาวิเคราะห์หาความแตกต่างเป็นรายคู่ตามวิธีทดสอบของเซฟเฟ ผลปรากฏว่า ผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย อายุมาก มีคะแนนพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมมากกว่า ผู้ปฏิบัติงานที่มีการศึกษาระดับประถม อายุมาก อย่างเชื่อมั่นได้ เฉพาะในกลุ่มการศึกษานอแม่อำเภอเท่านั้น (ค่าเฉลี่ย 85.21 และ 78.95 ตามลำดับ) (ดูตาราง 3 ในภาคผนวก ข) นอกนั้นไม่พบความแตกต่างในระดับที่จะยอมรับได้

นอกจากนี้ยังพบว่า คะแนนพฤติกรรมการกินแปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ของระดับการศึกษาและอาชีพ ในกลุ่มผู้ตอบที่มีพ่อแม่มีการศึกษาน้อย และกลุ่มคนโสด (ดูตาราง 3) แต่เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ตามวิธีการของเซฟเฟ ปรากฏว่า ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมการกินของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานครตามระดับการศึกษาอย่างเดียว พบว่า คะแนนพฤติกรรมการกินแปรปรวนไปตามระดับการศึกษาของผู้ตอบอย่างเชื่อมั่นได้ ในกลุ่มผลการเรียนสูง กลุ่มสมรส กลุ่มระดับเศรษฐกิจปานกลาง กลุ่มรายได้ปานกลาง กลุ่มจบการศึกษานาน และกลุ่มทำงานนาน (ดูตาราง 3) หลังจากการหาค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธี

ตาราง 3 ค่าเอฟของการวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการกิน เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และ อาชีพ ในกลุ่มย่อยต่าง ๆ

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย	ค่าเฉลี่ย	การศึกษาศา	อายุ	อาชีพ	ปฏิสัมพันธ์ 2 ทาง			ปฏิสัมพันธ์ 3 ทาง			% การ
						(ก)	(ข)	(ค)	ก x ข	ก x ค	ข x ค	
เพศชาย	80.11	10.13	2.84	2.00	<1	2.25	1.61	<1	<1	<1	<1	4
เพศหญิง	83.57	10.24	2.23	<1	<1	4.53*	1.44	3.02	<1	<1	<1	3
ภค.แม่แม่ต่ำ	80.88	10.28	2.08	<1	<1	2.57*	3.18*	2.88	<1	<1	<1	2
ภค.แม่แม่สูง	81.45	10.00	<1	<1	<1	1.32	1.00	<1	<1	<1	<1	2
ผลการเรียนต่ำ	80.25	10.23	<1	<1	4.11	1.19	<1	<1	<1	<1	<1	3
ผลการเรียนสูง	83.80	10.10	5.62**	<1	3.51	2.13	1.53	1.98	<1	<1	<1	9
โสด	81.26	10.67	<1	<1	<1	3.51*	5.12**	<1	<1	<1	<1	1
สมรส	82.33	9.89	8.15***	<1	<1	<1	<1	1.73	<1	<1	<1	9
เศรษฐกิจต่ำ	80.35	10.42	<1	3.29	<1	1.6	<1	<1	<1	<1	<1	2
เศรษฐกิจปานกลาง	83.79	9.84	6.31**	2.35	<1	<1	2.03	<1	<1	<1	<1	10
รายได้ต่ำ	80.05	10.44	<1	<1	<1	2.32	<1	<1	<1	<1	<1	1
รายได้ปานกลาง	83.59	9.89	5.32**	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	6
จน กศ. ไม่จน	81.54	10.42	1.43	<1	<1	4.56*	<1	<1	<1	<1	3.28	2
จน กศ. ไม่จน	82.07	10.18	7.58***	1.07	1.04	<1	2.08	<1	<1	<1	<1	10
ทำงานไม่งาน	81.40	9.90	<1	<1	<1	1.07	1.17	<1	<1	<1	<1	0
ทำงานนาน	82.18	10.77	10.23***	<1	<1	<1	2.12	<1	<1	<1	<1	11

***, **, และ * มีนัยสำคัญที่ระดับ .001, .01 และ .05 ตามลำดับ

การของเซฟเฟแล้ว พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมปลายของทุกกลุ่มย่อยดังกล่าว มีคะแนนพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับประถมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมปลาย มีคะแนนพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมมากกว่าผู้มีการศึกษาในระดับมัธยมต้นด้วย ในผู้ตอบ 2 ประเภท คือ ผู้ตอบที่สมรส และผู้ตอบที่ทำงานมานาน (ดูตาราง 4 และ 5 ในภาคผนวก ข)

สรุป จากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการกินตามการศึกษา อายุ เพศ ทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย 16 กลุ่ม ปรากฏว่า ผู้ที่มีอายุมาก ถ้าจบการศึกษาระดับมัธยมปลาย จะมีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมมากกว่าผู้ที่จบการศึกษาระดับประถม ผลนี้พบทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มที่พ่อแม่มีการศึกษต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลายหลายประเภท มีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมอย่างชัดเจน คือในกลุ่มรวม กลุ่มผู้ที่มีผลการเรียนดี กลุ่มผู้มีฐานะปานกลาง และกลุ่มผู้จบการศึกษามานาน และทำงานมานาน (อายุมาก) ส่วนผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย และมัธยมต้น มีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมมากกว่าผู้มีการศึกษาระดับประถม พบในกลุ่มผู้ที่สมรสแล้ว และกลุ่มที่ทำงานมานานเท่านั้น ตัวแปรอิสระทั้งสามตัวแปรร่วมกันทำนาย ปริมาณความแปรปรวนของพฤติกรรมการกินในกลุ่มรวมได้เพียง 2.4 % ในกลุ่มย่อยทำนายได้ตั้งแต่ 0-11 %

ต่อมาได้นำคะแนนพฤติกรรมการกินมาวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณเป็นขั้น ด้วยโปรแกรม SPSS* ในคอมพิวเตอร์ โดยใช้ตัวทำนาย 4 ชุด คือชุดที่หนึ่ง ตัวแปรด้านการศึกษา 4 ตัวแปร ชุดที่ 2 ตัวแปรด้านจิตลักษณะ 4 ตัวแปร ชุดที่ 3 ตัวแปรด้านการศึกษา และจิตลักษณะรวม 8 ตัวแปร ชุดที่ 4 ตัวแปรด้านการศึกษา จิตลักษณะ ลักษณะชีวสังคม และภูมิหลังอื่น ๆ รวม 16 ตัวแปร โดยจะกล่าวตามลำดับดังต่อไปนี้

เมื่อนำคะแนนพฤติกรรมการกินมาวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณเป็นขั้น โดยมีตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร เป็นตัวทำนาย ได้แก่ ระดับการศึกษา ลักษณะสถาน

ศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ผลการเรียนรู้สุดท้าย และทักษะทางภาษาไทย ผลปรากฏว่า (ดูตาราง 4) ตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร สามารถทำนายพฤติกรรมการกินของผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มรวมได้ 7 % ส่วนในกลุ่มย่อยที่จำแนกประเภทตามลักษณะชีวิตสังคม และภูมิหลังอีก 18 กลุ่ม ตัวทำนายทั้ง 4 ตัว สามารถทำนายพฤติกรรมการกินได้สูงสุด 15-16 % ในกลุ่มสถานภาพโสด และกลุ่มอาชีพโรงงาน ส่วนกลุ่มที่ตัวทำนายทั้ง 4 ตัว ทำนายได้น้อยที่สุด คือ กลุ่มอาชีพโรงพยาบาล กล่าวคือทำนายได้เพียง 2 %

ตัวแปรสำคัญที่ทำนายพฤติกรรมการกินของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ผลการเรียนรู้สุดท้าย ระดับการศึกษา และลักษณะสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา

เมื่อพิจารณาทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายแต่ละตัวดังกล่าว กับพฤติกรรมการกิน ทำให้สรุปได้ว่า ผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีผลการเรียนสูง มีระดับการศึกษาสูง และสำเร็จการศึกษาจากสถานศึกษาที่มีคุณภาพสูงมากขึ้นเท่าใด ก็จะมีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมมากขึ้นเท่านั้น

สำหรับความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์การทำนายรวมของตัวทำนาย 4 ตัวกับเปอร์เซ็นต์การทำนายของตัวทำนายตัวแรก พบความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์การทำนายที่อยู่ในระดับยอมรับได้ กล่าวคือ มีความแตกต่างเท่ากับหรือมากกว่า 5 % ขึ้นไป เฉพาะในกลุ่มอาชีพโรงงาน ซึ่งแสดงว่าตัวแปรการศึกษา 4 ตัวร่วมกันทำนายพฤติกรรมการกินในกลุ่มอาชีพโรงงานได้มากกว่าตัวแปรการศึกษาตัวใดตัวหนึ่ง

ส่วนความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ทำนายรวมในกลุ่มย่อยที่แบ่งตามตัวแปรเดียวกัน ที่อยู่ในระดับยอมรับได้ คือ มีเปอร์เซ็นต์ทำนายรวมต่างกันนับตั้งแต่ 5 % ขึ้นไปใน 3 คู่ คือ มีกลุ่มทำงานในโรงพยาบาลและทำงานในโรงงาน (แตกต่าง 14 %) กลุ่มโสดและสมรส (แตกต่าง 7 %) กลุ่มจบการศึกษานานและไม่นาน (แตกต่าง 5 %)

ต่อมาเมื่อใช้ตัวทำนายชุดที่ 2 คือตัวแปรจิตลักษณะ ซึ่งได้แก่ ทิศนคติต่อ

ตาราง 4 เปอร์เซนต์การทำนายและลำดับความสำคัญของตัวทำนายต่าง ๆ ของ
ตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร ที่มีต่อพฤติกรรมการกิน ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

ตัวทำนายรวม 4 ตัวแปร						
กลุ่ม	จำนวน คน	%ทำนาย รวม	ตัวทำนาย สำคัญ	%ทำนาย ของตัวแรก	%ทำนาย แตกต่าง	ค่าอาร์ของ ตัวทำนาย
กลุ่มรวม	358	7	3,1	4	3	.22, .14
เพศชาย	186	5	3,2	3	2	.19, .14
เพศหญิง	172	7	3,1	4	3	.20, .17
อายุน้อย	192	7	3	6	1	.26
อายุมาก	166	11	2	8	3	.28
โสด	189	15	3	13	2	.34
สมรส	169	8	1	6	2	.25
อาชีพ รพ.	174	2	-	0	2	-
อาชีพ รง.	184	16	3,1	11	5	.35, .22
รายได้ต่ำ	185	7	3	6	1	.24
รายได้ปานกลาง	173	8	1,3	5	3	.23, .16
เศรษฐกิจต่ำ	211	9	3	7	2	.27
เศรษฐกิจปานกลาง	147	7	1	5	2	.23
กศ.พ่อแม่ต่ำ	269	6	3,2	4	2	.23, .12
กศ.พ่อแม่สูง	89	10	3	6	4	.14
จบกศ. ไม่นาน	205	8	3	7	1	.25
จบกศ. นาน	153	13	2	10	3	.19
ทำงานไม่นาน	189	9	3	8	1	.28
ทำงานนาน	169	12	1	9	3	.30

- ตัวทำนาย
- 1 = ระดับการศึกษา
 - 2 = ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา
 - 3 = ผลการเรียนปีสุดท้าย
 - 4 = ทักษะทางภาษาไทย

พฤติกรรมสุขภาพ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เกี่ยวกับสุขภาพ และลักษณะมุ่งอนาคต เป็นตัวทำนายพฤติกรรมการกิน ผลปรากฏในตารางที่ 5 ว่าตัวทำนายจิตลักษณะ 4 ตัว สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการกินในกลุ่มรวมได้ 15 % และสามารถทำนายในกลุ่มย่อยได้สูงสุด 21-22 % คือกลุ่มจบการศึกษานาน และกลุ่มเพศหญิง ทำนายได้น้อยที่สุดในกลุ่มเพศชายและกลุ่มรายได้ต่ำ เพียง 11 %

ส่วนตัวทำนายสำคัญตัวแรก ได้แก่ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมการกินได้ถึง 13 % ในกลุ่มรวมและทำนายได้สูงสุด 19 % ในกลุ่มจบการศึกษาไม่นาน ตัวทำนายสำคัญอันดับ 2 (ซึ่งช่วยเพิ่มอำนาจทำนายได้สูงขึ้น) คือ ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์การทำนายรวมของตัวทำนาย 4 ตัว และเปอร์เซ็นต์การทำนายของตัวทำนายตัวแรก พบว่าความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์การทำนายที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ กล่าวคือ แตกต่างเท่ากับหรือมากกว่า 5 % ขึ้นไปใน 4 กลุ่ม คือ กลุ่มเพศหญิง (แตกต่าง 6 %) กลุ่มสมรสแล้ว (แตกต่าง 6 %) กลุ่มการศึกษาน้อย (แตกต่าง 7 %) กลุ่มจบการศึกษานาน (แตกต่าง 5 %) ซึ่งแสดงว่าตัวแปรจิตลักษณะ 4 ตัวแปรร่วมกันทำนายพฤติกรรมการกินได้ดีกว่าตัวแปรจิตลักษณะตัวใดตัวหนึ่งตามลำพังเฉพาะใน 4 กลุ่มย่อยดังกล่าว

ส่วนความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ทำนายรวมในกลุ่มย่อยที่จำแนกตามตัวแปรชนิดเดียวกันที่อยู่ในระดับยอมรับได้ กล่าวคือ แตกต่างเท่ากับหรือมากกว่า 5 % ขึ้นไปมีอยู่ 6 คู่ คือ กลุ่มเพศชายและหญิง (แตกต่าง 10 %) กลุ่มรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง (แตกต่าง 9 %) กลุ่มจบการศึกษาไม่นาน และนาน (แตกต่าง 8 %) กลุ่มทำงานไม่นาน และทำงานนาน (แตกต่าง 6 %) กลุ่มทำงานในโรงพยาบาลและโรงงาน (แตกต่าง 6 %) กลุ่มอายุน้อยและอายุมาก (แตกต่าง 5 %)

เมื่อใช้ตัวทำนายชุดที่ 3 คือตัวแปรด้านการศึกษาและตัวแปรด้านจิตลักษณะรวมเป็น 8 ตัวแปร ทำนายพฤติกรรมการกิน ผลปรากฏว่า ตัวทำนายทั้ง 8 ตัว

ตาราง 5 เปอร์เซนต์การทำงานและลำดับความสำคัญของตัวทำนายต่าง ๆ ของ
ตัวแปรจิตลักษณะ 4 ตัวแปรที่มีต่อพฤติกรรมการกิน ทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย

กลุ่ม	จำนวน คน	ตัวทำนายรวม 4 ตัวแปร				ค่าอาร์ของ ตัวทำนาย
		ทำนาย รวม	ตัวทำนาย สำคัญ	ทำนาย ของตัวแรก	ทำนาย แตกต่าง	
กลุ่มรวม	358	15	5,7	13	2	.36,.22
เพศชาย	186	11	5,7	9	2	.30,.23
เพศหญิง	172	21	5,8	15	6	.39,.37
อายุน้อย	192	19	5	17	2	.41
อายุมาก	166	14	5,7	10	4	.31,.27
โสด	189	20	5,6,7	16	4	.40,-.05,.22
สมรส	169	16	5,6,7	10	6	.31,.30,.25
อาชีพ รน.	174	13	5,7	9	4	.29,.21
อาชีพ รง.	184	19	5	17	2	.42
รายได้ต่ำ	185	11	5	9	2	.29
รายได้ปานกลาง	173	20	5	18	2	.43
เศรษฐกิจต่ำ	211	14	5	11	3	.34
เศรษฐกิจปานกลาง	147	16	5,6	15	1	.38,.09
กศ.พ่อแม่ต่ำ	269	15	5,7	13	2	.35,.22
กศ.พ่อแม่สูง	89	17	5	10	7	.31
จบกศ. ไม่นาน	205	22	5	19	3	.44
จบกศ. นาน	153	14	7,5	9	5	.29,.27
ทำงาน ไม่นาน	189	13	5	11	2	.33
ทำงานนาน	169	19	5,7	15	4	.38,.25

ตัวทำนาย 5 = ทิศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ
 6 = ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ
 7 = ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ
 8 = ลักษณะมุ่งอนาคต

สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการกินของกลุ่มรวมได้ 18 % และทำนายพฤติกรรมการกินของกลุ่มย่อย ได้ตั้งแต่ 14-29 % (ดูตาราง 6) โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการกินของกลุ่มคนโสดได้สูงสุด 29 % ทำนายได้ต่ำสุด 14 % ในกลุ่มเพศชาย และกลุ่มทำงานในโรงพยาบาล

ตัวทำนายสำคัญที่สุดคือทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ตัวทำนายสำคัญอื่น ๆ คือ ผลการเรียนรู้ปีสุดท้าย และความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ทำนายรวม 8 ตัว กับเปอร์เซ็นต์การทำนายของตัวทำนายตัวแรก พบว่า มีความแตกต่างในระดับยอมรับได้ ซึ่งเท่ากับหรือมากกว่า 5 % ขึ้นไป ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยทุกกลุ่ม ยกเว้นกลุ่มรายได้ปานกลาง และกลุ่มระดับเศรษฐกิจปานกลาง ซึ่งแสดงว่าตัวทำนายรวมทั้ง 8 ตัวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการกินได้มากกว่าตัวทำนายตัวใดตัวหนึ่ง ในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย 16 กลุ่ม

ส่วนความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ทำนายรวม เมื่อพิจารณาเฉพาะในกลุ่มย่อยที่จำแนกตามตัวแปรชนิดเดียวกัน ที่อยู่ในระดับยอมรับได้ ซึ่งนับตั้งแต่ 5 % ขึ้นไป พบใน 6 คู่ คือ กลุ่มอาชีพโรงพยาบาลและโรงงาน (แตกต่าง 12 %) กลุ่มเพศชายและหญิง (แตกต่าง 9 %) กลุ่มโสดและสมรส (แตกต่าง 7 %) กลุ่มรายได้ต่ำและปานกลาง (แตกต่าง 7 %) กลุ่มทำงานไม่นานและนาน (แตกต่าง 6 %) กลุ่มจบการศึกษาไม่นานและนาน (แตกต่าง 5 %)

ต่อมาเมื่อใช้ตัวทำนายชุดเดิม เปรียบเทียบการทำนายของกลุ่มย่อยต่าง ๆ ที่แบ่งตามลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังในกลุ่มทำงานในอาชีพที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (กลุ่มโรงงาน) กับกลุ่มย่อยต่าง ๆ ในกลุ่มทำงานในอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (กลุ่มโรงพยาบาล) ผลปรากฏในตาราง 7 ว่าตัวแปรการศึกษาและตัวแปรจิตลักษณะรวม 8 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการกินของกลุ่มย่อยต่าง ๆ ที่ทำงานในโรงงานได้ตั้งแต่ 21 % - 39 % โดยทำนายได้สูงสุดในกลุ่มจบการศึกษานาน คือ 39 % ทำนายได้ต่ำสุด 21 % ในกลุ่มเพศหญิง ส่วนการทำนายของกลุ่มย่อยต่าง ๆ

ตาราง 6 เปอร์เซนต์การทำงานและลำดับความสำคัญของตัวทำนายต่าง ๆ ของ
ตัวแปรการศึกษาและตัวแปรจิตลักษณะรวม 8 ตัวแปร ที่มีต่อพฤติกรรมการกิน ทั้ง
ในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย

กลุ่ม	จำนวน คน	%ทำนาย รวม	ตัวทำนายรวม 4 ตัวแปร		
			ตัวทำนาย สำคัญ	%ทำนาย ของตัวแรก	%ทำนาย แตกต่าง
กลุ่มรวม	358	18	5, 3, 7	13	5
เพศชาย	186	14	5, 3	9	5
เพศหญิง	172	23	5, 8, 3	15	12
อายุน้อย	192	22	5, 3	17	5
อายุมาก	166	21	5, 2, 7, 3	10	11
โสด	189	29	5, 3, 6	16	13
สมรส	169	22	5, 1, 6	10	12
อาชีพ รน.	174	14	5, 7	9	5
อาชีพ รง.	184	26	5, 3	17	9
รายได้ต่ำ	185	15	5, 3	9	6
รายได้ปานกลาง	173	22	5	18	4
เศรษฐกิจต่ำ	211	20	5, 3, 7	11	9
เศรษฐกิจปานกลาง	147	18	5	15	3
กศ. พ่อแม่ต่ำ	269	18	5, 3, 7	13	5
กศ. พ่อแม่สูง	89	20	5, 3	9	11
จบกศ. ไม่นาน	205	26	5, 3	19	7
จบกศ. นาน	153	21	2, 7, 5	10	11
ทำงานไม่นาน	189	19	5, 3	11	8
ทำงานนาน	169	25	5, 2, 7	15	10

ตัวทำนาย 1 = ระดับการศึกษา 2 = ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา
3 = ผลการเรียนปีสุดท้าย 4 = ทักษะทางภาษาไทย
5 =ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ 6 = ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ
7 = ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพ
8 = ลักษณะมุ่งอนาคต

จัดลักษณะรวม 8 ตัวแปร ที่มีต่อพฤติกรรมการกิน ในกลุ่มย่อยต่าง ๆ ของกลุ่มอาชีพที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (กลุ่มโรงงาน) และกลุ่มอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (กลุ่มโรงพยาบาล)

กลุ่ม	กลุ่มโรงงาน			กลุ่มโรงพยาบาล			% ทำนาย รวม 8 ตัว	ตัวทำนาย		% ทำนาย รวม 8 ตัว	% ทำนาย รวม 8 ตัว	ค่าอาร์ของ ตัวทำนาย	ค่าอาร์ของ ตัวทำนาย	% ทำนาย แตกต่าง
	% ทำนาย รวม 8 ตัว	ตัวทำนาย สำคัญ	ค่าอาร์ของ ตัวทำนาย	% ทำนาย รวม 8 ตัว	ตัวทำนาย สำคัญ	ค่าอาร์ของ ตัวทำนาย		ตัวทำนาย	ค่าอาร์ของ ตัวทำนาย					
กลุ่มรวม	26	5, 3	.42, .35	14	5, 7	.29, .21	14	5, 7	.29, .21	14	5, 7	.29, .21		12
เพศชาย	30	5, 3	.42, .38	5	-	-	5	-	-	5	-	-		25
เพศหญิง	21	5	.40	32	8, 5	.44, .38	32	8, 5	.44, .38	32	8, 5	.44, .38		-11
อายุน้อย	27	5, 3	.45, .34	22	5	.38	22	5	.38	22	5	.38		5
อายุมาก	34	5, 3, 2	.39, .29, .25	14	5	.24	14	5	.24	14	5	.24		20
โสด	31	5, 3	.45, .40	34	5, 3, 6	.33, .30, -.15	34	5, 3, 6	.33, .30, -.15	34	5, 3, 6	.33, .30, -.15		-3
สมรส	28	5, 2, 3	.39, .29, .25	26	7, 6, 1	.29, .29, .26	26	7, 6, 1	.29, .29, .26	26	7, 6, 1	.29, .29, .26		2
รายได้ต่ำ	22	3, 5	.40, .31	17	8, 5	.30, .27	17	8, 5	.30, .27	17	8, 5	.30, .27		5
รายได้ปานกลาง	34	5, 3, 8	.51, .26, .41	16	5	.32	16	5	.32	16	5	.32		18
เศรษฐกิจต่ำ	27	3, 5	.37, .38	17	8, 7	.29, .29	17	8, 7	.29, .29	17	8, 7	.29, .29		10
เศรษฐกิจปานกลาง	30	5, 3	.46, .33	15	5	.31	15	5	.31	15	5	.31		15
กศ. พ่อแม่ต่ำ	27	5, 3	.44, .30	12	5	.25	12	5	.25	12	5	.25		15
กศ. พ่อแม่สูง	35	3	.46	28	4, 5	.31, .31	28	4, 5	.31, .31	28	4, 5	.31, .31		7
จบศ. ไม่นาน	27	5, 3	.44, .35	32	5, 8	.46, .38	32	5, 8	.46, .38	32	5, 8	.46, .38		-5
จบศ. นาน	39	6, 2, 3	.45, .43, .31	14	7	.22	14	7	.22	14	7	.22		25
ทำงานไม่นาน	23	3, 5	.39, .38	21	5	.29	21	5	.29	21	5	.29		2
ทำงานนาน	38	5, 3, 2	.47, .27, .30	18	5, 1	.30, .25	18	5, 1	.30, .25	18	5, 1	.30, .25		20

ตัวทำนาย 1 = ระดับการศึกษา 2 = ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา 3 = ผลการเรียนรู้เมื่อสำเร็จ
 4 = ทักษะทางภาษาไทย 5 =ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ 6 = ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ
 7 = ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 8 = ลักษณะมุ่งอนาคต

ที่ทำงานในโรงพยาบาล พบว่า ตัวทำนายนัยทั้ง 8 ตัว ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการกินของกลุ่มย่อยต่าง ๆ ที่ทำงานในโรงพยาบาลได้ตั้งแต่ 5 % ถึง 34 % โดยทำนายได้สูงสุด 34 % ในกลุ่มโสด ทำนายได้ต่ำสุด 5 % ในกลุ่มเพศชาย

ตัวทำนายสำคัญ ได้แก่ ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผลการเรียนรู้สุดท้าย ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ ลักษณะมุ่งอนาคต ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ ระดับการศึกษา และลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ✓

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ทำนายรวม เปรียบเทียบในกลุ่มย่อยต่าง ๆ ที่ทำงานในโรงงาน กับกลุ่มย่อยต่าง ๆ ที่ทำงานในโรงพยาบาล พบความแตกต่างในระดับยอมรับได้ ซึ่งนับตั้งแต่ 5 % ขึ้นไปในทุกกลุ่มย่อย ยกเว้นกลุ่มโสด กลุ่มสมรส และกลุ่มทำงานไม่นาน และพบว่าในกลุ่มย่อยต่าง ๆ เหล่านี้ ตัวแปรการศึกษาและจิตลักษณะรวม 8 ตัว สามารถทำนายพฤติกรรมการกินในกลุ่มย่อยต่าง ๆ ที่ทำงานในโรงงานได้มากกว่าในกลุ่มย่อยต่าง ๆ ที่ทำงานในโรงพยาบาล ยกเว้นกลุ่มเพศหญิง กลุ่มโสด และกลุ่มจบการศึกษาไม่นาน ที่ตัวทำนายทั้ง 8 ตัวนี้ ทำนายพฤติกรรมการกินในผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลได้สูงกว่าผู้ที่ทำงานในโรงงาน

เมื่อใช้ตัวทำนายชุดสุดท้าย ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรด้านการศึกษา ตัวแปรด้านจิตลักษณะ และตัวแปรด้านลักษณะชีวิตสังคมและภูมิหลังรวมทั้งสิ้น 16 ตัวแปร ทำนายพฤติกรรมการกินของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร ผลปรากฏว่า (ดูตาราง 8) ตัวแปรทั้ง 16 ตัวแปรสามารถทำนายพฤติกรรมการกินได้ 16 % ในกลุ่มรวม และทำนายได้ตั้งแต่ 22 % - 37 % ในกลุ่มย่อย โดยทำนายได้สูงสุด 37 % ในกลุ่มอาชีพทำงานในโรงงาน ทำนายได้ต่ำสุด 22 % ในกลุ่มอาชีพทำงานในโรงพยาบาล

ตัวทำนายสำคัญ คือ ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยทำนายได้สูงสุด 17 % ในกลุ่มอาชีพโรงงาน ต่ำสุด 10 % ในกลุ่มสมรส การรับข่าวสารสุขภาพ โดยสามารถทำนายได้สูงสุด 14 % ในกลุ่มเพศชาย ตัวทำนายสำคัญอื่น ๆ ได้แก่ ผลการเรียนรู้สุดท้าย ระดับเศรษฐกิจของครอบครัว ลักษณะมุ่งอนาคต และค่านิยมด้านชีวิตและ

ตาราง 8 เปอร์เซนต์การทำงาน และลำดับความสำคัญของตัวทำนายต่าง ๆ ที่มี
ต่อพฤติกรรมการกิน ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

กลุ่ม	จำนวนคน	ตัวทำนายรวม 16 ตัวแปร		ตัวทำนาย	
		จำนวนคน	ตัวทำนายสำคัญ	ของตัวแรก	ค่าอาร์ของตัวทำนาย
		รวม			
กลุ่มรวม	358	26	5,9,3,14	13	.36,.33,.22,.16
เพศชาย	186	32	9,14,3,5	14	.38,.26,.19,.30
เพศหญิง	172	26	5,8,3	15	.39,.36,.20
โสด	189	35	5,3,9,6	16	.40,.34,.37,-.05
สมรส	169	30	5,14,6,9	10	.31,.22,.28,.27
อาชีพ ร.พ	174	22	9,8,7	9	.29,.24,.21
อาชีพ รง.	184	37	5,9,3,14	17	.42,.38,.35,.18

ตัวทำนาย

1 = ระดับการศึกษา	2 = ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา
3 = ผลการเรียนปีสุดท้าย	4 = ทักษะทางภาษาไทย
5 = ทักษะคิดต่อพฤติกรรมการสุขภาพ	6 = ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ
7 = ความเชื่ออำนาจภายในภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพ	8 = ลักษณะมุ่งอนาคต
9 = การรับข่าวสารสุขภาพ	10 = อายุ
11 = ระยะเวลาที่สำเร็จการศึกษา	12 = การศึกษาของบิดามารดา
13 = การศึกษาของพี่	14 = ระดับเศรษฐกิจของครอบครัว
15 = ระยะเวลาทำงาน	16 = ระดับรายได้ส่วนบุคคล

สุขภาพ

สรุป ผลการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณเป็นขั้นของพฤติกรรมการกิน โดยใช้ตัวทำนายชุดต่าง ๆ พบว่า ตัวแปรด้านการศึกษา 4 ตัวแปรสามารถทำนายพฤติกรรมการกินได้ตั้งแต่ 2-16 % ตัวแปรด้านจิตลักษณะ 4 ตัวแปรสามารถทำนายพฤติกรรมการกินได้ตั้งแต่ 11-22 % ตัวแปรด้านการศึกษาและจิตลักษณะรวม 8 ตัวแปร สามารถทำนายพฤติกรรมการกินได้ตั้งแต่ 14-29 % และตัวแปรด้านการศึกษา จิตลักษณะ และลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังรวม 16 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการกินได้ตั้งแต่ 22-37 % นอกจากนี้ ยังพบว่าตัวทำนายด้านการศึกษาและจิตลักษณะสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการกินอย่างเหมาะสมของผู้ปฏิบัติงานในโรงงานได้มากกว่าผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอย่างชัดเจนด้วย

สรุป ผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการกินอย่างเหมาะสมในงานวิจัยนี้พบว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมการกินอย่างเหมาะสมมาก คือ ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีผลการเรียนดี มีรายได้ปานกลาง จบมานาน และทำงานนาน เป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ มีความเชื่ออำนาจในตนเองด้านสุขภาพมาก มีลักษณะมุ่งอนาคตมาก และมีการรับข่าวสารสุขภาพมากด้วย กลุ่มผู้ตอบที่มีพฤติกรรมการกินอย่างเหมาะสมมากโดยเกี่ยวข้องกับการศึกษา และจิตลักษณะของเขามากที่สุด คือ กลุ่มทำงานในโรงงาน

การศึกษาและจิตลักษณะกับพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ

พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ ในงานวิจัยนี้ มีความหมายเน้นในด้านปริมาณการปฏิบัติตนในการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ เช่น การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น เพื่อป้องกันตนให้ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งวัดโดยแบบวัดพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษแบบมาตราประเมินค่า 6 อันดับ จำนวน 10 ข้อ จากผลการวัดกลุ่มตัวอย่าง

ในกลุ่มรวมพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ เท่ากับ 47.48 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.00 ค่าฐานนิยม 57 ค่าคะแนนสูงสุด 60 ค่าคะแนนต่ำสุด 20) ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษมาก

ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลของพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ จะแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกจะเป็นการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ โดยมีตัวแปรอิสระ 3 ตัว คือ ระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ส่วนที่สองจะเป็นการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณเป็นขั้น เพื่อหาตัวทำนายพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ โดยมีตัวแปรด้านการศึกษา ตัวแปรด้านจิตลักษณะ และตัวแปรด้านลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังเป็นตัวทำนาย การนำเสนอจะเป็นไปตามลำดับ ดังต่อไปนี้

จากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสามทางของคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ โดยมี ระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ เป็นตัวแปรอิสระ ผลปรากฏว่า (ดูตาราง 9) คะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษแปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ 3 ทาง ระหว่าง ระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ อย่างเชื่อมั่นได้ทางสถิติ และเมื่อนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบเป็นรายคู่ตามวิธีการของเซฟเฟ ผลปรากฏว่า (ดูตาราง 6 ในภาคผนวก ข) ผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานครที่สำเร็จการศึกษาในระดับประถม มีอายุมาก และทำงานในโรงงาน มีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ ทุกกลุ่มที่จำแนกตามระดับของตัวแปรอิสระ 3 ตัวร่วมกัน ยกเว้นกลุ่มผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมต้น มีอายุมากและทำงานในโรงงาน นอกจากนี้ในกลุ่มรวมยังพบผลอีกหลายประการ ดังจะกล่าวต่อไป

เมื่อพิจารณาความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ ในกลุ่มย่อยอีก 16 กลุ่ม พบว่า (ดูตาราง 10) คะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ 3 ทางของ ระดับ

ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมหลักเลี้ยงการเส้น
สารที่เป็นโทษ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มรวม

แหล่งความแปรปรวน	ค่าดีเอฟ	ค่าเอ็มเอส	ค่าเอฟ
ระดับการศึกษา (ก)	2	763.98	11.98***
อายุ (ข)	1	135.34	2.12
อาชีพ (ค)	1	1684.21	26.41***
ก X ข	2	306.31	4.80**
ก X ค	2	1192.28	18.70***
ข X ค	1	480.08	7.53**
ก X ข X ค	2	209.75	3.29*
ส่วนที่เหลือ	345	63.77	
รวม	356	81.05	

***, ** และ * มีนัยสำคัญที่ระดับ .001, .01 และ .05 ตามลำดับ

ทำนายรวม 11.3 %

การศึกษา อายุ และอาชีพ เฉพาะใน 5 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มเพศหญิง กลุ่มการศึกษา
ชาวพ่อแม่ต่ำ กลุ่มผลการเรียนสูง กลุ่มโสด และกลุ่มทำงานนาน และเมื่อทำการ
เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ตามวิธีการของเชฟเฟ ใน 5 กลุ่มย่อย ผลปรากฏว่า
ในกลุ่มเพศหญิง ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับประถม อายุมาก ทำงานในโรงงาน มีค่า
เฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมหลักเลี้ยงการเส้นสารที่เป็นโทษต่ำที่สุด คือมี
คะแนนต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ ทุกกลุ่ม ที่จำแนกตามระดับของตัวแปรอิสระ 3 ตัวพร้อมกัน

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ยของภาวะวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมทางการเลือกการเสพยาที่เป็นโทษ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มย่อยต่าง ๆ

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย การศึกษา		อาชีพ		ปฏิสัมพันธ์ 2 ทาง			ปฏิสัมพันธ์ 3 ทาง			% การทำงานรวม
	(ก)	(ข)	(ค)	(ด)	ก x ข	ก x ค	ก x ด	ข x ค	ข x ด	ค x ด	
เพศชาย	43.70	9.05	1.40	21.57	***	2.19	15.93	***	<1	<1	10
เพศหญิง	51.58	6.93	22.07	16.49	***	2.84	11.54	***	12.67	12.22	22
กศ. พ่อแม่ต่ำ	46.50	9.20	6.98	19.17	***	6.20	15.47	***	10.18	3.29*	10
กศ. พ่อแม่สูง	50.43	7.71	1.38	5.98	*	1.55	6.06	**	1.08	1.96	10
ผลการเรียนต่ำ	46.29	8.87	2.87	14.21	***	2.50	6.86	***	4.56*	<1	9
ผลการเรียนสูง	49.06	8.97	12.56	16.06	***	1.51	10.30	***	4.20	8.29	19
โสด	48.04	9.13	4.58	5.29	*	3.15	7.99	***	1.03	3.93*	8
สมรส	46.84	8.84	8.23	25.27	***	<1	12.07	***	8.98	<1	18
เศรษฐกิจต่ำ	45.82	9.17	2.58	10.72	***	3.42	7.26	***	3.68	2.80	11
เศรษฐกิจปานกลาง	49.84	8.23	8.74	23.73	***	<1	8.27	***	<1	<1	18
รายได้ต่ำ	45.92	8.72	<1	13.28	***	2.39	4.35	*	4.06*	2.12	8
รายได้ปานกลาง	49.13	9.03	11.42	31.75	***	1.55	12.75	***	<1	1.68	21
จบ กศ. ไม่ผ่าน	48.00	8.47	3.74	<1	*	1.78	3.47	*	<1	<1	4
จบ กศ. ผ่าน	46.76	9.64	12.08	60.32	***	1.92	12.19	***	3.98*	4.30	31
ทำงานไม่ผ่าน	46.38	8.87	4.21	5.14	*	4.56	7.41	***	2.31	1.44	9
ทำงานผ่าน	48.70	9.01	7.97	25.42	***	<1	10.41	***	<1	3.43*	18

*** , , และ * มีนัยสำคัญที่ระดับ .001, .01 และ .05 ตามลำดับ

(ดูตาราง 7 ในภาคผนวก ข) ส่วนในกลุ่มการศึกษาพ่อแม่ต่ำ และกลุ่มผลการเรียนสูง ผลปรากฏในลักษณะเดียวกับกลุ่มรวม คือ กลุ่มการศึกษาประถม อายุมาก ทำงานในโรงงาน มีคะแนนพฤติกรรมการหลักเลียงการเสพสารที่เป็นโทษต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ ทุกกลุ่ม ยกเว้นกลุ่มมัธยมต้น อายุมาก และทำงานในโรงงาน (ดูตาราง 8, 9 ในภาคผนวก ข) ส่วนในกลุ่มโสดและกลุ่มทำงานนานผลปรากฏว่าผู้มีการศึกษาระดับประถม อายุมาก ทำงานในโรงงาน มีพฤติกรรมการหลักเลียงการเสพสารที่เป็นโทษ ต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ อีก 8 กลุ่ม และที่สำคัญคือ มีคะแนนพฤติกรรมการหลักเลียงการเสพสารที่เป็นโทษ ต่ำกว่าผู้มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย อายุมาก ทำงานในโรงงาน และผู้มีการศึกษาระดับประถม อายุมาก ทำงานในโรงพยาบาล (ดูตาราง 10, 11 ในภาคผนวก ข)

ต่อมาเมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมการหลักเลียงการเสพสารที่เป็นโทษ ตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับการศึกษาและอายุ พบว่า คะแนนพฤติกรรมการหลักเลียงการเสพสารที่เป็นโทษ แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสอง ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยอีก 4 กลุ่มคือ กลุ่มการศึกษาพ่อแม่สูง กลุ่มโสด กลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำ และกลุ่มทำงานไม่นาน (ดูตาราง 9, 10) เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ตามวิธีการของเชฟเฟ พบความแตกต่างในทุกกลุ่มดังกล่าว ยกเว้นกลุ่มโสด โดยในหมู่ผู้ตอบที่อายุมาก ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการหลักเลียงการเสพสารที่เป็นโทษ มากกว่าผู้มีการศึกษาระดับประถม ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยทั้ง 3 กลุ่ม และสำหรับกลุ่มทำงานไม่นานยังพบว่าในหมู่ผู้ที่อายุมากนี้ ผู้มีการศึกษาระดับมัธยมต้น มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการหลักเลียงการเสพสารที่เป็นโทษ สูงกว่าผู้มีการศึกษาระดับประถมด้วย (ดูตาราง 12-14 ในภาคผนวก ข)

เมื่อพิจารณาความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการหลักเลียงการเสพสารที่เป็นโทษ ตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับการศึกษาและอาชีพ พบว่า คะแนนพฤติกรรมการหลักเลียงการเสพสารที่เป็นโทษ แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ของตัวแปร

ทั้งสองในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยทั้งหมด 16 กลุ่ม ที่จำแนกตามลักษณะชีวสังคม และ ภูมิหลัง (ดูตาราง 9, 10) แต่เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย เป็นรายคู่ตามวิธีการของเซฟเฟ พบว่ามีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในระดับที่ยอมรับ ได้ทางสถิติในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อยทุกกลุ่ม ยกเว้นกลุ่มการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่ม รายได้ปานกลาง และกลุ่มจบการศึกษามัธยมศึกษา โดยความแตกต่างของค่าเฉลี่ยใน กลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 13 กลุ่ม เป็นดังนี้คือ ในหมู่ผู้ตอบที่ทำงานในโรงงาน ผู้ที่มีการ ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปลายมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็น โทษสูงกว่า ผู้มีการศึกษาระดับประถม และในหมู่ผู้ตอบที่มีการศึกษาระดับประถม ผู้ ทำงานในโรงพยาบาล มีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษสูงกว่าผู้ ทำงานในโรงงาน (ดูตาราง 15-33 ในภาคผนวก ข) นอกจากนี้ยังพบผลเพิ่ม เติมเฉพาะกลุ่มระดับเศรษฐกิจปานกลางว่า ในหมู่ผู้ตอบที่ทำงานในโรงงาน ผู้มีการ ศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ปลาย มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็น โทษสูงกว่าผู้มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาต้น และในหมู่ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาต้น ผู้ที่ ทำงานในโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็น โทษสูงกว่า ผู้ที่ทำงานในโรงงาน (ดูตาราง 20 ในภาคผนวก ข)

คะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ ยังแปรปรวนตาม ปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอายุ และอาชีพ ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยอีก 6 กลุ่ม คือ กลุ่มเพศหญิง กลุ่มการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มผลการเรียนต่ำ กลุ่มสมรส กลุ่มรายได้ต่ำ และกลุ่มจบการศึกษามัธยมศึกษา (ดูตาราง 9, 10) และเมื่อนำค่าเฉลี่ยไปเปรียบเทียบ หาความแตกต่างเป็นรายคู่ตามวิธีการของเซฟเฟ พบความแตกต่างใน 2 กรณีคือ กรณีแรก ในหมู่ผู้ตอบที่มีอายุน้อย ผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษสูงกว่าผู้ตอบที่ทำงานในโรงงาน กรณี นี้พบทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย ทั้ง 6 กลุ่ม ดังกล่าว กรณีที่สอง ในหมู่ผู้ตอบที่ทำ งานในโรงงาน ผู้ที่มีอายุน้อย มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยา ที่เป็นโทษสูงกว่าผู้ที่อายุมาก กรณีนี้พบเฉพาะในกลุ่มเพศหญิง กลุ่มสมรส กลุ่มการ

ศึกษาพ่อแม่ต่ำ และกลุ่มรายได้ต่ำ (ดูตาราง 24 และ 25 ในภาคผนวก ข)

เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ จากการทดสอบหลัก (Main effect) พบว่าคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ แปรปรวนไปตามระดับการศึกษาในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 11 กลุ่มคือ กลุ่มเพศหญิง กลุ่มการศึกษาน้อยพ่อแม่ต่ำ กลุ่มผลการเรียนสูง กลุ่มโสด กลุ่มสมรส กลุ่มระดับเศรษฐกิจปานกลาง กลุ่มรายได้ปานกลาง กลุ่มจบการศึกษาไม่นาน กลุ่มจบการศึกษานาน กลุ่มทำงานไม่นานและกลุ่มทำงานนาน (ดูตาราง 9, 10) และเมื่อนำค่าเฉลี่ยไปเปรียบเทียบเป็นรายคู่ตามวิธีการของเซฟเฟ ผลปรากฏว่า คะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษของผู้มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย สูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับประถม อย่างเชื่อมั่นได้ทางสถิติในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 11 กลุ่มดังกล่าว (ดูตาราง 26-29 ในภาคผนวก ข) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้มีการศึกษาระดับมัธยมปลายมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษสูงกว่าผู้ที่การศึกษาระดับมัธยมต้น เฉพาะในกลุ่มรวม กลุ่มการศึกษาน้อยพ่อแม่ต่ำ และกลุ่มรายได้ปานกลาง

นอกจากนี้ยังพบว่า คะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ แปรปรวนไปตามอายุ ในกลุ่มย่อย 7 กลุ่ม คือ กลุ่มผลการเรียนสูง กลุ่มสมรส กลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำ กลุ่มรายได้ต่ำ กลุ่มรายได้ปานกลาง กลุ่มทำงานไม่นาน และกลุ่มทำงานนาน โดยผู้ที่มีอายุน้อยมีคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ มากกว่าผู้ที่มีอายุมากในทุกกลุ่มย่อยดังกล่าว (ดูตาราง 30 ในภาคผนวก ข)

ท้ายที่สุด เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ ตามตัวแปรอาชีพ พบว่า คะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ แปรปรวนไปตามอาชีพอย่างเชื่อมั่นได้ ทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย 15 กลุ่ม (ยกเว้นกลุ่มจบการศึกษาไม่นาน) โดยพบว่า ผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยง การเสพสารที่เป็นโทษมากกว่าผู้ที่ทำงานในโรงงานอย่างเชื่อมั่นได้ (ดูตาราง 30 ในภาคผนวก ข)

สรุป จากผลการวิเคราะห์ที่ความแปรปรวนของพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการ

เพศที่เป็นโทษ ตามระดับการศึกษา อายุ อาชีพ ทั้งในกลุ่มรวมกลุ่มย่อย 16 กลุ่ม ปรากฏว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย มีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเพศสสารที่เป็นโทษมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้นและระดับประถม ผลเช่นนี้พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม ส่วนในกลุ่มย่อยอีก 9 กลุ่มนั้นพบว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย และระดับมัธยมต้น มีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเพศสสารที่เป็นโทษมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม ผู้ที่มีอายุน้อยมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเพศสสารที่เป็นโทษมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก ผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเพศสสารที่เป็นโทษมากกว่าผู้ที่ทำงานในโรงงาน ทั้งที่ทำงานมานานและเพิ่งเข้าทำงาน ส่วนผู้ที่มีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเพศสสารที่เป็นโทษน้อยที่สุดคือ ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม อายุมาก และขณะเดียวกันก็ทำงานในโรงงาน ผลเช่นนี้พบทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย 5 กลุ่ม ตัวแปรการศึกษา อายุ และอาชีพ ร่วมกันทำนายปริมาณความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเพศสสารที่เป็นโทษได้ 11.3 % ในกลุ่มรวม และทำนายในกลุ่มย่อยได้ตั้งแต่ 4-31 %

ต่อมา ได้นำคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเพศสสารที่เป็นโทษ มาวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณเป็นขั้นด้วยโปรแกรม SPSS^{*} ในคอมพิวเตอร์ โดยใช้ตัวทำนาย 4 ชุดคือ ชุดที่ 1 ตัวแปรด้านการศึกษา 4 ตัวแปร ชุดที่ 2 ตัวแปรด้านจิตลักษณะ 4 ตัวแปร ชุดที่ 3 ตัวแปรด้านการศึกษาและจิตลักษณะรวม 8 ตัวแปร ชุดที่ 4 ตัวแปรด้านการศึกษา จิตลักษณะ และลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังรวม 16 ตัวแปร โดยจะกล่าวตามลำดับดังต่อไปนี้

ผลการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณเป็นขั้น โดยใช้ตัวทำนายชุดที่ 1 ซึ่งมีตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปรคือ ระดับการศึกษา ลักษณะสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ผลการเรียนปัสดท้าย และทักษะภาษาไทย ผลปรากฏในตาราง 11 ว่า ตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเพศสสารที่เป็นโทษในกลุ่มรวมได้ 22 % ทำนายพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเพศสสารที่เป็นโทษในกลุ่มย่อยที่จำแนกตามลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังรวม 18 กลุ่มได้ตั้งแต่ 12-39 %

ตาราง 11 เปอร์เซนต์การทำงานและลำดับความสำคัญของตัวทำนายต่าง ๆ ของ
ตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร ที่มีต่อพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ
ทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย

ตัวทำนายรวม 4 ตัวแปร						
กลุ่ม	จำนวน คน	%ทำนาย รวม	ตัวทำนาย สำคัญ	%ทำนาย ของตัวแรก	%ทำนาย แตกต่าง	ค่าอาร์ของ ตัวทำนาย
กลุ่มรวม	358	22	4,3	18	4	.43, .21
เพศชาย	186	15	4	14	1	.37
เพศหญิง	172	39	4,3,1	32	8	.57, .23, .44
อายุน้อย	192	22	4,3	18	4	.37, .30
อายุมาก	166	25	4	23	2	.48
โสด	189	24	4,3	15	9	.39, .32
สมรส	169	22	4	22	0	.47
อาชีพ รว.	174	12	3,4	6	6	.23, .22
อาชีพ รง.	184	31	4,3,1	25	6	.50, .24, .50
รายได้ต่ำ	185	15	4,3	11	4	.32, .24
รายได้ปานกลาง	173	28	4,3	26	2	.50, .14
เศรษฐกิจต่ำ	211	20	4,3	17	3	.42, .16
เศรษฐกิจปานกลาง	147	20	4,3	12	8	.35, .30
กศ.พ่อแม่ต่ำ	269	19	4,3	16	3	.41, .21
กศ.พ่อแม่สูง	89	18	4,3	12	6	.35, .18
จบกศ. ไม่นาน	205	16	3,4	9	7	.32, .28
จบกศ. นาน	153	34	4	32	2	.57
ทำงาน ไม่นาน	189	20	4,3	16	4	.40, .25
ทำงาน นาน	169	23	4,3	20	3	.45, .16

- ตัวทำนาย
- 1 = ระดับการศึกษา
 - 2 = ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา
 - 3 = ผลการเรียนปีสุดท้าย
 - 4 = ทักษะทางภาษาไทย

โดยทำนายน้อยที่สุด 12 % ในกลุ่มทำงานในโรงพยาบาล ทำนายน้อยที่สุด 39 % ในกลุ่มเพศหญิง

ตัวทำนายน้อยที่สุดคือ ทักษะทางภาษาไทย ซึ่งสามารถทำนายนพฏิกกรรมการหลักเลี้ยงการเสพสารที่เป็นโทษในกลุ่มรวมได้ถึง 18 % ทำนายน้อยที่สุด 32 % ในกลุ่มเพศหญิงและกลุ่มจบการศึกษานาน ทำนายน้อยที่สุด 11 % ในกลุ่มรายได้น้อย ตัวทำนายน้อยที่สุดอื่น ๆ ได้แก่ ผลการเรียนปีสุดท้าย และระดับการศึกษา ซึ่งช่วยเพิ่มอำนาจทำนายน้อยที่สุด

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ทำนายน้อยที่สุดของตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร กับเปอร์เซ็นต์การทำนายน้อยที่สุดของตัวทำนายน้อยที่สุด พบความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์การทำนายน้อยที่สุดในระดับยอมรับได้ คือเท่ากับหรือมากกว่า 5 % ขึ้นไป เฉพาะในกลุ่มเพศหญิง กลุ่มโสด กลุ่มอาชีพโรงพยาบาล กลุ่มอาชีพโรงงาน กลุ่มระดับเศรษฐกิจปานกลาง กลุ่มการศึกษาน้อยที่สุด และกลุ่มจบการศึกษาไม่นาน แต่ไม่พบในกลุ่มรวม ซึ่งแสดงว่าตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายนพฏิกกรรมการหลักเลี้ยงการเสพสารที่เป็นโทษ ได้มากกว่าตัวแปรการศึกษาตัวใดตัวหนึ่งใน 7 กลุ่มย่อยดังกล่าว

ส่วนความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ทำนายน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบเฉพาะในกลุ่มย่อยที่จำแนกตามตัวแปรชนิดเดียวกัน พบความแตกต่างในระดับยอมรับได้ ซึ่งนับตั้งแต่ 5 % ขึ้นไป ใน 4 คู่ คือ ในกลุ่มเพศชายและเพศหญิง (แตกต่าง 24 %) กลุ่มอาชีพโรงพยาบาลและโรงงาน (แตกต่าง 19 %) กลุ่มรายได้น้อยและปานกลาง (แตกต่าง 13 %) กลุ่มจบการศึกษาไม่นานและนาน (แตกต่าง 8 %)

เมื่อใช้ตัวทำนายน้อยที่สุดที่ 2 ซึ่งเป็นตัวแปรด้านจิตลักษณะ 4 ตัวแปร คือทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพ และลักษณะมุ่งอนาคต ผลปรากฏว่า ตัวแปรจิตลักษณะทั้ง 4 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายนพฏิกกรรมการหลักเลี้ยงการเสพสารที่เป็นโทษได้ 20 % ในกลุ่มรวม และทำนายน้อยที่สุด 10 % ในกลุ่มการศึกษาน้อยที่สุด ทำนายน้อยที่สุด

ตาราง 12 เปอร์เซนต์การทำงานและลำดับความสำคัญของตัวทำนายต่าง ๆ ของ
ตัวแปรจิตลักษณะ 4 ตัวแปร ที่มีต่อพฤติกรรมหลักเสี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ
ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

ตัวทำนายรวม 4 ตัวแปร						
กลุ่ม	จำนวน คน	%ทำนาย รวม	ตัวทำนาย สำคัญ	%ทำนาย ของตัวแรก	%ทำนาย แตกต่าง	ค่าอาร์ของ ตัวทำนาย
กลุ่มรวม	358	20	5,7	14	6	.38, .30
เพศชาย	186	16	8,5	10	6	.32, .32
เพศหญิง	172	30	5,7	19	11	.44, .40
อายุน้อย	192	20	5,8	17	3	.42, .31
อายุมาก	166	21	7,5	14	7	.37, .35
โสด	189	23	5,7	18	5	.43, .28
สมรส	169	17	8,5	10	7	.32, .32
อาชีพ รพ.	174	14	7,5	8	6	.28, .23
อาชีพ รง.	184	23	5	21	2	.46
รายได้ต่ำ	185	15	5,7	12	3	.34, .27
รายได้ปานกลาง	173	23	5,7	18	5	.43, .28
เศรษฐกิจต่ำ	211	20	5,7	16	4	.40, .31
เศรษฐกิจปานกลาง	147	15	5	12	3	.35
กศ. พ่อแม่ต่ำ	269	21	5,7	15	6	.40, .29
กศ. พ่อแม่สูง	89	10	5	7	3	.26, .16
จบกศ. ไม่นาน	205	19	5	17	2	.42
จบกศ. นาน	153	23	7,5	16	7	.40, .33
ทำงาน ไม่นาน	189	23	5,8	17	6	.42, .37
ทำงานนาน	169	18	5,7	14	4	.37, .27

ตัวทำนาย	5	=	ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ
	6	=	ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ
	7	=	ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ
	8	=	ลักษณะมุ่งอนาคต

สูงสุด 30 % ในกลุ่มเพศหญิง (ดูตาราง 12)

ตัวทำนายสำคัญ คือทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวข้องกับสุขภาพ และลักษณะมุงอนาคต

สำหรับความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ทำนายรวมของตัวแปรจิตลักษณะ 4 ตัวแปรกับเปอร์เซ็นต์ทำนายของตัวทำนายตัวแรกที่อยู่ในระดับยอมรับได้ซึ่งนับตั้งแต่ 5 % ขึ้นไป พบเฉพาะในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 9 กลุ่ม คือ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุมาก กลุ่มโสด กลุ่มสมรส กลุ่มอาชีพโรงพยาบาล กลุ่มรายได้ปานกลาง กลุ่มการศึกษาพ่อแม่ต่ำ และกลุ่มทำงานไม่นาน ซึ่งแสดงว่าตัวแปรจิตลักษณะ 4 ตัวแปร ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษได้มากกว่าตัวแปรจิตลักษณะตัวใดตัวหนึ่งเฉพาะในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 9 กลุ่มดังกล่าว

ส่วนความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ทำนายรวมเมื่อเปรียบเทียบเฉพาะในกลุ่มย่อยที่จำแนกตามตัวแปรเดียวกัน พบความแตกต่างในระดับยอมรับได้ คือ เท่ากับ หรือมากกว่า 5 % ขึ้นไป ใน 7 คู่ คือ ในกลุ่มเพศชายและเพศหญิง (แตกต่าง 14 %) กลุ่มการศึกษาพ่อแม่ต่ำและสูง (แตกต่าง 11 %) กลุ่มโสดและสมรส (แตกต่าง 9 %) กลุ่มอาชีพโรงพยาบาลและโรงงาน (แตกต่าง 8 %) กลุ่มอายุน้อยและมาก (แตกต่าง 6 %) กลุ่มรายได้ต่ำและปานกลาง (แตกต่าง 5 %) กลุ่มทำงานไม่นานและนาน (แตกต่าง 5 %)

เมื่อให้ตัวทำนายชุดที่ 3 คือตัวแปรด้านการศึกษา 4 ตัวแปร และตัวแปรด้านจิตลักษณะ 4 ตัวแปร รวมเป็น 8 ตัวแปร ทำนายพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร ผลปรากฏในตาราง 13 ว่า ตัวทำนาย 8 ตัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษในกลุ่มรวมได้ 31 % และทำนายตั้งแต่ 22 % - 50 % ในกลุ่มย่อย โดยทำนายได้สูงสุด 50 % ในกลุ่มเพศหญิง ทำนายได้ต่ำสุด 22 % ในกลุ่มอาชีพโรงพยาบาล

ตัวทำนายสำคัญ ได้แก่ ทักษะทางภาษาไทย ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ตาราง 13 เปอร์เซนต์การทำงานและลำดับความสำคัญของตัวทำนายต่าง ๆ ของ
ตัวแปรการศึกษาและจิตลักษณะรวม 8 ตัวแปร ที่มีต่อพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการ
เสพสารที่เป็นโทษ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

กลุ่ม	จำนวน คน	ตัวทำนายรวม 4 ตัวแปร			
		%ทำนาย รวม	ตัวทำนาย สำคัญ	%ทำนาย ของตัวแรก	%ทำนาย แตกต่าง
กลุ่มรวม	358	31	4, 5, 3	18	13
เพศชาย	186	24	4, 5	14	10
เพศหญิง	172	50	4, 5, 3, 7	32	18
อายุน้อย	192	30	5, 4, 3	17	13
อายุมาก	166	35	4, 5, 7	23	12
โสด	189	37	5, 4	18	19
สมรส	169	27	4, 5	22	5
อาชีพ รพ.	174	22	7, 3, 5, 4	8	14
อาชีพ รง.	184	40	4, 5, 1, 3	25	15
รายได้ต่ำ	185	24	5, 4, 3	12	12
รายได้ปานกลาง	173	36	4, 5, 3	26	10
เศรษฐกิจต่ำ	211	31	4, 5, 3	17	14
เศรษฐกิจปานกลาง	147	29	4, 5, 3	12	17
กศ. พ่อแม่ต่ำ	269	30	4, 5, 3	17	13
กศ. พ่อแม่สูง	89	23	4, 3, 5	12	11
จบ กศ. ไม่นาน	205	29	5, 3, 4	17	12
จบ กศ. นาน	153	40	4, 5	32	8
ทำงาน ไม่นาน	189	32	5, 4, 3	17	15
ทำงานนาน	169	31	4, 5, 3	20	11

ตัวทำนาย 1 = ระดับการศึกษา 2 = ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา
3 = ผลการเรียนปีสุดท้าย 4 = ทักษะทางภาษาไทย
5 = ทิศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ 6 = ความนิยมด้านชีวิตและสุขภาพ
7 = ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพ
8 = ลักษณะมุ่งอนาคต

ผลการเรียนปัสสุดท้าย ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพและระดับการศึกษา

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ทำนายรวมของตัวทำนาย 8 ตัว กับเปอร์เซ็นต์ทำนายของตัวทำนายตัวแรก พบความแตกต่างในระดับยอมรับได้ ซึ่งนับตั้งแต่ 5 % ขึ้นไปในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยทั้งหมด 18 กลุ่ม โดยมีระดับความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ทำนายตั้งแต่ 5 % - 19 % ซึ่งแสดงว่า ตัวแปรการศึกษาและจิตลักษณะรวม 8 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษได้ดีกว่าตัวแปรใดตัวแปรหนึ่ง ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยทุกกลุ่ม

ส่วนความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ทำนายรวมเมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มย่อยที่แบ่งตามตัวแปรชนิดเดียวกัน พบความแตกต่างในระดับยอมรับได้ ซึ่งนับตั้งแต่ 5 % ใน 7 คู่คือในกลุ่มเพศชายและหญิง (แตกต่าง 26 %) กลุ่มทำงานในโรงพยาบาลและโรงงาน (แตกต่าง 11 %) กลุ่มรายได้ต่ำและสูง (แตกต่าง 12 %) กลุ่มจบการศึกษาไม่นานและนาน (แตกต่าง 18 %) กลุ่มโสดและสมรส (แตกต่าง 10 %) กลุ่มการศึกษาพ่อแม่ต่ำและสูง (แตกต่าง 7 %) กลุ่มอายุน้อยและมาก (แตกต่าง 5 %)

เมื่อใช้ตัวทำนายชุดเดิม เปรียบเทียบการทำนายของกลุ่มย่อยต่าง ๆ ที่แบ่งตามลักษณะชีวสังคมและภูมิหลัง คือในกลุ่มทำงานในอาชีพที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (กลุ่มโรงงาน) กับกลุ่มย่อยต่าง ๆ ในกลุ่มทำงานในอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (กลุ่มโรงพยาบาล) ผลปรากฏว่า (ตาราง 14) ตัวแปรด้านการศึกษาและจิตลักษณะรวม 8 ตัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษในกลุ่มย่อยต่าง ๆ ที่ทำงานในโรงงานได้ตั้งแต่ 33-64 % โดยทำนายได้ต่ำสุด 33 % ในกลุ่มรายได้ต่ำ และทำนายได้สูงสุด 64 % ในกลุ่มเพศหญิง ส่วนในกลุ่มย่อยต่าง ๆ ที่ทำงานในโรงพยาบาล ตัวแปรทั้ง 8 ตัว สามารถทำนายได้ตั้งแต่ 13-36 % โดยทำนายได้ต่ำสุด 13 % ในกลุ่มสมรส ทำนายได้สูงสุด 36 % ในกลุ่มโสด

ตัวทำนายสำคัญ ได้แก่ทักษะภาษาไทย ทักษะคิดต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ ผลการเรียนปัสสุดท้ายระดับการศึกษา ลักษณะ

ตาราง 14 เปรียบเทียบการดำเนินงานและลำดับความสำคัญของการศึกษาและตัวแปร
จิตลักษณะรวม 8 ตัวแปร ที่มีต่อพฤติกรรมการเลือกเรียนในกลุ่มย่อยต่าง ๆ ของกลุ่ม
อาชีพที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (กลุ่มโรงงาน) และกลุ่มอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (กลุ่มโรงพยาบาล)

กลุ่ม	กลุ่มโรงงาน			กลุ่มโรงพยาบาล			% ทำนาย แตกต่าง
	% ทำนาย รวม 8 ตัว	ตัวทำนาย สำคัญ	ค่าอาร์ของ ตัวทำนาย	% ทำนาย รวม 8 ตัว	ตัวทำนาย สำคัญ	ค่าอาร์ของ ตัวทำนาย	
กลุ่มรวม	40	4, 5, 3, 1	.50, .46, .40, .24	22	7, 3, 5, 4	.28, .23, .23, .22	18
เพศชาย	38	1, 5, 2	.47, .42, .45	18	8, 1	.26, -.23	20
เพศหญิง	64	4, 5	.68, .53	28	7, 5, 3, 4	.33, .29, .24, .25	36
อายุเฉลี่ย	35	5, 4	.69, .15	32	8, 3	.36, .34	3
อายุมาก	52	1, 3	.69, .15	18	7	.25	34
โสด	43	5, 4	.51, .43	36	3, 7, 5	.36, .36, .31	7
สมรส	38	1, 5	.55, .38	13	7	.23	25
รายได้ต่ำ	33	4, 5	.28, .39	20	7, 3	.30, .22	13
รายได้ปานกลาง	45	1, 5	.57, .52	23	4	.24	22
เศรษฐกิจต่ำ	38	4, 5	.51, .44	22	7, 3, 5	.32, .22, .28	16
เศรษฐกิจปานกลาง	47	1, 5, 3	.55, .49, .34	23	-	-	24
กศ. นอกเขต	40	4, 5	.48, .47	22	7, 5, 3	.31, .24, .21	18
กศ. นอกเมือง	38	1, 5	.41, .37	27	3, 4	.30, .28	11
จบศ. ไม่นาน	36	5, 2	.49, .32	29	3, 5	.35, .31	17
จบศ. นาน	46	4, 3	.61, .15	25	7, 4	.30, .29	21
ทำงาน ไม่นาน	42	5, 4	.50, .49	22	8, 3	.28, .25	20
ทำงาน นาน	43	1, 5	.54, .43	20	7, 3, 5	.29, .22, .23	13

ตัวทำนาย 1 = ระดับการศึกษา 2 = ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา 3 = ผลการเรียนปีสุดท้าย
4 = ทักษะทางภาษาไทย 5 = ทิศนคติต่อพฤติกรรมการสุขภาพ 6 = ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ
7 = ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 8 = ลักษณะมุ่งอนาคต

มุ่งอนาคตและลักษณะสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ทำนายนรวม ในกลุ่มย่อยต่าง ๆ ในกลุ่มที่ทำงานในโรงงานและโรงพยาบาล พบความแตกต่างในระดับยอมรับได้ คือ เท่ากับหรือมากกว่า 5 % ขึ้นไปในทุก ๆ กลุ่มย่อย ยกเว้นกลุ่มอายุน้อย โดยมีความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ทำนาย ตั้งแต่ 7 % ถึง 36 % ซึ่งแสดงว่าตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร และตัวแปรจิตลักษณะ 4 ตัวแปร รวมเป็น 8 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมหลักเลี้ยงการเสพสารที่เป็นโทษในกลุ่มย่อยต่าง ๆ ที่ทำงานในโรงงานได้มากกว่าในกลุ่มย่อยต่าง ๆ ที่ทำงานในโรงพยาบาล ในทุก ๆ กลุ่มย่อย ยกเว้นกลุ่มอายุน้อย

เมื่อใช้ตัวทำนายชุดสุดท้าย ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรการศึกษา 4 ตัว ตัวแปรจิตลักษณะ 4 ตัวและตัวแปรลักษณะชีวสังคมและภูมิหลัง 8 ตัว รวมทั้งสิ้น 16 ตัวแปร ทำนายพฤติกรรมหลักเลี้ยงการเสพสารที่เป็นโทษของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร ผลปรากฏว่า (ดูตาราง 15) ตัวแปรทั้ง 16 ตัวแปร สามารถทำนายพฤติกรรมหลักเลี้ยงการเสพสารที่เป็นโทษได้ 35 % ในกลุ่มรวม และสามารถทำนายได้สูงสุด 53 % ในกลุ่มเพศหญิง ทำนายได้ต่ำสุด 30 % ในกลุ่มเพศชาย

ตัวทำนายสำคัญคือ ทักษะทางภาษาไทย โดยทำนายได้สูงสุด 32 % ในกลุ่มเพศหญิง ทำนายได้ต่ำสุด 13 % ในกลุ่มเพศชาย ตัวทำนายสำคัญอันดับรองลงมาได้แก่ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผลการเรียนรู้ปีสุดท้าย ระดับเศรษฐกิจของครอบครัว การรับข่าวสารสุขภาพ ระยะเวลาทำงาน ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ ระยะเวลาที่สำเร็จการศึกษาถึงปัจจุบัน และระดับการศึกษาของปี

สรุป ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเป็นขั้นของพฤติกรรมหลักเลี้ยงการเสพสารที่เป็นโทษ โดยใช้ตัวทำนายชุดต่าง ๆ พบว่าตัวแปรด้านการศึกษา 4 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมหลักเลี้ยงการเสพสารที่เป็นโทษ ได้ตั้งแต่ 12-39 % ตัวแปรด้านจิตลักษณะ 4 ตัวแปร สามารถทำนายพฤติกรรมหลัก

ตาราง 15 เปอร์เซนต์การทำงาน และลำดับความสำคัญของตัวทำนายต่าง ๆ ที่มี
ต่อพฤติกรรมหลักเลี้ยงการเสกสารที่เป็นโทษ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

กลุ่ม	จำนวนคน	ตัวทำนายรวม 16 ตัวแปร		%ทำนาย	
		%ทำนาย	ตัวทำนายสำคัญ	ของตัวแรก	ค่าอาร์ของตัวทำนาย
		รวม			
กลุ่มรวม	358	35	4, 5, 3, 14	18	.43, .38, .21, .22
เพศชาย	186	30	4, 5, 14	13	.37, .31, .28
เพศหญิง	172	53	4, 5, 3, 15	32	.57, .44, .23, .12
โสด	189	41	5, 4, 3, 13	18	.43, .39, .32, .26
สมรส	169	36	4, 5, 14	22	.47, .32, .29
อาชีพ รน.	174	35	9, 14, 3, 7	10	.31, .30, .24, .28
อาชีพ รง.	184	46	4, 5, 3, 11, 15	25	.50, .46, .23, -.29, .01

ตัวทำนาย

1 = ระดับการศึกษา	2 = ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา
3 = ผลการเรียนปีสุดท้าย	4 = ทักษะทางภาษาไทย
5 = ทักษะติดต่อพฤติกรรมสุขภาพ	6 = ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ
7 = ความเชื่ออำนาจภายในภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ	8 = ลักษณะมุ่งอนาคต
9 = การรับข่าวสารสุขภาพ	10 = อายุ
11 = ระยะเวลาที่สำเร็จการศึกษา	12 = การศึกษาของบิดามารดา
13 = การศึกษาของพี่	14 = ระดับเศรษฐกิจของครอบครัว
15 = ระยะเวลาทำงาน	16 = ระดับรายได้ส่วนบุคคล

เลี้ยงการเสพสารที่เป็นโทษได้ตั้งแต่ 10-30 % ตัวแปรด้านการศึกษาและจิตลักษณะรวม 8 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการหลักเลี้ยงการเสพสารที่เป็นโทษได้ตั้งแต่ 22-50 % ตัวแปรด้านการศึกษา จิตลักษณะ และลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังรวม 16 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการหลักเลี้ยงการเสพสารที่เป็นโทษได้ตั้งแต่ 30-53 % นอกจากนั้นตัวทำนายด้านการศึกษา และจิตลักษณะทำนายพฤติกรรมการหลักเลี้ยงการเสพสารที่เป็นโทษในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่ทำงานในโรงงานได้มากกว่ากลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่ทำงานในโรงพยาบาล

สรุปผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการหลักเลี้ยงการเสพสารที่เป็นโทษในงานวิจัยนี้พบว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมการหลักเลี้ยงการเสพสารที่เป็นโทษมาก คือ ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย ผู้ที่มีอายุน้อย เป็นผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาล และเป็นผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลายและอายุมาก ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลายและทำงานในโรงงาน ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมและทำงานในโรงพยาบาล ผู้ที่มีอายุมากและทำงานในโรงพยาบาล และผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย อายุมาก ทำงานในโรงงาน และผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม อายุมาก และทำงานในโรงพยาบาล นอกจากนี้ผู้ที่มีพฤติกรรมการหลักเลี้ยงการเสพสารที่เป็นโทษมาก คือ ผู้ที่มีทักษะทางภาษาไทยสูง มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมาก มีลักษณะมุ่งอนาคตมาก และมีผลการเรียนปีสุดท้ายอยู่ในเกณฑ์ดี กลุ่มผู้ตอบที่มีพฤติกรรมการหลักเลี้ยงการเสพสารที่เป็นโทษมากโดยมีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาและจิตลักษณะของเขาเองมากที่สุด คือ กลุ่มเพศหญิง

การศึกษา และจิตลักษณะ กับพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล

พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ในงานวิจัยนี้มีความหมายเน้นไปในด้านปริมาณการปฏิบัติตน ในการรักษาอนามัยส่วนบุคคล เช่น การแปรงฟันหลังอาหาร การออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรง และป้องกัน

ร่างกายให้ปลอดภัยจากโรคภัยต่าง ๆ ซึ่งวัดโดยแบบวัดพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลแบบมาตราประเมินค่า 6 อันดับ จำนวน 17 ข้อ จากผลการวัดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมหลักเลี้ยงการเส้นสารที่เป็นโทษ เท่ากับ 62.67 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.49 ค่าฐานนิยม 62.00 ค่าคะแนนสูงสุด 95 ค่าคะแนนต่ำสุด 34) ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลมาก

ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลของพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลจะแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรก จะเป็นการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล โดยมีตัวแปรอิสระ 3 ตัว คือระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ส่วนที่สองจะเป็นการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณเป็นขั้น เพื่อหาตัวทำนายพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล โดยมีตัวแปรด้านการศึกษา ด้านจิตลักษณะและด้านลักษณะชีวิตสังคมและภูมิหลัง เป็นตัวทำนาย การนำเสนอจะเป็นไปตามลำดับดังต่อไปนี้

จากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ 3 ทางของคะแนนพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล โดยมีระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ เป็นตัวแปรอิสระ ผลปรากฏว่า คะแนนพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลของกลุ่มรวม แปรปรวนตามปฏิสัมพันธ์ของระดับการศึกษา อายุ และอาชีพในระดับที่เชื่อมั่นได้ (ดูตาราง 16) และเมื่อนำค่าเฉลี่ยไปเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ตามวิธีการของเชฟเฟ (Scheffe') พบความแตกต่างที่สำคัญ 2 กรณี คือ กรณีที่หนึ่งในหมู่ผู้ตอบที่อายุมากและทำงานในโรงงาน ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลายมีพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม กรณีที่สอง ในหมู่ผู้ตอบที่อายุมากและมีการศึกษาระดับมัธยมต้น ผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลมีพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลมากกว่าผู้ที่ทำงานในโรงงาน ในระดับที่เชื่อมั่นได้ทางสถิติ (ดูตาราง 31 ในภาคผนวก ข)

ต่อจากนั้นได้วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการรักษาอนามัย

ตาราง 16 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล
เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มรวม

แหล่งความแปรปรวน	ค่าดีเอฟ	ค่าเอ็มเอส	ค่าเอฟ
ระดับการศึกษา (ก)	2	372.28	2.94*
อายุ (ข)	1	1.54	< 1
อาชีพ (ค)	1	544.23	4.30*
ก X ข	2	252.62	1.99
ก X ค	2	348.25	2.75
ข X ค	1	97.60	< 1
ก X ข X ค	2	389.09	3.07*
ส่วนที่เหลือ	346	126.67	
รวม	357	132.04	

* มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ทำนายรวม 2.8 %

ส่วนบุคคล โดยใช้ตัวแปรอิสระชุดเดียวกันในผู้ปฏิบัติงานอีก 18 กลุ่มย่อย พบว่า
คะแนนพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลแปรปรวนตามปฏิสัมพันธ์ของระดับการศึกษา
อายุ และอาชีพ ในระดับที่เชื่อมั่นได้ เฉพาะกลุ่มเพศชาย (ดูตาราง 17) แต่เมื่อ
นำค่าเฉลี่ยของแต่ละกลุ่มไปเปรียบเทียบเป็นรายคู่ตามวิธีของเชฟเฟ ไม่พบความ
แตกต่างในระดับที่เชื่อมั่นได้

ในกลุ่มย่อยที่ไม่พบนัยสำคัญของความแปรปรวนตามปฏิสัมพันธ์ของ 3 ตัวแปร

ตาราง 17 ค่าเอฟของการวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการศึกษานามัยส่วนบุคคล เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มย่อยต่าง ๆ

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย	ค่าเฉลี่ย	การศึกษา	อายุ	อาชีพ	ปฏิสัมพันธ์ 2 ทาง			ปฏิสัมพันธ์ 3 ทาง			% การ
			(ก)	(ข)	(ค)	ก x ข	ก x ค	ข x ค	ก x ข x ค	ก x ค x ค	ข x ค	ทำนายรวม
เพศชาย	63.31	11.72	1.74	<1	<1	1.17	1.09	1.29	3.25*			2
เพศหญิง	61.99	11.23	1.38	<1	5.91	2.16	1.69	<1	<1			5
กศ. บ่อแม่ต้า	61.43	11.54	1.14	<1	4.36*	1.26	2.28	1.18	2.23			2
กศ. บ่อแม่สูง	66.42	10.53	1.02	<1	<1	<1	<1	<1	1.64			3
ผลการเรียนต่ำ	61.68	11.84	<1	<1	6.63*	1.96	1.98	<1	1.65			5
ผลการเรียนสูง	63.99	10.92	2.88	1.09	<1	<1	<1	<1	1.32			4
โสด	61.68	11.84	1.24	<1	<1	<1	<1	<1	<1			3
สมรส	63.99	10.91	4.78**	2.15	4.56*	3.71*	3.76*	<1	<1			7
เศรษฐกิจต่ำ	61.00	11.71	<1	5.12	9.57*	<1	<1	3.21	2.73			6
เศรษฐกิจปานกลาง	65.07	10.76	1.15	<1	<1	<1	<1	<1	<1			2
รายได้ต่ำ	61.09	11.46	<1	<1	5.94*	<1	<1	1.75	2.18			4
รายได้ปานกลาง	64.37	11.31	1.87	<1	1.50	2.72	2.67	<1	<1			3
จบ กศ. ไม่จบ	62.25	11.13	2.31	<1	<1	1.85	<1	<1	2.50			3
จบ กศ. จบ	63.24	11.98	5.33*	7.86*	3.35	<1	3.29*	<1	<1			11
ทำงานไม่จบ	63.07	11.32	<1	1.56	1.56	2.79	<1	3.04	<1			3
ทำงานจบ	62.23	11.70	2.81	<1	3.43	1.63	3.33	<1	1.05			5

** และ * มีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และ .05

ยังพบว่ามียุทธศาสตร์สำคัญจากปฏิสัมพันธ์ 2 ตัวแปร คือ ระดับการศึกษาและอายุ ในกลุ่มสมรส แต่เมื่อนำค่าเฉลี่ยไปเปรียบเทียบกับรายคู่ ไม่พบแตกต่างอย่างเชื่อมั่นได้ ส่วนปฏิสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและอาชีพ ในกลุ่มสมรส และกลุ่มจบการศึกษานาน พบว่า คะแนนพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล แปรปรวนตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองอย่างเชื่อมั่นได้ และเมื่อนำค่าเฉลี่ยไปหาความแตกต่างเป็นรายคู่ตามวิธีการของเซฟเฟ พบความแตกต่างเฉพาะในกลุ่มจบการศึกษานาน โดยในหมู่ผู้ตอบที่ทำงานในโรงงาน ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้นมีพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม (ดูตาราง 32 ในภาคผนวก ข)

เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานครกับตัวแปรระดับการศึกษาเพียงอย่างเดียว พบว่า คะแนนพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลแปรปรวนไปตามระดับการศึกษาของผู้ตอบอย่างเชื่อมั่นได้ในกลุ่มรวม กลุ่มสมรส และกลุ่มจบการศึกษานาน (ดูตาราง 16, 17) และเมื่อนำค่าเฉลี่ยไปหาความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของเซฟเฟ พบว่า ผู้มีการศึกษาระดับมัธยมปลายมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล สูงกว่าผู้มีการศึกษาระดับประถม ในกลุ่มรวม ผู้มีการศึกษาระดับมัธยมต้น มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลสูงกว่า ผู้มีการศึกษาระดับประถม ในกลุ่มจบการศึกษานาน และผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลายมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลสูงกว่า ผู้มีการศึกษาระดับมัธยมต้น และระดับประถม ในกลุ่มสมรส (ดูตาราง 33 ในภาคผนวก ข)

นอกจากนี้ยังพบว่า คะแนนพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานครแปรปรวนตามอายุ เฉพาะในกลุ่มจบการศึกษานาน โดยผู้ที่มีอายุน้อยมีพฤติกรรมรักษาอนามัยส่วนบุคคลมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก (ดูตาราง 34 ในภาคผนวก ข) และคะแนนพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลยังแปรปรวนตามอาชีพ เฉพาะในกลุ่มรวม กลุ่มเพศหญิง กลุ่มการศึกษาพ่อแม่ต่ำ กลุ่มผลการเรียนต่ำ กลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำ และกลุ่มรายได้ต่ำ โดยในกลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้ ผู้ที่

มีอาชีพทำงานในโรงพยาบาล จะมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลสูงกว่าผู้ที่มีอาชีพทำงานในโรงงาน

สรุป จากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลตามระดับการศึกษา อายุ อาชีพ ทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย 16 กลุ่ม ปรากฏว่า ผู้มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย มีพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลมากกว่าผู้มีการศึกษาระดับประถม ผลเช่นนั้นในกลุ่มรวม ส่วนในกลุ่มที่จบการศึกษามานานแล้ว ผู้มีการศึกษาระดับมัธยมต้นมีพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลมากกว่าผู้มีการศึกษาระดับประถม และในกลุ่มสมรส ผู้มีการศึกษาระดับมัธยมปลายมีพฤติกรรม การรักษาอนามัยส่วนบุคคลมากกว่าผู้มีการศึกษาระดับมัธยมต้น และระดับประถม ผู้มีอายุมากมีพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลมากกว่าผู้มีอายุน้อยเฉพาะในกลุ่มที่ จบการศึกษามานาน ส่วนผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลมีพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลมากกว่าผู้ที่ทำงานในโรงงาน พบเด่นชัดในกลุ่มเพศหญิงและกลุ่มที่มีฐานะต่ำ ตัวแปรระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ สามารถร่วมกันทำนายปริมาณความแปรปรวนของพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลได้ 2.8 % ในกลุ่มรวม และทำนายในกลุ่มย่อยได้ตั้งแต่ 2-11 %

ต่อมาได้นำคะแนนพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลมาวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณเป็นขั้นด้วยโปรแกรม SPSS* ในคอมพิวเตอร์ โดยใช้ตัวแปรเป็นตัวทำนาย 4 ชุดคือ ชุดที่ 1 เป็นตัวแปรด้านการศึกษา 4 ตัวแปร ชุดที่ 2 เป็นตัวแปรด้านจิตลักษณะ 4 ตัวแปร ชุดที่ 3 เป็นตัวแปรด้านการศึกษา และตัวแปรด้านจิตลักษณะรวม 8 ตัวแปร ชุดที่ 4 เป็นตัวแปรด้านการศึกษา จิตลักษณะและลักษณะชีวสังคมและภูมิหลัง รวม 16 ตัวแปร โดยจะกล่าวตามลำดับดังต่อไปนี้

ผลการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณเป็นขั้น เมื่อใช้ตัวทำนายชุดที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย ระดับการศึกษา ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ผลการเรียนปีสุดท้าย และทักษะทางภาษาไทย ผลปรากฏว่า (ดูตาราง 8) ตัวทำนายทั้ง 4 ตัว สามารถทำนายพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลในกลุ่มรวมได้ 5 % และทำนาย

ตาราง 18 เปอร์เซนต์การทำนายและลำดับความสำคัญของตัวทำนายต่าง ๆ ของ
ตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร ที่มีต่อพฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล ทั้งใน
กลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

กลุ่ม	จำนวน คน	ตัวทำนายรวม 4 ตัวแปร				ค่าอาร์ของ ตัวทำนาย
		ทำนาย รวม	ตัวทำนาย สำคัญ	ทำนาย ของตัวแรก	ทำนาย แตกต่าง	
กลุ่มรวม	358	5	1, 3	3	2	.17, .16
เพศชาย	186	5	1	3	2	.16
เพศหญิง	172	10	3, 4	6	4	.25, .18
อายุน้อย	192	6	3	4	2	.21
อายุมาก	166	8	1	7	1	.26
โสด	189	5	3	3	2	.17
สมรส	169	7	1	5	2	.23
อาชีพ รพ.	174	3	-	-	3	-
อาชีพ รง.	184	9	2, 3	5	4	.21, .22
รายได้ต่ำ	185	6	-	-	6	-
รายได้ปานกลาง	173	6	4	4	2	.19
เศรษฐกิจต่ำ	211	6	3	3	3	.18
เศรษฐกิจปานกลาง	147	8	4	5	3	.22
กศ. พ่อแม่ต่ำ	269	4	3	2	2	.18
กศ. พ่อแม่สูง	89	6	-	-	6	-
จบกศ. ไม่นาน	205	9	3, 1	5	4	.20, .14
จบกศ. นาน	153	6	1	5	1	.22
ทำงาน ไม่นาน	189	4	-	-	4	-
ทำงานนาน	169	8	1, 3	5	3	.22, .14

- ตัวทำนาย
- 1 = ระดับการศึกษา
 - 2 = ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา
 - 3 = ผลการเรียนปีสุดท้าย
 - 4 = ทักษะทางภาษาไทย

ตาราง 19 เปอร์เซนต์การทำงานและลำดับความสำคัญของตัวทำนายต่าง ๆ ของ
ตัวแปรจิตลักษณะ 4 ตัวแปร ที่มีต่อพฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล ทั้งในกลุ่ม
รวมและกลุ่มย่อย

กลุ่ม	จำนวน คน	ตัวทำนายรวม 4 ตัวแปร				ค่าอาร์ของ ตัวทำนาย
		%ทำนาย รวม	ตัวทำนาย สำคัญ	%ทำนาย ของตัวแรก	%ทำนาย แตกต่าง	
กลุ่มรวม	358	20	5,7,8	13	7	.36, .32, .07
เพศชาย	186	22	5,8,7	17	5	.39, .02, .27
เพศหญิง	172	21	7,5	14	7	.37, .33
อายุน้อย	192	20	5,8,7	12	8	.33, -.02, .25
อายุมาก	166	23	5,7	15	8	.38, .38
โสด	189	19	5,7,8	9	10	.28, .29, -.01
สมรส	169	24	5,7	19	5	.43, .34
อาชีพ รพ.	174	17	5,7	11	6	.33, .27
อาชีพ รง.	184	22	5,7,8	14	8	.35, .32, .07
รายได้ต่ำ	185	17	5,8,7	9	8	.29, -.12, .19
รายได้ปานกลาง	173	27	5,7	19	8	.41, .40
เศรษฐกิจต่ำ	211	20	5,8,7	10	10	.32, -.05, .25
เศรษฐกิจปานกลาง	147	25	5,6	18	7	.39, .18
กศ. พ่อแม่ต่ำ	269	20	5,7,8	12	8	.34, .31, .04
กศ. พ่อแม่สูง	89	12	5	11	1	.32
จบกศ. ไม่นาน	205	24	5,7,8	13	11	.34, .30, -.02
จบกศ. นาน	153	23	5,7	16	7	.40, .33
ทำงานไม่นาน	189	17	5,8,6	9	8	.28, -.06, -.05
ทำงานนาน	169	32	7,5	21	11	.46, .42

ตัวทำนาย	5	=	ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ
	6	=	ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ
	7	=	ความถี่ออกกำลังกายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ
	8	=	ลักษณะมุ่งอนาคต

ความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์การทำนายรวมกับเปอร์เซ็นต์การทำนายของ
ตัวทำนายตัวแรกที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ คือ เท่ากับหรือมากกว่า 5 % ขึ้นไป พบ
ในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อยทุกกลุ่ม ยกเว้นกลุ่มการศึกษาพ่อแม่สูง ซึ่งแสดงว่าตัวแปร
จิตลักษณะ 4 ตัวแปร ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลได้มากกว่า
ตัวแปรจิตลักษณะตัวใดตัวหนึ่ง ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 17 กลุ่ม

ส่วนความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ทำนายรวม เมื่อเปรียบเทียบเฉพาะใน
กลุ่มย่อยที่แบ่งตามตัวแปรชนิดเดียวกันที่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ซึ่งนับตั้งแต่ 5 % ขึ้น
ไปเช่นกัน พบใน 6 คู่ คือ ในกลุ่มทำงานไม่นานและนาน (แตกต่าง 15 %) กลุ่ม
รายได้ต่ำและปานกลาง (แตกต่าง 10 %) กลุ่มการศึกษาพ่อแม่ต่ำและสูง (แตก
ต่าง 8 %) กลุ่มโสดและสมรส (แตกต่าง 5 %) กลุ่มอาชีพโรงพยาบาลและโรง
งานอื่น (แตกต่าง 5 %) และกลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำและปานกลาง (แตกต่าง 5 %)

การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณเป็นชั้น เมื่อใช้ตัวทำนายชุดที่ 3 ซึ่ง
ประกอบด้วยตัวแปรการศึกษา 4 ตัว และตัวแปรจิตลักษณะ 4 ตัวรวมเป็น 8 ตัวแปร
(ตาราง 20) ตัวทำนายทั้ง 8 ตัวแปรสามารถทำนายพฤติกรรม
ส่วนบุคคลในกลุ่มรวมได้ 22 % ทำนายได้ตั้งแต่ 17-35 % ใน
กลุ่มย่อยได้สูงสุด 35 % ในกลุ่มทำงานนาน ทำนายได้ต่ำสุด 17 %

ตัวทำนายอันดับแรกที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล
คือ สุขภาพ ซึ่งสามารถทำนายได้สูงสุด 19 % ในกลุ่มรวม และสุขภาพในตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งสามารถทำนายได้
ส่วนตัวทำนายสำคัญอันดับรอง ๆ ลงมาได้แก่ ค่าเทอม ค่าเทอมด้านชีวิตและสุขภาพ ระดับการศึกษา

เมื่อเปรียบเทียบการทำนายรวม กับเปอร์เซ็นต์
ตัวทำนายตัวแรกที่ทำนายแตกต่างอยู่ในระดับที่ยอมรับ

ตาราง 20 เปอร์เซนต์การทำงานและลำดับความสำคัญของตัวทำนายต่าง ๆ ของ
ตัวแปรการศึกษา และตัวแปรจิตลักษณะรวม 8 ตัวแปร ที่มีต่อพฤติกรรมการรักษา
อนามัยส่วนบุคคล ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

กลุ่ม	จำนวน คน	ตัวทำนายรวม 8 ตัวแปร			
		%ทำนาย	ตัวทำนาย สำคัญ	%ทำนาย ของตัวแรก	%ทำนาย แตกต่าง
กลุ่มรวม	358	22	5, 7, 8	13	9
เพศชาย	186	25	5, 8, 7	17	8
เพศหญิง	172	26	7, 5, 3	15	11
อายุน้อย	192	23	5, 8, 7	13	10
อายุมาก	166	26	5, 7	15	11
โสด	189	21	5, 7, 8	9	12
สมรส	169	27	5, 7	19	8
อาชีพ รพ.	174	20	5, 7	11	9
อาชีพ รง.	184	25	5, 7, 8	14	11
รายได้ต่ำ	185	21	5, 8, 7	9	12
รายได้ปานกลาง	173	28	5, 7	19	9
เศรษฐกิจต่ำ	211	23	5, 8, 7	10	13
เศรษฐกิจปานกลาง	147	27	5, 7	18	9
กศ. พ่อแม่ต่ำ	269	22	5, 7, 8	13	9
กศ. พ่อแม่สูง	89	17	5	11	6
จบ กศ. ไม่นาน	205	29	5, 7, 8, 6, 3, 1	13	16
จบ กศ. นาน	153	25	5, 7	16	9
ทำงานไม่นาน	189	19	5, 8, 6, 7	9	10
ทำงานนาน	169	35	7, 5, 4	21	14

ตัวทำนาย 1 = ระดับการศึกษา 2 = ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา
3 = ผลการเรียนสุดท้าย 4 = ทักษะทางภาษาไทย
5 = ทักษะคิดต่อพฤติกรรมสุขภาพ 6 = ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ
7 = ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพ
8 = ลักษณะมุ่งอนาคต

รับได้ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยทุกกลุ่ม (เปอร์เซ็นต์การทํานายแตกต่างอยู่ในระดับ 6-16 %) ซึ่งแสดงว่าตัวแปรกลุ่มการศึกษา และตัวแปรกลุ่มจิตลักษณะ สามารถร่วมกันทํานายพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลได้ดีกว่าตัวแปรตัวใดตัวหนึ่ง

ส่วนความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์การทํานายรวมเมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มย่อยที่จำแนกประเภทตามตัวแปรเดียวกัน พบความแตกต่างในระดับยอมรับได้ ซึ่งนับตั้งแต่ 5 % ขึ้นไปใน 5 คู่ คือ กลุ่มทำงานไม่นานและนาน (แตกต่าง 16 %) กลุ่มรายได้ต่ำและปานกลาง (แตกต่าง 7 %) กลุ่มโสดและสมรส (แตกต่าง 6 %) กลุ่มอาชีพโรงพยาบาลและโรงงาน (แตกต่าง 5 %) และกลุ่มการศึกษาพ่อแม่ต่ำและสูง (แตกต่าง 5 %)

ต่อมาเมื่อใช้ตัวทำนายชุดเดิมทํานายพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลในกลุ่มย่อยต่าง ๆ ที่แบ่งตามลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังในกลุ่มทำงานในโรงงาน และกลุ่มที่ทำงานในโรงพยาบาล ผลปรากฏว่า (ดูตาราง 21) ตัวทำนาย 8 ตัวนี้สามารถทํานายพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลในกลุ่มย่อยต่าง ๆ ของผู้ที่ทำงานในโรงงานได้ตั้งแต่ 19-39 % โดยทำนายได้สูงสุด 39 % ในกลุ่มจบการศึกษาไม่นาน และทำนายได้ต่ำสุด 19 % ในกลุ่มรายได้ต่ำ ส่วนผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลตัวทำนายทั้ง 8 ตัวนี้ สามารถทํานายพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลได้ตั้งแต่ 20-46 % โดยทำนายได้สูงสุด 46 % ในกลุ่มทำงานนาน ทำนายได้ต่ำสุด 20 % ในกลุ่มเพศชาย กลุ่มโสด และกลุ่มทำงานไม่นาน

ตัวทำนายสำคัญ คือ ทศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ ลักษณะมุงอนาคต ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ ผลการเรียนรู้สัปดาห์ ทักษะทางภาษาไทย ระดับการศึกษา และลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา

ความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์การทํานายรวมเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มย่อยต่าง ๆ ที่ทำงานในโรงงานและโรงพยาบาล พบความแตกต่างในระดับยอมรับได้ซึ่งนับตั้งแต่ 5 % ขึ้นไป ในกลุ่มรวม กลุ่มอายุมาก กลุ่มสมรส กลุ่มการศึกษาพ่อแม่สูง

จัดกิจกรรมรวม 8 ตัวแปร ที่สอดคล้องกับกิจกรรมการรักษานามีส่วบุคคล ในกลุ่มย่อยต่าง ๆ ของกลุ่มอาชีพที่ไม่
เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (กลุ่มโรงงาน) และกลุ่มอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (กลุ่มโรงพยาบาล)

กลุ่ม	กลุ่มโรงงาน			กลุ่มโรงพยาบาล			% ทำนายน แตกต่าง
	% ทำนายน รวม 8 ตัว	ตัวทำนายน สำคัญ	ค่าอาร์ของ ตัวทำนายน	% ทำนายน รวม 8 ตัว	ตัวทำนายน สำคัญ	ค่าอาร์ของ ตัวทำนายน	
กลุ่มรวม	25	5, 7, 8	.35, .32, .07	20	5, 7	.33, .27	5
เพศชาย	31	5, 8, 7	.41, .35, .34	20	5	.36	11
เพศหญิง	28	5, 3, 6	.32, .34, -.11	28	7, 5	.38, .32	0
อายุเฉลี่ย	27	7, 5, 3, 4	.34, .29, .28, -.00	25	5, 8	.39, -.08	2
อายุมาก	32	5, 2	.43, .36	27	7, 5	.41, .29	5
โสด	24	5, 7, 4	.31, .34, -.01	20	5, 8	.24, -.16	4
สมรส	35	5, 2, 8	.41, .30, .06	28	5, 7	.43, .35	7
รายได้ต่ำ	19	3	.28	24	5, 8, 1	.32, -.15, .15	-5
รายได้ปานกลาง	32	5, 6, 7	.44, .01, .36	35	7, 5	.44, .35	-3
เศรษฐกิจต่ำ	27	7, 3, 5, 8	.31, .32, .30, -.05	24	5, 8, 1	.31, -.14, .23	3
เศรษฐกิจปานกลาง	33	5, 2	.41, .23	42	7, 5	.50, .38	-8
เขต. นอกเขต	25	5, 7, 8	.35, .32, .06	21	5, 7	.31, .27	4
เขต. นอกเขต	29	6, 5	-.35, .32	21	5	.33	8
เขต. นอกเขต	39	5, 8	.28, .03	26	7, 5, 6, 3	.21, .42, .02, .12	13
เขต. นอกเขต	23	7, 5	.29, .48	39	5, 2, 8	.28, .06, .19	-16
ทำงานไม่แน่นอน	24	5, 7, 8	.28, .31, .02	20	5, 8	.26, -.21	4
ทำงานแน่นอน	32	5, 7	.43, .35	46	7, 5, 6	.52, .39, .29	-14

1 = ระดับการศึกษา
2 = ลักษณะของสภาพการศึกษา
3 = ผลการเรียนรู้

4 = ทักษะทางภาษาไทย
5 = ทักษะติดต่อพฤติกรรมสุขภาพ
6 = ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ

7 = ความเข้าใจจากภาพใน-ภายนอกที่เกี่ยวกับสภาพ

กลุ่มจบการศึกษาไม่นาน โดยในกลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้ ตัวทำนายทั้ง 8 ตัว สามารถทำนายพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลในผู้ที่ทำงานในโรงงานได้มากกว่าในผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาล ส่วนในกลุ่มรายได้ต่ำ กลุ่มระดับเศรษฐกิจปานกลาง กลุ่มจบการศึกษานาน และกลุ่มทำงานนาน พบว่าตัวทำนายทั้ง 8 ตัว สามารถทำนายพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลในผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาล ได้มากกว่าผู้ที่ทำงานในโรงงาน

เมื่อใช้ตัวทำนายชุดสุดท้าย ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรด้านการศึกษา ด้านจิตลักษณะ และด้านลักษณะชีวสังคมและภูมิหลัง รวมทั้งสิ้น 16 ตัวแปรทำนายพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร ผลปรากฏว่า (ดูตาราง 22) ตัวทำนายทั้งหมดสามารถทำนายพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลในกลุ่มรวมได้ 33 % ทำนายได้ตั้งแต่ 31-41 % ในกลุ่มย่อย โดยทำนายได้ต่ำสุด 31 % ในกลุ่มอาชีพโรงพยาบาล ทำนายได้สูงสุด 41 % ในกลุ่มอาชีพโรงงาน

ตัวทำนายสำคัญ ได้แก่ การรับข่าวสารสุขภาพ ทศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ ลักษณะมุ่งอนาคต ผลการเรียนรู้ที่สุดท้าย ระดับเศรษฐกิจของครอบครัว การศึกษาของบิดามารดา รายได้ส่วนบุคคล และระยะเวลาที่สำเร็จการศึกษา

สรุป ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเป็นขั้นของพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล โดยใช้ตัวทำนายชุดต่าง ๆ พบว่า ตัวแปรด้านการศึกษา 4 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลได้ตั้งแต่ 3-10 % ตัวแปรด้านจิตลักษณะ 4 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลได้ตั้งแต่ 12-32 % ตัวแปรด้านการศึกษาและจิตลักษณะรวม 8 ตัวแปร สามารถทำนายพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลได้ตั้งแต่ 17-35 % ตัวแปรด้านการศึกษา จิตลักษณะ และลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังรวม 16 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลได้ตั้งแต่ 31-41 % นอกจากนี้ ตัวทำนายด้านการศึกษา และจิตลักษณะ ยังทำนายพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล

ตาราง 22 เปอร์เซนต์การทำงาน และลำดับความสำคัญของตัวทำนายต่าง ๆ ที่มี
ต่อพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

ตัวทำนายรวม 16 ตัวแปร					
กลุ่ม	จำนวนคน	%ทำนาย รวม	ตัวทำนายสำคัญ	%ทำนาย ของตัวแรก	ค่าอาร์ของตัวทำนาย
กลุ่มรวม	358	33	9,7,5,8,14,3	14	.37,.32,.36,.07,.17, .16
เพศชาย	186	36	5,9,7,8,14	17	.41,.37,.27,.02,.15
เพศหญิง	172	38	9,7,5,3	16	.41,.38,.34,.35
โสด	189	33	9,7,5,8	12	.34,.29,.30,-.01
สมรส	169	38	5,9,7,16	19	.44,.41,.35,.16
อาชีพ ร.พ	174	31	9,7,5	13	.37,.28,.34
อาชีพ รง.	184	41	5,9,7,12,8,14,6	14	.37,.37,.33,.23,.08, .26,-.02

ตัวทำนาย

1 = ระดับการศึกษา	2 = ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา
3 = ผลการเรียนปีสุดท้าย	4 = ทักษะทางภาษาไทย
5 = ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ	6 = ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ
7 = ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ	8 = ลักษณะมุ่งอนาคต
9 = การรับข่าวสารสุขภาพ	10 = อายุ
11 = ระยะเวลาที่สำเร็จการศึกษา	12 = การศึกษาของบิดามารดา
13 = การศึกษาของพี่	14 = ระดับเศรษฐกิจของครอบครัว
15 = ระยะเวลาทำงาน	16 = ระดับรายได้ส่วนบุคคล

ในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่ทำงานในโรงงานได้มากกว่ากลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่ทำงานในโรงพยาบาล

สรุปผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ในงานวิจัยนี้ พบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลมาก คือ ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย ผู้ที่มีอายุน้อย และผู้ที่ทำงานโรงพยาบาล เป็นผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย อายุมาก และทำงานในโรงงาน กับผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้น อายุมาก และทำงานในโรงพยาบาล นอกจากนี้ผู้ที่มีพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลมาก คือ ผู้ที่มีผลการเรียนดี มีระดับการศึกษาสูง มีทัศนคติที่ต่อต้านพฤติกรรมสุขภาพ มีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพมาก มีลักษณะมุ่งอนาคตมาก กลุ่มผู้ตอบที่มีพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล โดยมีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาและจิตลักษณะของเขาเองมากที่สุดคือกลุ่มทำงานนาน

การศึกษาและจิตลักษณะกับพฤติกรรมสุขภาพ : พิจารณาในเชิงสหสัมพันธ์คาโนนิคอล

เพื่อให้มองเห็นภาพรวมของการแปรผันร่วมกันระหว่างตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร ตัวแปรจิตลักษณะ 4 ตัวแปร และตัวแปรการศึกษากับจิตลักษณะรวมกัน 8 ตัวแปร กับตัวแปรตามทั้งคู่ชุด รายงานส่วนนี้จึงเป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบคาโนนิคอลระหว่างตัวแปรอิสระชุดที่ 1 กับตัวแปรตามทั้งคู่ชุด ตัวแปรอิสระชุดที่ 2 กับตัวแปรตามทั้งคู่ชุด และตัวแปรอิสระชุดที่ 3 กับตัวแปรตามทั้งคู่ชุด โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

จากผลการวิเคราะห์ในกลุ่มรวม (ดูตาราง 23) ปรากฏว่าค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคอลระหว่างตัวแปรกลุ่มการศึกษากับพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าเท่ากับ .47 ค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคอลระหว่างตัวแปรกลุ่มจิตลักษณะกับพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ .58 และค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคอลระหว่างกลุ่มตัวแปรการศึกษา และจิตลักษณะกับพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ .64

ตาราง 23 ค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคอลล 1,2,3 ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

กลุ่ม	จำนวน คน	ค่าสหสัมพันธ์ คาโนนิคอลล(1)	ค่าสหสัมพันธ์ คาโนนิคอลล(2)	ค่าสหสัมพันธ์ คาโนนิคอลล(3)
กลุ่มรวม	358	.47	.58	.64
เพศชาย	186	.39	.53	.56
เพศหญิง	172	.63	.65	.74
อายุน้อย	192	.48	.59	.66
อายุมาก	166	.52	.60	.67
โสด	189	.51	.61	.69
สมรส	169	.49	.57	.62
อาชีพ รพ.	174	.34	.52	.55
อาชีพ รง.	184	.60	.61	.71
รายได้ต่ำ	185	.40	.49	.55
รายได้ปานกลาง	173	.56	.67	.71
เศรษฐกิจต่ำ	211	.46	.56	.61
เศรษฐกิจปานกลาง	147	.49	.61	.67
กศ. พ่อแม่ต่ำ	269	.46	.58	.63
กศ. พ่อแม่สูง	89	.42	.50	.55
จบกศ. ไม่นาน	205	.46	.61	.68
จบกศ. นาน	153	.58	.60	.67
ทำงาน ไม่นาน	189	.47	.56	.63
ทำงานนาน	169	.49	.64	.68

(1) = ค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคอลลระหว่างตัวแปรการศึกษา 4 ด้าน กับ พฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน

(2) = ค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคอลลระหว่างตัวแปรจิตลักษณะ 4 ด้าน กับ พฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน

(3) = ค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคอลลระหว่างตัวแปรการศึกษา 4 ด้าน และ ตัวแปรจิตลักษณะ 4 ด้าน กับพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน

เมื่อพิจารณาค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคอลในกลุ่มย่อยพบว่า ตัวแปรกลุ่มการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเพศหญิงสูงสุดคือ .63 รองลงมาคือกลุ่ม อาชีพโรงงาน ซึ่งมีค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคอลเท่ากับ .60 สัมพันธ์กันต่ำที่สุดในกลุ่ม อาชีพโรงพยาบาล ซึ่งมีค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคอลเท่ากับ .34 ส่วนตัวแปรกลุ่ม จิตลักษณะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มรายได้ปานกลางสูงสุดคือ .67 รองลงมาคือกลุ่มเพศหญิงซึ่งมีค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคอลเท่ากับ .65 สัมพันธ์กันต่ำที่สุดใน กลุ่มรายได้ต่ำ ซึ่งมีค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคอลเท่ากับ .49 สำหรับค่าสหสัมพันธ์คา- โนนีคอลระหว่างตัวแปรกลุ่มการศึกษา และกลุ่มจิตลักษณะกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคอลสูงสุดในกลุ่มเพศหญิง ซึ่งเท่ากับ .74 รองลงมาคือกลุ่ม อาชีพโรงงาน และกลุ่มรายได้ปานกลาง ซึ่งมีค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคอลเท่ากับ .71 ค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคอลต่ำสุดในกลุ่มรายได้ต่ำ และกลุ่มการศึกษาพ่อแม่สูง ซึ่งเท่า กับ .55 และกลุ่มเพศชาย ซึ่งค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคอลเท่ากับ .56 .

เนื่องจากค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคอลของทุกกลุ่มมีค่าเป็นบวก จึงกล่าวได้ว่า เมื่อผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร มีคะแนนด้านการศึกษาสูง ด้านจิตลักษณะสูง จะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงตามไปด้วย และการแปรผันกันนี้จะพบมากในกลุ่มเพศ หญิง กลุ่มรายได้ปานกลาง และกลุ่มอาชีพโรงงาน

การศึกษากับจิตลักษณะ 4 ด้าน

ในตอนนี้จะเป็นการรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการศึกษากับจิตลักษณะต่าง ๆ 4 ด้าน คือ ทศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ และ ลักษณะมุ่งอนาคต การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล จะแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรก จะเป็นการวิเคราะห์ความแปรปรวน โดยมีตัวแปรอิสระ 3 ตัว คือ ระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ส่วนที่สองจะเป็นการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณเช่นกัน โดยมีตัว

แปรด้านการศึกษา 4 ตัวแปร เป็นตัวทำนาย

การศึกษากับทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ในงานวิจัยนี้มีความหมายเน้นในด้านการมองเห็นประโยชน์มากโทษน้อยของการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ความพอใจในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ และความมุ่งกระทำพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งวัดโดยแบบวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพแบบมาตราประเมินค่า 6 อันดับ จำนวน 20 ข้อ จากผลการวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 86.29 (ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.24 ค่าฐานนิยม 85.00 ค่าคะแนนสูงสุด 116 ค่าคะแนนต่ำสุด 57) ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงแสดงว่าเป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพมาก

คะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและอายุ กับปฏิสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและอาชีพ ในปริมาณที่ยอมรับได้ (ดูตาราง 24) เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อจำแนกเป็น 6 กลุ่ม ตามระดับของตัวแปรอิสระทั้งสองตัวพร้อมกัน ผลปรากฏว่า ในหมู่ผู้ตอบที่มีอายุมาก ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย เป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม อย่างเชื่อมั่นได้ (ค่าเฉลี่ย 87.43 และ 81.00 ตามลำดับ) (ดูตาราง 35 ในภาคผนวก ข)

นอกจากนี้ยังพบว่าในหมู่ผู้ตอบที่ทำงานในโรงงาน ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย เป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพมากกว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม อย่างเชื่อมั่นได้ (ค่าเฉลี่ย 88.65 และ 81.70 ตามลำดับ) (ดูตาราง 36 ในภาคผนวก ข)

เมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับการศึกษาและอายุ ในกลุ่มย่อย

ตาราง 24 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ
เมื่อพิจารณาตาม ระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มรวม

แหล่งความแปรปรวน	ค่าดีเอฟ	ค่าเอ็มเอส	ค่าเอฟ
ระดับการศึกษา (ก)	2	487.26	5.04**
อายุ (ข)	1	806.69	8.34**
อาชีพ (ค)	1	540.26	5.59*
ก X ข	2	421.79	4.36**
ก X ค	2	534.32	5.53**
ข X ค	1	144.21	1.49
ก X ข X ค	2	10.16	< 1
ส่วนที่เหลือ	345	96.69	
รวม	356	104.93	

** และ * มีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และ .05

ทำนายรวม 5.8 %

(ดูตาราง 25) พบว่า คะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพแปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองในระดับที่ยอมรับได้เฉพาะใน 4 กลุ่ม คือ กลุ่มเพศหญิง กลุ่มการศึกษาพ่อแม่ต่ำ กลุ่มผลการเรียนต่ำ และกลุ่มสมรส เท่านั้น และเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ ผลปรากฏว่ามีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในระดับที่ยอมรับได้เฉพาะใน 3 กลุ่ม (ยกเว้นกลุ่มผลการเรียนต่ำ) โดยในกลุ่มเพศหญิง ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม อายุมาก มีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ

ตาราง 25 ค่าเฉลี่ยของภาวะวิเคราะห์ความแปรปรวนของทัศนคติต่อพฤติกรรมการรบกวนสภาพ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มย่อยต่าง ๆ

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย	ค่าเฉลี่ย	การศึกษา	อายุ	อาชีพ	ปฏิสัมพันธ์ 2 ทาง			ปฏิสัมพันธ์ 3 ทาง			% การ
						(ก)	(ข)	(ค)	ก x ข	ก x ค	ข x ค	
เพศชาย	85.02	9.99	1.67	-	1.75	<1	<1	3.61	<1	<1	<1	3
เพศหญิง	87.68	10.37	4.58*	17.87***	5.94*	9.17***	3.20*	3.77	1.33			14
กศ. พ่อแม่ต่ำ	85.51	10.28	4.36*	3.81*	2.65	5.75**	4.23*	2.26	<1			5
กศ. พ่อแม่สูง	88.64	9.82	<1	4.48*	2.47	1.48	3.78	<1	<1			8
ผลการเรียนต่ำ	86.04	10.21	3.75*	2.06	8.58**	3.23*	5.01**	1.59	<1			8
ผลการเรียนสูง	86.63	10.31	1.56	8.24*	<1	1.56	1.02	<1	<1			7
โสด	86.81	10.46	1.44	<1	<1	1.25	3.43*	<1	1.03			2
สมรส	85.71	10.00	6.37**	14.12***	9.85**	3.55*	1.71	1.63	2.62			15
เศรษฐกิจต่ำ	85.71	10.18	1.75	11.31***	7.58**	1.21	2.51	2.56	1.02			8
เศรษฐกิจปานกลาง	86.89	10.34	9.38***	2.00	2.74	1.33	1.55	-	<1			13
รายได้ต่ำ	86.10	9.55	<1	3.25	4.21*	1.31	<1	1.16	<1			4
รายได้ปานกลาง	86.49	10.97	13.66***	6.05*	5.77*	<1	2.07	<1	<1			19
จบ กศ. ไม่จบ	87.82	9.96	<1	<1	<1	<1	2.24	<1	<1			1
จบ กศ. จบ	84.25	10.29	7.72**	6.95**	7.06**	<1	2.02	-	<1			14
ทำงานไม่จบ	86.97	9.71	<1	<1	<1	2.44	2.65	1.08	<1			1
ทำงานจบ	85.53	10.79	7.73***	9.49**	7.92**	2.92	2.45	<1	<1			15

***, **, และ * มีนัยสำคัญที่ระดับ .001, .01 และ .05 ตามลำดับ

ต่อพฤติกรรมสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มอื่น ๆ ทุกกลุ่มในระดับที่ยอมรับได้ และที่สำคัญคือน้อยกว่า กลุ่มประถม อายุน้อย กลุ่มมัธยมปลาย และมัธยมต้น อายุมาก (ดูตาราง 37 ในภาคผนวก ข) ในกลุ่มการศึกษาพ่อแม่ต่ำ ในหมู่ผู้ตอบที่มีอายุมาก ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม (ดูตาราง 38 ในภาคผนวก ข) ส่วนในกลุ่มสมรสในหมู่ผู้ตอบที่มีอายุมาก ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม และในหมู่ผู้ตอบที่มีการศึกษาระดับประถม ผู้ที่มีอายุน้อย มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก (ดูตาราง 37 ในภาคผนวก ข)

เมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับการศึกษา และอาชีพ ในกลุ่มย่อย (ดูตาราง 25) ผลปรากฏว่า คะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพแปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองในระดับที่ยอมรับได้เฉพาะในกลุ่มเพศหญิง กลุ่มการศึกษาพ่อแม่ต่ำ กลุ่มผลการเรียนต่ำ และกลุ่มโสด แต่เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ ผลปรากฏว่า มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในระดับที่ยอมรับได้ เฉพาะในกลุ่มการศึกษาพ่อแม่ต่ำ และในกลุ่มผลการเรียนต่ำเท่านั้น โดยผู้ตอบที่ทำงานในโรงงาน ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย มีคะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม (ดูตาราง 39 ในภาคผนวก ข)

ต่อมาเมื่อพิจารณาจากการทดสอบหลัก (Main effect) พบว่า คะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพแปรปรวนตามระดับการศึกษาอย่างเชื่อมั่นได้ ในกลุ่มรวม (ดูตาราง 24) และใน 8 กลุ่มย่อย คือในกลุ่มเพศหญิง กลุ่มการศึกษาพ่อแม่ต่ำ กลุ่มผลการเรียนต่ำ กลุ่มสมรส กลุ่มระดับเศรษฐกิจสูง กลุ่มรายได้สูง กลุ่มจบการศึกษานาน และกลุ่มทำงานนาน (ดูตาราง 25) และเมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ตามวิธีการของเชฟเฟ ผลปรากฏว่า มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในระดับที่ยอมรับได้ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 8 กลุ่มดังกล่าว โดยผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย มีคะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษา

ระดับประถมในทุกกลุ่ม และนอกจากนั้นเฉพาะในกลุ่มเพศหญิง กลุ่มรายได้ปานกลาง และกลุ่มจบการศึกษานาน ยังพบว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้นมีคะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมอีกด้วย (ดูตาราง 40, 41, และ 42 ในภาคผนวก ข)

นอกจากนี้ ยังพบว่าคะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพยังแปรปรวนไปตามตัวแปรอายุ ในกลุ่มรวม (ดูตาราง 24) และกลุ่มย่อย 9 กลุ่ม คือกลุ่มเพศหญิง กลุ่มการศึกษานอแม่มต่ำ กลุ่มการศึกษานอแม่มสูง กลุ่มผลการเรียนสูง กลุ่มสมรส กลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำ กลุ่มรายได้สูง กลุ่มจบการศึกษานาน และกลุ่มทำงานนาน (ดูตาราง 25) โดยผู้ที่มีอายุน้อย จะมีคะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่า ผู้ที่มีอายุมาก (ดูตาราง 43 ในภาคผนวก ข)

คะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ แปรปรวนตามตัวแปรอาชีพ ในระดับที่ยอมรับได้ ในกลุ่มรวม (ดูตาราง 24) และกลุ่มย่อย 8 กลุ่มคือ กลุ่มเพศหญิง กลุ่มผลการเรียนต่ำ กลุ่มสมรส กลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำ กลุ่มรายได้ต่ำ กลุ่มรายได้ปานกลาง กลุ่มจบการศึกษานาน กลุ่มทำงานนาน (ดูตาราง 25) โดยพบว่า ผู้ที่มีอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยทำงานในโรงพยาบาล มีคะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่า ผู้ที่มีอาชีพไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยทำงานในโรงงาน (ดูตาราง 43 ในภาคผนวก ข)

สรุป ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ตามระดับการศึกษา อายุ อาชีพ ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 16 กลุ่ม ปรากฏว่า ผู้มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าผู้มีการศึกษาระดับประถม ผลเช่นนั้นพบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 5 กลุ่ม ส่วนอีก 3 กลุ่มย่อย พบว่าผู้มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย และระดับมัธยมต้น มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าผู้มีการศึกษาระดับประถม ผู้ที่มีอายุน้อยมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก ผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าผู้ทำงานในโรงงาน ตัวแปรการศึกษา อายุ และอาชีพ ร่วมกันทำนายปริมาณความ

แปรปรวนของคะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพได้ 5.8 % ในกลุ่มรวม และทำนายในกลุ่มย่อยได้ตั้งแต่ 1-15 %

เมื่อนำคะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพมาวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณเป็นขั้นด้วยโปรแกรม SPSS[®] ในคอมพิวเตอร์ โดยมีตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร ซึ่งได้แก่ ระดับการศึกษา ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ผลการเรียนปีสุดท้าย และทักษะทางภาษาไทย เป็นตัวทำนาย ผลปรากฏในตาราง 26 ว่า ตัวทำนายทั้ง 4 ตัวสามารถทำนาย ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มรวมได้ 6 % และทำนายได้ตั้งแต่ 1 % - 16 % ในกลุ่มย่อย โดยทำนายได้ 10 % ในกลุ่มรายได้ปานกลาง ทำนายได้ต่ำสุด 1 % ในกลุ่มอาชีพโรงพยาบาล

ตัวทำนายสำคัญ คือ ทักษะทางภาษาไทย ระดับการศึกษาและผลการเรียนปีสุดท้าย โดยทักษะทางภาษาไทยเป็นตัวทำนายที่สำคัญที่สุดในกลุ่มผู้ตอบเพศชาย กลุ่มสมรส และกลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำ ระดับการศึกษาเป็นตัวทำนายสำคัญที่สุดในกลุ่มผู้ตอบอายุมาก กลุ่มจบการศึกษานาน กลุ่มทำงานนาน และผลการเรียนปีสุดท้ายเป็นตัวทำนายสำคัญที่สุดในกลุ่มผู้ตอบ อายุน้อย กลุ่มจบการศึกษาไม่นาน และกลุ่มทำงานไม่นาน

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ทำนายรวมกับเปอร์เซ็นต์ทำนายของตัวทำนายตัวแรก ไม่พบความแตกต่างในระดับยอมรับได้ในทุกกลุ่ม ยกเว้นกลุ่มทำงานไม่นานและกลุ่มการศึกษาพ่อแม่สูง ซึ่งมีความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ทำนาย 5 % และ 8 % ตามลำดับ ซึ่งแสดงว่าตัวแปรการศึกษาแต่ละตัวต่างมีความสำคัญในการทำนายทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ยกเว้นใน 2 กลุ่มย่อยดังกล่าว

ส่วนความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ทำนายรวมในกลุ่มย่อยที่จำแนกตามตัวแปรชนิดเดียวกันที่อยู่ในระดับยอมรับได้ ซึ่งนับตั้งแต่ 5 % ขึ้นไปพบใน 3 คู่ คือ กลุ่มทำงานในโรงพยาบาลและโรงงาน (แตกต่าง 12 %) กลุ่มรายได้ต่ำและปานกลาง (แตกต่าง 12 %) กลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำและปานกลาง (แตกต่าง 7 %)

สรุป ผลการวิเคราะห์คะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ในงานวิจัยนี้

ตาราง 26 เปอร์เซนต์การทำงานและลำดับความสำคัญของตัวทำนายต่าง ๆ ของ
ตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร ที่มีต่อทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งในกลุ่มรวมและ
กลุ่มย่อย

กลุ่ม	จำนวน คน	ตัวทำนายรวม 4 ตัวแปร				ค่าอาร์ของ ตัวทำนาย
		%ทำนาย รวม	ตัวทำนาย สำคัญ	%ทำนาย ของตัวแรก	%ทำนาย แตกต่าง	
กลุ่มรวม	358	6	4	4	2	.20
เพศชาย	186	4	4	3	1	.17
เพศหญิง	172	7	1	5	2	.23
อายุน้อย	192	7	3, 4	4	3	.18, .16
อายุมาก	166	10	1	9	1	.30
โสด	189	5	2	2	3	.15
สมรส	169	9	4	7	2	.27
อาชีพ รพ.	174	1	-	-	1	-
อาชีพ รง.	184	13	1, 3	9	4	.30, .19
รายได้ต่ำ	185	4	3	2	2	.11
รายได้ปานกลาง	173	16	1	14	2	.37
เศรษฐกิจต่ำ	211	4	4	3	1	.17
เศรษฐกิจปานกลาง	147	11	1	11	-	.33
กศ. พ่อแม่ต่ำ	269	6	1	4	2	.21
กศ. พ่อแม่สูง	89	8	-	-	8	-
จบกศ. ไม่นาน	205	4	3	2	2	.13
จบกศ. นาน	153	8	1	7	1	.26
ทำงาน ไม่นาน	189	9	3	4	5	.19
ทำงานนาน	169	10	1	8	2	.28

- ตัวทำนาย
- 1 = ระดับการศึกษา
 - 2 = ลักษณะของสถานที่สำเร็จการศึกษา
 - 3 = ผลการเรียนปีสุดท้าย
 - 4 = ทักษะทางภาษาไทย

พบว่า ผู้ที่มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพมาก คือผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย ผู้ที่มีอายุน้อย ผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาล และผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลายและอายุน้อย กับผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย และทำงานในโรงงาน นอกจากนั้นผู้ที่มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ คือผู้ที่มีทักษะทางภาษาไทยสูง ส่วนในผู้ที่มีฐานะปานกลาง และอายุมาก ถ้ามีระดับการศึกษาสูงจะมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพมากด้วย ส่วนในผู้ที่มีอายุน้อยและทำงานไม่นาน ถ้าผลการเรียนปีสุดท้ายดี จะมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพมากด้วย กลุ่มผู้ตอบที่มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยมีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาของเขามากที่สุดคือ กลุ่มรายได้ปานกลาง

การศึกษากับค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ

ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพในงานวิจัยนี้มีความหมายเน้นในด้านปริมาณการเห็นความสำคัญของการมีชีวิตอยู่ และการมีสุขภาพที่ดี แห้งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งวัดโดยแบบวัดค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ แบบมาตราประมาณค่า 6 อันดับ จำนวน 12 ข้อ และจากผลการวัดค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ เท่ากับ 58.36 (ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.11 ค่าฐานนิยม 57 ค่าคะแนนสูงสุด 72 ค่าคะแนนต่ำสุด 39) ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงแสดงว่าเป็นผู้ที่มีค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพมาก

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสามทางของคะแนนค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ โดยมีระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ เป็นตัวแปรอิสระ ผลปรากฏว่าคะแนนค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพไม่แปรปรวนตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัว ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยทุกกลุ่ม (ดูตาราง 27 และ 28) และเมื่อพิจารณาจากการทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและอายุ ระดับการศึกษาและอาชีพ และอายุกับอาชีพ ผลปรากฏว่าตัวแปรตามไม่แปรปรวนตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้ง 2 ตัว เช่นเดียวกัน (ดูตาราง 27, 28)

ตาราง 27 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มรวม

แหล่งความแปรปรวน	ค่าดีเอฟ	ค่าเอ็มเอส	ค่าเอฟ
ระดับการศึกษา (ก)	2	82.08	2.18
อายุ (ข)	1	10.73	< 1
อาชีพ (ค)	1	3.58	< 1
ก X ข	2	23.49	< 1
ก X ค	2	44.71	1.19
ข X ค	1	4.20	< 1
ก X ข X ค	2	12.79	< 1
ส่วนที่เหลือ	346	37.58	
รวม	357	37.34	

ทำนายรวม 1.2 %

เมื่อนิยามจากการทดสอบหลัก (Main effect) พบว่าค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร ไม่แปรปรวนตามระดับการศึกษา หรืออายุ หรืออาชีพ ในระดับที่มากพอจะยอมรับได้

สรุป ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร ปรากฏว่า ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ ไม่แปรปรวนตามตัวแปรอิสระใด ๆ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยทุกกลุ่ม ตัวแปรระดับการศึกษา อายุ และอาชีพร่วมกันทำนายปริมาณความแปรปรวนของคะแนนค่านิยม

ตาราง 28 ค่าเฉลี่ยของภาวะวิเคราะห้ความแปรปรวนของค่านิยมที่วัดและสุขภาพ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มย่อยต่าง ๆ

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย	ค่าเฉลี่ย	การศึกษา	อายุ	อาชีพ	ปฏิสัมพันธ์ 2 ทาง			ปฏิสัมพันธ์ 3 ทาง			% การ
						(ก)	(ข)	(ค)	(ก x ข)	(ข x ค)	(ก x ค)	
เพศชาย	58.59	6.33	1.95	5.44	<1	<1	1.85	1.27	<1	<1	<1	5
เพศหญิง	58.11	5.86	2.88	2.48	<1	3.41	1.07	4.35	1.09	<1	<1	5
กศ.พ่อแม่	58.29	6.17	2.20	<1	<1	1.19	1.05	<1	<1	<1	<1	2
กศ.พ่อแม่สูง	58.57	5.97	4.35	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	10
ผลการเรียนต่ำ	58.59	6.37	<1	<1	<1	<1	2.39	<1	1.37	<1	<1	0
ผลการเรียนสูง	58.07	5.75	3.98	<1	<1	2.09	<1	<1	1.54	<1	<1	6
โสด	58.14	6.36	2.25	1.55	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	4
สมรส	58.16	5.83	<1	1.16	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	1
เศรษฐกิจต่ำ	58.51	5.97	1.56	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	2
เศรษฐกิจปานกลาง	58.15	6.32	1.23	1.70	<1	<1	2.27	1.14	<1	<1	<1	3
รายได้ต่ำ	58.43	5.97	1.27	<1	<1	1.71	<1	<1	<1	<1	<1	2
รายได้ปานกลาง	58.28	6.27	<1	<1	<1	<1	1.18	<1	1.20	<1	<1	1
จบ กศ.ไม่ผ่าน	58.31	6.20	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	1
จบ กศ.ผ่าน	58.43	6.00	2.10	<1	<1	<1	1.65	<1	<1	<1	<1	3
ทำงานไม่ผ่าน	58.59	6.38	<1	1.61	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	2
ทำงานผ่าน	58.11	5.81	2.09	<1	<1	2.05	2.38	3.28	1.64	<1	<1	2

***, ** และ * มีนัยสำคัญที่ระดับ .001, .01 และ .05 ตามลำดับ

ด้านชีวิตและสุขภาพได้ 1.2 % ในกลุ่มรวมและทำนายในกลุ่มย่อยได้ตั้งแต่ 0-10 %

เมื่อนำคะแนนด้านชีวิตและสุขภาพมาวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณเป็นขั้นด้วยโปรแกรม SPSS[®] ในคอมพิวเตอร์ โดยมีตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร ซึ่งได้แก่ระดับการศึกษา ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ผลการเรียนปีสุดท้าย และทักษะภาษาไทยเป็นตัวทำนาย ผลปรากฏว่าตัวทำนายทั้ง 4 ตัว สามารถทำนายค่านิยมชีวิตและสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานครได้ 20 % และทำนายได้ตั้งแต่ 1-15 % ในกลุ่มย่อยที่แบ่งตามลักษณะชีวิตสังคมและภูมิหลัง โดยทำนายได้สูงสุด 15 % ในกลุ่มการศึกษาพ่อแม่สูง ทำนายได้ต่ำสุด 1 % ในกลุ่มอาชีพโรงงาน ขยาย กลุ่มอายุมาก และกลุ่มเพศหญิง (ดูตาราง 29)

ตัวทำนายสำคัญคือ ทักษะทางภาษาไทย โดยตัวแปรนี้เพียงตัวเดียวสามารถทำนายค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพในกลุ่มรวมถึง 19 % และทำนายได้ตั้งแต่ 2 % - 8 % ในกลุ่มย่อย ส่วนตัวทำนายสำคัญในกลุ่มการศึกษานอแม่สูง คือ ระดับการศึกษา โดยสามารถทำนายค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพได้ 8 %

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ทำนายรวม 4 ตัวแปรกับเปอร์เซ็นต์ทำนายของตัวทำนายตัวแรก พบความแตกต่างในระดับยอมรับได้ คือ เท่ากับหรือมากกว่า 5 % ขึ้นไป เฉพาะในกลุ่มการศึกษานอแม่สูง ซึ่งมีความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ทำนาย 7 % ส่วนความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์การทำนายรวมเมื่อพิจารณาในกลุ่มย่อยที่แบ่งตามตัวแปรชนิดเดียวกัน พบความแตกต่างใน 2 คู่ คือ ในกลุ่มอาชีพโรงงานและโรงงาน (แตกต่าง 8 %) กลุ่มการศึกษานอแม่ต่ำและสูง (แตกต่าง 11 %)

สรุปผลการวิเคราะห์คะแนนด้านชีวิตและสุขภาพ ในงานวิจัยนี้พบว่า ผู้ที่มีค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพมาก คือผู้ที่มียุทธศาสตร์ทางภาษาไทยสูง ส่วนในกลุ่มผู้ที่บิถามารดาที่มีการศึกษาสูง พบว่า ถ้ามีระดับการศึกษาสูงจะมีค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพมากด้วย กลุ่มผู้ตอบที่มีค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพมาก โดยมีความเกี่ยวข้องกับ การศึกษาของเขามากที่สุดคือ กลุ่มผู้ตอบที่มีบิถามารดาที่มีการศึกษาสูง

ตาราง 29 เปอร์เซนต์การทำงานและลำดับความสำคัญของตัวทำนายนายต่าง ๆ ของ
ตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร ที่มีต่อค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ ทั้งในกลุ่มรวมและ
กลุ่มย่อย

กลุ่ม	จำนวน คน	ตัวทำนายนายรวม 4 ตัวแปร				ค่าอาร์ของ ตัวทำนายนาย
		%ทำนายนาย รวม	ตัวทำนายนาย สำคัญ	%ทำนายนาย ของตัวแรก	%ทำนายนาย แตกต่าง	
กลุ่มรวม	358	20	4	19	1	.14
เพศชาย	186	5	4	4	1	.20
เพศหญิง	172	1	-	-	1	-
อายุน้อย	192	4	4	3	1	.07
อายุมาก	166	1	-	-	1	-
โสด	189	4	4	3	1	.18
สมรส	169	2	-	-	2	-
อาชีพ รพ.	174	1	-	-	1	-
อาชีพ รง.	184	9	4	7	2	.26
รายได้ต่ำ	185	6	4	4	2	.20
รายได้ปานกลาง	173	2	-	-	2	-
เศรษฐกิจต่ำ	211	3	4	3	-	.16
เศรษฐกิจปานกลาง	147	3	-	-	3	-
กศ.พ่อแม่ต่ำ	269	4	4	3	1	.16
กศ.พ่อแม่สูง	89	15	1	8	7	-.29
จบกศ. ไม่นาน	205	3	4	2	1	.14
จบกศ. นาน	153	3	-	-	3	-
ทำงานไม่นาน	189	3	4	2	1	.15
ทำงานนาน	169	2	-	-	2	-

- ตัวทำนายนาย
- 1 = ระดับการศึกษา
 - 2 = ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา
 - 3 = ผลการเรียนปีสุดท้าย
 - 4 = ทักษะทางภาษาไทย

การศึกษากับความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ ในงานวิจัยนี้มีความหมายเน้นที่ ปริมาณความเข้ม (Degree) ที่บุคคลรับรู้ว่าการที่ตนมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง เป็นผลที่ขึ้นกับความพยายามและความสามารถของตน หรือขึ้นอยู่กับโชคชะตาหรือสิ่งที่อาจอยู่นอกเหนือการควบคุมและความเข้าใจของตน ซึ่งวัดโดยแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ แบบมาตราประเมีนค่า 6 อันดับ จำนวน 12 ข้อ จากผลการวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้ค่าเฉลี่ยของคะแนน 47.46 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.60 ค่าฐานนิยม 45 ค่าคะแนนสูงสุด 68 ค่าคะแนนต่ำสุด 23) ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูง แสดงว่ามีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพมาก

จากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ ของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า (ดูตาราง 30) คะแนนความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและอาชีพ ในระดับที่ยอมรับได้ทางสถิติ และเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อจำแนกเป็น 6 กลุ่มตามระดับของตัวแปรอิสระทั้งสองตัวพร้อมกัน ผลปรากฏว่า ผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานครที่ทำงานในโรงงานผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม มีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ ทุกกลุ่ม และที่สำคัญคือ ต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้น และผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย และผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมแต่ทำงานในโรงพยาบาล (ดูตาราง 44 ในภาคผนวก ข) นอกจากนี้ในกลุ่มรวมยังพบผลอีกหลายประการ ดังจะกล่าวต่อไป

เมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระชุดเดิมในกลุ่มย่อย ผลปรากฏว่า (ดูตาราง 31) คะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ มีความแปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ระดับการศึกษา และอาชีพ ในระดับที่ยอมรับ

ตาราง 30 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอก
 คนเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มรวม

แหล่งความแปรปรวน	ค่าดีเอฟ	ค่าเอ็มเอส	ค่าเอฟ
ระดับการศึกษา (ก)	2	978.97	20.19***
อายุ (ข)	1	< 1	< 1
อาชีพ (ค)	1	712.18	14.69***
ก X ข	2	14.03	< 1
ก X ค	2	395.34	8.16***
ข X ค	1	162.30	3.35
ก X ข X ค	2	45.85	< 1
ส่วนที่เหลือ	346	48.49	
รวม	357	57.75	

*** มีนัยสำคัญที่ระดับ .001

ทำนายรวม 13.00 %

ได้ 15 กลุ่มจาก 16 กลุ่มย่อย (ยกเว้นกลุ่มรายได้ต่ำ) และเมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ ผลปรากฏว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในทุกกลุ่มย่อยดังกล่าว ยกเว้นกลุ่มการศึกษานอแม่มสูง

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนเกี่ยวกับสุขภาพ ในกลุ่มย่อยต่าง ๆ ที่อยู่ในระดับยอมรับได้ เป็นดังนี้ คือ ในกลุ่มการศึกษานอแม่มต่ำ กลุ่มรายได้ปานกลาง กลุ่มโสด กลุ่มจบการศึกษานาน และกลุ่ม

ทำงานไม่นาน มีผลเช่นเดียวกับกลุ่มรวม นั่นคือ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้มีการศึกษาระดับประถม ทำงานในโรงงาน ต่ำที่สุด กล่าวคือ ต่ำกว่ากลุ่มผู้ตอบประเภทอื่น ๆ อีก 5 กลุ่มที่จำแนกตามระดับของตัวแปรอิสระทั้งสองตัวพร้อมกัน (ดูตาราง 46, 48, 50 และ 51 ในภาคผนวก ข) ส่วนในกลุ่มเพศหญิง กลุ่มผลการเรียนต่ำ กลุ่มระดับเศรษฐกิจปานกลาง กลุ่มจบการศึกษาไม่นาน และกลุ่มทำงานนาน ในหมู่ผู้ตอบที่ทำงานในโรงงาน ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลายมีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ สูงกว่าผู้มีการศึกษาระดับประถม และในหมู่ผู้ตอบที่มีการศึกษาในระดับประถม ผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลมีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ทำงานในโรงงาน (ดูตาราง 45, 47, 49-51 ในภาคผนวก ข) ส่วนในกลุ่มเพศชาย และกลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำ ในหมู่ผู้ตอบที่ทำงานในโรงงาน ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย และระดับมัธยมต้น มีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม (ดูตาราง 45 และ 49 ในภาคผนวก ข) ส่วนในกลุ่มผลการเรียนสูงและกลุ่มสมรส ในหมู่ผู้ตอบที่ทำงานในโรงงาน ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย มีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ สูงกว่าผู้มีการศึกษาระดับประถม (ดูตาราง 47 และ 48 ในภาคผนวก ข)

เมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอายุ และอาชีพ ในกลุ่มรวมพบว่า คะแนนความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ ไม่แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองในระดับที่ยอมรับได้ทางสถิติ (ดูตาราง 30) แต่เมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรชุดเดิมในกลุ่มย่อย พบว่า คะแนนความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอายุ และอาชีพ ในระดับที่เชื่อมั่นได้ใน 4 กลุ่มย่อยคือ กลุ่มเพศชาย กลุ่มการศึกษาพ่อแม่ต่ำ กลุ่มจบการศึกษาไม่นาน และกลุ่มทำงานไม่นาน (ดูตาราง 31) และเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ตามวิธีการของเซฟเฟ พบว่ามีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่อยู่ในระดับเชื่อมั่นได้ เฉพาะในกลุ่มการศึกษาพ่อแม่ต่ำ กลุ่มจบการศึกษาไม่

ตาราง 31 ค่าเฉลี่ยของการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความถี่อำนาจภายใน-ภายนอกที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มย่อยต่าง ๆ

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย	ค่าเฉลี่ย	การศึกษา	อายุ	อาชีพ	ปฏิสัมพันธ์ 2 ทาง			ปฏิสัมพันธ์ 3 ทาง			% การ
			(ก)	(ข)	(ค)	ก x ข	ก x ค	ข x ค	ก x ข x ค			ทำนายรวม
เพศชาย	47.18	7.26	8.25***	<1	1.26	<1	3.54*	5.41*	1.10			9
เพศหญิง	47.76	7.96	12.44***	1.40	20.16***	1.43	5.74**	<1	<1			20
กศ. ปอ.แม่ตา	46.47	7.87	13.43***	<1	4.99*	<1	8.29***	4.81*	<1			11
กศ. ปอ.แม่สัง	50.44	5.81	<1	4.32*	15.64***	<1	3.92*	<1	<1			18
ผลการเรียนต่ำ	47.03	7.81	10.79***	<1	13.36***	<1	3.04*	3.59	1.55			15
ผลการเรียนสูง	48.03	7.30	10.59***	<1	3.01	<1	4.03*	<1	<1			14
โสด	48.43	7.48	11.94***	3.91*	5.30*	<1	7.12***	<1	<1			16
สมรส	46.38	7.61	6.81***	<1	9.38*	<1	3.69*	1.56	<1			12
เศรษฐกิจต่ำ	46.07	7.85	11.47***	2.52	7.28*	<1	3.50*	<1	1.21			16
เศรษฐกิจปานกลาง	49.46	6.76	2.68	5.01	3.44*	1.06	4.34*	2.65	<1			6
รายได้ต่ำ	46.05	7.28	6.94***	<1	9.82**	<1	2.15	<1	<1			14
รายได้ปานกลาง	48.97	7.67	6.31**	3.68	10.30**	<1	7.19***	1.11	<1			12
จบ กศ. ไม่จบ	47.85	7.31	10.02***	1.37	7.02**	<1	4.29*	6.26*	<1			12
จบ กศ. จบ	46.94	7.97	7.54***	1.11	8.32*	<1	7.72***	1.24	<1			15
ทำงานไม่จบ	46.93	7.41	15.93***	<1	4.63*	1.11	4.29*	4.08*	2.38			16
ทำงานจบ	48.06	7.78	5.66**	<1	9.21*	<1	3.20*	-	<1			10

***, ** และ * มีนัยสำคัญที่ระดับ .001, .01 และ .05 ตามลำดับ

นาน และกลุ่มทำงานไม่นาน โดยผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มดังกล่าวที่มีอายุมาก ผู้ที่ทำงานในโรงงาน มีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาล (ดูตาราง 52 ในภาคผนวก ข)

จากการทดสอบหลัก (Main Effect) ในกลุ่มรวม พบว่าคะแนนความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ แปรปรวนไปตามระดับการศึกษาอย่างเชื่อมั่นได้ (ดูตาราง 29) และเมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ตามวิธีทดสอบของเซฟเฟ พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลายและมัธยมต้นมีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม อย่างเชื่อมั่นได้ (ดูตาราง 53 ในภาคผนวก ข)

ต่อมาเมื่อพิจารณาการทดสอบหลักของตัวแปรระดับการศึกษาในกลุ่มย่อย พบว่า คะแนนความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ แปรปรวนไปตามระดับการศึกษาอย่างเชื่อมั่นได้ ในทุกกลุ่มย่อย ยกเว้นกลุ่มการศึกษาพ่อแม่สูง (ดูตาราง 31) และเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ตามวิธีการของเซฟเฟ ได้ผลในลักษณะเดียวกันกับกลุ่มรวม ในทุกกลุ่มย่อย ยกเว้นกลุ่มผลการเรียนสูง กลุ่มสมรส กลุ่มรายได้ปานกลาง กลุ่มจบการศึกษาไม่นาน และกลุ่มทำงานนาน ที่ความแตกต่างของคะแนนความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ พบเฉพาะในผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม และการศึกษาระดับมัธยมปลายเท่านั้น (ดูตาราง 54-57 ในภาคผนวก ข)

คะแนนความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ ยังแปรปรวนไปตามอาชีพอย่างเชื่อมั่นได้ในกลุ่มรวม (ดูตาราง 30) และในกลุ่มย่อยทุกกลุ่ม (ดูตาราง 31) ยกเว้นกลุ่มเพศชายและกลุ่มผลการเรียนสูง และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ พบผลในลักษณะเดียวกันทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย คือ ผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาล มีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าผู้ที่ทำงานในโรงงาน (ดูตาราง 58 ในภาคผนวก ข)

นอกจากนี้ คะแนนความเชื่ออำนาจภายในภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ ยัง

แปรปรวนไปตามตัวแปรอายุเพียงตัวเดียวอย่างเชื่อมั่นได้ เฉพาะในกลุ่มการศึกษาพ่อแม่สูง และกลุ่มโสด (ดูตาราง 31) โดยผู้ที่มีอายุน้อย ในกลุ่มการศึกษาพ่อแม่สูง มีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ มากกว่าผู้ที่มีอายุมาก แต่ในกลุ่มโสด ผู้ที่มีอายุมากมีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (ดูตาราง 58 ในภาคผนวก ข)

สรุป ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ ตามระดับการศึกษา อายุ อาชีพ ทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย 16 กลุ่ม ปรากฏว่า ผู้มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย และระดับมัธยมต้นมีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าผู้มีการศึกษาระดับประถม ผลเช่นนี้พบในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย 9 กลุ่ม ส่วนในอีก 5 กลุ่มย่อย พบว่าผู้มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย มีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพสูงกว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม ผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลมีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าผู้ที่ทำงานในโรงงาน ผลนี้พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 14 กลุ่ม ผู้ที่มีอายุมากมีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยในกลุ่มคนโสด ส่วนในกลุ่มพ่อแม่มีการศึกษาสูง ผู้ที่มีอายุน้อยมีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก ตัวแปรการศึกษา อายุ และอาชีพ ร่วมกันทำนายปริมาณความแปรปรวนของคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ ได้ 13 % ในกลุ่มรวม และทำนายในกลุ่มย่อยได้ตั้งแต่ 6-12 %

เมื่อนำคะแนนความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ มาวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณเป็นขั้นด้วยโปรแกรม SPSS[®] ในคอมพิวเตอร์ โดยมีตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร ซึ่งได้แก่ ระดับการศึกษา ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ผลการเรียนปีสุดท้าย และทักษะทางภาษาไทย เป็นตัวทำนาย ผลปรากฏว่า ตัวแปรทั้ง 4 ตัว สามารถทำนายความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร ได้ 17 % และทำนายได้ตั้งแต่ 7-28 % ในกลุ่มย่อยที่แบ่งตามลักษณะชีวิตสังคมและภูมิหลัง โดยทำนายได้สูงสุด 28 % ในกลุ่มทำ

งานโรงงาน ทำนายได้ต่ำสุด 7 % ในกลุ่มการศึกษาพ่อแม่สูง (ดูตาราง 32)

ตัวทำนายสำคัญ คือ ทักษะทางภาษาไทย โดยตัวแปรนี้เพียงตัวเดียวสามารถทำนายความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพในกลุ่มรวมได้ 14 % ส่วนตัวทำนายสำคัญอื่น ๆ คือ ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ซึ่งเป็นตัวทำนายสำคัญในกลุ่มอายุน้อย และกลุ่มรายได้ต่ำ ส่วนระดับการศึกษา เป็นตัวทำนายสำคัญของกลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำ

ส่วนความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ทำนายรวม 4 ตัวแปร กับเปอร์เซ็นต์ทำนายของตัวทำนายตัวแรกที่อยู่ในระดับยอมรับได้ คือ นับตั้งแต่ 5 % ขึ้นไป พบเฉพาะใน 6 กลุ่มย่อยคือ กลุ่มอายุน้อย กลุ่มโสด กลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำ กลุ่มการศึกษาพ่อแม่สูง กลุ่มจบการศึกษาไม่นาน และกลุ่มทำงานไม่นาน ซึ่งแสดงว่าตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปรร่วมกันทำนายความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ ได้มากกว่าตัวแปรการศึกษาใดตัวหนึ่งในกลุ่มย่อยดังกล่าว

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ทำนายรวมในกลุ่มย่อยที่แบ่งตามตัวแปรชนิดเดียวกัน พบความแตกต่างในระดับยอมรับได้ คือ นับตั้งแต่ 5 % ขึ้นไปใน 8 คู่คือ กลุ่มอาชีพโรงพยาบาลและโรงงาน (แตกต่าง 20 %) ในกลุ่มอายุน้อยและมาก (แตกต่าง 11 %) กลุ่มโสดและสมรส (แตกต่าง 10 %) ส่วนกลุ่มการศึกษาพ่อแม่ต่ำและสูง (แตกต่าง 9 %) กลุ่มรายได้ต่ำและปานกลาง กลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำและปานกลาง กลุ่มจบการศึกษาไม่นานและนาน กลุ่มทำงานไม่นานและนาน มีเปอร์เซ็นต์ทำนายรวมแตกต่าง 6 % เท่ากัน

สรุปผลการวิเคราะห์คะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพในงานวิจัยนี้ พบว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพมาก คือ ผู้ที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ผู้ที่มีอาชีพทำงานในโรงพยาบาล ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาทำงานในโรงงาน และผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาทำงานในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพมาก คือผู้ที่มีทักษะทางภาษาไทยสูงด้วย ส่วนผู้ที่มีอายุน้อย และมีรายได้ต่ำ ถ้าสำเร็จการศึกษาจาก

ตาราง 32 เปอร์เซนต์การทำงานและลำดับความสำคัญของตัวทำนายต่าง ๆ ของ
ตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร ที่มีต่อความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับ
สุขภาพ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

ตัวทำนายรวม 4 ตัวแปร						
กลุ่ม	จำนวน คน	%ทำนาย รวม	ตัวทำนาย สำคัญ	%ทำนาย ของตัวแรก	%ทำนาย แตกต่าง	ค่าอาร์ของ ตัวทำนาย
กลุ่มรวม	358	17	4,1	14	3	.38, .32
เพศชาย	186	16	4,2	12	4	.35, .31
เพศหญิง	172	20	4	16	4	.41
อายุน้อย	192	26	2,4	17	9	.42, .39
อายุมาก	166	15	4	14	1	.37
โสด	189	23	4,2	15	18	.38, .32
สมรส	169	13	4	13	0	.36
อาชีพ รพ.	174	8	4	7	1	.27
อาชีพ รง.	184	28	1,3	25	3	.51, .18
รายได้ต่ำ	185	15	2,4	12	3	.35, .30
รายได้ปานกลาง	173	21	4,3	18	3	.42, .19
เศรษฐกิจต่ำ	211	19	1,4,3	13	6	.37, .35, .12
เศรษฐกิจปานกลาง	147	13	4	11	2	.33
กศ.พ่อแม่ต่ำ	269	16	4	13	3	.36
กศ.พ่อแม่สูง	89	7	-	0	7	-
จบกศ. ไม่นาน	205	16	4,3	9	6	.30, .18
จบกศ. นาน	153	22	4	21	1	.46
ทำงาน ไม่นาน	189	21	4,2	15	6	.39, .38
ทำงานนาน	169	15	4	13	2	.36

- ตัวทำนาย 1 = ระดับการศึกษา
2 = ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา
3 = ผลการเรียนปีสุดท้าย
4 = ทักษะทางภาษาไทย

โรงเรียนที่มีคุณภาพมาก จะมีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพมากด้วย ผู้ที่ทำงานในโรงงาน และผู้ที่มีฐานะต่ำ ถ้ามีระดับการศึกษาสูงจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพมากด้วย กลุ่มผู้ตอบที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพมาก โดยมีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาของเขามากที่สุด คือ กลุ่มทำงานในโรงงาน

การศึกษา กับ ลักษณะมุ่งอนาคต

ลักษณะมุ่งอนาคต ในงานวิจัยนี้ มีความหมายเน้นในด้านปริมาณของการที่ผู้ตอบเห็นความสำคัญของสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนและสังคมในอนาคต สามารถคาดการณ์ไกล และมีนิสัยบังคับตนเองให้อดได้รอได้ หรือเลือกที่จะรับหรือไม่รับประโยชน์เล็กน้อยในทันที แต่จะรอรับประโยชน์ที่ยิ่งใหญ่ หรือสำคัญกว่าที่จะตามมาภายหลัง การวัดลักษณะมุ่งอนาคต ใช้แบบวัดแบบมาตราประมาณค่า 6 อันดับ จำนวน 18 ข้อ และจากผลการวัดลักษณะมุ่งอนาคตของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานครทั้งหมด ได้ค่าเฉลี่ย 71.48 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.39 ค่าฐานนิยม 71.00 ค่าคะแนนสูงสุด 93 ค่าคะแนนต่ำสุด 26) ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่าเป็นผู้ที่มีลักษณะมุ่งอนาคตสูง

จากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสามทางของคะแนนลักษณะมุ่งอนาคต โดยมีระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ เป็นตัวแปรอิสระ พบว่าคะแนนลักษณะมุ่งอนาคตของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานครไม่แปรปรวนตามปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระทั้งสามตัว แต่แปรปรวนตามปฏิสัมพันธ์ของระดับการศึกษาและอายุ และปฏิสัมพันธ์ของระดับการศึกษาและอาชีพอย่างเห็นได้ (ดูตาราง 33) และเมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนลักษณะมุ่งอนาคต เมื่อจำแนกเป็น 6 กลุ่มตามระดับของตัวแปรอิสระทั้งสองตัวพร้อมกัน ผลปรากฏว่า ในหมู่ผู้ตอบที่มีอายุมาก ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลายและมัธยมต้น มีคะแนนลักษณะมุ่งอนาคตสูงกว่า

ผู้ที่มีการศึกษาในระดับประถม (ดูตาราง 59 ในภาคผนวก ข) ส่วนในหมู่ผู้ตอบที่ทำงานในโรงงาน ผู้มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย มีคะแนนลักษณะมุ่งอนาคตสูงกว่าผู้มีการศึกษาระดับประถม (ดูตาราง 60 ในภาคผนวก ข)

เมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับการศึกษาและอายุ ของคะแนนลักษณะมุ่งอนาคตในกลุ่มย่อย ผลปรากฏว่า (ดูตาราง 34) คะแนนลักษณะมุ่งอนาคตแปรปรวนไปตามระดับการศึกษา และอายุในระดับที่ยอมรับได้ใน 5 กลุ่มย่อยคือ กลุ่มเพศหญิง กลุ่มการศึกษานอแม่ต่ำ กลุ่มผลการเรียนสูง กลุ่มโสด และกลุ่มรายได้ปานกลาง เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ตามวิธีการของเชฟเฟ่ พบว่า ในทุกกลุ่มย่อยดังกล่าว ในหมู่ผู้ตอบที่มีอายุมาก ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลายและมัธยมต้น มีคะแนนลักษณะมุ่งอนาคตมากกว่าผู้มีการศึกษาระดับประถม (ดูตาราง 61-63 ในภาคผนวก ข)

เมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับการศึกษาและอาชีพของคะแนนลักษณะมุ่งอนาคตในกลุ่มย่อย พบว่า (ดูตาราง 34) คะแนนลักษณะมุ่งอนาคตแปรปรวนไปตาม ระดับการศึกษา และอาชีพ ใน 3 กลุ่มย่อยคือ กลุ่มเพศชาย กลุ่มการศึกษานอแม่สูง และกลุ่มทำงานไม่นาน และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ตามวิธีการของเชฟเฟ่ พบว่าในหมู่เพศชายที่ทำงานในโรงงาน ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลายและมัธยมต้น มีลักษณะมุ่งอนาคตสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม (ดูตาราง 64 ในภาคผนวก ข) ส่วนในหมู่ผู้ที่ทำงานได้ไม่นานในโรงงาน ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้น มีลักษณะมุ่งอนาคต มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม (ดูตาราง 65 ในภาคผนวก ข) และในหมู่ผู้ตอบที่มีการศึกษาระดับประถม ผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลมีลักษณะมุ่งอนาคตสูงกว่าผู้ที่ทำงานในโรงงาน ผลเช่นนี้พบในกลุ่มที่พ่อแม่มีการศึกษาสูง (ดูตาราง 64 ในภาคผนวก ข)

จากตาราง 33 เมื่อพิจารณาจากการทดสอบหลัก (Main Effect) พบว่าคะแนนลักษณะมุ่งอนาคตในกลุ่มรวมแปรปรวนไปตามระดับการศึกษาอย่างเชื่อมั่นได้ โดยผู้มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย และมัธยมต้น มีลักษณะมุ่งอนาคต สูงกว่าผู้มีการ

ตาราง 33 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของลักษณะมุงอนาคต เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มรวม

แหล่งความแปรปรวน	ค่าดีเอฟ	ค่าเอ็มเอส	ค่าเอฟ
ระดับการศึกษา (ก)	2	1920.97	20.29***
อายุ (ข)	1	0.01	0.00
อาชีพ (ค)	1	534.32	5.64*
ก X ข	2	448.07	4.73**
ก X ค	2	316.25	3.34*
ข X ค	1	9.82	< 1
ก X ข X ค	2	35.73	< 1
ส่วนที่เหลือ	344	94.69	
รวม	355	108.01	

***, ** และ * มีนัยสำคัญที่ระดับ .001, .01 และ .05 ตามลำดับ

ทำนายรวม 11.4 %

ศึกษาระดับประถม (ดูตาราง 66 ในภาคผนวก ข) นอกจากนี้ คะแนนลักษณะมุงอนาคต ยังแปรปรวนตามอาชีพ โดยผู้ที่มามีอาชีพทำงานในโรงพยาบาล จะมีคะแนนลักษณะมุงอนาคตสูงกว่าผู้ที่มีอาชีพทำงานในโรงงาน (ดูตาราง 68 ในภาคผนวก ข)

จากการทดสอบหลักในกลุ่มย่อย (ดูตาราง 34) ปรากฏว่าคะแนนลักษณะมุงอนาคตของกลุ่มย่อยทุกกลุ่ม ยกเว้นกลุ่มการศึกษาพ่อแม่สูง จะแปรปรวนไปตามระดับการศึกษา อย่างเชื่อมั่นได้ และเมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่า

ตาราง 34 ค่าเฉลี่ยของการวิเคราะห์ความแปรปรวนของลักษณะมุ่งอนาคต เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มย่อยต่าง ๆ

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย การศึกษา		อายุ (ปี)	อาชีพ (ค)	ปฏิสัมพันธ์ 2 ทาง			ปฏิสัมพันธ์ 3 ทาง			% การทำงานรวม
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเฉลี่ย			ก X ข	ก X ค	ข X ค	ก X ค	ข X ค	ค X ค	
เพศชาย	71.54	10.63	6.33*	1.12	1.02	<1	3.14*	<1	<1	<1	8
เพศหญิง	71.41	10.16	16.80***	2.44	7.30**	8.35***	<1	<1	<1	<1	19
กศ. ปอ. แม่ต้า	70.54	10.23	17.49***	<1	1.67	4.91*	2.62	<1	<1	<1	12
กศ. ปอ. แม่สูง	74.28	10.42	<1	<1	5.21*	<1	4.38*	<1	<1	<1	7
ผลการเรียนต่ำ	71.64	9.95	11.07***	<1	2.31	<1	<1	<1	<1	<1	12
ผลการเรียนสูง	71.25	10.98	9.72***	<1	3.08	7.72***	2.27	<1	<1	<1	12
โสด	71.40	10.29	6.97***	<1	<1	4.64*	1.37	<1	<1	<1	7
สมรส	71.56	10.53	14.87***	<1	7.67**	<1	2.21	<1	<1	<1	18
เศรษฐกิจต่ำ	70.15	10.64	6.98***	1.76	6.21*	1.49	2.74	<1	2.28	<1	10
เศรษฐกิจปานกลาง	73.38	9.74	10.44***	<1	1.37	<1	<1	<1	<1	<1	13
รายได้ต่ำ	70.30	10.22	4.23*	<1	2.18	<1	2.11	<1	1.73	<1	6
รายได้ปานกลาง	72.73	10.46	19.01***	<1	8.50**	3.19*	1.74	<1	<1	<1	21
จบ กศ. ไม่ผ่าน	72.20	9.74	3.57*	1.90	1.29	<1	<1	<1	1.06	<1	6
จบ กศ. ผ่าน	70.51	11.16	16.40***	1.76	5.70*	1.69	2.06	<1	<1	<1	20
ทำงานไม่ผ่าน	71.01	10.66	9.18***	<1	2.14	3.00	3.56*	1.21	5.28	<1	10
ทำงานผ่าน	71.99	10.06	11.82***	<1	4.00*	1.51	<1	<1	<1	<1	14

*** , ** , * มีนัยสำคัญที่ระดับ .001, .01 และ .05 ตามลำดับ

เฉลี่ยเป็นรายคู่ตามวิธีของเซฟเฟ่ พบผลเช่นเดียวกับกลุ่มรวม คือผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลายและมีมัธยมต้น มีลักษณะมุ่งอนาคตสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม (ดูตาราง 67-71 ในภาคผนวก ข)

นอกจากนี้ คณะนักศึกษามุ่งอนาคตยังแปรปรวนไปตามอาชีพในระดับเชื่อมั่นได้ใน 7 กลุ่มย่อย คือกลุ่มแพทย์หญิง กลุ่มการศึกษานอแม่มสูง กลุ่มสมรส กลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำ กลุ่มรายได้ปานกลาง กลุ่มจบการศึกษานาน และกลุ่มทำงานนาน โดยผู้ที่มีการทำงานในโรงพยาบาล จะมีคะแนนลักษณะมุ่งอนาคตสูงกว่า ผู้ที่มีการทำงานในโรงงานในทุกกลุ่มดังกล่าว (ดูตาราง 72 ในภาคผนวก ข)

สรุป ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของลักษณะมุ่งอนาคตตามระดับการศึกษา อายุ อาชีพ ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 16 กลุ่ม ปรากฏว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย และมีมัธยมต้น มีลักษณะมุ่งอนาคต สูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม ผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาล มีลักษณะมุ่งอนาคตสูงกว่าผู้ที่ทำงานในโรงงานในกลุ่มรวม และ 7 กลุ่มย่อย ตัวแปรการศึกษา อายุ และอาชีพ ร่วมกันทำนายปริมาณความแปรปรวนของคะแนนลักษณะมุ่งอนาคต ได้ 11.4 % ในกลุ่มรวม และทำนายในกลุ่มย่อยได้ตั้งแต่ 6-20 %

เมื่อนำคะแนนลักษณะมุ่งอนาคตมาวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณเป็นขั้น ด้วยโปรแกรม SPSS* ในคอมพิวเตอร์ โดยใช้ตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปรเป็นตัวทำนาย ผลปรากฏว่า (ดูตาราง 35) ตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร ซึ่งได้แก่ ระดับการศึกษา ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ผลการเรียนปีสุดท้าย และทักษะทางภาษาไทย สามารถร่วมกันทำนายลักษณะมุ่งอนาคต ในกลุ่มรวมได้ 16 % และทำนายได้ตั้งแต่ 10 % - 24 % ในกลุ่มย่อย โดยทำนายได้สูงสุด 24 % ในกลุ่มจบการศึกษานาน รองลงมาคือ 23 % ในกลุ่มทำงานไม่นานและกลุ่มสมรส ทำนายได้น้อยที่สุด 10 % ในกลุ่มจบการศึกษาไม่นาน

ตัวทำนายสำคัญ คือ ทักษะทางภาษาไทย ซึ่งสามารถทำนายลักษณะมุ่งอนาคตในกลุ่มรวม 15 % และทำนายได้สูงสุด 21 % ในกลุ่มสมรสและกลุ่มจบการ

ตาราง 35 เปอร์เซนต์การทำนาย และลำดับความสำคัญของตัวทำนายต่าง ๆ ของ
ตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปรที่มีต่อลักษณะมุ่งอนาคต ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

กลุ่ม	จำนวนคน	ตัวทำนายรวม 4 ตัวแปร				ค่าอาร์ของ ตัวทำนาย
		%ทำนาย รวม	ตัวทำนาย สำคัญ	%ทำนาย ของตัวแรก	%ทำนาย แตกต่าง	
กลุ่มรวม	358	16	4,1	15	1	.39, .32
เพศชาย	186	16	4	15	1	.39
เพศหญิง	172	19	1,4	16	3	.40, .39
อายุน้อย	192	14	4	13	1	.37
อายุมาก	166	21	1,4	17	4	.41, .41
โสด	189	13	4,2	11	2	.33, .25
สมรส	169	23	4,1	21	2	.46, .40
อาชีพ รพ.	174	11	4	9	2	.29
อาชีพ รง.	184	20	4	18	2	.43
รายได้ต่ำ	185	13	4	11	2	.34
รายได้ปานกลาง	173	22	4,1	18	4	.42, .42
เศรษฐกิจต่ำ	211	19	4	17	2	.41
เศรษฐกิจปานกลาง	147	15	1	12	3	.34
กศ. พ่อแม่ต่ำ	269	17	4,1	15	2	.38, .34
กศ. พ่อแม่สูง	89	14	4	9	5	.30
จบ กศ. ไม่นาน	205	10	4	9	1	.31
จบ กศ. นาน	153	24	4,1	21	3	.46, .41
ทำงาน ไม่นาน	189	23	4,2	20	3	.45, .33
ทำงานนาน	169	15	1	12	3	.36

ตัวทำนาย

1 = ระดับการศึกษา

2 = ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา

3 = ผลการเรียนมีสุดท้าย

4 = ทักษะทางภาษาไทย

ศึกษานาน ตัวทำนายสำคัญในกลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุมาก กลุ่มระดับเศรษฐกิจปานกลาง และกลุ่มทำงานนาน คือ ระดับการศึกษา โดยสามารถทำนายลักษณะมุ่งอนาคตในกลุ่มดังกล่าวได้ตั้งแต่ 12 % -17 % ตัวทำนายสำคัญอื่น ๆ อันดับรองลงมา ที่ช่วยเพิ่มค่าอำนาจทำนาย คือ ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ทำนายรวม 4 ตัวแปร กับ เปอร์เซ็นต์ทำนายของตัวทำนายตัวแรก พบความแตกต่างในระดับยอมรับได้ ซึ่งนับตั้งแต่ 5 % ขึ้นไปเฉพาะในกลุ่มการศึกษานอแม่สูง ส่วนความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ทำนายรวม เมื่อเปรียบเทียบเฉพาะกลุ่มย่อยที่แบ่งตามตัวแปรชนิดเดียวกัน พบความแตกต่างในระดับยอมรับได้ ซึ่งนับตั้งแต่ 5 % ขึ้นไปใน 6 คู่ คือ ในกลุ่มจบการศึกษานานและไม่นาน (แตกต่าง 14 %) กลุ่มโสดและสมรส (แตกต่าง 10 %) กลุ่มอาศัยโรงพยาบาลและโรงงาน (แตกต่าง 9 %) กลุ่มรายได้ต่ำและสูง (แตกต่าง 9 %) กลุ่มอายุน้อยและมาก (แตกต่าง 7 %) กลุ่มทำงานไม่นานและนาน (แตกต่าง 8 %)

สรุป ผลการวิเคราะห์หาคะแนนลักษณะมุ่งอนาคตในงานวิจัยนี้ พบว่า ผู้ที่มีลักษณะมุ่งอนาคตสูงคือ ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย ผู้ที่มีอาชีพทำงานในโรงพยาบาล ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลายและอายุมาก ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้นทำงานในโรงพยาบาล ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย และทำงานในโรงพยาบาล นอกจากนี้ผู้ที่มีลักษณะมุ่งอนาคตสูง คือผู้ที่มียกฐานะทางภาษาไทยสูง ส่วนในผู้ที่เป็หญิง ผู้ที่มีอายุมาก มีฐานะปานกลางและทำงานนาน ถ้ามีระดับการศึกษาสูง จะมีลักษณะมุ่งอนาคตสูงด้วย กลุ่มผู้ตอบที่มีลักษณะมุ่งอนาคตมาก โดยมีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาของเขาเองมากที่สุด คือ กลุ่มที่สำเร็จการศึกษามานานแล้ว

การศึกษากับการรับข่าวสารสุขภาพและทักษะทางภาษาไทย

ในตอนนี้จะ เป็นรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านการศึกษา กับ การรับข่าวสารสุขภาพ และทักษะทางภาษาไทย การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกจะเป็นการวิเคราะห์ความแปรปรวนโดยมีตัวแปรอิสระ 3 ตัวคือ ระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ส่วนที่สองจะเป็นการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณเป็นชั้น โดยมีตัวแปรด้านการศึกษาเป็นตัวทำนาย โดยจะมีการเสนอผลตามลำดับดังนี้

การศึกษา กับ การรับข่าวสารสุขภาพ

การรับข่าวสารสุขภาพ ในงานวิจัยนี้ หมายถึงปริมาณการรับข่าวสารโดยเฉพาะด้านสุขภาพ จากสื่อสารมวลชนประเภทต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ และสิ่งตีพิมพ์ เป็นต้น ซึ่งวัดโดยแบบวัดการรับข่าวสารสุขภาพแบบมาตราประมาณค่า 6 อันดับ จำนวน 15 ข้อ จากการวัดการรับข่าวสารสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับข่าวสารสุขภาพเท่ากับ 62.03 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.08 ค่าฐานนิยม 61.00 ค่าคะแนนสูงสุด 85 ค่าคะแนนต่ำสุด 23) ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับข่าวสารด้านสุขภาพมาก

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสามทางของคะแนนการรับข่าวสารสุขภาพ โดยมีระดับการศึกษา อายุ และอาชีพเป็นตัวแปรอิสระ ผลปรากฏว่า คะแนนการรับข่าวสารสุขภาพ ไม่แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มรวม (ดูตาราง 36) แต่เมื่อพิจารณาในกลุ่มย่อย (ตาราง 37) พบว่า คะแนนการรับข่าวสารสุขภาพแปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรทั้ง 3 อย่างเชื่อมั่นได้ในกลุ่มโสด และกลุ่มจบการศึกษาไม่นาน และเมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ตามวิธีการของเชฟเฟ่ พบว่าค่าเฉลี่ยของ

ตาราง 36 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการรับข่าวสารสุขภาพ เมื่อ
พิจารณาตาม ระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มรวม

แหล่งความแปรปรวน	ค่าดีเอฟ	ค่าเอ็มเอส	ค่าเอฟ
ระดับการศึกษา (ก)	2	128.41	1.28
อายุ (ข)	1	11.95	< 1
อาชีพ (ค)	1	258.49	2.57
ก X ข	2	122.39	1.22
ก X ค	2	43.17	< 1
ข X ค	1	108.90	1.08
ก X ข X ค	2	196.49	1.95
ส่วนที่เหลือ	346	100.68	
รวม	357	101.51	

ทำนายรวม 1.40 %

คะแนนการรับข่าวสารสุขภาพแตกต่างกันในระดับที่ยอมรับได้เฉพาะในกลุ่มโสด โดย
ในหมู่คนโสดที่มีอายุมาก และทำงานในโรงงานผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย มี
คะแนนการรับข่าวสารสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้น (ค่าเฉลี่ย 69.59
และ 51.67 ตามลำดับ) (ดูตาราง 73 ในภาคผนวก ข)

เมื่อนิยามปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ระดับการศึกษาและอายุ ของคะแนน
การรับข่าวสารสุขภาพในกลุ่มรวม (ดูตาราง 36) ผลปรากฏว่า คะแนนการรับข่าว
สารสุขภาพ ไม่แปรปรวนตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับการศึกษาและอายุ แต่

เมื่อดูผลในกลุ่มย่อยพบว่าคะแนนการรับข่าวสารสุขภาพแปรปรวนตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองอย่างเชื่อมั่นได้ ในกลุ่มระดับเศรษฐกิจปานกลาง และกลุ่มรายได้ปานกลาง (ดูตาราง 37) แต่เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ตามวิธีการของเซฟเฟ ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในระดับที่เชื่อมั่นได้

นอกจากนี้ ยังพบว่าคะแนนการรับข่าวสารสุขภาพแปรปรวนตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร อายุ และอาชีพ เฉพาะในกลุ่มการศึกษานอแม่มสูง และกลุ่มผลการเรียนต่ำ (ดูตาราง 37) และเมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ตามวิธีการของเซฟเฟ พบว่า ในหมู่ผู้ตอบที่มีอายุน้อย ผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาล มีคะแนนการรับข่าวสารสุขภาพมากกว่าผู้ที่ทำงานในโรงงาน (ค่าเฉลี่ย 66.00 และ 59.08 ตามลำดับ ในกลุ่มการศึกษานอแม่มสูง และค่าเฉลี่ย 64.40 และ 57.85 ในกลุ่มผลการเรียนต่ำ) และในหมู่ผู้ตอบที่ทำงานในโรงงาน ผู้ที่มีอายุมาก มีคะแนนการรับข่าวสารสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อย เฉพาะในกลุ่มการศึกษานอแม่มสูงด้วย (ค่าเฉลี่ย 66.50 และ 59.08 ตามลำดับ) (ดูตาราง 74 ในภาคผนวก ข)

เมื่อพิจารณาการทดสอบหลัก (Main effect) ไม่พบว่า คะแนนการรับข่าวสารสุขภาพแปรปรวนไปตามระดับการศึกษา หรืออายุ หรืออาชีพ ในกลุ่มรวมหรือกลุ่มย่อย ยกเว้นเฉพาะกลุ่มเพศหญิงที่คะแนนการรับข่าวสารสุขภาพแปรปรวนตามอาชีพ โดยกลุ่มเพศหญิงที่ทำงานในโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับข่าวสารสุขภาพสูงกว่า กลุ่มเพศหญิงที่ทำงานในโรงงาน (ค่าเฉลี่ย 65.02 และ 62.32 ตามลำดับ)

สรุปผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการรับข่าวสารสุขภาพตามระดับการศึกษา อายุ อาชีพ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 16 กลุ่ม ปรากฏว่าในกลุ่มคนโสด ที่มีอายุมาก และทำงานในโรงงาน ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย มีคะแนนการรับข่าวสารสุขภาพมากกว่า ผู้มีการศึกษาระดับมัธยมต้น ส่วนในกลุ่มที่มีผลการเรียนต่ำ และกลุ่มที่มีบิดามารดามีการศึกษาต่ำ ในหมู่ผู้ตอบที่มีอายุน้อย ผู้ที่ทำงาน

ตาราง 37 ค่าเฉลี่ยของการวิเคราะห์ความแปรปรวนแสดงการรับข่าวสารสุขภาพ เมื่อพิจารณาจากระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มย่อยต่าง ๆ

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย	ค่าเฉลี่ย	การศึกษา	อายุ	อาชีพ	ปฏิสัมพันธ์ 2 ทาง			ปฏิสัมพันธ์ 3 ทาง			% การ
						ก x ข	ก x ค	ข x ค	ก x ข x ค	ก x ค	ข x ค	
(ก)	(ข)	(ค)	(ก)	(ข)	(ค)	ก x ข	ก x ค	ข x ค	ก x ข x ค	ก x ค	ข x ค	ทำงานรวม
เพศชาย	60.56	10.56	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	1
เพศหญิง	63.61	9.29	1.23	<1	4.02*	1.01	<1	<1	<1	1.47	<1	4
กศ. ปอแม่มด้า	61.59	10.41	<1	<1	1.23	<1	<1	<1	<1	1.26	<1	1
กศ. ปอแม่มด้าสูง	62.12	10.22	<1	<1	1.85	1.66	1.23	4.57*	1.74	1.74	<1	4
ผลการเรียนต่ำ	61.45	10.32	<1	<1	5.60	2.88	<1	6.06*	1.13	1.13	<1	5
ผลการเรียนสูง	62.61	10.00	<1	2.55	<1	<1	<1	<1	1.29	1.29	<1	2
โลด	61.63	10.34	<1	<1	<1	1.13	1.38	<1	5.22*	5.22*	<1	1
สมัคร	62.47	9.77	2.33	3.80	1.41	1.82	<1	2.31	<1	<1	<1	5
เศรษฐกิจต่ำ	61.74	10.72	<1	<1	2.02	<1	<1	<1	1.23	1.23	<1	2
เศรษฐกิจปานกลาง	62.44	9.09	<1	<1	1.03	4.77**	<1	2.70	1.01	1.01	<1	2
รวม	61.66	10.76	<1	<1	1.79	<1	<1	<1	1.59	1.59	<1	2
ภาคใต้	62.42	9.31	<1	<1	1.10	3.72*	<1	3.33	<1	<1	<1	1
ภาคตะวันออกเฉียง	61.11	10.56	1.63	<1	2.38	2.06	<1	<1	3.91*	3.91*	<1	3
จบ กศ. นาน	65.25	9.27	2.84	9.28	<1	<1	<1	1.39	<1	<1	<1	8
ทำงานไม่นาน	61.78	9.68	<1	1.68	<1	<1	<1	<1	1.79	1.79	<1	2
ทำงานนาน	62.30	10.52	2.56	4.68	2.96	1.71	<1	2.72	<1	<1	<1	6

** และ * มีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

ในโรงพยาบาล มีคะแนนการรับข่าวสารสุขภาพมากกว่าผู้ที่ทำงานในโรงงาน นอกจากนี้ยังพบว่า หญิงที่ทำงานในโรงพยาบาลมีการรับข่าวสารสุขภาพมากกว่าหญิงที่ทำงานในโรงงาน ตัวแปรการศึกษา อายุ และอาชีพ ร่วมกันทำนายปริมาณความแปรปรวนของคะแนนการรับข่าวสารสุขภาพได้ 1.4 % ในกลุ่มรวม และทำนายในกลุ่มย่อยได้ตั้งแต่ 1-8 %

ต่อมา เมื่อนำคะแนนการรับข่าวสารสุขภาพมาวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณเป็นขั้น ด้วยโปรแกรม SPSS* ในคอมพิวเตอร์ โดยใช้ตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปรเป็นตัวทำนาย ผลปรากฏว่า (ดูตาราง 38) ตัวแปรการศึกษา 4 ตัว ซึ่งได้แก่ระดับการศึกษา ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ผลการเรียนปีสุดท้าย และทักษะทางภาษาไทย สามารถร่วมกันทำนายการรับข่าวสารสุขภาพในกลุ่มรวมเพียง 2 % และทำนายได้ตั้งแต่ 1-10 % ในกลุ่มย่อย โดยทำนายกลุ่มการศึกษานอกระบบได้สูงสุด 10 % รองลงมาคือ ทำนายกลุ่มทำงานนานได้ 9 % ทำนายได้ต่ำที่สุด 1 % ในกลุ่มเพศชาย กลุ่มสมรส กลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำ และกลุ่มการศึกษานอกระบบ

ตัวทำนายสำคัญ คือ ผลการเรียนปีสุดท้าย และลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา โดยตัวทำนายผลการเรียนปีสุดท้าย เพียงตัวเดียวสามารถทำนายคะแนนการรับข่าวสารสุขภาพได้สูงสุด 4 % ในกลุ่มอายุน้อย และตัวทำนายลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา เพียงตัวเดียวสามารถทำนาย คะแนนการรับข่าวสารสุขภาพได้สูงสุด 6 % ในกลุ่มการศึกษานอกระบบ และกลุ่มทำงานนาน

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์การทำนายรวมกับเปอร์เซ็นต์การทำนายของตัวทำนายตัวแรก ไม่พบความแตกต่างในระดับที่ยอมรับได้ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย แต่เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์รวมในกลุ่มย่อยที่แบ่งตามตัวแปรชนิดเดียวกัน พบความแตกต่างในระดับที่ยอมรับได้ คือ เท่ากับหรือมากกว่า 5 % ขึ้นไปใน 3 คู่ คือ ในกลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำและปานกลาง (แตกต่าง 5 %) กลุ่มการศึกษานอกระบบและปานกลาง (แตกต่าง 9 %) กลุ่มทำงานไม่นาน

ตาราง 38 เปอร์เซนต์การทำงานและลำดับความสำคัญของตัวทำนายต่าง ๆ ของ
ตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร ที่มีต่อการรับข่าวสารสุขภาพ ทั้งในกลุ่มรวมและ
กลุ่มย่อย

ตัวทำนายรวม 4 ตัวแปร						
กลุ่ม	จำนวน คน	%ทำนาย รวม	ตัวทำนาย สำคัญ	%ทำนาย ของตัวแรก	%ทำนาย แตกต่าง	ค่าอาร์ของ ตัวทำนาย
กลุ่มรวม	358	2	-	0	2	-
เพศชาย	186	1	-	0	1	-
เพศหญิง	172	4	-	0	4	-
อายุน้อย	192	5	3	4	1	.20
อายุมาก	166	3	2	3	-	.16
โสด	189	4	3	1	3	.17
สมรส	169	1	-	0	1	-
อาชีพ รพ.	174	4	2	3	1	.17
อาชีพ รง.	184	2	3	2	-	.15
รายได้ต่ำ	185	2	-	0	2	-
รายได้ปานกลาง	173	4	-	0	4	-
เศรษฐกิจต่ำ	211	1	-	0	1	-
เศรษฐกิจปานกลาง	147	6	2	5	1	.22
กศ.พ่อแม่ต่ำ	269	1	-	0	1	-
กศ.พ่อแม่สูง	89	10	2	6	4	.24
จบกศ. ไม่นาน	205	3	3	2	1	.12
จบกศ. นาน	153	4	2	4	-	.18
ทำงาน ไม่นาน	189	2	-	0	2	-
ทำงานนาน	169	9	2	6	3	.25

- ตัวทำนาย
- 1 = ระดับการศึกษา
 - 2 = ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา
 - 3 = ผลการเรียนปีสุดท้าย
 - 4 = ทักษะทางภาษาไทย

และนาน (แตกต่าง 7 %)

สรุปผลการวิเคราะห์คะแนนการรับข่าวสารสุขภาพ ในงานวิจัยนี้พบว่า ผู้ที่มีการรับข่าวสารสุขภาพมากคือ ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย อายุมาก และทำงานในโรงงาน ผู้ที่มีอายุน้อยและทำงานในโรงพยาบาล ผู้ที่มีอายุมากและทำงานในโรงงาน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มีอายุน้อย โสด ทำงานในโรงงาน และจบการศึกษามากกว่า 10 ปี ถ้ามีผลการเรียนปีสุดท้ายสูงจะมีการรับข่าวสารสุขภาพมากด้วย ส่วนผู้ที่มีอายุมาก ทำงานในโรงพยาบาล มีระดับเศรษฐกิจปานกลาง มีพ่อแม่ที่มีการศึกษาสูง จบการศึกษานาน และทำงานนาน ถ้าสำเร็จการศึกษาจากโรงเรียนที่มีคุณภาพสูง จะมีการรับข่าวสารสุขภาพมากด้วย กลุ่มผู้ตอบที่มีการรับข่าวสารสุขภาพมาก โดยมีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาของเขาเองมากที่สุด คือกลุ่มผู้ตอบที่บิดามารดามีการศึกษาสูง

การศึกษากับทักษะทางภาษาไทย

ทักษะทางภาษาไทย ในงานวิจัยนี้มีความหมายเน้นในด้านปริมาณความสามารถในการเข้าใจภาษาไทยทั้งร้อยแก้วและร้อยกรองในระดับที่ง่ายและยาก และความสามารถในการใช้ภาษาไทยในการแสดงความคิดเห็นได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ ซึ่งวัดโดยแบบวัดทักษะทางภาษาไทย แบบข้อสอบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ จากผลการวัดทักษะทางภาษาไทยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะทางภาษาไทยเท่ากับ 13.95 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.91 ค่าฐานนิยม 16 ค่าคะแนนสูงสุด 20 ค่าคะแนนต่ำสุด 3) คะแนนสูงแสดงว่าผู้ตอบมีทักษะทางภาษาไทยมาก

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลของคะแนนทักษะทางภาษาไทย เป็นการนำเสนอนอกเหนือสมมติฐาน ทั้งนี้เพื่อต้องการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการศึกษานี้ ๆ กับตัวแปรทักษะทางภาษาไทยนี้ เพื่อให้ผลการวิจัยคมชัดยิ่งขึ้น ตอน

ต้นของการนำเสนอจะเป็นการรายงานผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสามทาง โดยมีตัวแปรระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ เป็นตัวแปรอิสระ ตอนท้ายจะเป็นการรายงานผลการวิเคราะห์แบบถดถอยของคุณ โดยมีตัวแปรด้านการศึกษา 6 ตัวแปรเป็นตัวทำนาย การนำเสนอจะเป็นไปตามลำดับ ดังต่อไปนี้

จากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ 3 ทาง ของคะแนนทักษะทางภาษาไทย โดยมีตัวแปรระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ เป็นตัวแปรอิสระ พบว่าคะแนนทักษะทางภาษาไทย แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ตัวแปรอิสระทั้ง 3 ทาง อย่างเชื่อมั่นได้ทางสถิติ (ดูตาราง 39) และเมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ตามวิธีการของเซฟเฟ ผลปรากฏว่า พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางภาษาไทย ในระดับที่ยอมรับได้ใน 2 กรณี คือ (ดูตาราง 75 ในภาคผนวก ข)

กรณีแรกในหมู่ผู้ตอบที่มีอายุมากและทำงานในโรงงาน ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม มีคะแนนทักษะทางภาษาไทยต่ำกว่ากลุ่มย่อยอื่น ๆ อีก 11 กลุ่ม ที่จำแนกตามระดับของตัวแปรอิสระ 3 ตัวแปรพร้อมกัน และที่สำคัญคือ ต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้น และผู้มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย นอกจากนั้นยังมีคะแนนทักษะทางภาษาไทยต่ำกว่าผู้มีการศึกษาระดับประถม อายุมาก และทำงานในโรงพยาบาล

กรณีที่สอง ในหมู่ผู้ตอบที่มีอายุน้อยและทำงานในโรงงาน ผู้มีการศึกษาระดับประถมมีคะแนนทักษะทางภาษาไทยต่ำกว่ากลุ่มย่อยอื่น ๆ อีก 10 กลุ่ม ที่จำแนกตามระดับของตัวแปรอิสระ 3 ตัวพร้อมกัน และที่สำคัญคือต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้นและผู้มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย นอกจากนั้นยังมีคะแนนทักษะภาษาไทยต่ำกว่าผู้มีการศึกษาระดับประถม อายุน้อยและทำงานในโรงพยาบาล

เมื่อพิจารณาความแปรปรวนของคะแนนทักษะทางภาษาไทยตามปฏิสัมพันธ์ของตัวแปร 3 ตัวแปร ในกลุ่มย่อย (ดูตาราง 40) ผลปรากฏว่า คะแนนทักษะทางภาษาไทยแปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวพร้อมกัน ในระดับที่เชื่อมั่นได้ทางสถิติเฉพาะในกลุ่มเพศหญิง และเมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่าง

ตาราง 39 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของทักษะทางภาษาไทย เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มรวม

แหล่งความแปรปรวน	ค่าดีเอฟ	ค่าเอ็มเอส	ค่าเอฟ
ระดับการศึกษา (ก)	2	947.53	122.42***
อายุ (ข)	1	5.37	< 1
อาชีพ (ค)	1	240.30	31.05***
ก X ข	2	13.50	1.74
ก X ค	2	245.80	31.76***
ข X ค	1	66.64	8.61**
ก X ข X ค	2	30.47	3.94*
ส่วนที่เหลือ	345	7.74	
รวม	356	15.25	

***, ** และ * มีนัยสำคัญที่ระดับ .001, .01 และ .05 ตามลำดับ
 ทำนายรวม 39.30 %

ของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ตามวิธีการของเซฟเฟ ผลปรากฏในลักษณะเดียวกันกับกลุ่มรวม (ดูตาราง 76 ในภาคผนวก ข)

คะแนนทักษะทางภาษาไทย ยังแปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรระดับการศึกษา และอาชีพ ในกลุ่มรวม (ดูตาราง 39) และกลุ่มย่อยทุกกลุ่ม ยกเว้นกลุ่มจบการศึกษาไม่นาน (ดูตาราง 40) และเมื่อนำค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบหาความแตกต่างเป็นรายคู่ตามวิธีการของเซฟเฟ พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในระดับที่

ตาราง 48 ค่าเฉลี่ยของการวิเคราะห์ความแปรปรวนของทักษะทางภาษาไทย เมื่อพิจารณาจากระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มย่อยต่าง ๆ

กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย การศึกษา	อายุ (ท)	อาชีพ (ค)	ปฏิสัมพันธ์ 2 ทาง			ปฏิสัมพันธ์ 3 ทาง		
				ก x ท	ท x ค	ก x ค	ก x ท x ค	งานรวม	% การ
เพศชาย	13.73	3.89	59.31***	<1	11.92***	1.90	<1	<1	37
เพศหญิง	14.19	3.92	63.95***	1.69	21.04***	<1	12.35***	4.45*	42
กศ.น้อยต่ำ	13.22	4.06	85.46***	1.12	27.04***	1.30	22.72***	2.13	35
กศ.น้อยสูง	16.15	2.27	4.90**	<1	2.11	<1	4.58*	1.31	12
ผลการเรียนต่ำ	13.92	3.78	68.06***	<1	12.58***	1.15	17.07***	1.11	39
ผลการเรียนสูง	13.99	4.07	55.50***	3.18	17.48***	5.22	10.97***	9.36*	40
โสด	14.34	3.68	54.17***	<1	9.08*	<1	8.96***	11.88***	36
สมรส	13.51	4.11	69.50***	2.02	26.23***	1.26	25.17***	<1	43
เศรษฐกิจต่ำ	13.14	4.14	67.04***	3.18	16.17***	<1	14.67***	6.66*	41
เศรษฐกิจปานกลาง	15.11	3.22	30.54***	<1	13.32***	<1	10.62***	<1	29
รายได้ต่ำ	13.24	4.00	52.40***	<1	13.65***	<1	8.82***	5.45*	39
รายได้ปานกลาง	14.71	3.66	62.26***	5.56	36.36***	4.19*	28.40***	<1	42
จบ กศ. ไม่ผ่าน	14.34	3.57	62.37***	<1	1.20	1.07	2.56	3.59	39
จบ กศ. ผ่าน	13.43	4.27	63.59***	2.57	55.47***	2.66	25.79***	<1	46
ทำงานไม่ผ่าน	13.60	4.02	66.74***	<1	6.33*	<1	7.53***	5.71*	42
ทำงานผ่าน	14.35	3.75	56.85***	5.42*	30.48***	3.04*	27.00***	<1	39

***, **, * มีนัยสำคัญที่ระดับ .001, .01 และ .05 ตามลำดับ

ยอมรับได้ ในกลุ่มรวม 2 กรณี คือ

กรณีแรก ในหมู่ผู้ตอบที่ทำงานในโรงงาน ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย และมีมัธยมต้น มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางภาษาไทยสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม (ค่าเฉลี่ย 15.99, 15.29 และ 8.58 ตามลำดับ) (ดูตาราง 77 ในภาคผนวก ข)

กรณีที่สอง ในหมู่ผู้ตอบที่ทำงานในโรงพยาบาล ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลายและมีมัธยมต้น มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางภาษาไทยสูงกว่า ผู้มีการศึกษาระดับประถม (ค่าเฉลี่ย 15.69, 15.53 และ 13.25 ตามลำดับ) (ดูตาราง 77 ในภาคผนวก ข)

ส่วนผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในกลุ่มย่อย พบผลในกรณีแรกเช่นเดียวกับกลุ่มรวมในกลุ่มย่อยทุกกลุ่มดังกล่าว ยกเว้นกลุ่มการศึกษานอแม่มสูง ที่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเฉพาะผู้ที่ทำงานในโรงงาน โดยผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลายมีคะแนนทักษะทางภาษาไทยสูงกว่าผู้มีการศึกษาระดับประถม ส่วนผลในกรณีที่สอง พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในหมู่ผู้ตอบที่ทำงานในโรงพยาบาล โดยผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย มีคะแนนทักษะทางภาษาไทยสูงกว่าผู้มีการศึกษาระดับประถม ผลเช่นนี้พบเฉพาะในกลุ่มเพศหญิง และกลุ่มสมรส ส่วนในกลุ่มทำงานไม่นาน พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้น และระดับประถมที่ทำงานในโรงพยาบาล (ดูตาราง 78-85 ในภาคผนวก ข)

นอกจากนี้ คะแนนทักษะทางภาษาไทยยังแปรปรวนตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร อายุ และอาชีพ ในกลุ่มรวม (ดูตาราง 39) และกลุ่มย่อย 7 กลุ่ม คือ กลุ่มเพศหญิง กลุ่มการศึกษานอแม่มต่ำ กลุ่มผลการเรียนต่ำ กลุ่มผลการเรียนสูง กลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำ กลุ่มรายได้ต่ำ และกลุ่มทำงานไม่นาน (ดูตาราง 40) เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาหาความแตกต่างเป็นรายคู่ตามวิธีการของเซฟเป ผลปรากฏว่า ในหมู่ผู้ตอบที่มีอายุมาก ผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะทางภาษาไทยสูงกว่าผู้ที่ทำงานในโรงงาน อย่างเชื่อมั่นได้ ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยทั้ง 7 กลุ่ม นอกจากนี้ยังพบเฉพาะกลุ่มโสดที่ทำงานในโรงพยาบาลว่า ผู้ที่มีอายุมากมีคะแนนทักษะทางภาษา

ไทยสูงกว่าผู้มีอายุน้อย (ดูตาราง 86-88 ในภาคผนวก ข)

เมื่อพิจารณาคะแนนทักษะทางภาษาไทยตามปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรระดับการศึกษา และอายุ ผลปรากฏว่า คะแนนทักษะภาษาไทยไม่แปรปรวนตามปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระทั้งสองในกลุ่มรวม แต่พบความแปรปรวนตามปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระทั้งสองในกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มรายได้ปานกลาง และกลุ่มทำงานนาน (ดูตาราง 40) และเมื่อนำค่าเฉลี่ยไปหาความแตกต่างเป็นรายคู่ตามวิธีการทดสอบของเชฟเฟพบผลเช่นเดียวกันทั้งสองกลุ่มย่อย คือ ในหมู่ผู้ตอบที่มีอายุมาก ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลายและมัธยมต้น มีคะแนนทักษะทางภาษาไทยสูงกว่าผู้มีการศึกษาระดับประถม นอกจากนี้ยังพบว่า ในหมู่ผู้ตอบที่มีอายุน้อย ผู้มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย มีคะแนนทักษะทางภาษาไทยสูงกว่าผู้มีการศึกษาระดับประถม (ดูตาราง 89 ในภาคผนวก ข)

จากการพิจารณาการทดสอบหลัก (Main effect) พบว่า คะแนนทักษะทางภาษาไทยแปรปรวนไปตามระดับการศึกษาในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อยทั้งหมด 16 กลุ่ม อย่างเชื่อมั่นได้ทางสถิติ (ดูตาราง 39, 40) และเมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ผลปรากฏว่า ผู้มีการศึกษาระดับมัธยมปลายและมัธยมต้น มีคะแนนทักษะทางภาษาไทยสูงกว่าผู้มีการศึกษาระดับประถม อย่างเชื่อมั่นได้ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยทุกกลุ่ม (ดูตาราง 90-95 ในภาคผนวก ข)

นอกจากนี้ ยังพบว่าคะแนนทักษะทางภาษาไทย แปรปรวนไปตามตัวแปรอายุ เฉพาะในกลุ่มทำงานนาน โดยผู้ที่มีอายุน้อย มีคะแนนทักษะทางภาษาไทยมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก (ค่าเฉลี่ย 14.87 และ 14.20 ตามลำดับ) (ดูตาราง 96 ในภาคผนวก ข)

สุดท้ายเมื่อพิจารณาคะแนนทักษะทางภาษาไทยกับตัวแปรอาชีพ พบว่าคะแนนทักษะทางภาษาไทยแปรปรวนตามอาชีพ ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 14 กลุ่ม จาก 16 กลุ่มย่อย โดยผู้ที่มีอาชีพทำงานในโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางภาษาไทยสูงกว่าผู้ที่มีอาชีพทำงานในโรงงาน (ดูตาราง 96 ในภาคผนวก ข)

สรุป ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนทักษะทางภาษาไทยของ

ผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร ตามระดับการศึกษา อายุ อาชีพ ทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย 16 กลุ่ม ปรากฏว่า ผู้มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย และระดับมัธยมต้น มีคะแนนทักษะทางภาษาไทยสูงกว่าผู้มีการศึกษาระดับประถม ผู้ทำงานในโรงพยาบาล มีคะแนนทักษะทางภาษาไทยสูงกว่าผู้ที่ทำงานในโรงงาน ผู้ที่มีคะแนนทักษะทางภาษาไทยต่ำที่สุดคือ ผู้มีการศึกษาระดับประถม ทำงานในโรงงาน และอายุมาก ตัวแปร การศึกษา อายุ และอาชีพ ร่วมกันทำนายปริมาณความแปรปรวนของคะแนนทักษะทางภาษาไทย ได้ 39.3 % ในกลุ่มรวม และทำนายในกลุ่มย่อยได้ตั้งแต่ 12-46 %

เมื่อนำคะแนนทักษะทางภาษาไทยมาวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณเป็นชั้น โดยมีตัวแปร 6 ตัว ได้แก่ ระดับการศึกษา ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ผลการเรียนปีสุดท้าย ระดับการศึกษาของบิดา ระดับการศึกษาของมารดา และระดับเศรษฐกิจของครอบครัว ผลปรากฏว่า ตัวทำนายทั้งหมดสามารถทำนายทักษะทางภาษาไทยในกลุ่มรวมได้ 39 % และทำนายทักษะทางภาษาไทยในกลุ่มย่อยได้ตั้งแต่ 22 % ถึง 62 % โดยทำนายทักษะทางภาษาไทยได้สูงสุด 62 % ในกลุ่มทำงานในโรงงาน และทำนายได้ต่ำสุด 22 % ในกลุ่มทำงานในโรงพยาบาล

ตัวทำนายสำคัญที่สุดคือระดับการศึกษา โดยระดับการศึกษาเพียงตัวแปรเดียวสามารถทำนายทักษะภาษาไทยได้สูงถึง 36 % ในกลุ่มรวม และทำนายในกลุ่มทำงานในโรงงานได้สูงสุดถึง 61 % ทำนายได้ต่ำสุด 30 % ในกลุ่มคนโสด ส่วนตัวทำนายสำคัญอื่น ๆ คือ ระดับการศึกษาของมารดา โดยสามารถทำนายทักษะทางภาษาไทยในกลุ่มทำงานในโรงพยาบาลได้ 13 % ส่วนในกลุ่มอื่น ๆ เป็นตัวแปรที่ช่วยเพิ่มค่าอำนาจทำนาย

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ทำนายรวมในกลุ่มย่อยที่แบ่งตามตัวแปรชนิดเดียวกัน พบความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ทำนายรวมในระดับยอมรับได้ ซึ่งนับตั้งแต่ 5 % ขึ้นไปใน 3 คู่คือ ในกลุ่มอาชีพโรงงาน และโรงพยาบาล (แตกต่าง 41 %) กลุ่มโสดและสมรส (แตกต่าง 10 %) กลุ่มจบการศึกษาไม่นาน และนาน (แตกต่าง 9 %)

สรุปผลการวิเคราะห์คะแนนทักษะทางภาษาไทย ในงานวิจัยนี้พบว่า ผู้ที่มีทักษะทางภาษาไทยสูงคือ ผู้มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาล ผู้มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และทำงานในโรงงาน ผู้ที่มีอายุมาก ทำงานในโรงพยาบาล และผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา อายุน้อย และทำงานในโรงงาน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มีทักษะทางภาษาไทยสูง คือผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง ส่วนในกลุ่มที่ทำงานในโรงพยาบาลถ้ามีมารดาที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคะแนนทักษะทางภาษาไทยสูงด้วย กลุ่มผู้ตอบที่มีทักษะทางภาษาไทยสูงโดยมีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาของเขามากที่สุด คือ กลุ่มทำงานในโรงงาน

บทที่ 5

การสรุปและอภิปรายผล

ในบทที่ผ่านมา ได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการขอความร่วมมือจากผู้ปฏิบัติงานที่ทำงานในบริษัทหรือโรงงาน และที่ทำงานในโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 358 คน ตอบแบบวัดชุดต่าง ๆ เพื่อวัดตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ซึ่งแบ่งได้เป็นตัวแปร 4 กลุ่ม คือ (1) ตัวแปรด้านการศึกษา 4 ตัวแปร (2) ตัวแปรด้านจิตลักษณะ 4 ตัวแปร และตัวแปรด้านการรับข่าวสารสุขภาพ 1 ตัวแปร (3) ตัวแปรด้านพฤติกรรมสุขภาพ 3 ตัวแปร (4) ตัวแปรด้านลักษณะชีวิตสังคมและภูมิหลัง 9 ตัวแปร รวมทั้งสิ้น 21 ตัวแปร โดยได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์หลายรูปแบบ คือ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสามทาง การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณเป็นชั้น การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายคู่ และการหาค่าสหสัมพันธ์คาโนนิคอล นอกจากนี้มีการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มย่อยด้วยวิธีการของเชฟเฟ การวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านี้ได้กระทำเพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างกลุ่ม และระหว่างตัวแปรในกลุ่มเดียวกัน ทั้งนี้เพื่อตรวจสอบสมมติฐานเป็นสำคัญ นอกจากนั้นยังได้มีการสำรวจความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ เพื่อเป็นรากฐานในการตั้งสมมติฐานในการวิจัยอื่น ๆ ต่อไป

ในบทนี้จะได้ประมวลผลการวิเคราะห์ข้อมูลในแนวที่แตกต่างจากการนำเสนอในบทก่อน ทั้งนี้เพื่อจะได้ตีความและอภิปรายผลในแง่มุมต่าง ๆ โดยจะมีการสรุปและอภิปรายผลตามสมมติฐานที่ตั้งไว้เป็นอันดับแรก เพื่อจะได้ทราบว่า ข้อมูลจากการวิจัยนี้ให้การสนับสนุนการทำนายที่กระทำไว้ล่วงหน้ามากน้อยเพียงใด ต่อจากนั้นจะเป็นการสรุปและอภิปรายผลในด้านอื่น ๆ ที่เป็นจุดสนใจของนักวิชาการและนักปฏิบัติการทางด้านนี้ โดยจะเน้นตัวแปรที่ให้ผลสำคัญเด่นชัดในการวิจัยนี้

จากการที่ได้นำผลวิจัยนี้ไปประสานกับผลการวิจัยอื่น ๆ จะทำให้ได้ความรู้ที่กว้างขวางและละเอียดยิ่งขึ้น ประกอบกับการพิจารณาข้อดีและข้อเสียของการวิจัย

นี้ จะช่วยชี้แนวทางในการกำหนด ข้อเสนอแนะทั้งทางด้านวิจัยและทางด้านปฏิบัติต่อไป ซึ่งจะเป็นหัวข้อสุดท้ายของบทนี้

การสรุปและอภิปรายผลตามสมมติฐาน

สมมติฐานในการวิจัยนี้มี 6 ข้อ ในที่นี้จะประมวล สรุป และอภิปรายผลตามสมมติฐานแต่ละข้อ ดังต่อไปนี้

สมมติฐาน 1 มีเนื้อความว่า "ตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปรทำนายพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านทั้ง 3 ด้านได้มากกว่าตัวแปรการศึกษาตัวใดตัวหนึ่ง" สมมติฐานนี้ได้ทำนายความสัมพันธ์ของตัวแปรการศึกษา ซึ่งได้แก่ ระดับการศึกษา ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ผลการเรียนปีสุดท้าย และทักษะทางภาษาไทย กับพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้านคือ พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล การใช้ดัชนีทางด้านการศึกษามากกว่าหนึ่งตัวในการทำนายพฤติกรรมในการวิจัยอื่น ๆ ที่มีอยู่เดิม ทั้งในประเทศและต่างประเทศมีไม่มากนัก ส่วนใหญ่จะใช้ตัวแปรระดับการศึกษาเพียงตัวเดียว แต่เนื่องจากการวิจัยนี้ต้องการทราบผลการให้การศึกษาของรัฐที่ผ่านมาว่า การที่บุคคลต่าง ๆ ได้รับการศึกษาในปริมาณและคุณภาพที่แตกต่างกัน จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเขาเหล่านั้นต่างกันหรือไม่ ฉะนั้นตัวแปรทางการศึกษาที่ใช้จึงมีด้วยกันหลายด้านทั้งที่เกี่ยวกับปริมาณและคุณภาพของการศึกษาที่ผู้ตอบได้รับ ตลอดจนสถานการณ์ทางการศึกษาขณะที่เรียนปีสุดท้าย และในปัจจุบัน ทั้งนี้เพื่อต้องการส่งผลทำนายว่าตัวแปรใดส่งผลชัดเจนที่สุด และตัวแปรทั้ง 4 ตัว จะส่งผลรวมกันได้มากกว่าหรือไม่เพียงใด เพื่อประโยชน์ในการกำหนดดัชนีทางการศึกษา และการประยุกต์ใช้ต่อไป

จากการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร แบบถดถอยพหุคูณเป็นชั้น โดยใช้ตัวแปรด้านการศึกษา 4 ตัวแปรเข้าสู่สมการทำนายเป็นลำดับ ตามปริมาณความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ผลปรากฏว่าสนับสนุนสมมติฐาน 1 เป็นส่วนมาก โดยเฉพาะในส่วนของพฤติกรรมการหลีกเลี่ยง

การเสกสสารที่เป็นโทษ แต่ส่วนของพฤติกรรมการกิน และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล สนับสนุนสมมติฐานเป็นส่วนน้อย

ในพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสกสสารที่เป็นโทษ ตัวแปรทักษะทางภาษาไทยเป็นตัวทำนายที่สำคัญที่สุด โดยสามารถทำนายได้ 18 % ในกลุ่มรวม และทำนายได้ตั้งแต่ 11 % - 32 % ในกลุ่มย่อย ส่วนตัวแปรการศึกษาทั้ง 4 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสกสสารที่เป็นโทษได้ 22 % ในกลุ่มรวม และทำนายได้ตั้งแต่ 12 % - 39 % ในกลุ่มย่อย ความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์การทำนายรวมกับเปอร์เซ็นต์การทำนายของตัวทำนายตัวแรกที่อยู่ในระดับสูงในปริมาณที่ยอมรับได้ ภายใน 7 กลุ่ม จาก 18 กลุ่มย่อย (ดูตาราง 11)

ในพฤติกรรมการกิน ตัวแปรผลการเรียนปีสุดท้ายเป็นตัวทำนายที่สำคัญที่สุด โดยสามารถทำนายได้ 4 % ในกลุ่มรวม และทำนายได้ตั้งแต่ 3 - 13 % ในกลุ่มย่อย ส่วนตัวแปรการศึกษาทั้ง 4 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการกินได้ 7 % ในกลุ่มรวม และทำนายได้ตั้งแต่ 2 - 6 % ในกลุ่มย่อย ความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์การทำนายรวมกับเปอร์เซ็นต์การทำนายของตัวทำนายตัวแรกที่อยู่ในระดับสูงในปริมาณที่ยอมรับได้พบเฉพาะในกลุ่มอาชีพโรงงาน (ดูตาราง 4)

สำหรับในพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ตัวแปรระดับการศึกษาเป็นตัวทำนายสำคัญในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย 5 กลุ่มโดยทำนายได้ 3 % ในกลุ่มรวม และทำนายได้ตั้งแต่ 3 % - 7 % ในกลุ่มย่อย ตัวแปรผลการเรียนเป็นตัวทำนายสำคัญใน 6 กลุ่มย่อย โดยทำนายได้ตั้งแต่ 2 % - 6 % ส่วนตัวแปรทักษะทางภาษาไทย เป็นตัวทำนายสำคัญใน 2 กลุ่มย่อย โดยทำนายได้ตั้งแต่ 4 % - 5 % ตัวแปรการศึกษาทั้ง 4 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลได้ 5 % ในกลุ่มรวม และทำนายได้ตั้งแต่ 4 % - 10 % ใน 18 กลุ่มย่อย ความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์การทำนายรวมกับเปอร์เซ็นต์การทำนายของตัวทำนายตัวแรกที่อยู่ในระดับสูงในปริมาณที่ยอมรับได้พบใน 2 กลุ่มจาก 18 กลุ่มย่อย (ดูตาราง 18)

กลุ่มย่อยที่ตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพ แตกต่างจากตัวแปรการศึกษาตัวใดตัวหนึ่ง ในระดับที่ยอมรับได้ คือมีความ

แตกต่างกันตั้งแต่ 5 % ขึ้นไป 2 ใน 3 ด้านของพฤติกรรมสุขภาพ คือ กลุ่มที่มีอาชีพทำงานในโรงงาน และกลุ่มที่บิดามารดามีระดับการศึกษาสูง

ในกลุ่มตัวแปรการศึกษาทั้ง 4 ตัวแปร พบว่า ตัวแปรผลการเรียนปีสุดท้าย ทักษะทางภาษาไทย และระดับการศึกษาของผู้ตอบเป็นตัวทำนายสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าตัวแปรลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา

ฉะนั้น จึงอาจกล่าวสรุปได้ว่า สมมติฐาน 1 ไม่ได้ได้รับการสนับสนุนในกลุ่มรวม แต่สนับสนุนในกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ทำงานในโรงงาน และกลุ่มที่บิดามารดามีการศึกษาสูง

สมมติฐาน 2 มีเนื้อความว่า "ตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปรทำนายจิตลักษณะแต่ละด้านทั้ง 4 ด้าน และการรับข่าวสารสุขภาพได้มากกว่าตัวแปรการศึกษาตัวใดตัวหนึ่ง สมมติฐานนี้ต้องการทำนายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร ซึ่งได้แก่ ระดับการศึกษา ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ผลการเรียนปีสุดท้าย และทักษะทางภาษาไทย กับจิตลักษณะ 4 ด้านคือ ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกเกี่ยวกับสุขภาพ และลักษณะมุ่งอนาคต และตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปรกับการรับข่าวสารสุขภาพ การใช้ตัวแปรทางการศึกษามากกว่าหนึ่งตัวในการทำนายจิตลักษณะมีไม่มากนัก ส่วนใหญ่จะใช้ตัวแปรระดับการศึกษาเพียงตัวแปรเดียว แต่งานวิจัยนี้ต้องการศึกษาการส่งผลของการศึกษา จึงใช้ตัวแปรการศึกษาทั้งด้านปริมาณและคุณภาพดังได้กล่าวมาแล้ว และคาดว่าตัวแปรการศึกษาทั้ง 4 ตัวแปร จะส่งผลร่วมในการทำนายมากกว่าตัวแปรการศึกษาตัวใดตัวหนึ่งเพียงตัวเดียว

จากการวิเคราะห์คะแนนจิตลักษณะและการรับข่าวสารสุขภาพแบบถดถอย พบคุณเป็นขึ้นโดยใช้ตัวแปรด้านการศึกษา 4 ตัวแปร เข้าสู่สมการทำนายเป็นลำดับตามปริมาณความสัมพันธ์กับจิตลักษณะและการรับข่าวสารสุขภาพ ผลปรากฏว่าสนับสนุนสมมติฐาน 2 เป็นส่วนน้อย กล่าวคือตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร ร่วมกันทำนายจิตลักษณะแต่ละด้านทั้ง 4 ด้านได้มากกว่าตัวแปรการศึกษาเพียงตัวใดตัวหนึ่ง เฉพาะในกลุ่มย่อยบางกลุ่มเท่านั้น และนับได้ว่าเป็นปริมาณที่น้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มย่อย

ทั้งหมด 18 กลุ่ม

ตัวแปรการศึกษาแต่ละตัวแปรมีความสามารถในการทำนายจิตลักษณะแต่ละด้านแตกต่างกันคือ ในด้านความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ ตัวแปรทักษะทางภาษาไทย เป็นตัวทำนายที่สำคัญที่สุด โดยสามารถทำนายได้ 14 % ในกลุ่มรวม และทำนายได้ตั้งแต่ 7 % - 21 % ในกลุ่มย่อย ส่วนตัวแปรการศึกษาทั้ง 4 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพได้ 17 % ในกลุ่มรวม และทำนายได้ตั้งแต่ 7 % - 28 % ในกลุ่มย่อย ความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ทำนายรวมกับเปอร์เซ็นต์การทำนายของตัวทำนายตัวแรกที่อยู่ในระดับยอมรับได้ พบใน 6 กลุ่ม จาก 18 กลุ่มย่อย (ดูตาราง 32)

ในด้านทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ตัวแปรทักษะทางภาษาไทยเป็นตัวทำนายสำคัญในกลุ่มรวมโดยทำนายได้ 4 % และทำนายได้ตั้งแต่ 4 % - 9 % ใน 3 กลุ่มย่อย ส่วนตัวแปรระดับการศึกษาเป็นตัวทำนายสำคัญใน 8 กลุ่มย่อย โดยทำนายได้ตั้งแต่ 4 % - 14 % ตัวแปรผลการเรียนปีสุดท้ายเป็นตัวทำนายสำคัญใน 4 กลุ่มย่อย โดยทำนายได้ตั้งแต่ 2 % - 4 % ตัวแปรการศึกษาทั้ง 4 ตัวแปรร่วมกันทำนายทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพได้ 6 % ในกลุ่มรวม และทำนายได้ตั้งแต่ 1 % - 16 % ในกลุ่มย่อย โดยความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์การทำนายรวมกับเปอร์เซ็นต์การทำนายของตัวทำนายตัวแรกที่อยู่ในระดับยอมรับได้ พบใน 2 กลุ่มจาก 18 กลุ่มย่อย (ดูตาราง 26)

ในด้านลักษณะมุ่งอนาคต ตัวแปรทักษะทางภาษาไทยเป็นตัวทำนายที่สำคัญที่สุด โดยสามารถทำนายได้ 15 % ในกลุ่มรวมและทำนายได้ตั้งแต่ 9 % - 21 % ในกลุ่มย่อย ส่วนตัวแปรการศึกษาทั้ง 4 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายลักษณะมุ่งอนาคตได้ 16 % ในกลุ่มรวม และทำนายได้ตั้งแต่ 10 % - 24 % ในกลุ่มย่อย ความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์การทำนายรวมและเปอร์เซ็นต์การทำนายของตัวทำนายตัวแรกที่อยู่ในระดับสูงที่ยอมรับได้ พบเฉพาะในกลุ่มผู้ตอบที่มีบิดามารดามีระดับการศึกษาสูง (ดูตาราง 35)

ในด้านค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ ตัวแปรทักษะทางภาษาไทยเป็นตัวทำนาย

สำคัญที่สุด โดยสามารถทำนายได้ 19 % ในกลุ่มรวม และทำนายได้ตั้งแต่ 2 % - 7 % ในกลุ่มย่อย ส่วนตัวแปรการศึกษาทั้ง 4 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ ได้ 20 % ในกลุ่มรวม และทำนายได้ตั้งแต่ 1 - 15 % ในกลุ่มย่อย ความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์การทำนายรวมกับเปอร์เซ็นต์การทำนายของตัวทำนายตัวแรกที่อยู่ในระดับยอมรับได้ พบเฉพาะในกลุ่มการศึกษา พ่อแม่สูง (ดูตาราง 29)

ในด้านการรับข่าวสารสุขภาพ ตัวแปรลักษณะสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษาเป็นตัวทำนายสำคัญใน 6 กลุ่มย่อย โดยทำนายได้ตั้งแต่ 3 % - 6 % ตัวแปรผลการเรียนปีสุดท้าย เป็นตัวทำนายสำคัญใน 4 กลุ่มย่อย โดยทำนายได้ตั้งแต่ 1 % - 4 % ตัวแปรการศึกษาทั้ง 4 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายการรับข่าวสารสุขภาพได้ 2 % ในกลุ่มรวม และทำนายได้ตั้งแต่ 1 % - 10 % ในกลุ่มย่อย ความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์การทำนายรวมกับตัวทำนายตัวแรกในระดับที่ยอมรับได้ พบใน 3 กลุ่มย่อยจาก 18 กลุ่มย่อย (ดูตาราง 38)

กลุ่มย่อยที่ตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายจิตลักษณะทั้ง 4 ด้าน และการรับข่าวสารสุขภาพแตกต่างจากตัวแปรการศึกษาตัวใดตัวหนึ่งในระดับที่ยอมรับได้ คือ กลุ่มผู้ตอบที่มีบิดามารดามีการศึกษาสูง

ในกลุ่มตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปรพบว่าตัวแปรทักษะทางภาษาไทย ระดับการศึกษาและผลการเรียนปีสุดท้าย เป็นตัวทำนายสำคัญของจิตลักษณะ 4 ด้าน ส่วนตัวแปรลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา เป็นตัวทำนายสำคัญของการรับข่าวสารสุขภาพ

ฉะนั้น จึงอาจกล่าวสรุปได้ว่า สมมติฐาน 2 ไม่ได้รับการสนับสนุนในกลุ่มรวม แต่ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มย่อยที่ผู้ตอบมีบิดามารดาที่มีระดับการศึกษาสูง ในจิตลักษณะทั้ง 4 ด้าน และการรับข่าวสารสุขภาพ นอกจากนี้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำนายความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ สนับสนุนสมมติฐาน 2 มากกว่า ตัวแปรตามอื่น ๆ

สมมติฐาน 3 มีเนื้อความว่า "ตัวแปรจิตลักษณะ 4 ตัวแปร ร่วมกันทำนาย พฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านทั้ง 3 ด้านได้มากกว่าตัวแปรจิตลักษณะตัวใดตัวหนึ่ง"

สมมติฐานนี้ได้ทำนายความสัมพันธ์ของตัวแปรจิตลักษณะ 4 ด้านคือ ทักษะคิดต่อ พฤติกรรมสุขภาพ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เกี่ยวกับสุขภาพ และลักษณะมุ่งอนาคตกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน คือพฤติกรรม การกิน พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษา อนามัยส่วนบุคคล การใช้ตัวแปรจิตลักษณะถึง 4 ด้าน ทำนายพฤติกรรมสุขภาพ ในงานวิจัยนี้ เนื่องจากข้อค้นพบในงานวิจัยต่าง ๆ ปรากฏว่า การมีพฤติกรรมสุขภาพ ของบุคคล มีความสัมพันธ์กับการมีทัศนคติที่ดีต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ (Harris and Guten. 1979:17-29) การมีค่านิยมด้านสุขภาพ (Kristiansen. 1985) การมีความเชื่ออำนาจในตนเกี่ยวกับสุขภาพ (Seeman and Seeman. 1983) การมีลักษณะมุ่งอนาคต (Green. 1970) ซึ่งแสดงว่าการมีพฤติกรรมสุขภาพ ของบุคคลมีความเกี่ยวพันกับจิตลักษณะหลายตัวดังกล่าว และจากทฤษฎีต้นไม้วัยธรรม (ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2531) ได้กล่าวว่าจิตลักษณะต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่การเห็นประโยชน์และคุณค่าของการมีสุขภาพดี ซึ่งหมายถึง การมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการมีค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ การ เชื่อว่าตนสามารถทำให้ตัวเองมีสุขภาพดีได้โดยการกระทำของตน ซึ่งหมายถึงการมี ความเชื่อในอำนาจตน และการคาดการณ์ไกล เห็นผลของการมีสุขภาพดีในระยะ ยาวซึ่งหมายถึงลักษณะมุ่งอนาคต โดยจิตลักษณะทั้ง 4 ประการจะกระทำหน้าที่ต่อ เนื่องกันจนเกิดผลตามเป้าหมาย คือการมีสุขภาพที่ดี ฉะนั้น ผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมติฐาน การวิจัยนี้ขึ้น

จากการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานครแบบถดถอยพหุคูณเป็นขั้น โดยใช้ตัวแปรจิตลักษณะ 4 ตัวแปร เข้าสู่สมการ ทำนายเป็นลำดับตามปริมาณความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้าน ผลปรากฏว่า สนับสนุนสมมติฐาน 3 เป็นอย่างมากโดยเฉพาะในพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ที่ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยทุกกลุ่ม ยกเว้นกลุ่ม

การศึกษาพ่อแม่สูง (ดูตาราง 18) ส่วนในพฤติกรรมกรหลักเลี้ยงการเสพสารที่เป็นโทษก็ได้ผลในลักษณะเดียวกัน คือสนับสนุนสมมติฐาน 3 ทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย 11 กลุ่มจาก 18 กลุ่มย่อย (ดูตาราง 11) สำหรับในพฤติกรรมกรกิน สนับสนุนสมมติฐาน 3 เพียงส่วนน้อย คือ มีความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ทำนายรวมกับเปอร์เซ็นต์ทำนายของตัวทำนายตัวแรกที่อยู่ในระดับยอมรับได้ ซึ่งนับตั้งแต่ 5 % ขึ้นไปใน 4 กลุ่มจาก 18 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มเพศหญิง กลุ่มสมรส กลุ่มการศึกษาพ่อแม่สูง และกลุ่มจบการศึกษานาน

สำหรับตัวทำนายสำคัญที่สุดในทุกพฤติกรรมคือทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเป็นตัวแปรที่เข้าสู่สมการทำนายเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ และลักษณะมุ่งอนาคต ตามลำดับ ส่วนค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ เป็นตัวทำนายสำคัญอันดับรอง ๆ เฉพาะในพฤติกรรมกรกิน และพฤติกรรมกรรักษาอนามัยส่วนบุคคลเท่านั้น

ดังนั้นจึงอาจกล่าวสรุปในส่วนนี้ได้ว่า ข้อมูลสนับสนุนสมมติฐานในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อยแทบทั้งหมด โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับการทำนายพฤติกรรมกรรักษาอนามัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมกรหลักเลี้ยงการเสพสารที่เป็นโทษ ส่วนกลุ่มย่อยที่ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐาน 3 ในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน มีอยู่ 3 กลุ่มย่อยคือ กลุ่มเพศหญิง กลุ่มสมรส และกลุ่มจบการศึกษามานาน ฉะนั้นผลการวิจัยจึงสนับสนุนสมมติฐาน 3 เป็นส่วนใหญ่

สมมติฐาน 4 มีเนื้อความว่า "ตัวแปรกลุ่มการศึกษา 4 ตัวแปร และตัวแปรกลุ่มจิตลักษณะ 4 ตัวแปร ร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านทั้ง 3 ด้าน ได้มากกว่า ตัวแปรกลุ่มการศึกษาเพียงกลุ่มเดียว" สมมติฐานนี้ได้ทำนายความสัมพันธ์ของตัวแปรการศึกษา และตัวแปรจิตลักษณะรวม 8 ตัวแปร ซึ่งได้แก่ ระดับการศึกษา ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ผลการเรียนปีสุดท้าย ทักษะทางภาษาไทย ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ และลักษณะมุ่งอนาคต กับพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน คือ พฤติกรรมกรกิน พฤติกรรมกรหลักเลี้ยงการเสพสารที่เป็นโทษ และพฤติกรรม

การรักษาอนามัยส่วนบุคคล ทั้งนี้เนื่องจากในงานวิจัยนี้ได้ศึกษาวิชาการ 2 สาย คือ สายการศึกษา และสายจิตวิทยาสังคม ในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นจึงต้องทำการเปรียบเทียบว่าวิชาการสายใดจะสามารถทำนายพฤติกรรมได้มากกว่ากัน หรือต้องใช้วิชาการทั้งสองสายรวมกัน ซึ่งจะเป็นการรวมทฤษฎี 2 ทฤษฎี หรือหลัก 2 ประการเข้าไว้ในงานวิจัยเดียวกัน ผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมติฐาน 4 ขึ้น และได้มีการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของการทำนายรวมทั้ง 8 ตัวแปร กับตัวแปรกลุ่มการศึกษา และตัวแปรกลุ่มจิตลักษณะ ดังปรากฏผลในตาราง 42, 43 และ 44

จากการเปรียบเทียบเปอร์เซ็นต์ทำนายรวมของตัวทำนาย 8 ตัว กับตัวทำนายกลุ่มการศึกษา ผลปรากฏว่าสนับสนุนสมมติฐาน 4 อย่างเด่นชัดในทุกพฤติกรรม คือ ตัวทำนายทั้ง 8 ตัว สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้าน คือ พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ได้มากกว่าตัวทำนายกลุ่มการศึกษาเพียงกลุ่มเดียว (ดูตาราง 42-43)

แต่ถ้าพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ทำนายรวม 8 ตัวแปร กับตัวแปรจิตลักษณะ 4 ด้าน จะพบว่า ตัวทำนาย 8 ตัวแปรให้ค่าอำนาจทำนายมากกว่าตัวแปรกลุ่มจิตลักษณะในระดับที่ยอมรับได้ คือนับตั้งแต่ 5 % ขึ้นไป เฉพาะในกลุ่มย่อย 8 กลุ่มจาก 18 กลุ่มย่อยในพฤติกรรมการกิน (ดูตาราง 42) กลุ่มย่อย 3 กลุ่มจาก 18 กลุ่มย่อยในพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล (ดูตาราง 44) ส่วนในพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ พบความแตกต่างในระดับยอมรับได้ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย ซึ่งแสดงว่า ตัวแปรการศึกษาและจิตลักษณะรวม 8 ตัวสามารถให้ค่าอำนาจทำนายพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย พฤติกรรมการกินและพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลในบางกลุ่มย่อย ได้มากกว่าตัวแปรกลุ่มจิตลักษณะกลุ่มเดียว

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างของการทำนายของตัวแปรกลุ่มการศึกษา กับตัวแปรทั้ง 8 ตัวแปร กับกลุ่มจิตลักษณะกับตัวแปรทั้ง 8 ตัวแปรจะพบว่า ในพฤติกรรมการกิน ตัวแปรกลุ่มจิตลักษณะมีอำนาจทำนายมากกว่าตัวแปรกลุ่มการ

ตาราง 42 การเปรียบเทียบเปอร์เซ็นต์ทำนายนรวมของตัวทำนายน 3 ชุด ที่มีต่อ
พฤติกรรมการกิน ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

กลุ่ม	%ทำนายน	%ทำนายน	%ทำนายน	%ทำนายนแตกต่าง	
	ชุดที่ 3	ชุดที่ 1	ชุดที่ 2	ชุด 3-ชุด 1	ชุดที่ 3-ชุด 2
กลุ่มรวม	18	7	15	11	3
เพศชาย	14	5	11	9	3
เพศหญิง	23	7	21	16	2
อายุน้อย	22	7	19	15	2
อายุมาก	21	11	14	10	7
โสด	29	15	20	14	9
สมรส	22	8	16	14	6
อาชีพ รพ.	14	2	13	12	1
อาชีพ รง.	26	16	19	10	7
รายได้ต่ำ	15	7	11	21	4
รายได้ปานกลาง	22	8	20	14	2
เศรษฐกิจต่ำ	20	9	14	11	6
เศรษฐกิจปานกลาง	18	7	16	11	2
กศ.พ่อแม่ต่ำ	18	6	15	12	3
กศ.พ่อแม่สูง	20	10	17	10	3
จบกศ.ไม่นาน	26	8	22	18	4
จบกศ.นาน	21	13	14	8	7
ทำงานไม่นาน	19	9	13	10	6
ทำงานนาน	25	12	19	13	6

%ทำนายนชุดที่ 1 = %ทำนายนรวมของตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร

%ทำนายนชุดที่ 2 = %ทำนายนรวมของตัวแปรจิตลักษณะ 4 ตัวแปร

%ทำนายนชุดที่ 3 = %ทำนายนของตัวแปรการศึกษาและจิตลักษณะรวม 8 ตัวแปร

ตาราง 43 การเปรียบเทียบเปอร์เซ็นต์ทำนายรวมของตัวทำนาย 3 ชุดที่มีต่อ
พฤติกรรมหลักเลี้ยงการเสกสสารที่เป็นโทษ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

กลุ่ม	%ทำนาย ชุดที่ 3	%ทำนาย ชุดที่ 1	%ทำนาย ชุดที่ 2	%ทำนายแตกต่าง	
				ชุด 3-ชุด 1	ชุดที่ 3-ชุด 2
กลุ่มรวม	31	22	20	9	11
เพศชาย	24	15	16	9	8
เพศหญิง	50	39	30	11	20
อายุน้อย	30	22	20	8	10
อายุมาก	35	25	21	10	14
โสด	37	24	23	13	14
สมรส	27	22	17	5	10
อาชีพ รพ.	22	12	14	10	8
อาชีพ รง.	40	31	23	9	17
รายได้ต่ำ	24	15	15	9	9
รายได้ปานกลาง	36	28	23	8	13
เศรษฐกิจต่ำ	31	20	20	9	11
เศรษฐกิจปานกลาง	29	20	15	9	14
กศ. พ่อแม่ต่ำ	30	19	21	11	9
กศ. พ่อแม่สูง	23	18	10	5	13
จบกศ. ไม่นาน	29	16	19	13	10
จบกศ. นาน	40	34	23	6	17
ทำงานไม่นาน	32	20	23	12	9
ทำงานนาน	31	23	18	8	13

%ทำนายชุดที่ 1 = %ทำนายรวมของตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร

%ทำนายชุดที่ 2 = %ทำนายรวมของตัวแปรจิตลักษณะ 4 ตัวแปร

%ทำนายชุดที่ 3 = %ทำนายของตัวแปรการศึกษาและจิตลักษณะรวม 8 ตัวแปร

ตาราง 44 การเปรียบเทียบเปอร์เซ็นต์ทำนายนรวมของตัวทำนายน 3 ชุดที่มีต่อ
พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

กลุ่ม	%ทำนายน	%ทำนายน	%ทำนายน	%ทำนายนแตกต่าง	
	ชุดที่ 3	ชุดที่ 1	ชุดที่ 2	ชุด 3-ชุด 1	ชุดที่ 3-ชุด 2
กลุ่มรวม	22	5	20	17	2
เพศชาย	25	5	22	20	3
เพศหญิง	26	10	21	16	5
อายุน้อย	23	6	20	17	3
อายุมาก	26	8	23	18	3
โสด	21	5	19	16	2
สมรส	27	7	24	20	3
อาชีพ รพ.	20	3	17	17	3
อาชีพ รง.	25	9	22	16	3
รายได้ต่ำ	21	6	17	15	3
รายได้ปานกลาง	28	6	27	22	1
เศรษฐกิจต่ำ	23	6	20	17	3
เศรษฐกิจปานกลาง	27	8	25	19	2
กศ. พ่อแม่ต่ำ	22	4	20	18	2
กศ. พ่อแม่สูง	17	6	12	11	5
จบกศ. ไม่นาน	29	9	24	20	5
จบกศ. นาน	25	6	23	19	2
ทำงานไม่นาน	19	4	17	15	2
ทำงานนาน	35	8	32	27	3

%ทำนายนชุดที่ 1 = %ทำนายนรวมของตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร

%ทำนายนชุดที่ 2 = %ทำนายนรวมของตัวแปรจิตลักษณะ 4 ตัวแปร

%ทำนายนชุดที่ 3 = %ทำนายนของตัวแปรการศึกษาและจิตลักษณะรวม 8 ตัวแปร

ศึกษาในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ ตัวแปร
กลุ่มการศึกษามีอำนาจการทำนายมากกว่าตัวแปรกลุ่มจิตลักษณะในกลุ่มรวมและกลุ่ม
ย่อย และสำหรับพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ตัวแปรจิตลักษณะให้อำนาจ
ทำนายมากกว่าตัวแปรกลุ่มการศึกษาในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยทั้งหมด

ฉะนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า สำหรับพฤติกรรมการกิน และพฤติกรรมการรักษา
อนามัยส่วนบุคคล ตัวแปรกลุ่มจิตลักษณะทำนายได้มากกว่าตัวแปรกลุ่มการศึกษาอย่าง
ชัดเจน ส่วนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ ตัวแปรกลุ่มการศึกษา
ทำนายได้มากกว่าตัวแปรกลุ่มจิตลักษณะ แต่เมื่อนำตัวแปรกลุ่มจิตลักษณะมาทำนาย
พฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้านร่วมกับตัวแปรกลุ่มการศึกษา ปรากฏว่าเปอร์เซ็นต์การ
ทำนายเพิ่มขึ้นในปริมาณที่ยอมรับได้อย่างชัดเจนทั้ง 3 พฤติกรรม ทั้งในกลุ่มรวม
และกลุ่มย่อย ทั้ง 16 กลุ่ม ผลการวิจัยนี้จึงสนับสนุนสมมติฐาน 4 อย่างสมบูรณ์

สมมติฐาน 5 มีเนื้อความว่า "ตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร และตัวแปร
จิตลักษณะ 4 ตัวแปร ร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านทั้ง 3 ด้านในกลุ่มผู้
ถูกศึกษาที่มีอาชีพไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (กลุ่มทำงานในโรงงาน) ได้มากกว่ากลุ่มผู้
ถูกศึกษาที่มีอาชีพเกี่ยวข้องกับสุขภาพ (กลุ่มทำงานในโรงพยาบาล)" สมมติฐานนี้ได้
ตั้งขึ้นจากการคาดหมายว่า ถ้าการศึกษาและจิตลักษณะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ
บุคคลจริง ควรจะมีผลต่อกลุ่มบุคคลที่ทำงานในอาชีพทั่วไป ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแล
สุขภาพมากกว่า ทั้งนี้เพราะลักษณะงานอาชีพที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแล
สุขภาพอาจมีส่วนเป็นสถานการณ์ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันไป กล่าวคือ
ประสบการณ์จากการงานและอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ทำให้บุคคลมีการ
เรียนรู้ และมีการกระทำพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่ดีขึ้นกว่าเดิม ฉะนั้นเพื่อการ
ศึกษาการส่งผลของตัวแปรการศึกษาและตัวแปรจิตลักษณะที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพคมชัด
ขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมติฐานนี้ขึ้น

จากผลการวิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านทั้ง 3 ด้าน แบบ
ถดถอยพหุคูณเป็นขั้น ของผู้ปฏิบัติงานที่ทำงานในโรงงาน เปรียบเทียบกับผู้ปฏิบัติงาน
ที่ทำงานในโรงพยาบาล ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่แบ่งตามลักษณะชีวิตสังคมและภูมิ

หลังรวม 16 กลุ่มย่อย โดยใช้ตัวแปรการศึกษาและจิตลักษณะรวม 8 ตัวแปร เป็นตัวทำนาย ผลปรากฏว่า สนับสนุนสมมติฐาน 5 อย่างชัดเจนทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยอื่น ๆ อีก 10 กลุ่มของพฤติกรรมการกิน กลุ่มย่อย 15 กลุ่มของพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ และกลุ่มย่อย 5 กลุ่มของพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล โดยในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยดังกล่าว ตัวแปรการศึกษาและจิตลักษณะรวม 8 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านทั้ง 3 ด้าน ของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในโรงงานได้มากกว่ากลุ่มผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (ดูตาราง 7, 14 และ 21) ส่วนผลการทำนายที่กลับกับสมมติฐานพบเฉพาะกลุ่มเพศหญิงและกลุ่มจบการศึกษาไม่นานของพฤติกรรมการกิน และกลุ่มรายได้ต่ำ กลุ่มระดับเศรษฐกิจปานกลาง กลุ่มจบการศึกษานาน กลุ่มทำงานนานของพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ที่ตัวแปรรวม 8 ตัว สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านทั้ง 2 ด้าน ของผู้ทำงานในโรงพยาบาลได้มากกว่าผู้ทำงานในโรงงาน

ฉะนั้น จึงกล่าวสรุปได้ว่า สมมติฐาน 5 ได้รับการสนับสนุนทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยเป็นส่วนใหญ่ ในพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน

สมมติฐาน 6 มีเนื้อความว่า "กลุ่มผู้ถูกศึกษาที่มีระดับการศึกษาสูง อายุมาก และมีอาชีพเกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีการรับข่าวสารสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านทั้ง 3 ด้าน มากกว่ากลุ่มผู้ถูกศึกษาที่มีระดับการศึกษาต่ำ อายุ น้อย และมีอาชีพไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ" สมมติฐานนี้ได้กล่าวถึงการมีบทบาทร่วมกันของระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ที่มีต่อการรับข่าวสารสุขภาพ และที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน คือ พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ฉะนั้นการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานจึงต้องใช้ในการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสามทาง โดยพิจารณาค่าเอฟของปฏิสัมพันธ์

จากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสามทางของการรับข่าวสารสุขภาพ ผลปรากฏว่า การรับข่าวสารสุขภาพ ไม่แปรปรวนตามปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรระดับการศึกษา อายุ และอาชีพในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยทุกกลุ่ม ยกเว้นกลุ่มโสด แต่เมื่อ

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยตามวิธีการของเซฟเฟ ผลปรากฏว่าไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ 6

ส่วนผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสามทางของพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านทั้ง 3 ด้าน ผลปรากฏว่า พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลแปรปรวนตามปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ อย่างเชื่อมั่นได้ และเมื่อได้ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มย่อยที่จำแนกตามตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวพร้อมกัน ผลปรากฏว่าไม่สนับสนุนสมมติฐาน 6 กล่าวคือ ผลวิจัยปรากฏว่า ผู้ถูกศึกษาที่มีระดับการศึกษาสูง คือระดับมัธยมปลาย อายุมาก และมีอาชีพทำงานในโรงพยาบาล มีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ มากกว่าผู้ถูกศึกษาที่มีระดับการศึกษาต่ำ (ระดับประถม) อายุมาก และมีอาชีพทำงานในโรงงาน (ดูตาราง 8 ในภาคผนวก ข) และในลักษณะเดียวกัน ผู้ถูกศึกษาที่มีระดับการศึกษาสูง (ระดับมัธยมต้น) อายุมาก และมีอาชีพทำงานในโรงพยาบาล มีพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลมากกว่าผู้ถูกศึกษาที่มีระดับการศึกษาต่ำ (ระดับประถม) อายุมาก และมีอาชีพทำงานในโรงงาน (ดูตาราง 31 ในภาคผนวก ข) การที่ผลวิจัยไม่สอดคล้องกับสมมติฐานอยู่ตรงที่พบว่าผู้ที่มีอายุมาก มีพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 2 ด้าน ทั้งมากและน้อย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับของตัวแปรอิสระอื่น ๆ และที่สำคัญคือ อายุ โดยผู้ที่มีอายุน้อยมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก (ดูตาราง 30 ในภาคผนวก ข) ส่วนในพฤติกรรมการกิน และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ผู้มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน จึงทำให้ผลวิจัยไม่สนับสนุนสมมติฐาน 6 ในบางส่วน และจากข้อค้นพบนี้ทำให้ผลวิจัยไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น งานวิจัยของลีเวนทาล (Leventhal. 1983) งานวิจัยของกรีน (Green. 1970) งานวิจัยของเบลลอคและบรีสโลว์ (Belloc and Breslow. 1972) เบลลอคและอังสตรอม (Belloc and Enstrom. 1980) และงานวิจัยของแฮร์ริสและกูเทน (Harris and Guten. 1979) ที่พบว่าผู้ที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มอายุมากที่ศึกษาในงานวิจัยนี้ มีอายุตั้งแต่ 29-45 ปี ซึ่งอาจไม่มากเพียงพอ ทั้งนี้จากงานวิจัยในต่างประเทศ การศึกษากลุ่มอายุมากจะศึกษาจากกลุ่มที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป

ถึงแม้ว่าพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้านจะไม่แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระทั้งสามในทำนองที่เสริมกันแต่กลับพบอย่างเด่นชัดว่า พฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้านแปรปรวนไปตามระดับการศึกษาเพียงอย่างเดียว โดยผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย มีพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้านมากกว่าผู้มีการศึกษาระดับประถม ซึ่งแสดงว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผลสอดคล้องกับการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่รายงานไปแล้วด้วย ข้อค้นพบในงานวิจัยนี้ สนับสนุนงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ของระดับการศึกษาับพฤติกรรมสุขภาพทั่วไป ที่พบว่าผู้มีการศึกษาระดับสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคมกกว่าผู้มีการศึกษาระดับต่ำกว่า (Sharp, Ross and Cockerham. 1983; Coburn and Pope. 1974; Sallis and others. 1985 Speake, Cowart and Pellet. 1989; Langlia. 1977)

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะพฤติกรรมกาหลักเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล แปรปรวนไปตามอาชีพอย่างเด่นชัดโดยผู้มีอาชีพทำงานในโรงพยาบาลจะมีพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวมากกว่าผู้มีอาชีพทำงานในโรงงาน ผลจากการค้นพบนี้สนับสนุนงานวิจัยของโคเบิร์นและโป๊ป (Coburn and Pope. 1974) ที่พบว่าบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ย่อมมีส่วนสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น กล่าวคือผู้ที่มิอาชีพทำงานในโรงพยาบาลย่อมมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่าผู้มีอาชีพทำงานในโรงพยาบาล

เมื่อพิจารณาปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรระดับการศึกษาและอาชีพพบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในหมู่ผู้ตอบที่มีการศึกษาสูง (ระดับมัธยมปลาย, ระดับมัธยมต้น) ทำงานในโรงพยาบาล มีพฤติกรรมกาหลักเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม ทำงานในโรงงาน และผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้น ทำ

งานในโรงพยาบาลมีพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล มากกว่าผู้มีการศึกษาระดับประถม ทำงานในโรงงาน ซึ่งผลวิจัยส่วนนี้สนับสนุนบางส่วนของสมมติฐานที่ 6

จากผลการวิจัยเพื่อตรวจสอบสมมติฐาน 6 ทำให้ได้ข้อสรุปว่า ระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ไม่มีบทบาทเสริมกันในการมีพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในพฤติกรรมกาสิโน แต่ในพฤติกรรมกาสิโนและการเสพยาที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ตัวแปรอิสระทั้งสามมีบทบาทเสริมกันเฉพาะบางกลุ่มย่อย จึงสรุปได้ว่าผลการวิจัยนี้ไม่สนับสนุนสมมติฐาน 6 ทั้งหมด และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพมากที่สุด คือ ตัวแปรระดับการศึกษา โดยผู้มีการศึกษาระดับมัธยมปลายจะมีพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน มากกว่าผู้มีการศึกษาระดับประถม รองลงมาคือ อาชีพ ส่วนอายุให้ผลกลับกับที่คาดไว้ และพฤติกรรมกาสิโนและการเสพยาที่เป็นโทษ แปรปรวนไปตามตัวแปรอิสระทั้งสามพร้อมกันและแยกจากกันมากที่สุด

จากการตรวจสอบสมมติฐานทั้ง 6 ข้อดังกล่าวไปแล้ว สรุปได้ว่าผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานอย่างชัดเจน 3 ข้อ คือ ข้อ 3, 4, 5 สนับสนุนสมมติฐานในระดับปานกลาง 1 ข้อคือ ข้อ 1 สนับสนุนสมมติฐานเป็นส่วนใหญ่ 2 ข้อคือ ข้อ 2 และข้อ 6

ความสำคัญของการศึกษาต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับการศึกษาที่ส่งผลต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้เพื่อศึกษาผลรวมของการให้การศึกษาของรัฐที่ผ่านมาว่ามีส่วนในการพัฒนาบุคคลทั้งทางด้านจิตใจและพฤติกรรมสุขภาพมากน้อยเพียงใด โดยคาดว่าบุคคลที่ได้รับการศึกษาในปริมาณและคุณภาพที่สูงกว่า จะมีจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่าบุคคลที่ได้รับการศึกษาในปริมาณและคุณภาพที่ต่ำกว่า ตัวแปรการศึกษาที่ใช้ในการวิจัยนี้จะประกอบด้วยตัวแปรที่วัดปริมาณการศึกษาและคุณภาพการศึกษาที่บุคคลได้รับ ซึ่งมีอยู่ด้วยกัน 4 ตัวแปรคือ (1) ระดับการศึกษา ซึ่งวัดจากจำนวนปีที่บุคคลได้รับการศึกษาในระบบ

โรงเรียน (2) ลักษณะเชิงคุณภาพของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ซึ่งวัดจากลักษณะของสถานศึกษาจากเกณฑ์ขนาดของโรงเรียน ที่ตั้งของโรงเรียน และประเภทของโรงเรียน (3) ผลการเรียนรู้ปลายทาง ซึ่งเป็นการวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนโดยรวมของบุคคล และ (4) ทักษะทางภาษาไทย ซึ่งเป็นการวัดสภาพภาพของการรู้หนังสือ รวมทั้งสติปัญญาในปัจจุบัน

การมีตัวแปรทางการศึกษาถึง 4 ตัวแปรจะช่วยให้เห็นภาพความสำคัญของการศึกษาได้ชัดเจนขึ้น การสรุปและอภิปรายผลในตอนนี้จะแยกกล่าวเป็น 2 ตอน ตอนแรกจะเป็นการกล่าวถึงความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและการรับข่าวสารสุขภาพ ตอนที่สองจะเป็นการกล่าวถึงความสำคัญของการศึกษาต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การศึกษากับจิตลักษณะและการรับข่าวสารสุขภาพ ตัวแปรการศึกษาที่มีความสำคัญในการทำนายจิตลักษณะแต่ละด้านทั้ง 4 ด้านในปริมาณที่มากกว่าตัวแปรอื่น ๆ คือ ทักษะทางภาษาไทย รองลงมาคือ ระดับการศึกษา และผลการเรียนปีสุดท้าย ส่วนตัวแปรที่มีความสำคัญในการทำนายการรับข่าวสารสุขภาพคือ ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา โดยจะกล่าวตามลำดับดังนี้

ตัวแปรทักษะทางภาษาไทย เป็นตัวแปรวัดความสามารถในการอ่านและสติปัญญา ซึ่งเป็นผลรวมของปริมาณและคุณภาพการศึกษาที่บุคคลได้รับในระบบโรงเรียนและการพัฒนาตนเองทางด้านนี้ ที่เกิดจากประสบการณ์ในการงานและอื่น ๆ จนถึงปัจจุบัน เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการทำนายจิตลักษณะทั้ง 4 ด้าน คือ (1) สามารถทำนายความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 13 กลุ่ม จาก 18 กลุ่มย่อย และให้ค่าอำนาจทำนายสูงสุด 21 % ในกลุ่มที่สำเร็จการศึกษามานาน (ค่า $r=.46$) (ดูตาราง 32) (2) สามารถทำนายลักษณะมุ่งอนาคตในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 14 กลุ่ม จาก 18 กลุ่มย่อย โดยทำนายได้สูงสุด 21 % ในกลุ่มสมรสและกลุ่มจบการศึกษามานาน (ค่า $r=.46$ เท่ากัน) (ดูตาราง 35) (3) สามารถทำนายค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 9 กลุ่ม จาก 18 กลุ่มย่อย โดยทำนายได้สูงสุด 7 % ในกลุ่มทำงานในโรงงาน

(ค่า $r=.26$) (ดูตาราง 29) และ (4) ทำนายทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ เฉพาะใน 3 กลุ่มย่อย โดยทำนายได้สูงสุด 7 % ในกลุ่มสมรส (ค่า $r=.27$) (ดูตาราง 26) (ดูภาพประกอบ 3)

จากการที่ตัวแปรทักษะทางภาษาไทยให้ค่าอำนาจทำนายกับตัวแปรจิตลักษณะ แต่ละด้านทั้ง 4 ด้าน แสดงถึงความสำคัญของคุณภาพทางการศึกษาที่บุคคลได้รับมีผล ต่อเนื่องกับลักษณะทางจิตใจ ซึ่งเป็นที่น่าปรารถนาของบุคคล และเป็นการส่งผลต่อ เนื่องของการได้รับการศึกษาด้านหนึ่ง แม้ไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาเรื่องนี้โดยตรง แต่ งานวิจัยนี้ก็ให้ผลสนับสนุนทางอ้อมแก่งานวิจัยของ ศิริพร แยมนิล (2530) ที่พบว่า ผู้ที่มีความสนักัดทางภาษาไทยสูงจะมีความสามารถในการร่วมรู้สึก ซึ่งหมายถึงความ สามารถในการเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่น และสามารถนำตนเข้าไปอยู่ ในบทบาทของผู้อื่นได้สูง และงานวิจัยของ ดวงเดือน พันธมนาวิน (2522) ที่พบว่า เยาวชนไทยชายและหญิงในกรุงเทพมหานคร อายุระหว่าง 11-25 ปี ที่กำลังศึกษา อยู่ในชั้น ป.6 ม.ศ.1 ม.ศ.3 ม.ศ.5 และอุดมศึกษา ถ้าเป็นผู้ที่มีจิตใจสูง (มี เหตุผลเชิงจริยธรรมสูง และมีลักษณะมุ่งอนาคตสูงในคน ๆ เดียวกัน) จะเป็นผู้ที่มี ความสนักัดทางภาษาไทยสูงด้วย

สรุป (1) ตัวแปรทักษะทางภาษาไทยทำนายจิตลักษณะทั้ง 4 ด้านได้มากที่สุด และปรากฏผลทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยต่าง ๆ (2) ทักษะทางภาษาไทย ทำนายจิตลักษณะ 2 ประการได้สูงที่สุดในกลุ่มที่จบการศึกษามานาน (ทำนายได้ 21 %) คือ ทำนายความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพและลักษณะมุ่งอนาคต และ (3) ในกลุ่มสมรส ทักษะทางภาษาไทยทำนายลักษณะมุ่งอนาคตและทัศนคติต่อ พฤติกรรมสุขภาพได้สูงสุดด้วย

ตัวแปรทางการศึกษาที่มีความสำคัญในการทำนายจิตลักษณะแต่ละด้านได้สูง ในกลุ่มย่อยหลายกลุ่ม จึงมีความสำคัญเป็นอันดับที่สองคือ ตัวแปรระดับการศึกษา ซึ่งเป็นตัวแปรวัดปริมาณการศึกษาที่บุคคลได้รับ ตัวแปรระดับการศึกษานี้สามารถทำนาย จิตลักษณะแต่ละด้านได้ดังนี้ คือ (1) ทำนายทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพได้ 8 กลุ่ม จาก 18 กลุ่มย่อย และทำนายได้สูงสุด 14 % ในกลุ่มรายได้ปานกลาง (ค่า

$r=.37$) รองลงมาคือกลุ่มอายุมากและกลุ่มทำงานในโรงงาน (ทำนายได้ 9 % และค่า $r=.30$ เท่ากัน) (ดูตาราง 26) (2) ทำนายลักษณะมุ่งอนาคตได้ 4 กลุ่ม จาก 18 กลุ่มย่อย และทำนายได้สูงสุด 17 % ในกลุ่มอายุมาก (ค่า $r=.41$) (ดูตาราง 35) และ (3) ทำนายความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพได้ใน 2 กลุ่ม จาก 18 กลุ่มย่อย และทำนายได้สูงสุด 25 % ในกลุ่มทำงานในโรงงาน (ค่า $r=.51$) (ดูตาราง 32) (ดูภาพประกอบ 3)

สรุป ตัวแปรระดับการศึกษาทำนายจิตลักษณะ 3 ใน 4 ด้าน ได้สูงในหลายกลุ่มย่อย จึงเป็นตัวทำนายที่มีความสำคัญเป็นอันดับสอง โดยในกลุ่มอายุมาก ตัวแปรระดับการศึกษาเป็นตัวทำนายสำคัญของทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ และลักษณะมุ่งอนาคต ส่วนในกลุ่มทำงานในโรงงาน ระดับการศึกษาเป็นตัวทำนายสำคัญของทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ

ตัวแปรผลการเรียนปีสุดท้าย ซึ่งเป็นตัวแปรวัดคุณภาพของการศึกษาที่บุคคลได้รับอีกทางหนึ่ง มีความสำคัญต่อการทำนายจิตลักษณะและการรับข่าวสารสุขภาพ โดย (1) ทำนายทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพได้ 4 กลุ่ม จาก 18 กลุ่มย่อย โดยทำนายได้สูงสุด 4 % ในกลุ่มอายุน้อยและทำงานไม่นาน (ค่า $r=.18$ และ $.19$ ตามลำดับ) (ดูตาราง 26) (2) ทำนายการรับข่าวสารสุขภาพได้ 4 กลุ่ม จาก 18 กลุ่มย่อยเช่นกัน โดยทำนายได้สูงสุด 4 % ในกลุ่มอายุน้อย (ค่า $r=.20$) (ดูตาราง 38) (ดูภาพประกอบ 3)

สรุป ตัวแปรผลการเรียนปีสุดท้ายทำนายทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพและการรับข่าวสารสุขภาพได้เฉพาะในกลุ่มผู้ตอบที่มีอายุน้อย จบการศึกษาไม่นาน และทำงานไม่นาน

ส่วนตัวแปรลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ซึ่งเป็นตัวแปรวัดคุณลักษณะของโรงเรียน มีความสำคัญต่อการทำนายจิตลักษณะค่อนข้างน้อย คือสามารถทำนายความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพได้เฉพาะใน 2 กลุ่มย่อย ทำนายทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพได้เฉพาะใน 1 กลุ่มย่อย แต่ตัวแปรลักษณะของ

สถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษานี้สามารถทำนายการรับข่าวสารสุขภาพได้ 6 กลุ่มจาก 18 กลุ่มย่อย โดยทำนายได้สูงสุด 6 % ในกลุ่มผู้ตอบที่บิดามารดามีการศึกษาสูง

สรุป ตัวแปรลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา นับเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญในการทำนายการรับข่าวสารสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ตอบที่มีอายุมาก จบการศึกษานาน ทำงานนาน มีระดับเศรษฐกิจสูง ทำงานในโรงพยาบาล และผู้ตอบที่บิดามารดามีการศึกษาสูง

สรุป ตัวแปรทางการศึกษาที่มีความสำคัญต่อการทำนายจิตลักษณะ 4 ด้าน และการรับข่าวสารสุขภาพ เรียงตามลำดับความสำคัญ คือ (1) ทักษะทางภาษาไทย (2) ระดับการศึกษา (3) ผลการเรียนปีสุดท้าย และ (4) ลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา

การศึกษากับพฤติกรรมสุขภาพ ตัวแปรทางการศึกษาที่มีความสำคัญในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้าน ทั้ง 3 ด้าน ในปริมาณที่มากกว่าตัวแปรอื่น ๆ คือ ตัวแปรผลการเรียนปีสุดท้าย ระดับการศึกษา และทักษะทางภาษาไทย โดยจะกล่าวตามลำดับดังนี้

ตัวแปรผลการเรียนปีสุดท้าย เป็นตัวแปรทางการศึกษาที่มีความสำคัญต่อการทำนายพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน คือ พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ โดยในพฤติกรรมการกิน ตัวแปรผลการเรียนปีสุดท้ายเป็นตัวทำนายสำคัญใน 11 กลุ่ม จาก 18 กลุ่มย่อย และทำนายได้สูงสุด 11 % ในกลุ่มทำงานในโรงงาน ในพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ตัวแปรผลการเรียนปีสุดท้ายเป็นตัวทำนายสำคัญใน 6 กลุ่ม จาก 18 กลุ่มย่อย และทำนายได้สูงสุด 6 % ในกลุ่มแพทย์ ส่วนในพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ ตัวแปรผลการเรียนปีสุดท้ายเป็นตัวทำนายสำคัญเฉพาะในกลุ่มผู้ตอบที่ทำงานในโรงพยาบาลและจบการศึกษาไม่นาน การที่ตัวแปรผลการเรียนปีสุดท้ายสามารถให้ค่าอำนาจทำนายพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้านสูง แสดงว่า ในกลุ่มต่าง ๆ ผู้ที่มีผลการเรียนสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพในด้านนั้น ๆ สูงด้วย (ดูภาพประกอบ 3)

สรุป ตัวแปรผลการเรียนปีสุดท้ายเป็นตัวแปรทางการศึกษาที่มีความสำคัญต่อการทำนาย (1) พฤติกรรมการกินที่เหมาะสมมากที่สุด ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย รองลงมาคือ พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลในหลายกลุ่มย่อย และ พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษในกลุ่มย่อยหลายประเภท และ (2) พบผลสอดคล้องกันในกลุ่มย่อยประเภทเดียวกันคือ กลุ่มผู้ตอบที่มีอายุน้อย จบการศึกษามากกว่า 10 ปี เป็นโสด ผลการเรียนปีสุดท้ายทำนายพฤติกรรมสุขภาพทั้งสามด้านได้สูงกว่ากลุ่มย่อยประเภทอื่น ๆ

ตัวแปรระดับการศึกษา เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญต่อการทำนายพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 5 กลุ่ม โดยทำนายได้สูงสุด 7 % ในกลุ่มอายุมาก รองลงมาคือกลุ่มสมรส จบการศึกษามากกว่า 10 ปี ทำงานมานาน โดยทำนายได้ 5 % เท่ากัน (ดูตาราง 18) นอกจากนี้ ระดับการศึกษายังเป็นตัวทำนายสำคัญของพฤติกรรมการกินใน 4 กลุ่มย่อย โดยทำนายได้สูงสุด 9 % ในกลุ่มทำงานมานาน รองลงมาคือ กลุ่มสมรส ซึ่งทำนายได้ 6 % (ดูตาราง 4) (ดูภาพประกอบ 3)

ตัวแปรระดับการศึกษานอกจากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้านแล้ว งานวิจัยนี้ยังพบว่า ตัวแปรระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างสูงกับตัวแปรทักษะทางภาษาไทยด้วย กล่าวคือ ตัวแปรระดับการศึกษาสามารถทำนายทักษะทางภาษาไทยได้ 36 % ในกลุ่มรวม (ค่า $r=.60$) (ดูตาราง 99 ในภาคผนวก ข) และทำนายได้สูงสุด 61 % ในกลุ่มทำงานในโรงงาน (ค่า $r=.78$) (ดูตาราง 41) และจากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน ปรากฏว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง (ม.ศ.5, ม.6) มีทักษะทางภาษาไทยสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า (ม.ศ.3, ม.3, ป.6 และ ป.4) ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยทุกกลุ่ม ซึ่งผลงานนี้สนับสนุนงานวิจัยของดวงเดือน พันธุมนาวิน (2521) ที่พบว่า นักเรียนที่เรียนชั้นสูงกว่า (ม.ศ.5, ม.ศ.3) มีทักษะทางภาษาไทยสูงกว่านักเรียนที่เรียนชั้นต่ำกว่า (ป.6) อย่างเด่นชัด และงานวิจัยของ ศิริพร แยมนิล (2530) ที่พบว่า บุคคลที่จบการศึกษาในระดับสูง (ม.6) ไม่ว่าจะจบมาหรือเพิ่งจบ มีทักษะทางภาษาไทยสูงกว่าบุคคลที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่า (ป.6)

สรุป ตัวแปรระดับการศึกษามีความสำคัญต่อการ (1) ทำนายพฤติกรรม

การรักษาอนามัยส่วนบุคคลได้มากที่สุด ทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อยต่าง ๆ (2) ทำนายพฤติกรรมการกินเป็นอันดับรองลงมาในกลุ่มย่อยบางประเภท และ (3) ตัวแปรระดับการศึกษานี้ทำนายพฤติกรรมการกินและพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลได้มากในกลุ่มผู้ตอบที่สมรสแล้วและทำงานมานาน

ตัวแปรทักษะทางภาษาไทย เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญในการทำนายพฤติกรรม การหลักเลียงการเสพสารที่เป็นโทษ โดยทำนายได้ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 16 กลุ่ม จาก 18 กลุ่มย่อย (ดูภาพประกอบ 3) และให้ค่าอำนาจทำนายสูงถึง 32 % ในกลุ่ม เพศหญิงและกลุ่มจบการศึกษามานาน นอกจากนี้ตัวแปรทักษะทางภาษาไทยยังเป็นตัว ทำนายสำคัญของกลุ่มรายได้ และระดับเศรษฐกิจปานกลางของพฤติกรรมการรักษา อนามัยส่วนบุคคล ส่วนในพฤติกรรมการกินที่เหมาะสม ตัวแปรทักษะทางภาษาไทยไม่ เป็นตัวทำนายสำคัญ การที่ตัวแปรทักษะทางภาษาไทยทำนายพฤติกรรมหลักเลียง การเสพสารที่เป็นโทษในปริมาณที่มากและในระดับที่สูง ขณะที่ทำนายพฤติกรรมสุขภาพ อีก 2 ด้านในปริมาณที่น้อยและในระดับที่ต่ำกว่า มีข้อน่าสังเกตว่าอาจเนื่องมาจาก ลักษณะของตัวแปรทักษะทางภาษาไทย ซึ่งเป็นตัวแปรที่แสดงถึงความรู้ความสามารถ และระดับสติปัญญาในขณะปัจจุบันที่ได้รับการพัฒนาจากการศึกษานับแต่อดีต และการ เรียนรู้ต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน ทำให้ตัวแปรนี้มีผลกับพฤติกรรมหลักเลียงการเสพ สารที่เป็นโทษ ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างจากพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่น ๆ กล่าวคือ พฤติกรรมนี้เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความเอาใจใส่และสนใจต่อสุขภาพอย่าง แท้จริง ทำให้ผู้กระทำพฤติกรรมต้องหลักเลียงจากการกระทำที่เป็นโทษต่อสุขภาพ ซึ่งส่วนหนึ่งจะแสดงให้เห็นถึงการมีความรู้ในด้านสุขภาพอย่างเพียงพอที่จะสามารถ ทำให้ทราบว่า สิ่งใดควรกระทำและสิ่งใดควรหลีกเลี่ยง ซึ่งต่างจากพฤติกรรมการ กินและพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ที่เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำจนเป็น กิจวัตรเป็นนิสัย ทำให้ตัวแปรทักษะทางภาษาไทยปรากฏผลเด่นชัดในการทำนาย พฤติกรรมหลักเลียงการเสพสารที่เป็นโทษ

สรุป ตัวแปรทักษะทางภาษาไทยมีความสำคัญต่อการทำนาย (1) พฤติกรรม

การหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษได้มากที่สุด ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยเป็นจำนวนมาก (2) ทักษะทางภาษาไทยเป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 2 ด้านได้สูง คือ พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ในกลุ่มที่มีฐานะปานกลาง

สรุป ตัวแปรทางการศึกษาที่มีความสำคัญต่อการทำนายพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน เรียงตามลำดับความสำคัญคือ (1) ผลการเรียนปีสุดท้าย (2) ระดับการศึกษา และ (3) ทักษะทางภาษาไทย

การศึกษากับพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะด้าน ในส่วนนี้จะเป็นการอภิปรายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางการศึกษา กับพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะด้าน เพื่อเปรียบเทียบผลที่ได้จากงานวิจัยนี้กับงานวิจัยอื่น ๆ ที่มีการเสนอผลวิจัยมาแล้ว โดยจะกล่าวถึงพฤติกรรมตามลำดับ ดังต่อไปนี้

พฤติกรรมการกิน ในการวิจัยนี้มีความหมายเน้นพฤติกรรมการกินในแง่ของปริมาณการปฏิบัติตนในการรับประทานอาหาร และดื่มน้ำ อย่างถูกหลักโภชนาการ และถูกสุขลักษณะ เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรง และป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ และจากการได้กล่าวไปแล้วว่า พฤติกรรมการกินของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร มีตัวทำนายสำคัญตัวหนึ่งคือ ระดับการศึกษา ส่วนในการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการกินของผู้ตอบ พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมปลายมีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับประถม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ตอบที่มีผลการเรียนสูง ฐานะปานกลาง สมรสแล้ว จบการศึกษามานาน และทำงานมานานแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เวส (West. 1973) โรดิน (Rodin. 1981) ที่พบว่า คนอเมริกันที่มีระดับการศึกษาสูง รายได้สูง จะมีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมมากกว่าคนอเมริกันที่มีระดับการศึกษาต่ำ และรายได้ต่ำกว่า แต่เมื่อพิจารณาผลการวิจัยนี้เปรียบเทียบกับผลการวิจัยในประเทศไทยที่มีการวิจัยพฤติกรรมการกินของคนไทยในภูมิภาคต่าง ๆ จะพบว่า การเลือกรับประทาน

อาหารของชาวชนบทขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสภาพแวดล้อม วัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อด้วย นอกเหนือจากปัจจัยทางการศึกษา ซึ่งทำให้พฤติกรรมการกินของคนไทยในภูมิภาคต่าง ๆ ที่มีอาชีพเกษตรกรรมอยู่ในเกณฑ์ต่ำ (สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2529) และจากผลงานวิจัยนี้ที่ปรากฏว่า ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลซึ่งเป็นผู้มีโอกาสเรียนรู้ มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมก็มีพฤติกรรมการกินไม่แตกต่างจากผู้ปฏิบัติงานในโรงงาน ซึ่งเป็นการช่วยยืนยันผลการวิจัยของสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ว่า พฤติกรรมการกินของคนไทย ยังคงได้รับอิทธิพลของวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ และนิสัยที่ได้รับจากครอบครัว แต่เข่าวิจัย แม้จะได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นก็ไม่ส่งผลอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวิลเลียม (William. 1984) ที่พบว่าพฤติกรรมการกินของบุคคลขึ้นอยู่กับลักษณะทางสังคม ศาสนา วัฒนธรรมประเพณี สภาพภูมิอากาศ ภูมิประเทศ และปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นสำคัญ การได้รับการศึกษามีผลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมมากขึ้นเท่านั้น

จากการที่ผลวิจัยนี้ได้พบว่า ในกลุ่มผู้ตอบที่เรียนดี มีฐานะปานกลาง อายุมาก สมรสแล้ว ถ้ามีระดับการศึกษาสูง มีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ส่วนในกลุ่มผู้ตอบที่เรียนไม่ดี ฐานะต่ำ นั้น ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง และต่ำจะมีพฤติกรรมการกินไม่แตกต่างกัน แสดงว่าระดับการศึกษาสูงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมการกินอย่างเหมาะสมได้ เพราะพฤติกรรมการกินจนเป็นนิสัยนี้ เกิดจากปัจจัยทางความเชื่อวัฒนธรรมประเพณีมาแต่เยาว์วัย แต่ถ้าได้รับการศึกษาสูง เรียนดี และมีฐานะปานกลาง คือผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการศึกษามาก โดยฐานะเอื้ออำนวยต่อการเลือกรับประทานอย่างเหมาะสมตามความรู้ได้ พฤติกรรมการกินอย่างเหมาะสมจึงเกิด ฉะนั้นจากผลการวิจัยกลุ่มบุคคลที่ควรได้รับการพัฒนาพฤติกรรมการกินให้เหมาะสมมากขึ้นคือ กลุ่มบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ ฐานะต่ำ

พฤติกรรมหลักเลี้ยงการเสวยสารที่เป็นโทษ ในงานวิจัยนี้ มีความหมาย

เน้นพฤติกรรมนี้ในด้านปริมาณการปฏิบัติตน ในการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษต่อร่างกาย เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น เพื่อป้องกันร่างกายให้ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และจากผลวิจัยนี้ปรากฏว่า ตัวแปรการศึกษา โดยเฉพาะทักษะทางภาษาไทยและผลการเรียนปีสุดท้าย ให้ค่าอำนาจทำนายพฤติกรรมนี้สูง ส่วนการวิเคราะห์ความแปรปรวนพบว่า พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ แปรปรวนไปตามระดับการศึกษา ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยทั้งหมด ซึ่งแสดงว่า ตัวแปรทางการศึกษา โดยเฉพาะคุณภาพทางการศึกษา มีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ โดยเฉพาะในกลุ่มเพศหญิงและกลุ่มจบการศึกษามานาน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ทำงานในโรงพยาบาลมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษสูงกว่าผู้ทำงานในโรงงานด้วย ซึ่งแสดงถึงประโยชน์ของการได้รับการศึกษาต่อเนื่องจากประสบการณ์งานอาชีพ ที่มีผลอย่างมากต่อการมีพฤติกรรมในลักษณะที่เสริมสร้างให้ดีขึ้น ผลที่ได้จากงานวิจัยนี้จากการได้พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ ได้มีส่วนสนับสนุนงานวิจัยอื่น ๆ ทั้งที่ทำในประเทศไทย และต่างประเทศ เช่น งานวิจัยของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2530) พบว่า เจ้าหน้าที่กระทรวงที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่แตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยเจ้าหน้าที่ที่สูบบุหรี่จะเป็นชายทั้งหมด และส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำ งานวิจัยของบราวน์ และแมคครีดี (Brown and McCreedy. 1986) วิลสันและอินสัน (Wilson and Einson. 1981) พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มสุราน้อยกว่าเพศชาย นอกจากนี้จากผลงานวิจัยของ โฮลเซอร์และคนอื่น ๆ (Holzer and others. 1983) วอร์เคิร์ต และออร์ท (Warkeit and Auth. 1983) พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดื่มสุราไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ ระดับการศึกษาไม่สามารถบ่งบอกความแตกต่างของพฤติกรรมการดื่มสุรา แต่ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จะมีพฤติกรรมการดื่มสุราน้อยกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็น

ผู้ที่มีการศึกษาดำ

ผลงานการวิจัยในอดีต ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการศึกษา กับพฤติกรรมการหลักเลียงการเส้นสารที่เป็นโทษ ส่วนใหญ่จะใช้ตัวแปรระดับการศึกษาและเพศในการทำนายพฤติกรรม แต่จากงานวิจัยนี้พบว่า ตัวแปรทางการศึกษาที่มีความสำคัญกว่าระดับการศึกษา คือ ทักษะทางภาษาไทย และผลการเรียนปีสุดท้าย ซึ่งแสดงว่าสติปัญญา ความเฉลียวฉลาด ตลอดจนคุณภาพทางการศึกษาที่บุคคลได้รับมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการหลักเลียงการเส้นสารที่เป็นโทษมากกว่าระดับการศึกษา

พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ในการวิจัยนี้มีความหมายเน้นพฤติกรรมนี้ในด้านปริมาณการปฏิบัติตนในการรักษาอนามัยส่วนบุคคล เช่น การแปรงฟันหลังอาหาร การออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรงและปลอดภัยจากโรคต่าง ๆ และจากผลวิจัยนี้พบว่า ตัวแปรระดับการศึกษา มีความสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลมากที่สุด รองลงมาคือ ผลการเรียนปีสุดท้าย ซึ่งมีความสำคัญต่อการทำนายพฤติกรรมนี้ในกลุ่มผู้ตอบที่เป็นหญิง อายุน้อย ฐานะต่ำ และท้ายสุดคือ ทักษะทางภาษาไทย ซึ่งเป็นตัวทำนายสำคัญในกลุ่มฐานะครอบครัวปานกลาง ส่วนลักษณะสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษาเป็นตัวทำนายสำคัญเฉพาะกลุ่มทำงานในโรงงาน ส่วนในการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลของผู้ตอบ พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย มีพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลมากกว่าผู้มีการศึกษาในระดับประถม เฉพาะในกลุ่มสมรส และกลุ่มจบการศึกษามานานเท่านั้น ซึ่งผลการวิจัยนี้สนับสนุนงานวิจัยของ ยลสลวย วาริทสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ (2525) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูง ระดับรายได้สูง ในเขตกรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการแปรงฟันอย่างถูกวิธีมากกว่าผู้มีระดับการศึกษาและรายได้ต่ำ งานวิจัยของ ลิว เซน (Luechen, 1983) ที่พบว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีกิจกรรมที่มีเป้าหมายในการรักษาสุขภาพมากกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาดำกว่า งานวิจัยของ ดิชแมน แชลลิส และโอเรนสไตน์ (Dishman, Sallis and Orenstein, 1985)

พบว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง มีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพมากกว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

จากผลการวิจัยนี้ ทำให้กล่าวได้ว่า พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษามากที่สุด และเป็นตัวทำนายที่ดีในกลุ่มคนอายุมาก จบการศึกษามานาน ทำงานมานาน ส่วนในกลุ่มคนที่มีอายุน้อย เพิ่งสำเร็จการศึกษา ผลการเรียนรู้สุดท้าย เป็นตัวทำนายพฤติกรรมอนามัยที่เด่นชัดมากกว่า

สรุป ตัวแปรทางการศึกษาที่มีความสำคัญต่อการทำนายพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านทั้ง 3 ด้าน จากผลการวิจัยนี้พบว่า ตัวแปรทางการศึกษาที่มีความสำคัญในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพมีอยู่ด้วยกัน 3 ตัวแปร คือ ผลการเรียนรู้สุดท้าย ระดับการศึกษา และทักษะทางภาษาไทย โดยตัวแปรทางการศึกษาแต่ละตัวแปรมีความสำคัญต่อการทำนายพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านแตกต่างกัน กล่าวคือ ตัวแปรผลการเรียนรู้สุดท้าย มีความสำคัญต่อการทำนายพฤติกรรมการกิน ตัวแปรทักษะทางภาษาไทยมีความสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ และตัวแปรระดับการศึกษามีความสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล แต่ในขณะเดียวกันในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้าน มีตัวแปรทางการศึกษามาร่วมกันทำนายหลายตัวแปรด้วยกัน เช่น ตัวแปรผลการเรียนรู้สุดท้ายสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านทั้ง 3 ด้านในกลุ่มคนที่มีอายุน้อย สำเร็จการศึกษามาไม่นาน ตัวแปรระดับการศึกษาสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านทั้ง 3 ด้านในกลุ่มคนที่มีอายุมาก ฐานะปานกลาง และตัวแปรทักษะทางภาษาไทยสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 2 ด้าน คือ พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ กับพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ในกลุ่มหญิง ฐานะปานกลาง ฉะนั้นในการใช้ดัชนีทางการศึกษาทำนายพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม สามารถใช้ตัวแปรทางการศึกษาทั้ง 3 ตัวแปรดังกล่าวข้างต้น

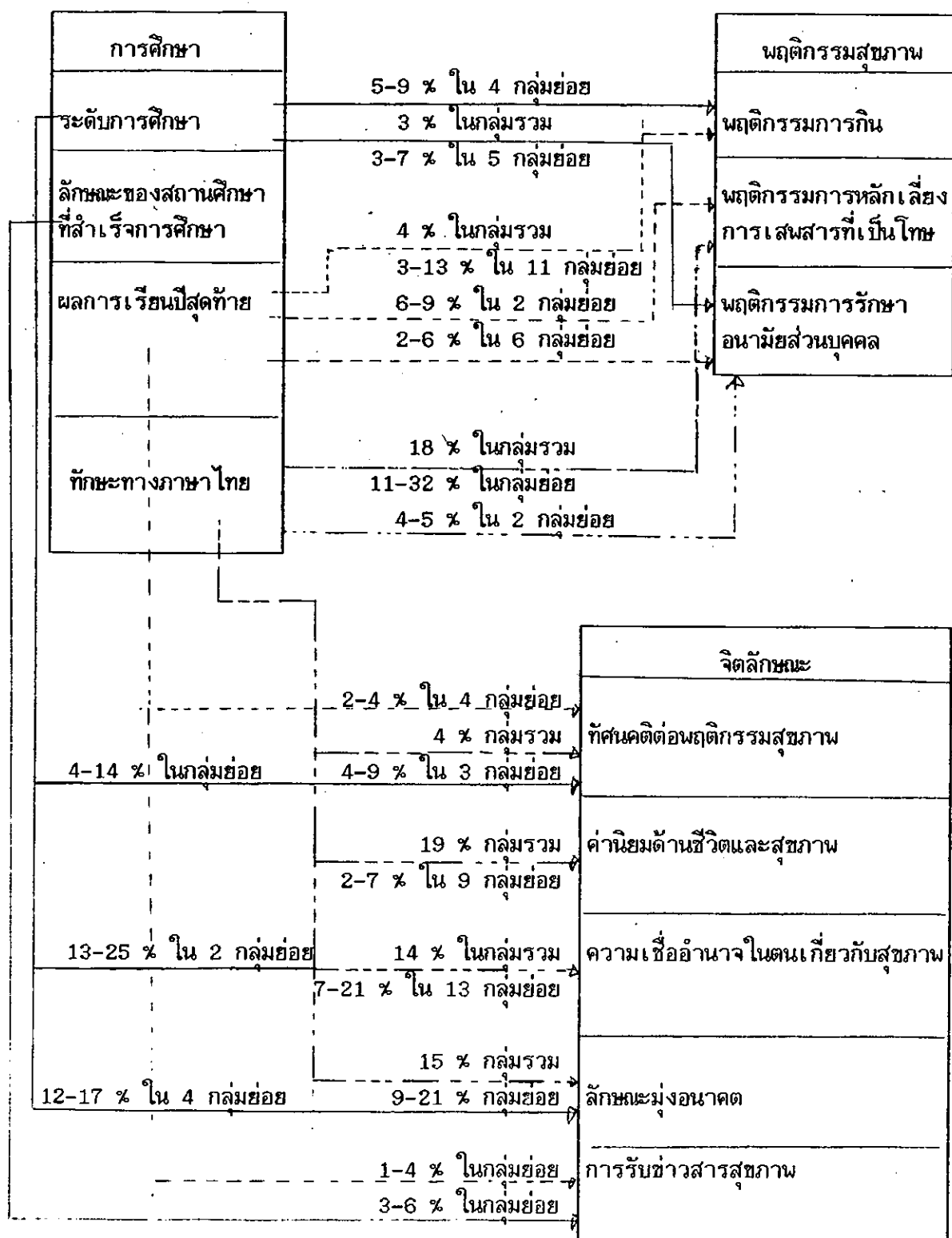
ตัวแปรการศึกษาทั้ง 3 ตัวนี้ เฉพาะตัวแปรระดับการศึกษาและทักษะทาง

ภาษาไทยที่มีความสัมพันธ์กัน (ค่า $r=.60$) ส่วนตัวแปรระดับการศึกษากับผลการเรียนปีสุดท้าย ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ

ดัชนีทางการศึกษาในการทำนายจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรการศึกษา กับจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ได้ข้อสรุปว่า ตัวแปรทางการศึกษาที่มีความสำคัญต่อการทำนายจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพ มีอยู่ด้วยกัน 3 ตัวแปร คือ (1) ตัวแปรทักษะทางภาษาไทย ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญต่อการทำนายจิตลักษณะทั้ง 4 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ ลักษณะมุ่งอนาคต ทศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ และค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ และมีความสำคัญต่อการทำนายพฤติกรรมหลักเลี้ยงการเสพสารที่เป็นโทษด้วย (2) ตัวแปรระดับการศึกษา ซึ่งมีความสำคัญต่อการทำนายจิตลักษณะ 3 ใน 4 ด้าน คือ ทศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะมุ่งอนาคต และความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ และมีความสำคัญต่อการทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 2 ใน 3 ด้าน คือ พฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมกรากิน (3) ตัวแปรผลการเรียนปีสุดท้าย ซึ่งมีความสำคัญต่อการทำนายทศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ และมีความสำคัญต่อการทำนายพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน คือ พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมกรากินเลี้ยงการเสพสารที่เป็นโทษ (ดูภาพประกอบ 3)

ฉะนั้น การใช้ดัชนีทางการศึกษาในการวัดปริมาณและคุณภาพทางการศึกษาที่บุคคลได้รับ สามารถทำได้โดยการใช้ตัวแปรดังกล่าวข้างต้น ดังนี้คือ (1) ตัวแปรทักษะทางภาษาไทย ซึ่งเป็นตัวแปรวัดคุณภาพทางการศึกษา และนับได้ว่าเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญมากในการบ่งชี้คุณภาพของบุคคล เพราะเป็นตัวแปรที่มีลักษณะกว้างขวางครอบคลุมตัวแปรการศึกษาอื่น ๆ ตั้งแต่ระดับการศึกษาที่ได้รับ ผลการเรียน และคุณภาพของการศึกษา โดยเฉพาะจากลักษณะของสถานศึกษา และรวมกับสิ่งที่ตัว



ภาพประกอบ 3 แสดงอำนาจทำนายระหว่างตัวแปรการศึกษา กับจิตลักษณะ และพฤติกรรมสุขภาพ

แปรการศึกษาขาดไป คือสถานภาพปัจจุบันทางการศึกษาของบุคคล ฉะนั้นตัวแปรนี้จึงมีความสำคัญต่อจิตลักษณะ และพฤติกรรมสุขภาพแทบทุกด้านมากกว่าตัวแปรทางการศึกษาอื่น ๆ ซึ่งนอกจากผลงานวิจัยนี้จะสนับสนุนแล้วยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ นพนธ์ สัมมา (2523) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมการยอมรับนวัตกรรมของเกษตรกร และได้มีตัวแปรวัดสมรรถนะทางการศึกษาของเกษตรกร ซึ่งวัดจากความสามารถในการอ่านข้อความ 10 คำในการแบ่งกลุ่มย่อย ผลปรากฏว่า กลุ่มผู้มีสมรรถนะทางการศึกษาสูงมีจิตลักษณะด้านทัศนคติและแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ กับพฤติกรรมการยอมรับนวัตกรรมใหม่มากกว่ากลุ่มผู้มีสมรรถนะทางการศึกษาต่ำ ตัวแปรสมรรถนะทางการศึกษาในงานวิจัยของ นพนธ์ สัมมา และตัวแปรทักษะทางภาษาไทยในงานวิจัยนี้ ได้แสดงถึงความมั่นใจและความเชื่อมั่นในตนเองที่สามารถอ่านออกเขียนได้โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่น ตลอดจนการจำกัดวงความรู้รอบตัวของตน นอกจากนี้ ในงานวิจัยนี้ยังให้ผลสนับสนุนว่า ผู้ที่มีทักษะทางภาษาไทยสูง จะเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง มีลักษณะมุ่งอนาคตสูง และเห็นความสำคัญของการมีชีวิตและสุขภาพที่ดีมากด้วย และตัวแปรทักษะทางภาษาไทยยังเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษมาก เพราะการมีพฤติกรรมประเภทนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะทางจิตใจของบุคคลมาก โดยเป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงวิถีชีวิตของการเป็นคนดี เป็นคนที่ทันสมัยในทางที่พึงปรารถนาในสังคมปัจจุบัน ฉะนั้นตัวแปรทักษะทางภาษาไทยนี้จึงสามารถใช้ทำนายคุณภาพของบุคคลที่สำเร็จการศึกษามาเป็นเวลาหลายปีแล้วได้เป็นอย่างดีตัวแปรหนึ่ง (2) ระดับการศึกษา ซึ่งเป็นตัวแปรวัดปริมาณการศึกษาที่บุคคลได้รับ แม้ว่าจะเป็นตัวแปรที่มีการใช้อย่างกว้างขวางในงานวิจัยต่าง ๆ แต่จากผลงานวิจัยนี้ ยังพบว่า เป็นตัวแปรทางการศึกษาที่มีความสำคัญต่อการวัดคุณภาพของบุคคล กล่าวคือ ผู้ที่ได้รับการศึกษาถึงระดับมัธยมปลายมีพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน และทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าผู้มีการศึกษาในระดับประถม และผู้ที่ได้รับการศึกษาระดับมัธยมปลาย มีความเชื่ออำนาจในตนเกี่ยวกับสุขภาพ ลักษณะมุ่งอนาคต และทักษะทางภาษาไทย สูงกว่าผู้มีการศึกษาระดับมัธยมต้น และระดับประถม ซึ่งแสดงว่าการ

ได้รับการศึกษาในระดับมัธยมต้น (9 ปี) ช่วยพัฒนาจิตใจบางด้านของบุคคลได้สูงกว่าการได้รับการศึกษาในระดับประถม (6 ปี) แต่ถ้าได้รับการศึกษาถึงระดับมัธยมศึกษา (12 ปี) จะสามารถพัฒนาจิตใจหลายด้าน และพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านได้มากกว่าการได้รับการศึกษาในระดับต่ำกว่า (3) ตัวแปรผลการเรียนปีสุดท้าย หรือตัวแปรวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เป็นตัวแปรวัดคุณภาพทางการศึกษาที่บุคคลได้รับตัวหนึ่ง และนับเป็นตัวแปรที่มีการใช้เป็นอย่างมากในการวัดคุณภาพทางการศึกษามาเป็นเวลานานกว่า 20 ปีในสากล (Visalberghi. 1990:323) โดยเป็นการนำมาใช้ในการวัดผลในปัจจุบันของระบบการศึกษาในโรงเรียน ส่วนการนำตัวแปรผลการเรียนปีสุดท้ายมาใช้ในการวัดผลระยะยาว โดยเฉพาะเป็นตัวแปรหนึ่งในการทำนายจิตลักษณะ และพฤติกรรมสุขภาพยังไม่ปรากฏ และจากงานวิจัยนี้พบว่าตัวแปรผลการเรียนปีสุดท้ายสามารถวัดคุณภาพของบุคคลโดยเฉพาะในพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน ทิศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการรับข่าวสารสุขภาพได้ดี ฉะนั้นตัวแปรนี้จึงมีความสำคัญต่อการวัดคุณภาพของการศึกษาที่บุคคลได้รับอีกตัวแปรหนึ่งด้วย

การศึกษาของบิดามารดากับลักษณะของบุตร การมีจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร นอกจากจะมีความเกี่ยวข้องกับการได้รับการศึกษาดังได้กล่าวแล้วในตอนต้น ยังมีความเกี่ยวข้องกับภูมิหลังของบุคคลด้วย กล่าวคือจากการวิจัยได้พบผลที่เด่นว่า ในกลุ่มย่อยที่มีบิดามารดามีระดับการศึกษาสูง เปอร์เซนต์การทำนายรวมของตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร จะสูงกว่าในกลุ่มย่อยที่มีบิดามารดามีระดับการศึกษาต่ำ ในพฤติกรรมสุขภาพ 2 ด้าน คือ พฤติกรรมการกิน และพฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล และในจิตลักษณะ 2 ด้าน คือ ทิศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ และการรับข่าวสารสุขภาพ ซึ่งแสดงว่า การมีบิดามารดามีระดับการศึกษาสูงเท่ากับเป็นการช่วยเสริมอิทธิพลของการได้รับการศึกษาของบุตร กล่าวคือ เสมือนหนึ่งช่วยเพิ่มจำนวนปีของการศึกษาให้บุตรอีก 4 ปี เช่น เดิมบุตรได้รับการศึกษา 6-12 ปี แต่การที่บุตรมีบิดามารดามีระดับการศึกษาสูง ทำให้บุตรมีการศึกษาเพิ่มขึ้นเป็น 10-16 ปี เป็นต้น

และจากผลงานวิจัยนี้ทำให้สรุปได้ว่า ผู้ที่มีพื้นฐานการศึกษาสูงจากครอบครัว เมื่อได้รับการศึกษาสูงขึ้นเท่าใด จะมีจิตลักษณะ 2 ด้าน พฤติกรรมสุขภาพ 2 ด้าน และการรับข่าวสารสุขภาพ สูงขึ้นตามไปด้วย กล่าวคือ การได้รับการศึกษาจากทางโรงเรียนยิ่งสูงขึ้นเท่าใด ผนวกกับการมีพื้นฐานครอบครัวที่มีการศึกษาสูง จะช่วยให้บุตรพัฒนาทางจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพได้สูงที่สุด โดยเป็นผลพหุนาม ซึ่งผลวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยด้านศาสนาที่ว่า การอยู่ในครอบครัวที่เคร่งศาสนาและโรงเรียนที่เคร่งศาสนา จะส่งผลต่อลักษณะเคร่งศาสนาของเด็กมากที่สุด โดย 2 สถาบันนี้ส่งอิทธิพลที่สอดคล้องกันต่อเด็ก (Spilka, Hood and Gorsuch. 1985:87)

ระยะเวลาที่สำเร็จการศึกษากับจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่สำเร็จการศึกษามาแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป และจากการเก็บข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษามาเป็นเวลานานโดยเฉลี่ย 13 ปี (ค่าต่ำสุด 1 ปี ค่าสูงสุด 38 ปี) จากการเปรียบเทียบผลของการทำนายจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สำเร็จการศึกษามาเป็นเวลานาน (เท่ากับหรือมากกว่า 13 ปี) กับกลุ่มผู้สำเร็จการศึกษาเป็นเวลาไม่นาน (ต่ำกว่า 13 ปี) พบว่า ตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 2 ใน 3 ด้าน คือ พฤติกรรมการกิน และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ จิตลักษณะ 3 ใน 4 ด้าน คือ ทศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ ลักษณะมุ่งอนาคต และการรับข่าวสารสุขภาพ ในกลุ่มผู้ตอบที่สำเร็จการศึกษามาเป็นเวลานาน โดยมีเปอร์เซ็นต์การทำนายรวมของตัวแปรการศึกษา 4 ตัวแปรสูงกว่ากลุ่มผู้ตอบที่สำเร็จการศึกษาไม่นาน ซึ่งแสดงว่า ในกลุ่มผู้สำเร็จการศึกษามาเป็นเวลานานกว่า 13 ปี ถ้ามีระดับการศึกษายังสูงและมีคุณภาพของการรับการศึกษาสูงขึ้นเท่าใด ก็มีจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวข้างต้นสูงขึ้นเพียงนั้น ซึ่งเป็นการบ่งชี้ผลว่า คนที่มีการศึกษาสูง ยังมีอายุมาก จะมีการพัฒนาตนเองมากขึ้น แต่ในคนที่มีการศึกษาต่ำ ยังมีอายุมาก อาจหยุดการพัฒนาโดยอยู่ที่เดิม หรืออาจมีจิตลักษณะและพฤติกรรมบางด้านต่ำลงไปเรื่อย ๆ

จากผลงานวิจัยนี้ได้บ่งชี้ว่า ระยะเวลาภายหลังการสำเร็จการศึกษาได้มีส่วนช่วยเสริมการพัฒนาจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพบางด้านตลอดจนการรับข่าวสารของบุคคล และได้มีส่วนสนับสนุนงานวิจัยของ ไฮแมน ไรท์ และรีด (Hyman, Wright and Reed. 1975) ซึ่งศึกษาผลของการศึกษาในระบบโรงเรียนกับความคงอยู่ของความรู้ภายหลังการสำเร็จการศึกษาในระยะเวลาต่าง ๆ กัน โดยเก็บข้อมูลจากผู้สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาถึงอุดมศึกษาในช่วงปี ค.ศ. 1950 และ ค.ศ. 1960 จากกลุ่มตัวอย่างอายุตั้งแต่ 25-72 ปี ผลการวิจัยเมื่อควบคุมตัวแปรด้านลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังต่าง ๆ แล้ว พบว่า ผลของการได้รับการศึกษาของบุคคลมีความคงทน กล่าวคือ ผู้สำเร็จการศึกษาไม่ว่าจะมานานกี่ปีแล้วก็ตาม ความรู้ที่เคยเรียนมาในสมัยนั้น ๆ ยังคงอยู่ และมีการเพิ่มของความรู้ที่ทันสมัย ซึ่งเกิดจากการแสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่องด้วย โดยความสอดคล้องของงานวิจัยนี้กับงานวิจัยของ ไฮแมน พบเฉพาะในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานคนไทยที่ได้รับการศึกษาสูงถึงระดับมัธยมศึกษา (12 ปี) เท่านั้น

จิตลักษณะที่สำคัญของคนไทย : สาเหตุและผล

ตัวแปรด้านจิตลักษณะ ซึ่งเป็นตัวแปรที่แสดงถึงลักษณะทางจิตใจของบุคคลในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วย 4 ตัวแปร คือ (1) ทศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ (2) ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ (3) ความเชื่ออำนาจในตนเกี่ยวกับสุขภาพ และ (4) ลักษณะมุ่งอนาคต ตัวแปรจิตลักษณะทั้ง 4 ด้านนี้มีในบุคคลไม่เท่าเทียมกัน ซึ่งเนื่องมาจากสาเหตุต่าง ๆ กัน แต่ในงานวิจัยนี้จะศึกษาสาเหตุเฉพาะทางด้านการศึกษาเท่านั้น และการส่งผลต่อเนื่องไปยังพฤติกรรมสุขภาพ โดยจะกล่าวรายละเอียดที่ละจิตลักษณะตามลำดับปริมาณความสัมพันธ์ที่พบในงานวิจัยจากมากไปหาน้อยดังต่อไปนี้

ทศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ในงานวิจัยนี้ ทศนคติเป็นตัวแปรที่แสดงถึงการ

เห็นประโยชน์มากโทษน้อยของการกระทำพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม การมีความพอใจหรือไม่พอใจที่จะกระทำ และการมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมตามความเห็นของตน จากงานวิจัยนี้ปรากฏว่าระดับการศึกษาของบุคคลเป็นตัวทำนายสำคัญของทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ที่มีศึกษาระดับมัธยมปลาย มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับประถมอย่างเชื่อมั่นได้ทางสถิติ ซึ่งผลงานนี้สนับสนุนงานวิจัยของ คอกเคอร์แฮม และคนอื่น ๆ (Cockerham and others. 1986) ที่พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง และระดับรายได้สูง จะมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ และมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า และจากผลการทำนายในงานวิจัยนี้ปรากฏว่า ผู้ที่มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพมากเพียงใด จะมีพฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล มากขึ้นเพียงนั้น โดยผลนี้บ่งชี้ถึงกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยทุกกลุ่ม ยกเว้นกลุ่มจบการศึกษามานาน ทำงานมานาน ทำให้ได้ข้อสรุปว่า การมีพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีความเกี่ยวพันกับการมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ๆ และผลเช่นนี้ปรากฏในงานวิจัยอื่น ๆ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของทัศนคติกับพฤติกรรมด้วย เช่น งานวิจัยของ เพนเดอร์ และเพนเดอร์ (Pender and Pender. 1986) ที่พบว่า บุคคลที่มีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพ จะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก เป็นต้น งานวิจัยของ แอนดรู (Andrew. 1981) ที่พบว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายสัมพันธ์กับการมีทัศนคติที่ดีต่อการออกกำลังกาย งานวิจัยของ เมอร์ดอล (Murdaugh. 1986) พบว่าชายที่เข้าร่วมโครงการเลิกสูบบุหรี่ เกิดจากการเห็นประโยชน์ที่ตนได้จากการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งผลเช่นเดียวกับงานวิจัยของ พจนีย์ เหล่าอมตะ (2532) ที่พบว่าครูที่มีทัศนคติต่อการเลิกสูบบุหรี่ จะมีพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่และทำได้สำเร็จ

ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นจิตลักษณะตัวหนึ่งที่เป็นความคาดหวังทั่วไปของบุคคลว่า การที่ตนจะมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงเป็นผลมาจากการกระทำของตน ไม่ใช่โชคเคราะห์หรือความบังเอิญใด ๆ จากผลงานวิจัยนี้

ปรากฏว่า การที่บุคคลมีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพเป็นผลต่อเนื่องจากการได้รับการศึกษา โดยเฉพาะคุณภาพของการศึกษาที่บุคคลได้รับ ซึ่งในงานวิจัยนี้ได้แก่ ตัวแปรทักษะทางภาษาไทย โดยผู้ที่มีทักษะทางภาษาไทยมากเพียงใด จะมีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพมากเพียงนั้น นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษามัธยมปลายและระดับมัธยมต้น จะมีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม ผลจากงานวิจัยนี้ได้สนับสนุนงานวิจัยของ สปีดี โคเวิร์ด และเพลเลต (Speake, Cowart and Pellet. 1989) ที่พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ งานวิจัยของ จินตนา บิลมาศ และคนอื่น ๆ (2528) ที่พบว่า ข้าราชการไทยที่มีระดับการศึกษาสูง (สูงกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี) มีความเชื่ออำนาจภายในตนมากกว่าข้าราชการที่มีระดับการศึกษาต่ำ

นอกจากนี้ ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพยังเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญที่สุดในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านทั้ง 3 ด้าน ของผู้ที่สำเร็จการศึกษามานาน ทำงานมานาน โดยมีรายละเอียดคือ ในกลุ่มที่จบการศึกษามานาน ถ้ามีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพมากจะมีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมมาก ในกลุ่มที่มีอาชีพทำงานในโรงพยาบาล อายุมาก จบการศึกษามานาน ถ้ามีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพมากจะมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษมาก และในกลุ่มเพศหญิง กลุ่มทำงานมานาน ถ้ามีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพมาก จะมีพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลที่เหมาะสมมากด้วย ส่วนในกลุ่มย่อยอื่น ๆ พบผลในลักษณะเป็นตัวทำนายร่วม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่มีอายุมากขึ้น จบการศึกษามานาน ทำงานมานาน อาจมีประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตสูงขึ้น ทำให้มีความเชื่ออำนาจภายในตน โดยเชื่อว่าผลของการมีพฤติกรรมเกิดจากตนมากกว่า ตัวแปรตัวนี้จึงทำนายผลเฉพาะในกลุ่มย่อยเหล่านี้เด่นชัด แต่เป็นตัวทำนายอันดับสองของกลุ่มย่อยอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม จากผลการวิจัยนี้ทำให้สรุปได้ว่า ตัวแปรความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพมีความสำคัญต่อการมี

พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้ง 3 พฤติกรรมเช่นกัน ซึ่งผลเช่นนี้สอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ และพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์สูงกับพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าความเชื่ออำนาจภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น งานวิจัยของ ซีแมน และซีแมน (Seeman and Seeman. 1983) พบว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพจะมีพฤติกรรมสุขภาพในด้านการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การลดหรือหยุดการเสพยาที่เป็นโทษต่อร่างกาย การรับการตรวจสุขภาพ มากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ งานวิจัยของ เฮย์ และรอส (Hay and Ross. 1987) พบว่าคนอเมริกันที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพจะมีพฤติกรรมการกินที่ถูกสุขลักษณะมากกว่า และผลนี้เช่นเดียวกับคนเยอรมัน (Cockerham, Kung and Luechen. 1988) งานวิจัยของ วอลสตัน และดีวิลลิส (Wallston and Devillis. 1978) ที่พบว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพจะมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมมากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

ลักษณะมุ่งอนาคต เป็นจิตลักษณะของบุคคลในการคาดการณ์ไกล สามารถควบคุมและบังคับตนเองได้ทั้งในที่ลับและที่แจ้ง เพื่อผลดีในระยะยาว จากผลงานวิจัยนี้พบว่า ตัวแปรทักษะทางภาษาไทยเป็นตัวทำนายสำคัญของลักษณะมุ่งอนาคต โดยบุคคลที่มีทักษะทางภาษาไทยสูงจะมีลักษณะมุ่งอนาคตสูง นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมปลายและระดับมัธยมต้น จะมีลักษณะมุ่งอนาคตสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับประถม ซึ่งผลงานวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ จินตนา บิลมาศ และคนอื่น ๆ (2524) ที่พบว่า ข้าราชการที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีลักษณะมุ่งอนาคตและควบคุมตนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยข้าราชการที่มีการศึกษาระดับสูงจะมีลักษณะมุ่งอนาคตสูงกว่าข้าราชการที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า แต่งานวิจัยนี้ไม่สนับสนุนงานวิจัยของ ดวงเดือน พันธุมนาวัน (2521) ที่พบว่า นักเรียน

ที่มีระดับการศึกษามัธยมปีที่ 1 มีลักษณะมุ่งอนาคตสูงสุด โดยแตกต่างจากนักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 3 มัธยมปีที่ 5 และนิสิตมหาวิทยาลัยปีที่ 2 แต่ไม่แตกต่างจากนักเรียนชั้นประถมปีที่ 6 และนิสิตมหาวิทยาลัยปีที่ 2 มีลักษณะมุ่งอนาคตต่ำที่สุด

ลักษณะมุ่งอนาคตยังเป็นตัวทำนายสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ โดยเป็นตัวทำนายสำคัญตัวแรกของพฤติกรรมหลักเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษในกลุ่มเพศชายและกลุ่มสมรส โดยในกลุ่มดังกล่าว ผู้ที่มีลักษณะมุ่งอนาคตมากจะมีพฤติกรรมหลักเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษมาก นอกเหนือจากนั้นตัวแปรลักษณะมุ่งอนาคตยังช่วยเพิ่มค่าอำนาจทำนายให้สูงขึ้น โดยเป็นตัวทำนายสำคัญอันดับสองของการทำนายพฤติกรรมการกินในกลุ่มเพศหญิง คือ หญิงที่มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ถ้ามีลักษณะมุ่งอนาคตมากด้วย จะมีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมมากกว่าหญิงที่มีลักษณะตรงข้าม ส่วนในพฤติกรรมหลักเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษพบผลในลักษณะเดียวกัน คือ ในกลุ่มผู้มีอายุน้อย และทำงานได้ไม่นาน ถ้ามีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ และมีลักษณะมุ่งอนาคตมากด้วย จะมีพฤติกรรมหลักเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษมากด้วย และในพฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล ลักษณะมุ่งอนาคตช่วยเพิ่มอำนาจการทำนายให้สูงขึ้นใน 8 กลุ่มย่อยที่แบ่งตามลักษณะชีวสังคม คือ กลุ่มเพศชาย อายุน้อย โสด ทำงานในโรงงาน รายได้ต่ำ ระดับเศรษฐกิจต่ำ มีพ่อแม่ที่มีการศึกษาต่ำ และจบการศึกษาไม่นาน โดยในกลุ่มดังกล่าวผู้ที่มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพมาก ถ้ามีลักษณะมุ่งอนาคตมากด้วย จะมีพฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคลมากขึ้นด้วย ผลการวิจัยที่ค้นพบนี้ ทำให้เห็นความสำคัญของจิตลักษณะตัวนี้ในการช่วยเสริมสร้างการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมให้มากขึ้น และผลที่ได้ก็สอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่มีการศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะมุ่งอนาคตกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น งานวิจัยของกรีน (Green. 1970) คีเกลส์ (Kegeles. 1963) ที่พบว่าบุคคลที่เข้าร่วมโครงการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์ในการรักษาสุขภาพ ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค จะมีลักษณะมุ่งอนาคตมากกว่าบุคคลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ

จุดเด่นของการค้นพบคือ การที่เพศชายและผู้ที่สมรสแล้ว ถ้ามีลักษณะมุ่งอนาคตมาก จะมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสกสสารที่เป็นโทษมากด้วย เพราะโดยปกติแล้วจากผลงานวิจัยต่าง ๆ จะพบว่า เพศชายจะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า มากกว่าเพศหญิง (Brown and McCreedy. 1986; Wilson and Einson. 1981) เพศชายมีพฤติกรรมการป้องกันโรคน้อยกว่าเพศหญิง (Belloc and Breslow. 1972; Branch and Jette. 1984) และจากผลงานวิจัยนี้ ก็พบในลักษณะเดียวกัน คือ เพศชายมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสกสสารที่เป็นโทษน้อยกว่าเพศหญิง โดยเพศชาย ร้อยละ 65 ดื่มเหล้า ร้อยละ 51 สูบบุหรี่ ขณะที่เพศหญิง ร้อยละ 19 ที่ดื่มเหล้า และร้อยละ 2 ที่สูบบุหรี่ แต่จากผลวิจัยถ้าเพศชายมีลักษณะมุ่งอนาคตสูง คือมีความคาดการณ์ไกลมองเห็นผลดีของการมีสุขภาพที่ดีในอนาคต จะมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสกสสารที่เป็นโทษมาก กล่าวคือ จะไม่สูบบุหรี่ ไม่กินเหล้า มากกว่าชายที่มีลักษณะตรงข้าม ส่วนในกลุ่มที่สมรสแล้ว โดยทั่วไปจะพบผลวิจัยในลักษณะที่ว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสจะมีพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคมากกว่าผู้ที่สถานภาพโสด (Brown and McCreedy. 1986:317) การค้นพบในงานวิจัยนี้เป็นการช่วยเสริมสร้างความรู้ว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสที่มีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสกสสารที่เป็นโทษมาก เป็นผู้ที่คาดการณ์และเห็นผลดีของการมีสุขภาพที่ดีในอนาคต มากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสที่มีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสกสสารที่เป็นโทษน้อย

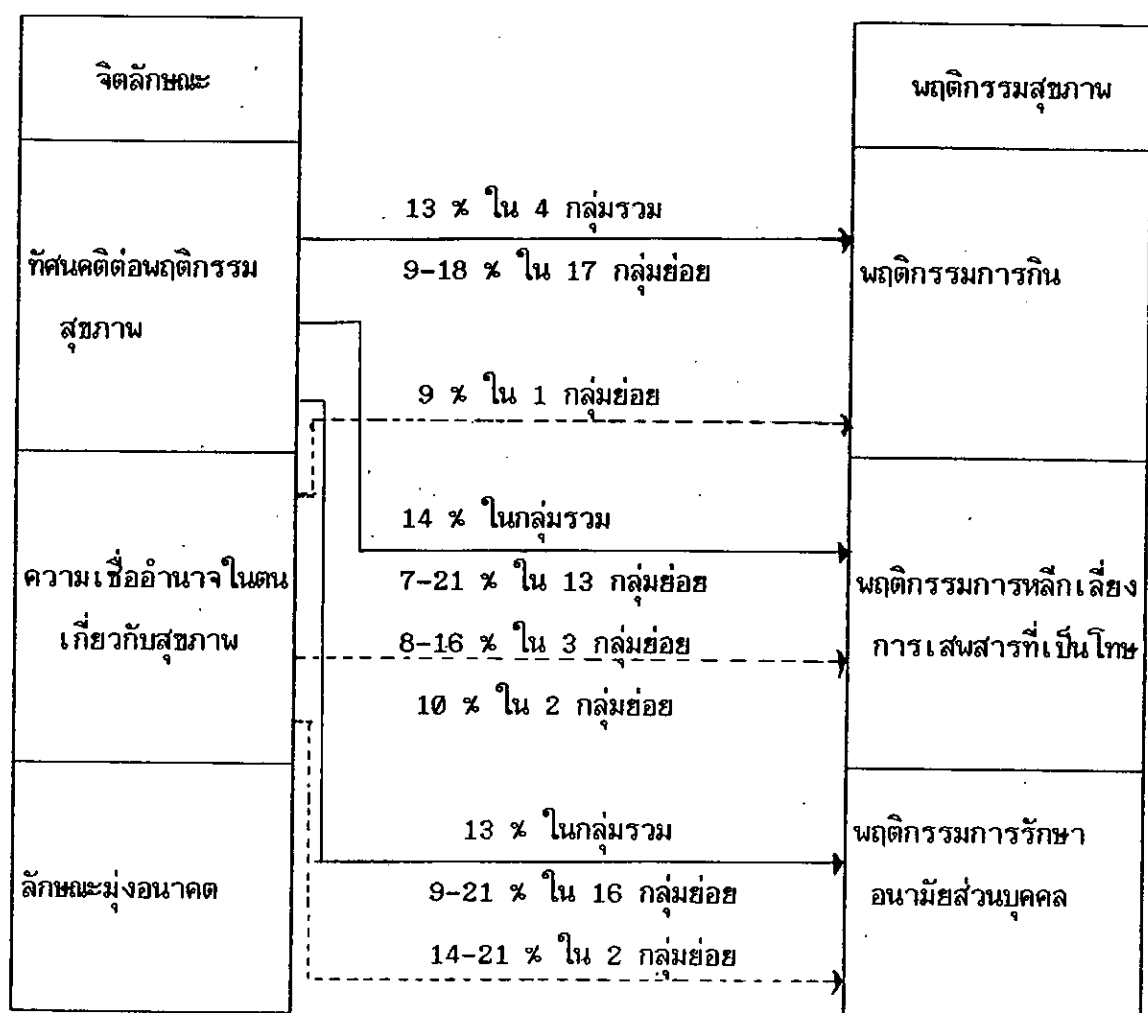
ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ เป็นจิตลักษณะของบุคคลที่ให้ความสำคัญแก่การมีชีวิตและการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ การที่บุคคลจะมีจิตลักษณะเช่นนี้มีความเกี่ยวข้องกับ การได้รับการศึกษาอบรม และจากผลงานวิจัยนี้พบว่า ตัวแปรทักษะทางภาษาไทยมีความสำคัญต่อการมีค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพของบุคคล ส่วนตัวแปรทางการศึกษาอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ นอกจากนี้ตัวแปรค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพไม่มีความสำคัญต่อการทำนายพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสกสสารที่เป็นโทษเลย แต่เป็นตัวทำนายสำคัญอันดับสองรองจากทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ของพฤติกรรมภารกิจ โดยเฉพาะในกลุ่มระดับเศรษฐกิจปานกลาง ส่วนในพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ตัวแปรค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพมีส่วนช่วยเพิ่มค่าอำนาจทำนายเฉพาะในกลุ่มระดับเศรษฐกิจปานกลาง และกลุ่มทำงานไม่นานเท่านั้น ฉะนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพมีความสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานครน้อยมาก ทำให้ผลการวิจัยนี้ไม่สนับสนุนงานวิจัยอื่น ๆ ที่พบความสำคัญของตัวแปรค่านิยมด้านสุขภาพว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมาก (Rokeach. 1968, 1981; Kristiansen. 1985) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากสาเหตุหลายประการคือ (1) กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้คือ กลุ่มผู้ปฏิบัติงานชายหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18-45 ปี และมีอายุเฉลี่ย 27 ปี ส่วนกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยของ คริสเตียนเซน (Kristiansen. 1985:752) มีอายุเฉลี่ยประมาณ 45 ปี การเห็นคุณค่าของการมีชีวิตและสุขภาพอาจจะแตกต่างกัน (2) สภาพชีวิตของคนไทยและคนอังกฤษแตกต่างกัน การให้ความสำคัญแก่การมีชีวิตและสุขภาพที่ดีอาจแตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะสภาพแวดล้อมทางสังคมประเพณีวัฒนธรรมต่างกัน (3) คนอังกฤษมีการศึกษาภาคบังคับ 12 ปี ในขณะที่คนไทยมีการศึกษาภาคบังคับ 6 ปี และจากผลงานวิจัยที่พบว่าค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพทางการศึกษาที่บุคคลได้รับโดยเฉพาะทักษะทางภาษาไทย ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับการศึกษานั้นเอง ฉะนั้นค่านิยมด้านสุขภาพของคนอังกฤษอาจมีระดับปานกลางถึงสูง ในขณะที่คนไทยมีค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง จึงอาจให้ผลสัมพันธ์กับตัวแปรอื่น ๆ ต่างกันได้ (4) ความหมายของค่านิยมในงานวิจัยนี้ เน้นในด้านการให้ความสำคัญแก่ชีวิตและการให้ความสำคัญแก่สุขภาพ ส่วนในงานวิจัยอื่น ๆ มีความหมายในด้านสิ่งที่ควรกระทำ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สามของทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าค่านิยม นอกจากนี้มีงานวิจัยในต่างประเทศได้วัดค่านิยมในความหมายของทัศนคติในองค์ประกอบที่ 3 และในงานวิจัยนี้ซึ่งได้มีการวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ และได้ให้ผลสนับสนุนผลวิจัยในต่างประเทศที่วัดค่านิยมในความหมายของทัศนคติที่กล่าวมานี้ด้วย

กล่าวโดยสรุป ตัวแปรจิตลักษณะที่มีความสำคัญต่อการทำนายพฤติกรรม สุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานครมากที่สุด คือ ทศนคติต่อพฤติกรรม สุขภาพ ตัวแปรที่มีความสำคัญในอันดับรองลงมาก็คือ ความเชื่ออำนาจในตนเกี่ยวกับ สุขภาพ ลักษณะมุ่งอนาคต ส่วนค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพมีความสำคัญต่อการทำนาย พฤติกรรมสุขภาพในงานวิจัยนี้น้อยมาก (ดูภาพประกอบ 4)

นอกจากนี้ ยังพบว่า ทศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับตัวแปร จิตลักษณะอื่น ๆ คือ ลักษณะมุ่งอนาคต ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ ความเชื่ออำนาจ ในตนเกี่ยวกับสุขภาพ (ค่า $r = .40, .33$ และ $.32$ ตามลำดับ) (ดูตาราง 9 จากผลการวิจัย)

✓ จากผลการค้นพบในงานวิจัยนี้ ได้มีส่วนสนับสนุนข้อทำนายจากทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรม ที่ได้ศึกษาการมีพฤติกรรมที่พึงปรารถนาของคนไทย เช่นการมีพฤติกรรม จริยธรรม พฤติกรรมการทำงาน พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมอาสาพัฒนาชนบท พฤติกรรมการเป็นพลเมืองดี เป็นต้น ว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับลักษณะทางจิตใจ 8 ประการ คือ ลักษณะพื้นฐานทางจิตใจ 3 ประการ ได้แก่ การมีสติปัญญาดี สุขภาพ จิตดี และมีประสบการณ์ทางสังคมสูง และจิตลักษณะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอีก 5 ประการ ได้แก่ การมีเหตุผลเชิงจริยธรรมสูง ลักษณะมุ่งอนาคตสูง ความเชื่ออำนาจ ภายใต้นตน ทศนคติ ค่านิยม คุณธรรม และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูง โดยจิตลักษณะ เหล่านี้จะร่วมกันในการทำนายพฤติกรรมของบุคคลได้สูงกว่าปริมาณการทำนายของ จิตลักษณะแต่ละตัวตามลำดับ (ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2531) ผลจากการวิจัยนี้ ปรากฏว่าสนับสนุนข้อทำนายทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรมถึง 3 ด้านคือ (1) ลักษณะพื้นฐาน ทางจิตใจ 2 จาก 3 ด้าน คือ การมีสติปัญญาดี และการมีประสบการณ์ทางสังคมสูง มีความสำคัญต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของบุคคล โดยงานวิจัยนี้ได้ศึกษา การมีสติปัญญาดีผ่านตัวแปรทางการศึกษาด้านผลการเรียน และทักษะทางภาษาไทย ส่วนประสบการณ์ทางสังคมศึกษาผ่านตัวแปรลักษณะชีวิตสังคมและภูมิหลังด้านอาชีพ และการรับข่าวสารสุขภาพ (2) จิตลักษณะ 3 จาก 5 ด้าน คือ การมีทศนคติที่ดี ต่อพฤติกรรมสุขภาพ การมีความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ และการมี ลักษณะมุ่งอนาคตสูง โดยจิตลักษณะทั้ง 3 ด้านนี้ ต่างมีส่วนสำคัญต่อการมีพฤติกรรม



ภาพประกอบ 4 แสดงอำนาจทำนายระหว่างตัวแปรจิตลักษณะกับพฤติกรรมสุขภาพ

สุขภาพที่เหมาะสมของคนไทย และเมื่อนำมาทำน่ายร่วมกัน จะให้ปริมาณการทำน่าย
พฤติกรรมสุขภาพที่สูงกว่าการใช้จิตลักษณะแต่ละตัวทำน่ายตามลำพัง และ (3)
ลักษณะพื้นฐานทางจิตใจ ด้านการมีสติปัญญาดี และการมีประสบการณ์ทางสังคมสูง
มีความสำคัญต่อการมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ การมีความเชื่ออำนาจภายในตน
เกี่ยวกับสุขภาพ และการมีลักษณะมุ่งอนาคตสูงด้วย

การรับข่าวสารสุขภาพ : สาเหตุและผล

การรับข่าวสารสุขภาพในงานวิจัยนี้เป็นการเน้นปริมาณการรับข่าวสารโดย
เฉพาะทางด้านสุขภาพจากสื่อมวลชนประเภทต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ และสิ่งตี
พิมพ์ เป็นต้น จากงานวิจัยนี้ปรากฏว่า กลุ่มผู้ตอบที่มีอายุมาก จบการศึกษามานาน
ทำงานมานาน มีฐานะค่อนข้างดี มีพ่อแม่ที่มีการศึกษาสูง และทำงานในโรงงาน ถ้า
สำเร็จการศึกษาจากโรงเรียนที่มีคุณภาพสูง จะมีการรับข่าวสารสุขภาพมาก ส่วนคน
โสด อายุน้อย และสำเร็จการศึกษาไม่นาน ถ้ามีผลการเรียนปีสุดท้ายสูง จะมีการ
รับข่าวสารสุขภาพมากด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า หญิงที่ทำงานในโรงพยาบาลมีการรับ
ข่าวสารสุขภาพมากกว่าหญิงที่ทำงานในโรงงาน และกลุ่มคนโสดที่มีอายุมาก และทำ
งานในโรงงาน ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมปลาย มีการรับข่าวสารสุขภาพมากกว่าผู้มี
การศึกษาระดับมัธยมต้น ผลวิจัยส่วนนี้ได้สนับสนุนงานวิจัยของ นิตยา คำเมือง
(2525) ที่พบว่า สตรีที่สมรสแล้ว ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยม อาชีวะ และ ปกศ.ต้น
มีการเปิดรับสื่อมวลชนประเภทสิ่งตีพิมพ์สูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถม และสตรีที่
มีอาชีพรับราชการมีความถี่ของการเปิดรับสื่อมากกว่าสตรีที่มีอาชีพแม่บ้าน รับจ้าง
ค้าขาย และเกษตรกร งานวิจัยของ สมศรี วงศ์ลิโรจน์กุล (2528) พบว่า
เกษตรกรที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมเปิดรับสื่อมวลชน มากกว่าเกษตรกรที่
มีระดับการศึกษาต่ำ

การรับข่าวสารสุขภาพ ยังเป็นตัวทำนายที่สำคัญของพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 2
ด้าน ของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีรายละเอียดสำคัญดังนี้ ตัวแปร

การรับข่าวสารสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย 7 กลุ่ม โดยเฉพาะในกลุ่มเพศหญิง โสัด และทำงานในโรงพยาบาล ถ้ามีการรับข่าวสารสุขภาพมาก จะมีพฤติกรรมรักษาอนามัยส่วนบุคคลมากด้วย ผลวิจัยส่วนนี้ได้สนับสนุนงานวิจัยของ ลักขณา มนธาตุพลิน (2524) พบว่าสตรีที่ได้รับเอกสาร และอ่านเอกสารเผยแพร่เรื่องอนามัยครอบครัว มีการปฏิบัติตนด้านการรักษาอนามัยที่เหมาะสมมากขึ้น งานวิจัยของ อีแวน และคนอื่น ๆ (Evans and others. 1970) พบว่า สตรีที่รับสื่อเทปสไลด์เรื่องการแปรงฟันที่ถูกวิธี มีพฤติกรรมรักษาสุขภาพในช่องปาก และฟันสูงขึ้น งานวิจัยของ โอเกียนวา (Ogionwa. 1973) พบว่าประชาชนชาวไนจีเรียที่รับข่าวสารด้านแนวการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหิวาต์ มีพฤติกรรมป้องกันโรคหิวาต์โดยดื่มน้ำต้มสุก และรับประทานอาหารสุกมากขึ้น และงานวิจัยของ มันทนา หิมกร (2525) พบว่า มารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 6 ปี ผู้ที่เปิดรับสื่อด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคมากมีพฤติกรรมยอมรับการฉีดวัคซีน บี ซี จี และ ดี พี ที มากขึ้น

ตัวแปรการรับข่าวสารสุขภาพยังเป็นตัวทำนายสำคัญของพฤติกรรมการกินในกลุ่มรวม และกลุ่มย่อย 5 กลุ่ม และโดยเฉพาะในกลุ่มชาย ทำงานในโรงพยาบาล ผู้ที่มีการรับข่าวสารสุขภาพมาก จะมีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมมากด้วย ผลวิจัยส่วนนี้ได้สนับสนุนงานวิจัยของ สมพร ศิริรัตน์ตระกูล (2527) พบว่า ครูประถมในเขตกรุงเทพมหานครที่รับข่าวสารสุขภาพด้านการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องมากขึ้น งานวิจัยของ ดวงทิพย์ วรพันธ์ (2525) ที่พบว่าสตรีในชนบทที่เปิดรับสื่อด้านโภชนาการ จะมีความรู้ และการปฏิบัติตนด้านโภชนาการที่ถูกต้องมากกว่าสตรีที่ไม่ได้เปิดรับสื่อ

สำหรับพฤติกรรมหลักเลี้ยงการเสกสารที่เป็นโทษ ตัวแปรการรับข่าวสารสุขภาพสามารถทำนายได้เฉพาะกลุ่มทำงานในโรงพยาบาล โดยผู้ที่มีการรับข่าวสารสุขภาพมาก จะมีพฤติกรรมหลักเลี้ยงการเสกสารที่เป็นโทษมาก ผลวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ อุลิซซา ชุตบุญธรรม (2522) ที่พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการเลิกสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการรับข่าวสารด้านการเลิกสูบบุหรี่สูง

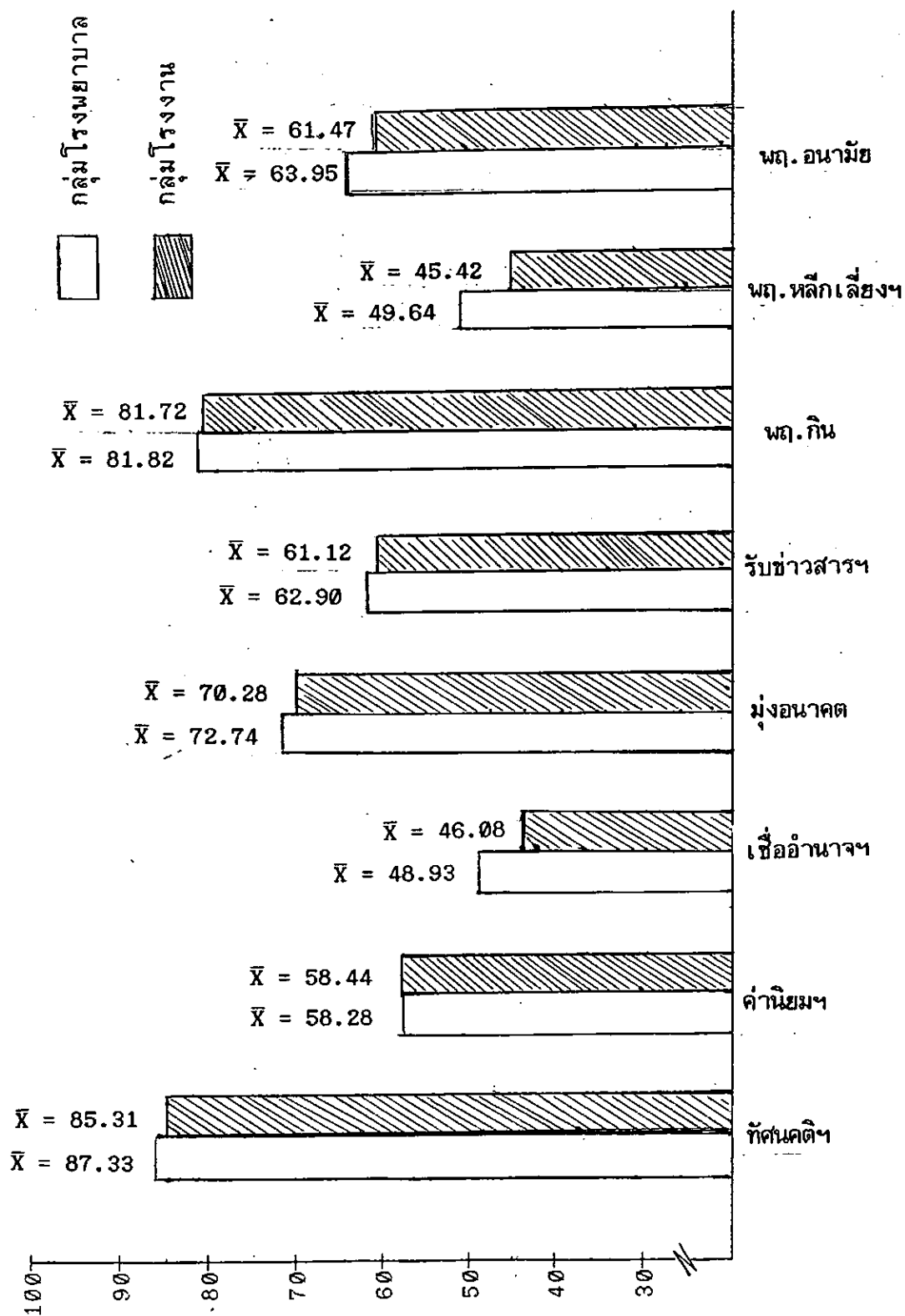
การทำงานในโรงพยาบาลหรือโรงงาน กับจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพ

ในงานวิจัยนี้ได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างประชากรที่ปฏิบัติงานในอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยทำงานในโรงพยาบาลของรัฐเป็นจำนวน 174 คน และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในอาชีพที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยทำงานในโรงงาน หรือบริษัท จำนวน 184 คน โดยผู้ปฏิบัติงานทั้ง 2 กลุ่มนี้มีลักษณะชีวสังคมด้านเพศ สถานภาพสมรส ระดับเศรษฐกิจ ผลการเรียน ระดับการศึกษาของตนเอง และระดับการศึกษาของบิดามารดาไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ส่วนตัวแปรด้านอายุ รายได้ ระยะเวลาทำงาน ระยะเวลาที่สำเร็จการศึกษามีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มทำงานในโรงพยาบาลมีจำนวนผู้มีอายุมากกว่ากลุ่มทำงานในโรงงาน ผู้มีระดับรายได้ปานกลางของกลุ่มทำงานในโรงพยาบาลมีน้อยกว่ากลุ่มทำงานในโรงงาน และกลุ่มทำงานโรงพยาบาลมีจำนวนผู้ทำงานนานเกิน 5 ปี และสำเร็จการศึกษานานเกิน 13 ปี มากกว่ากลุ่มทำงานในโรงงาน (ดูตาราง 97 ในภาคผนวก ข)

ในกลุ่มทำงานในโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะทางภาษาไทย ที่สอดคล้องพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ ลักษณะมุ่งอนาคต พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล สูงกว่ากลุ่มทำงานในโรงงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนรับข่าวสารสุขภาพ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ และพฤติกรรมการกินของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ไม่แตกต่างจากกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในโรงงาน (ดูตาราง 98 ในภาคผนวก ข) (ดูภาพประกอบ 5)

ฉะนั้นจึงกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลมีจิตลักษณะ 3 ด้าน คือทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ และลักษณะมุ่งอนาคต และพฤติกรรมสุขภาพ 2 ด้านคือ พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลสูงกว่าผู้ที่ทำงานในโรงงาน

ผลจากการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการทำงานในโรงพยาบาลว่า ทำให้ผู้ที่ทำงานโรงพยาบาลมี (1) จิตลักษณะที่สำคัญต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าคนที่ทำงานในโรงงานถึง 3 ด้าน (2) มีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าที่ทำงาน



ภาพประกอบ 5 ปริมาณความแตกต่างของจิตลักษณะ การรับข่าวสารสุขภาพ และพฤติกรรมการสุขภาพของ
ผู้ทำงานในโรงพยาบาล และผู้ทำงานในโรงงาน

ในโรงงานถึง 2 ด้าน (3) มีทักษะทางภาษาไทยสูงกว่าคนที่ทำงานในโรงงานทั้ง ๆ ที่มีระดับการศึกษาเท่ากัน และ (4) ผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลที่มีอายุมากกว่า ทำงานมานานกว่าผู้ที่ทำงานในโรงงาน จึงจะเป็นผู้ได้รับผลดีของการอยู่ในที่ที่เหมาะสมมากกว่าอย่างชัดเจน ส่วนผลวิจัยที่กลับกันกับความคาดหมายคือ ผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาล มีการรับข่าวสารสุขภาพ และมีค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพไม่แตกต่างจากผู้ทำงานในโรงงาน ซึ่งแสดงว่าลักษณะอาชีพไม่มีส่วนช่วยการมีจิตลักษณะดังกล่าว แต่ปริมาณและคุณภาพของการศึกษาที่บุคคลได้รับมีส่วนช่วยให้บุคคลมีจิตลักษณะ และพฤติกรรมเพิ่มขึ้น กล่าวคือ จากผลวิจัยนี้พบว่า (1) การรับข่าวสารสุขภาพ และค่านิยมด้านชีวิต และสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับปริมาณ และคุณภาพของการศึกษาที่บุคคลได้รับมากกว่าสถานที่ทำงานของบุคคล (2) สำหรับในพฤติกรรมการกิน ทั้งสถานที่ทำงาน และตัวแปรด้านการศึกษามีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมนี้น้อยที่สุด (3) ตัวแปรการรับข่าวสารสุขภาพ เป็นตัวทำนายที่สำคัญที่สุดของพฤติกรรมสุขภาพ ทั้ง 3 ด้านของผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาล ส่วนผู้ที่ทำงานในโรงงาน ทิศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็นตัวทำนายที่สำคัญที่สุด และ (4) ลักษณะอาชีพมีผลต่อการรับข่าวสารสุขภาพ พบเฉพาะในกลุ่มหญิง และกลุ่มอายุน้อย ซึ่งแสดงว่าในบุคคลทั้ง 2 กลุ่ม มีความกระตือรือร้นต่อการใช้โอกาสทางอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในการรับข่าวสารสุขภาพมากกว่า และส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้นด้วย

ข้อดีและข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยเรื่องความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร มีข้อดีและข้อจำกัดอยู่หลายประการ โดยคุณสมบัติซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นข้อดีของงานวิจัยนี้คือ

ประการแรก การวิจัยนี้สามารถประยุกต์ความรู้ด้านศึกษาศาสตร์จนสามารถทำให้เกิดความคิดที่ชัดเจนในการวัดความเป็นผู้มีการศึกษา โดยแบ่งการวัดเป็น 2 ด้าน คือ (1) ด้านปริมาณการศึกษา ซึ่งวัดจากจำนวนปีที่ได้รับการศึกษา และใช้ชื่อ

ตัวแปรว่า ระดับการศึกษา (2) ด้านคุณภาพของผู้รับการศึกษา ซึ่งวัดจากผลการเรียนปีสุดท้าย คุณภาพของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ซึ่งได้จากการวัดลักษณะของสถานศึกษาจากขนาด ที่ตั้ง และสังกัดของสถานศึกษานั้น ๆ และสุดท้ายมีการวัดอดีตและปัจจุบันของคุณภาพของผู้รับการศึกษา โดยผ่านตัวแปรทักษะทางภาษาไทยด้วย ทำให้งานวิจัยนี้สามารถเสนอแนะเครื่องมือวัดทางการศึกษาที่มีคุณภาพ

ประการที่สอง การวิจัยนี้ได้มีการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวม และศึกษาเน้นพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญเฉพาะด้านถึง 3 ด้าน ได้แก่ (1) พฤติกรรมการกิน ซึ่งเป็นการเน้นพฤติกรรมสุขภาพด้านการกินที่เหมาะสม และถูกหลักสุขอนามัย (2) พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ ซึ่งเป็นการเน้นพฤติกรรมสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงจากการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการได้รับยา หรือสารเคมีโดยไม่จำเป็น และ (3) พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ซึ่งเป็นการเน้นพฤติกรรมสุขภาพด้านการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลโดยเฉพาะ เช่น การปฏิบัติตนตามสุขบัญญัติ 10 ประการ การไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ เป็นต้น ทำให้ได้แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านที่มีความเที่ยงตรง และมีความเชื่อมั่นในระดับสูง ซึ่งสามารถนำไปใช้วัดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั่วไปได้

ประการที่สาม การวิจัยนี้สามารถนำแนวคิดทางการศึกษา ทางจิตวิทยา สังคม และทางสาธารณสุขศาสตร์มาสัมพันธ์กัน ทำให้งานวิจัยนี้มีลักษณะเป็นสหวิทยาการที่ชัดเจนในการศึกษาผลของการให้การศึกษาของรัฐ และสามารถให้คำตอบได้ว่า การให้การศึกษาของรัฐที่ผ่านมา สามารถพิจารณาจิตลักษณะ และพฤติกรรมสุขภาพด้านใดได้บ้าง

ประการที่สี่ กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ เป็นผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 18-45 ปี ซึ่งได้มาจากกลุ่มอาชีพทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพและกลุ่มอาชีพที่ทำงานไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทำให้ช่วยให้เห็นภาพที่ชัดเจนขึ้นถึงผลของการศึกษา และผลของสภาพแวดล้อมซึ่งเป็นสถานการณ์ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทั้ง ๆ ที่ได้รับการศึกษาในปริมาณที่เท่ากัน

ส่วนข้อจำกัดของการวิจัยก็มีอยู่หลายด้าน ส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับวิธีการวิจัย

ซึ่งมีรายละเอียดใน 2 ประการดังนี้

ประการแรก คือ การวิจัยนี้ใช้วิธีการให้ผู้ถูกศึกษาตอบแบบวัด และแบบสอบถามต่าง ๆ โดยมีได้มีการวัดตัวแปรบางตัวเป็นเอกเทศจากคำตอบของผู้ถูกศึกษา จึงอาจทำให้พบความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ได้มากกว่าปกติ เช่น การวัดพฤติกรรมสุขภาพด้านต่าง ๆ ถ้าได้มีการวัดโดยวิธีตรวจเช็คสุขภาพโดยตรงโดยที่ไม่ต้องพึ่งการรายงานผลจากผู้ตอบอาจทำให้ได้ข้อมูลน่าเชื่อถือมากขึ้น

ประการที่สอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้จำกัดเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร และในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยทำงานในโรงพยาบาล และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในอาชีพที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยทำงานในบริษัทห้างร้าน หรือโรงงานต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อควบคุมลักษณะอาชีพไม่ให้กระจุกกระจายมาก จึงทำให้ขาดข้อมูลของผู้ปฏิบัติงานในอาชีพอื่น ๆ นอกเหนือจากนี้ และขาดข้อมูลของผู้ปฏิบัติงานในเขตจังหวัดอื่น ๆ ที่มีสภาพสังคม และลักษณะอื่น ๆ และมีความน่าสนใจเช่นเดียวกัน

แต่อย่างไรก็ดี ข้อจำกัดเหล่านี้ไม่ได้ก่อให้เกิดความเสียหายแก่งานวิจัยนี้นัก เพียงแต่ทำให้ขาดความสมบูรณ์ลงไปบ้างเท่านั้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

ข้อเสนอแนะการวิจัยที่ควรกระทำสืบเนื่องจากการวิจัยนี้มีพื้นฐานจากการวิจัยนี้ 3 ด้าน คือ ด้านแรกจากข้อจำกัดของการวิจัยที่ได้กล่าวไปแล้วข้างบนนี้ ด้านที่สองมาจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยนี้ที่ไม่พบความสัมพันธ์ของตัวแปรบางตัว จึงต้องทำการวิจัยในแง่มุมอื่นต่อไป ด้านที่สาม คือการตอบคำถามทางการวิจัยที่เกิดขึ้นใหม่ หลังจากทำการวิจัยนี้ได้ให้ข้อความรู้เพิ่มเติมขึ้นจากเดิมแล้ว ซึ่งแสดงถึงความก้าวหน้าในการสะสม และการแสวงหาความรู้ขึ้นสูงต่อไป ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไปจึงมี 4 ประการคือ

ประการแรก คือ การเสนอแนะให้มีการวิจัยโดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะชีวสังคม และภูมิหลังที่แตกต่างไปจากเดิม เช่น กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูง

ถึงระดับอุดมศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะอาชีพแตกต่างไปจากเดิม เช่น กลุ่มผู้ประกอบอาชีพอิสระ เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตจังหวัดอื่น ๆ หรือในเขตชนบท เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อสามารถทราบผลของการให้การศึกษาของรัฐ ที่มีต่อประชาชนกลุ่มต่าง ๆ โดยกว้างขวางมากยิ่งขึ้น

ประการที่สอง คือ การเสนอแนะให้มีการวิจัยที่มีวิธีการใช้การวัดตัวแปรบางตัว ในลักษณะที่แตกต่างไปจากเดิม เช่น วัดพฤติกรรมสุขภาพจากผลของการมีสุขภาพสมบูรณ์ โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต ตรวจเลือด และอื่น ๆ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีลักษณะเป็นวิทยาศาสตร์มากยิ่งขึ้น

ประการที่สาม คือ การเสนอแนะให้มีการวิจัยด้านค่านิยมด้านชีวิต และสุขภาพ โดยศึกษาถึงตัวแปรต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของการมีค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ และผลดีของการมีค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ เนื่องจากการวิจัยนี้ ไม่พบความสัมพันธ์ของตัวแปรระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ กับตัวแปรค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ และไม่พบความสัมพันธ์ของตัวแปรนี้กับพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ ส่วนในพฤติกรรมการกิน และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล ตัวแปรค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพมีความสัมพันธ์เฉพาะในบางกลุ่มย่อย และมีค่าความสัมพันธ์ต่ำมาก และพบว่าตัวแปรทักษะทางภาษาไทย สามารถทำนายค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพได้ ฉะนั้นจึงควรมีการวิจัยด้านค่านิยมชีวิตและสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่มีความกระจ่างชัดยิ่งขึ้น โดยอาจศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรค่านิยมชีวิตและสุขภาพ กับตัวแปรจิตลักษณะอื่น ๆ เช่น ความเชื่ออำนาจภายในตน ลักษณะมุ่งอนาคต ทักษะคิดต่อพฤติกรรม เป็นต้น

ประการที่สี่ คือ การเสนอแนะให้มีการวิจัยด้านพฤติกรรมการกินที่เหมาะสม เพื่อให้ทราบแนวทางของการปลูกฝังพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมแก่ผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ฐานะต่ำ เนื่องจากการวิจัยพบว่า ในกลุ่มบุคคลดังกล่าวการมีระดับการศึกษาสูงหรือต่ำ ไม่มีผลต่อการมีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสม โดยแนวทางการวิจัยอาจทำได้ โดย การศึกษาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการกินของกลุ่มบุคคลที่ได้รับการปลูกฝังการมีพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมจากการได้รับการจัดโครงการ

อาหารกลางวัน กับกลุ่มบุคคลที่มีการเลือกซื้ออาหารรับประทานเอง ทั้งนี้เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาพฤติกรรมการกินที่เหมาะสมแก่ประชาชนคนไทยต่อไป

ประการที่ห้า คือ การเสนอแนะการวิจัยเพื่อพัฒนาจิตลักษณะที่ส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จากผลการวิจัยนี้ได้บ่งชี้ว่า จิตลักษณะที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม คือ ทศณคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ และลักษณะมุ่งอนาคต แต่งานวิจัยนี้ไม่สามารถยืนยันว่าจิตลักษณะเหล่านี้เป็นสาเหตุของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ฉะนั้นจึงควรมีการวิจัยเชิงทดลองพัฒนาจิตลักษณะ 3 ประการนี้ ในกลุ่มบุคคลที่มีพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้านต่ำ ซึ่งได้แก่ผู้มีการศึกษาต่ำอายุมาก และทำงานในโรงงาน เป็นต้น เพื่อที่จะศึกษาว่าหลังจากการได้รับการพัฒนา จิตลักษณะทั้ง 3 ประการแล้ว จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้นกว่ากลุ่มบุคคลในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการพัฒนาจิตลักษณะทั้ง 3 ประการเพียงใด ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของคนไทยต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ

การวิจัยนี้ได้พบผลที่น่าสนใจหลายประการที่เกี่ยวข้องกับ 2 ประเด็น คือ ประเด็นแรก คือ การให้การศึกษาของรัฐที่ผ่านมาได้ส่งผลให้ประชาชนมีจิตลักษณะ และพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างไรบ้าง ประเด็นที่สอง คือ สิ่งที่น่าจะเป็นสาเหตุของการมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการกิน การหลีกเลี่ยงการเสพยาที่เป็นโทษ และการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล อย่างเหมาะสม แม้การวิจัยนี้จะเป็นการศึกษาภาคสนามที่ศึกษาปรากฏการณ์ของผลการได้รับการศึกษาของบุคคลโดยผ่านพฤติกรรมสุขภาพ แต่รูปแบบการวิจัยที่ใช้มีความกว้างขวางและลึกซึ้ง คือศึกษาด้านการได้รับการศึกษา 4 ด้าน จิตลักษณะ 4 ด้าน การรับข่าวสารสุขภาพ 1 ด้าน พฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน และลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังอีก 9 ด้าน ทำให้ได้ผลวิจัยที่

สามารถนำไปใช้ในการวางนโยบาย และการปฏิบัติ 3 ประการดังต่อไปนี้

ประการแรก ในปัจจุบันรัฐบาลมีนโยบายขยายการศึกษาภาคบังคับจาก 6 ปี เป็น 9 ปี ภายในปีการศึกษา 2538 (สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ. 2533) ทั้งนี้เพื่อเตรียมเยาวชนไทยรุ่นใหม่ให้พร้อมที่จะดำรงชีวิตในสภาพสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้าน เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม และความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี นโยบายขยายการศึกษาภาคบังคับนี้เป็นสิ่งควรกระทำ แต่การขยายการศึกษาภาคบังคับนี้ถ้าจะให้ได้ผลต่อการพัฒนาคุณภาพของเยาวชนอย่างแท้จริง ควรมีการขยายการศึกษาถึง 12 ปี ทั้งนี้เพราะจากผลงานวิจัยปรากฏว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมต้น มีจิตลักษณะ และพฤติกรรมไม่แตกต่างจากผู้ที่มีการศึกษาในระดับประถม อย่างเด่นชัด ซึ่งต่างจากผู้ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมปลาย ที่มีพฤติกรรมสุภาพทั้ง 3 ด้าน คือ พฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพสารที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล แตกต่างจากผู้มีการศึกษาในระดับประถมอย่างเห็นได้ชัดเจน นอกจากนี้ ผู้มีการศึกษาในระดับมัธยมปลาย ยังมีจิตลักษณะที่น่าปรารถนาสูงกว่าผู้จบระดับต่ำกว่า กล่าวคือ (1) มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุภาพ กล่าวคือ เป็นผู้มีความพร้อมในการกระทำพฤติกรรมที่ตนเห็นว่ามีประโยชน์คุณค่าแก่ตน (2) มีลักษณะของผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง กล่าวคือ เชื่อว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตเป็นผลจากการกระทำของตน ไม่ใช่เกิดจากโชค เคราะห์ หรือความบังเอิญ และ (3) มีลักษณะมุ่งอนาคตสูง คือ เป็นผู้สามารถคาดการณ์ไกล เล็งเห็นผลดีและผลเสียที่จะเกิดขึ้นกับตนในอนาคตจากผลการกระทำของตนในปัจจุบัน ทำให้รู้จักอดทน รู้จักรอคอย และควบคุมตนได้ เพื่อนำไปสู่ผลที่น่าปรารถนาในอนาคตมากกว่าผู้มีการศึกษาในระดับประถมอย่างเด่นชัดด้วย ฉะนั้นการให้การศึกษาถึงระดับมัธยมปลายแก่เยาวชนไทย จะมีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาจิตลักษณะ และพฤติกรรมที่น่าปรารถนา ซึ่งจะส่งผลต่อการมีประชากรที่มีคุณภาพสูงในอนาคตด้วย อย่างไรก็ตามในสภาพการณ์ปัจจุบันที่รัฐไม่สามารถขยายการศึกษาภาคบังคับถึงระดับมัธยมปลายได้ การขยายการศึกษาภาคบังคับถึงระดับมัธยมต้นก็เป็นสิ่งควรกระทำโดยเร่งด่วน และสิ่งที่รัฐ

ควรตระหนักในการขยายการศึกษาภาคบังคับในครั้งนี้อย่างยิ่ง คือ การให้เยาวชนได้รับการศึกษาในคุณภาพที่เหมาะสมกับปริมาณด้วย กล่าวคือ จากผลการวิจัยปรากฏว่าตัวแปรที่มีส่วนสำคัญในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพและจิตลักษณะ คือตัวแปรด้านคุณภาพทางการศึกษาที่บุคคลได้รับ ซึ่งได้แก่ทักษะทางภาษาไทย ผลการเรียนรู้ และลักษณะของสถานศึกษาที่สำเร็จการศึกษา ฉะนั้นในการให้การศึกษาจึงเป็นสิ่งที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการศึกษาทุกฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นกระทรวงศึกษาธิการ ผู้อำนวยการโรงเรียน หรืออาจารย์ใหญ่ ตลอดจน ครู อาจารย์ ควรตระหนักในการกระทำบทบาทหน้าที่ของตน เพื่อให้เยาวชนไทยได้รับการศึกษาที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพของบุคคลได้มากที่สุดด้วย

ประการที่สอง รัฐบาลและเอกชนควรร่วมกันรณรงค์ให้ประชาชนรักการแสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่อง โดยหน่วยงานต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นบริษัท ห้างร้าน หรือโรงงาน และสถานที่ราชการต่าง ๆ ควรมีการให้การศึกษาอบรมให้ความรู้พนักงานเพิ่มเติมในด้านต่าง ๆ ที่จำเป็นแก่การพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น จากการมีสุขภาพกายที่สมบูรณ์ มีสุขภาพจิตที่ดี ทั้งนี้จากผลวิจัยพบว่า บุคคลที่ทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีโอกาสได้รับข่าวสารสุขภาพอยู่เสมอ คือกลุ่มทำงานในโรงพยาบาล ผู้ที่มีการรับข่าวสารสุขภาพมากจะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมทั้ง 3 ด้าน มากกว่าผู้ที่รับข่าวสารสุขภาพน้อย และปริมาณการรับข่าวสารสุขภาพไม่มีความเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษา หรืออายุแต่อย่างใด ซึ่งแสดงว่า ในกลุ่มบุคคลที่ทำงานแล้ว ประสบการณ์จากการงาน และการได้รับความรู้จากข่าวสารในการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอยู่เสมอจะมีผลต่อการมีพฤติกรรมด้านนั้น ๆ มากขึ้น ฉะนั้น ผลวิจัยส่วนนี้สามารถนำไปใช้พัฒนากลุ่มบุคคลที่ทำงานแล้ว โดยเฉพาะในกลุ่มเพศหญิง อายุน้อยที่ทำงานในโรงพยาบาล ซึ่งถ้ามีการได้รับข่าวสารสุขภาพสม่ำเสมอ จะทำให้เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้นด้วย

ประการที่สาม ในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในโรงงานในเขตกรุงเทพมหานครที่มีระดับการศึกษาต่ำ อายุมาก เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการหลักเลียง การเสพสารที่เป็นโทษ และพฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคลต่ำกว่าผู้ปฏิบัติงาน

อื่น ๆ ทั้งในโรงงาน และโรงพยาบาล จึงเป็นกลุ่มบุคคลที่ควรได้รับการพัฒนาให้มีพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และจากผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ เป็นตัวทำนายสำคัญใน 3 พฤติกรรม ฉะนั้นเพื่อการแก้ปัญหาที่ตรงประเด็น สิ่งสำคัญที่ผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องจะพึงกระทำ คือ (1) การชี้ให้กลุ่มคนงานเหล่านั้นได้รับรู้ถึงประโยชน์ และโทษหรืออันตราย ที่เขาจะได้รับจากการกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ (2) การใช้ผู้ชักจูงที่น่าเชื่อถือมาทำการชักจูงคนงานเหล่านั้นให้กระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และ (3) การเสนอตัวแบบที่ได้รับรางวัล หรือการลงโทษ จากการกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ วิธีการทั้ง 3 นี้ เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาทัศนคติต่อพฤติกรรมของบุคคล (ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2530) โดยการกระทำทั้ง 3 นี้อาจผ่านทางสื่อมวลชน ทั้งทางวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ การจัดนิทรรศการต่าง ๆ หรือการจัดการอบรม เป็นต้น เพื่อให้สามารถกระจายผลได้ในวงกว้าง และรวดเร็ว อันจะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้นในโอกาสต่อไป

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กมลเนตร โอบานรักษ์. ปัญหาโภชนาการในเด็กทารกและเด็กวัยก่อนเข้าเรียน
ตำบลนาเกลือ อำเภอมะนัง จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ สค.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2520. อัดสำเนา.
- กรรณิการ์ กันทะรักษา. การปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-
ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่ง
สภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- กระจ่าง วิสุทธารมณ. "โครงการกีฬาสำหรับทุกคน," เอกสารประกอบการประชุม
สมณาระดับชาติเรื่องบทบาทของสถาบันการศึกษากีฬา หน่วยงานต่าง ๆ
ในการส่งเสริมการกีฬาและการออกกำลังกายสำหรับทุกคน.
21-24: พฤศจิกายน 2526. (อัดสำเนา).
- กรุงไกร เจนพานิช. "วิธีรักษาสุขภาพขั้นพื้นฐาน," วารสารสุขภาพ 7 (กุมภาพันธ์)
: 115, 2522.
- กัลยา นาคเพชร. การศึกษาองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการโภชนาการของเด็กวัย
ก่อนเข้าเรียนในท้องที่ตำบลค้างพลู อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา.
ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร, 2521. อัดสำเนา.
- เกียรติศักดิ์ อิชยานันท์. กระบวนการนำค่านิยมพื้นฐาน 5 ประการไปสู่การปฏิบัติ.
กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ, 2526.
- เกรียงศักดิ์ นราวศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาภาษาไทย
การคิดแบบเอกนัย การคิดแบบเนกนัยและการสร้างมโนภาพ.
ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยวิชาการศึกษา ประสานมิตร,
2516. อัดสำเนา.

ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์ และพัทธนี วินิจจะกุล. โภชนาการและภาวะสังคม :

ปัญหาโภชนาการในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามาธิบดีและสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล,
2527.

คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, สำนักงาน. โครงการวิจัยและประเมินผล :

ประสิทธิภาพการประถมศึกษา. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการ
การศึกษาแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี, 2522.

_____. โครงการวิจัยและประเมินผลประสิทธิภาพการมัธยมศึกษา. กรุงเทพฯ :
สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2530.

_____. องค์กำหนดประสิทธิภาพของการประถมศึกษา (เล่ม 1). กรุงเทพฯ :
สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2526.

คณะกรรมการประถมศึกษาแห่งชาติ, สำนักงาน. โครงการนำร่องขยายการศึกษา
ภาคบังคับต่อจากระดับประถมศึกษาปีที่ 6 อีก 3 ปี (9 ปี). กรุงเทพฯ :
สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2533. อัดสำเนา.

เครือวัลย์ หุตานุวัตร และคนอื่น ๆ. "พฤติกรรมกินของชาวชนบท อีสานตอน
บน," ใน รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องสาเหตุและปัจจัยที่มีต่อ
พฤติกรรมกินของคนไทย. หน้า 151-180. กรุงเทพฯ : สถาบัน
โภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

โครงการวางแผนครอบครัว, กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสรุปสำรวจสื่อมวลชน
ในภาคกลางของประเทศไทย. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข,
2518.

จรรยา สุวรรณทัต. "ครูกับการพัฒนาด้านนิมในครอบครัว," ใน ประมวลบทความ
วิชาการที่บรรยายในโอกาสต่าง ๆ ภายในประเทศ พศ. 2511-2526
หน้า 255-261. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2526.

จรรยา สุวรรณทัต และคนอื่น ๆ. ความสำนึกของข้าราชการไทยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม. รายงานการวิจัยฉบับที่ 27. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2525.

จรรยาพร ชรณินทร์. "สุราเพื่อสังสรรค์หรือโซเซ," วารสารไกล่หมอ. 10(3) : 93-96; 2529.

จินตนา บิลมาศ และคนอื่น ๆ. คุณลักษณะของข้าราชการพลเรือน. กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน, 2529.

จินตนา หย่างศรี และคนอื่น ๆ. "พฤติกรรมการกินของคนไทยภาคเหนือตอนล่าง," ใน รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการกินของคนไทย. หน้า 48-70. กรุงเทพฯ : สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

จุฑาทิพย์ สุขวังสรรค์. พฤติกรรมการลงคะแนนเสียงเลือกตั้งผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ รศ.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529. อัดสำเนา.

จันทร์เกษม อ่างแก้ว. "โรคประสาทเนื่องจากพิษสุราเรื้อรัง," วารสารไกล่หมอ. 2(3) : 32; 2521.

ฉลวย ชีวภิตาการ. "การศึกษาบทบาทของสื่อสารมวลชนต่อการศึกษาของชาวบ้าน," ใน เอกสารประกอบการประชุมทางวิชาการ เรื่อง การวิจัยทางการศึกษาและการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2522.

ชนิตา รักษ์พลเมือง. สังคมวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสารัตถศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.

ชูศรี สนิทประชากร. ระบบการศึกษาในประเทศต่าง ๆ. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพื้นฐานการศึกษา คณะครุศาสตร์ วิทยาลัยครูจันทร์เกษม, 2522.

ชูเกียรติ มณีธร และคนอื่น ๆ. "พฤติกรรมการณ์ของหญิงระยะตั้งครรภ์ หญิงระยะให้นมบุตรทารกและเด็กวัยก่อนเรียน ในชนบทภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย," ใน รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการณ์ของคนไทย. หน้า 99-117. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

ชัยวัฒน์ รัฐขจร. ความเข้าใจทางการเมืองและการมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชน : ศึกษาเฉพาะกรณีประชาชน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ประเทศไทย 2522. วิทยานิพนธ์ รศ.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522. อัดสำเนา.

ดวงเดือน พันธุมนาวิน. "การวัดและการวิจัยทัศนคติที่เหมาะสมตามหลักวิชาการ," ศึกษาศาสตร์ปริทัศน์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

1(3) : 62-81; 2532.

_____. "ทฤษฎีต้นไม้วิจัยธรรมสำหรับคนไทย : การวิจัยและประยุกต์," ใน ประมวลบทความวิชาการด้านพฤติกรรมศาสตร์. หน้า 12-28. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2531.

_____. ปัจจัยทางจิตสังคมกับความสันทัดภาษาไทย. รายงานการวิจัยฉบับที่ 23. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2521.

_____. "การพัฒนาจิตใจของข้าราชการ : หลักและแนวปฏิบัติทางวิชาการ," วารสารข้าราชการ. 30(2) : 21-35; 2528.

ดวงเดือน พันธุมนาวิน, อรนิษฐ์ ชูชม และสุภาพร ลอยด์. การควบคุมอิทธิพลสื่อมวลชนของครอบครัวกับจิตลักษณะที่สำคัญของเยาวชนไทย.

กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ประสานมิตร, 2530.

ดวงเดือน ศาสตร์ภักดิ์. การศึกษาเปรียบเทียบเด็กไทยเชื้อชาติไทยกับเด็กไทยเชื้อชาติจีน เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจในการอ่าน การรับรู้ทางสายตาและแบบการคิดให้เหตุผลตามหลักการอนุรักษ์ของเพียเจต์ ในระดับชั้น ป.1-ป.5. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยวิชาการศึกษา ประสานมิตร, 2515. อัดสำเนา.

ดวงทิพย์ วรพันธ์. กลยุทธ์การใช้สื่อเพื่อปลูกฝังโภชนศึกษาแก่สตรีชนบท จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ นศ.บ. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525. อัดสำเนา.

ทวีศักดิ์ เศวตเศรณี และคนอื่น ๆ. ผลงานวิจัยและพัฒนาการงานสาธารณสุขมูลฐานโครงการนครสวรรค์ ระยะที่ 1. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคม. ประชุมวิชาการทันตแพทย์'24. กรุงเทพฯ : ประยูรวงศ์, 2524.

ทัศนากองภักดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการอบรมเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผลกับความเชื่ออำนาจภายในตนของเด็กวัยรุ่นไทย. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2528. อัดสำเนา.

ทัศนีย์ เมธาคูปต์. อิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อบริโภคนิสัยของเด็กวัยรุ่นก่อนเรียนต่ำบลดอนคลัง อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2522. อัดสำเนา.

ทำเนียบ โสแสนน้อย. ค่านิยมทางสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมปลาย ในเขตจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2517. อัดสำเนา.

ธรา วิริยะพานิช และคนอื่น ๆ. "พฤติกรรมการณ์ของคนไทยภาคอีสานตอนล่าง,"

ใน รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อ
พฤติกรรมการณ์ของคนไทย. หน้า 119-205. กรุงเทพฯ : สถาบัน
โภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

นภาพิน โอบาสานนท์ และคนอื่น ๆ. "การหารูปแบบการตรวจสุขภาพที่เหมาะสมใน
วิสาหกิจ," วชิรเวชสาร. 33(3) : 101-111; 2532.

นิตยา คำเมือง. การเปิดรับสื่อมวลชนเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของสตรีใน
เขตเทศบาลเมืองขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ นศ.ม. กรุงเทพฯ :
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525. อัดสำเนา.

นิต สุวรรณศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการสร้างสิ่งกับความสามารถ
ในการอ่านของนักเรียนชั้นประถมปีที่ 5 ปีที่ 6 และปีที่ 7. วิทยานิพนธ์
กศ.ม. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยวิชาการศึกษา ประสานมิตร, 2515.
อัดสำเนา.

นิภัสสร ลดาวัลย์, ม.ร.ว. "บทความสำหรับประชาชน : การวิจัยเกี่ยวกับพันธุ์,"
วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์. 21 (กรกฎาคม-สิงหาคม), 2514.

นืออน กลิ่นรัตน์ และคนอื่น ๆ. รายงานการวิจัยค่านิยมของอาจารย์และสถาบัน
ฝึกหัดครูภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น : คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2525.

บุญธรรม คำพอ. ความแตกต่างระหว่างผู้ยอมรับและผู้ไม่ยอมรับวิทยาการเกษตร
แผนใหม่ ศึกษาเฉพาะกรณีในเขตโครงการมูลนิธิบูรณะชนบท. วิทยานิพนธ์
ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2520. อัดสำเนา.

บุญยัง เจริญยิ่ง และดวงเดือน เลขยานนท์. "การวิเคราะห์นวนิยายที่อยู่ในความ
สนใจของบุคคลในวัยรุ่น," วารสารจิตวิทยา. 2 : 35-45; 2510.

บุญเชิด ภิญญอนันตพงษ์. การศึกษาเปรียบเทียบองค์ประกอบของสมรรถภาพสมองด้านการคิดแบบอเนกนัยทางภาษา ตามทฤษฎีของกิลฟอร์ดกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน. ปรินญานินพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยวิชาการศึกษา ประสานมิตร, 2517. อัดสำเนา.

บุญเลิศ ศุภคิลก. "ปัญหาสื่อสารมวลชนและสิทธิการสื่อสารของเด็กและเยาวชน," วารสารสื่อสารมวลชน. 2(1) : 40-44; 2525.

บังอร พุ่มสะอาด. การศึกษาเปรียบเทียบองค์ประกอบของสมรรถภาพสมองด้านการคิดแบบอเนกนัยทางภาษาตามทฤษฎีของกิลฟอร์ดกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน. ปรินญานินพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยวิชาการศึกษา ประสานมิตร, 2517. อัดสำเนา.

ปฐม นิคมานนท์. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางการอ่านแบบการรับรู้และการสร้างความคิดแบบรวบยอดของเด็กชั้นประถมปีที่ 4 และ 7. ปรินญานินพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยวิชาการศึกษา ประสานมิตร, 2514. อัดสำเนา.

ประดิษฐ์ ศักดิ์ศรี และคนอื่น ๆ. รายงานการศึกษาวิจัย อุบัติเหตุการจราจรทางบก และการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเลิดสิน. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลเลิดสิน. 2527.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคนอื่น ๆ. รายงานการวิจัยค่านิยมและองค์ประกอบด้านจิตวิทยากับการมีส่วนร่วมและการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานของประชาชนในชนบทของประเทศไทย. กรุงเทพฯ : ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานอาเซียน, 2529.

ประเวศ วะสี. สาธารณสุขกับพุทธธรรม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง, 2528.

ปราณี สุทธิพงศ์. การศึกษาเกี่ยวกับสมรรถภาพพื้นฐานทางสมองด้านภาษาและ
ตัวเลขของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลายและมัธยมศึกษาตอนต้น
ปีการศึกษา 2510 ในภาคการศึกษา 1. ปรินิพนินท์ กศ.ม.

กรุงเทพฯ : วิทยาลัยวิชาการศึกษา ประสานมิตร, 2511. อัดสำเนา.
ปรีชา ดีสวัสดิ์. "การสำรวจสมรรถภาพพื้นฐานกับการพัฒนาประเทศ,"

วารสารข้าราชการ. 30(4) : 31-38; 2528.

พจน์ย์ มณีสุวรรณ. คำนิยามของนักเรียนวิทยาลัยครูในจังหวัดพระนคร-ธนบุรี.

ปรินิพนินท์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยวิชาการศึกษา ประสานมิตร,
2514.

พจน์ย์ เหล่าอมต. ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการสอบหรีและการเลิกสอบหรีของครูชาย
โรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดนครราชสีมา. ปรินิพนินท์ วท.ม.

กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2532.
อัดสำเนา.

พรนิมล วรดิolk. พฤติกรรมการรับข่าวสารที่มีผลต่อการยอมรับการปลูกกาแฟของ
เกษตรกร กิ่งอำเภอพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร. วิทยานิพนธ์ นศ.ม.

กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524. อัดสำเนา.

พรศักดิ์ ผ่องแผ้ว. การเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร จังหวัดขอนแก่น เขต 3
18 เมษายน 2526. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2526.

พรเทพ ศรีนฤหล้า. "ข้อมูล 40 ประการเกี่ยวกับบุหรี," ใกล้หมอ. 12(12):
83-84; 2531.

พระเทพเวที (ประยุต์ ปยุตโต). เพื่ออนาคตของการศึกษาไทย. กรุงเทพฯ :
บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป จำกัด. 2531.

เพ็ญศรี ปิยะรัตน์. ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว
ของสตรีในวัยเจริญพันธุ์ ณ หมู่บ้านชอยเสนา นิคม 2 บางเขน.

วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2518.
อัดสำเนา.

แพทย์ชนบท. "แพทย์ชนบทวิงวอนรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่," สยามรัฐ. หน้า 1.
24 ตุลาคม 2530.

ไพรัตน์ เตชะเสถียร. การออกเสียงเลือกตั้งในอำเภอป่าต้ว : ศึกษากรณีการไป
ใช้สิทธิออกเสียงเลือกตั้งในอัตราสูง. วิทยานิพนธ์ รศ.ม. กรุงเทพฯ :
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2526. อัดสำเนา.

ปิฎก สาท. หลักการศึกษ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์สุภา, 2521.

_____. การศึกษา : ปัญหาที่รื้อคนแก้. กรุงเทพฯ : วัฒนาพานิช, 2530.

ภุชงค์ กุศลบุตร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติทางการอนามัยของประชาชน
ในเขตหมู่บ้านประมง. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2514. อัดสำเนา.

มาลี สมธิสัมพันธ์. "ค่านิยมของเยาวชนไทยเกี่ยวกับการติดยาเสพติด,"
การวิจัยทางการศึกษา. 2 : 7-9; กันยายน 2523.

มันทนา หิมกร. การแพร่กระจายข่าวสารสาธารณสุขในระดับหมู่บ้านเพื่อการพัฒนา
สาธารณสุขมูลฐาน : ศึกษาเฉพาะกรณีการให้ภูมิคุ้มกันโรคในเขตอำเภอ
โนนไทย จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ นศ.ม. กรุงเทพฯ :
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525. อัดสำเนา.

มัลลิกา นิตยาพร และคนอื่น ๆ. รายงานการวิจัยโครงการศึกษาปัญหา อุปสรรคและ
แนวทางที่จะปรับปรุงและส่งเสริมคุณภาพของการประถมศึกษา, 2525.
(อัดสำเนา).

ยลสลวย วาริทสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ. การศึกษาอิทธิพลทางสังคมและเศรษฐกิจที่มีต่อความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมของประชาชนที่มาใช้บริการทันตกรรมในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.

ยิ่งยง เทาประเสริฐ และคนอื่น ๆ. "โครงการศึกษาพฤติกรรมการกินของคนไทย ภาคเหนือตอนบน ระยะที่ 1 (2528-2529)," ใน รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการกินของคนไทย หน้า 29-45. กรุงเทพฯ : สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.

ยิ่งสันต์ ศรีทอง. การศึกษาผลของการดำเนินงานสุขศึกษา ในหมู่บ้านโดยผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน ที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน และกลุ่มอาสาสมัครในหมู่บ้าน จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.

รัตนา ประเสริฐสม. การเสริมสร้างจิตลักษณะเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยของนักเรียนประถมศึกษา. วิทยานิพนธ์ กศ.ด. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2526. อัดสำเนา.

ลักขณา มนธาตุผลิน. การเผยแพร่ข่าวสารด้านสาธารณสุขมูลฐานด้วยเอกสารเผยแพร่เรื่องอนามัยครอบครัวกับผลสัมฤทธิ์จากการให้เอกสารเผยแพร่. วิทยานิพนธ์ นศ.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524. อัดสำเนา.

วิชากร, กรม. กระทรวงศึกษาธิการ. การปรับปรุงหลักสูตรระดับประถมศึกษาและมัธยม. กรุงเทพฯ : กรมวิชาการ, 2533.

วิชัย จุฬารोजनाมนตรี. การศึกษาอุปสรรคต่อการส่งเสริมโภชนาการชนบท อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2514.

วิภาภรณ์ ปราโมช ณ อยุธยา. การศึกษาเรื่องทัศนคติทางการเมือง ความรู้ ความเข้าใจ และความสนใจในการเลือกตั้งของผู้มีสิทธิ์ออกเสียงเลือกตั้ง ในเขตกรุงเทพมหานคร 4 เมษายน 2519. วิทยานิพนธ์ รศ.ม.

กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2519. อัดสำเนา.

วัฒนา ประทุมสิทธิ์ และคนอื่น ๆ. "พฤติกรรมการกินของประชาชนในภาคใต้ของ ประเทศไทย," ใน รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องสาเหตุและ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการกินของคนไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัย โภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

วันทนา ชาญวนิชวงศ์. การเปิดรับสื่อมวลชนทางด้านอาหารและโภชนาการ : ศึกษา ความสำคัญจากการเปิดรับข่าวสารของแม่ที่นำบุตรมารับบริการจากแผนก กุมารเวชศาสตร์ ของโรงพยาบาลรามารัตน์ดี โรงพยาบาลพญาไท และ ศูนย์บริการสาธารณสุข 2. วิทยานิพนธ์ นศ.ม. กรุงเทพฯ :

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524. อัดสำเนา.

วัลลภา จันทรเพ็ญ. ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับสัมฤทธิ์ผลทางการเรียนระหว่าง นักเรียนที่มีสัมฤทธิ์ผลทางการเรียนสูงและต่ำ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ใน เขตกรุงเทพมหานคร. ปริญญาโท ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2526. อัดสำเนา.

วัลลภา ผิวทน. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในและภายนอก ตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม การให้ความร่วมมือของมารดาในการ นำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.

ศิริชัย ศิริกายะ. "การใช้สื่อมวลชนของคนยากจนในชนบท," นิเทศสาร.

5(ตุลาคม):68, 2519.

ศิริณา จิตต์จรัส. การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลต่อความเชื่อในการปฏิบัติตนของ
มารดา : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.

วิทยานิพนธ์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2524. อัดสำเนา.

ศิริพร แยมนิล. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรม
กับอายุและการศึกษาของคนไทย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2530. อัดสำเนา.

ศึกษาธิการ, กระทรวง. แผนการศึกษาแห่งชาติ พุทธศักราช 2520. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์ยูไนเต็โปรดักชั่น, 2520.

ศูนย์วิทยาศาสตร์การกีฬา, องค์การส่งเสริมกีฬาแห่งประเทศไทย. คู่มือการ
ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ : องค์การส่งเสริมกีฬาแห่ง
ประเทศไทย, มปป.

ส่งเสริมพลศึกษาและสุขภาพ, กอง. การเล่นกีฬาและออกกำลังกายของประชาชน
ในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : กรมพลศึกษา, 2526.

สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ
เรื่องสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการกินของคนไทย.

กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

สถิติแรงงาน, ฝ่าย. กองวิชาการและวางแผน กรมแรงงาน, กระทรวงมหาดไทย.
ทะเบียนสถานประกอบการปี 2531. กรุงเทพฯ : กรมแรงงาน, 2531.

สถิติสาธารณสุข, กอง. สำนักงานปลัดกระทรวง. กระทรวงสาธารณสุข.

สรุปรายงานการป่วยของผู้ป่วยที่มารับบริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพ
มหานคร. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2531.

สมพร ศิริรัตน์ตระกูล. การรับข่าวสารและพฤติกรรมการตัดสินใจบริโภคอาหารที่มี
สารปรุงแต่งของครูระดับประถมศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร.

วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.

สมควร กวียะ. นิตยการรับข่าวสารของประชาชนในหมู่บ้านชนบทไทยสถาบันไทย
คดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. เอกสารวิจัยหมายเลข 7.

สิงหาคม, 2523.

สมศรี ศรีประไพ. "อิทธิพลของสื่อมวลชนที่มีต่อการเรียนวิชาวิทยาศาสตร์ของ
นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดพระนครและธนบุรี," ใน
รายงานการสัมมนาเรื่องนโยบายการสื่อสารแห่งชาติ. 77-78; 10-12
พฤษภาคม 2521.

สมศรี วงศ์ลีโรจน์กุล. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเปิดรับสารความทันสมัย
กับความรู้หลักการปฏิบัติทางสุขภาพอนามัย และทัศนคติต่อบุคลากรสังคม :
ศึกษาเฉพาะเกษตรกรในโครงการทดลองฟื้นฟูสภาพป่าเขาภูหลวง จังหวัด
นครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ นศ.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2529. อัดสำเนา.

สรศักดิ์ วิชาชีวะ. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการสื่อสารกับความทันสมัยของ
ประชาชนในท้องที่บางชั้น เขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์
นศ.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524. อัดสำเนา.

สาคร ธนนิมิตต์. "การบรรยายผลสรุป สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการกิน
ของคนไทยและแนวความคิด กรอบนโยบายการแก้ปัญหาบริโภคนิสัย,"
ใน รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อ
พฤติกรรมการกินของคนไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันโภชนาการ
มหาวิทยาลัยมหิดล, 206-211; 2529.

สาโรช บัวศรี. "การศึกษา," วารสารสารานุกรมศึกษาศาสตร์. 1(1):3-6;
2528.

สายใจ คัมขนาบ. ปัจจัยที่ยังผลต่อการปฏิบัติทางด้านอนามัยของชาวชนบทใน
ประเทศไทย. วิทยานิพนธ์. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2515. อัดสำเนา.

สายสุนีย์ ทับทิมเทศ. ผลการฝึกการอดได้รอได้ที่มีต่อการปฏิบัติด้านทันตสุขภาพ.

ปริญญาณินท์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.

อัดสำเนา.

สุขศึกษา, กอง. รายงานการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2530.

สุชาติ โสสมประยูร. "การพลศึกษาและการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ," วารสารสุขศึกษา พลศึกษาและสันทนาการ. 3 : 43; มกราคม-ตุลาคม 2520.

_____. สุขวิทยา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2523.

สุนีย์ จั่วแจ่มใส. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้อาหารทารกกับการป่วยและภาวะโภชนาการของทารกวัยแรกเกิดถึง 12 เดือน ที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองและชานเมืองของกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.

สุวิทย์ อารีกุล. "คุณประโยชน์ของการออกกำลังกาย," วารสารสุขภาพ. 7 : 77-80; มีนาคม 2517.

สุจิต บุญบงการ และพรศักดิ์ ผ่องแผ้ว. พฤติกรรมการลงคะแนนเสียงเลือกตั้งของคนไทย ศึกษาจากการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร 22 เมษายน 2522. รายงานการวิจัยเสนอต่อจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.

สุจิตรา สุนทรทรัพย์. การใช้โสตทัศนูปกรณ์เพื่อการเผยแพร่ความรู้ในการวางแผนครอบครัวในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524. อัดสำเนา.

สุธี เสถียรชานนท์. ค่านิยมทางสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร. ปริญญาณินท์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2530. อัดสำเนา.

- สุนทรี โคมิน และสนธิ สมัครงการ. ค่านิยมและระบบค่านิยมไทย : เครื่องมือในการสำรวจวัด. กรุงเทพฯ : สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2522.
- สุภางค์ จันทวานิช และคนอื่น ๆ. "รายงานสรุปการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในภาคกลาง : ศึกษาเฉพาะหญิงมีครรภ์ หญิงให้นมบุตรและเด็ก 0-5 ปี," ใน รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการกินของคนไทย ณ ธนาคารกสิกรไทย สำนักงานใหญ่ พหลโยธิน 27-29 สิงหาคม 2529 จัดโดย สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล สนับสนุนโดย ASEAN Food Habits Project. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดเทคนิค 19. 2529.
- ลำอานต์ มณีวรรณ. โครงการพัฒนารูปแบบสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยการศึกษาแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง. กรุงเทพฯ : ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานอาเซียน, 2530.
- ไสว เพื่องวิทยารัตน์. การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 7 ในกรุงเทพมหานครกับในจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2520. อัดสำเนา.
- อรรถณพ เขียรถาวร. "การสำรวจการรับข่าวสารด้านการพัฒนาจากวิทยุกระจายเสียงและวิทยุโทรทัศน์ของประชาชนในชนบท," วารสารนิเทศศาสตร์. 4;78-79; 2526.
- อุลิษา ชุตัญธรรม. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับข่าวสารกับความเชื่อทางสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการเลิกสูบบุหรี่ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ นศ.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533. อัดสำเนา.
- อุไรวัฒน์ คชาชีวะ. "บุหรี่ยังมีผลต่อการทำงานของหัวใจอย่างไร," ใกล้หมอ. 12(2) : 15-16; สิงหาคม 2531.

- อวย เกตุสิงห์. "ร่างกายกับการออกกำลังกาย," วารสารสุขศึกษา พลศึกษาและ
สันทนาการ. 2 : 190; เมษายน 2525.
- เอกวิทย์ ณ ถลาง. บทเรียนจากการจัดการศึกษาใน 100 ปีที่ผ่านมา : ชุมทาง
วิชาการ. กรุงเทพฯ : กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2513.
- เอนก นิคมภักดิ์. การศึกษาปัจจัยที่ทำให้ครอบครัวมีเศรษฐกิจแตกต่างกันในนิคม
สร้างตนเอง อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2520.
อัดสำเนา.
- อุทัย บุญประเสริฐ. การศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาและความสัมพันธ์กับการพัฒนาประเทศ.
สระบุรี : โรงพิมพ์ปากเพรียวการช่าง 2, 2529.
- ออด กฤษดากร. "ผลเสียหายที่เกิดจากโรคพิษงู และโรคปริณต," วิทยาศาสตร์
ทันตแพทยศาสตร์. 24; กรกฎาคม-สิงหาคม 2517.
- Ajizen, I. and M. Fishbein. Understanding Attitudes and
Predicting Social Behavior. Englewood Cliffs,
N.J. : Prentice-Hall, 1980.
- Almond, Gabriel A. and Verba Sidney. Education and Political
Development. James S. Coleman (ed.) New Jersey :
Princeton University Press, 1965.
- American Heart Association. Cigarette Smoking and
Cardiovascular Disease : Special Report for the
Public. Dallas, TX : American Heart Association. 1988.
- _____. Exercise and Your Heart. Dallas, TX : American
Heart Association, 1984 a.
- _____. Nutritional Counseling for Cardiovascular Health.
Dallas. TX : American Hearth Association, 1984 b.
- Anastasi, Anne. Testing Problems in Perspective. New York :
American Council on Education, 1965.
- Anderson, O.W. and R. Andersen. "Patterns of Use of Health
Services," Medical Sociology. Howard Freeman,
Sol Levine and Leo Reeder (eds). Englewood Cliffs,
N.J. : Prentice-Hall, 1972.
- _____. A Decade of Health Services. Chicago : University
of Chicago Press, 1967.

- Becker, M.H. and L. Maiman. "Social Behavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendation," Medical Care. 13 : 10-24 January, 1975.
- Becker, Marshall H. and others "The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance : A Field Experiment," Journal of Health and Social Behavior. 18 : 348-66; December, 1977.
- Belloc, N.B., and L. Breslow. "Relationship of Physical Health Status and Health Practices," Preventive Medicine. 1:409-421; 1972.
- Berkanovic, Emil. "Lay Conceptions of the Sick Roles," Social Forces. 51 : 53-63; 1972.
- Bernard, W.Harold and Wesley C. Huckins. Readings in Educational Psychology. Cleveland and New York : The World Publishing Co., 1967.
- Bidwell, E. Charles. "Nations, School Districts and the schools : Are there Schooling Effects Anywhere ?," Journal of Research and Development in Education. Fall : 57-69; 1975.
- . "Sociology of Education," Encyclopedia of Educational Research. 60 : 359-362; April, 1967.
- Blair, S.N. and others. "Comparison of Nutrient Intake in Middle-aged Men and Women Runners and Controls," Medicine and Science in Sports and Exercise. 13 : 310-315; 1981.
- Blau, P.M. and O.D. Duncan. The American Occupational Structure. New York : Wiley, 1967.
- Blumenthal, A. James and Madden J. Dawid. "Effect of Aerobic Exercise Training, Age and Physical Fitness on Memory-Search Performance," Psychology and Aging. 3(3) : 280-285; 1988.
- Branch, L.G., and A.M. Jette. "Personal Health practices and Mortality among the Elderly," American Journal of Public Health. 74 : 1126-1129; 1984.
- Breslow, L. and J.E. Enstrom. "Persistence of Health Habits and Their Relationship to Mortality," Preventive Medicine. 9 : 469-483; 1980.

- Brookover, W.B. and others. School Social Systems and Student Achivement : School Can Make a Difference. New York : Praeger, 1979.
- Brown, S. Julia and Margaret Mc Creedy. "The Hale Elderly : Health Behavior and its Correlates," Research in Byrsubg & Health. 9 : 317-329; 1986.
- Bullough, B. "Poverty, Ethnic Identity and Preventive Health care," Journal of Health and Social Behavior. 13:347-359; 1972.
- Bulman, J.S. and others. "A Survey of the Dental Health and Attitudes toward Dentistry in Two Communities. Part III:Comparison of Dental and Sociological Data," British Dental Journal. 125; 1968.
- Buripakdi, Chaliio. The Value of Children : A Cross National Study : Thailand. Honolulu : East-West Population Institute, East-West Center, 1977.
- Bush, T.L., and E. Barrett-Conor. "Non Contraceptive Estrogen Used and Cardiovascular Disease," Epidemiology Research. 7 : 80-104; 1985.
- Caldwell, J.C. "Fertility Attitudes in Three Economically Contracting Rural Regions of Ghana," Economic and Cultural change. 15 Part 1 : 217-238; 1967.
- Campbell, J.D. "Illness Is a point of View : The Development of Children's Concepts of Illness," Child Development. 46 : 92-100; 1975.
- Campbell, A. The Sense of Well-Being in America. New York : McGraw-Hill, 1981.
- Canada Fitness Survey. Fitness and Lifestyle in Canada. Fitness Canada, Ottawa, 1983.
- Caspersen J.Carl, Powell E. Kenneth and Christenson M. Gregory. "Physical Activity, Exercise and Physical Fitness : Definitions and Distinctions for Health-Related Research," Public Health Reports. 100(2): 126-131; 1985.
- Chapman, Stanley L. and Balfour D. Jaffrey. "Processes in Maintenance of Weight Loss with Behavior Therapy : Behavior Therapy. 10(4):566-570; 1979.

- Charny, H. and P.A. Lewis. "Does Health Knowledge Affect Eating Habits ?," Health Education Journal. 46(4) : 172-187; 1987.
- Chastain L. Robert and Joe W.George. "Multidimensional Relations Between Intellectual Abilities and Demographic Variable," Journal of Educational Psychology. 79(3):323-325; 1987.
- Cleary, P.D., Mechanic D., and Greenley, J.R. "Sex Differences in Medical Care Utilization an Empirical Investigation," Journal of Health Sociology Behavior. 23:106-119; 1982.
- Coan, R.W. "Personality Variables Associated with Cigarette Smoking," Journal of Personality and Social Psychology. 26:86-104; 1973.
- Coburn, D., and C.R. Pope. "Socioeconomic status and Preventive Health Behavior," Journal of Health and Social Behavior. 15:67-78; 1974.
- Cockerham, William C., Gerhard Kung and Guenther Lueschen "On Concern with Apperance, Health Beliefs and Eating Habits : A Reappraisal Comparing Americans and West Germans," Journal of Health and social Behavior. 29 : 265-270; September, 1988.
- Cockerham William C., Guenther Lueschen, Gerhard, Kung and Joe L. Spaeth. "Social stratification and Self-Management of Health," Journal of Health and Social Behavior. 27 : 1-14; March, 1986.
- Cohen, M. "Instructional, Management and Social Conditions in Effective Schools," in A.Webb & L.Webb (eds) School finance and School Improvement : Linkages in the 1980's. Cambridge, MA : Balinger, 1983.
- Cohen, J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Science. New York : Academic Press, 1977.
- Cole, Stephen and Lejeune. "Illness and the Legitimation of Failure," American Sociological Review. 37:347-56; 1972.
- Connell, Janelle K. and others. "Utilizing the Health Belief Model to Predict Dieting and Exercising Behavior of Obese and Non Obese, Adolescents," Health Education Quarterly. 2(4):343-351; 1985.

- Conroy, W.J. "Human Values, Smoking Behavior, and Public Health Programs," in M. Rokeach (ed.) Understanding human value : Individual and Societal. (PP 119-209) New York : Free Press, 1979.
- Corbin, C. B. and others. Concept of Physical Education with Laboratories and Experiments. ed.3. W.C. : Brown & Company, Publishers Dubugue, IA, 1978.
- Costa, Frances M. and others, "Value on Health and Adolescent Conventionality : A Construct Valldation of a New Measure in Problem-Behavior Theory," Journal of Applied Social Psychology. 19(10):841-861; 1989.
- Cox, M.H. "Fitness and Lifestyle Programs for Business and Industry. Problems in Recruitment and Retention." Journal Cardiac Rehabilitation. 4 : 136-142; 1984.
- Croog, Sydney H., and Sol Levine. The Heart Patient Recovers. New York : Human Service Press 1971.
- Crutchfield, Richard S. and others. Individual in Society. Tokyo : Kongakusha Co.,Ltd., 1966.
- Cummings, K.M. and others. "Psychological Determinants of Immunization Behavior in a Swine Influenza Campaign," Medical care. 17 : 639-649; June, 1979.
- Dawber, T.R. The Framingham study : The Epidemioloy of Atherosclerotic disease. Cambridge, MA : Harvard University Press, 1980.
- d'Houtand. A.,and Mark G.Field. "The Image of Health : Variations in Perception by Social class in a French Population," Sociology of health and illness. 6 : 30-59; 1984.
- Deighton, L.C.(ed). "Developing Nations : Socialization and Education," The Encyclopedia of Education. (Vol 3) 58-63; 1971.
- Denison, Edward F. "Measuring the Contribution of Education (and the Residual) to Economica Growth," in the Residual Factors and Economic Growth. Paris : Organization for Economic Co-operation and Development, PP 13-55, 1964.
- DeSeve, K.L. "An examination of the Relationship between Values and Smoking Behavior," Unpublished Doctoral Dissertation. Washington State University, Pullman, 1975.

- Deutch, Martin and Bert Brown, "School Influences in Negro-White Intelligence Differences," Journal of Social Issues. 20 : 24-35; April, 1964.
- Dewey, John. Democracy and Education. New York : The Macmillan Company, 1965.
- Dishman, K.Rod. "Compliance / Adherence in Health-related Exercise," Health Psychology. 1:237-267; 1982.
- Dishman, K.Rod, Sallis F.James and Orenstein R.Diane. "The Determinants of Physical Activity and Exercise," Public Health Reports. 100(2): 158-171; 1985.
- Division of Public Health Methods, Public Health Services; Health Statistics from the U.S. National Health Survey : Dental Care, Interval and Frequency of Visits. United States, July 1957-June 1959. Washington : Government Printing office, 1960.
- Eckland E. Bruce, Louis B. Henderson and Andrew J. Kolstad. College Attainment Four Years After High School. Washington D.C. : National Center for Education Statistics, 1981.
- Eiser, C. The Psychology of Childhood Illness. New York : Springer-Verlag, 1985.
- Ekehammar, Bo., Jim Sidanius and Engrid Nisson. "Social Status : Construct and External Validity," The Journal of Social Psychology. 127(5):473-481; 1986.
- Engstrom, L.M. "Physical Activity of Children and Youth," Acta Paediatv Scandinavia. (Supplement) 283:101-105; 1980.
- Evans R. and others. "Fear Arousal, Persuasion and Actual Versus Implied Behavioral Change : New Perspective Utilizing a Real-life Dental Hygiene Program," Journal of Personality Social Psychology. 16:220-227; 1970.
- Fishbein, Martin and Icek Ajzen. Belief, Attitude, Intention and Behavior. Philipine copyright by Adison-Wesley Publishing Company, Inc., 1975.
- Frankel, A.Edward. "A Comparative Study of Achieving and Underachieving High School Boys of High Intellectual Ability," Educational Psychology. New York : The Macmillan Company, 1962.

- Freire, Paulo. Education for Critical Consciousness. New York : Seabury Press, 1973.
- Frieman GD., M.F. Collen and BH. Fireman. "Multiphasic Health Checking Evaluation : A 16 years follow up," Journal Chronic Disease. 39(6) : 453-463; 1986.
- Freeman, Howard E., and Camile Lambert, Jr. "Preventive dental Behavior of Urban Mothers," Journal of Health and Human Behavior. 6(June) : 141-147; 1965.
- Fuller, Theodore D. and others. Gender and Health : Evidence from Thailand. Prepared for presentation at the World Congress of Sociology, Madrid, July 9-13, 1990. Bangkok Mahidol University, May 25, 1990.
- Garber, Howard and Rick Heber. An Introduction to the Foundation of Education. Boston : Houghton Mifflin, Company, 1985.
- Garn, S.M. and D.E. Clark. "Nutrition, Growth, Development and Maturation : Findings from the Ten State Nutritional Survey of 1968-70," Pediatrics. 56:306-319; 1975.
- Garrison, Karl C., Albert S. Kingston and Arthurs McDonald. Educational Psychology. 2nd. ed. New York : Appleton-Century-Crafts, 1964.
- Gleser, Cronback., and Rajaratnam, Nanda. The Depenability of Behavioral Measurements. New York : John Wiley and Sons Inc., 1972.
- Good, Carter V.(ed) Dictionary of Education. (2nd.ed.) New York : John Wiley and Sons Inc., 1972.
- Goodlad, J.I. A place Called School : Prospects for the Future. New York : McGraw-Hill, 1984.
- Good L. Thomas and Rhona S. Weinstein. "Schools Make a Difference," American Psychologist. 41(10) : 1091-1097; October, 1986.
- Gould G.M. "A System of Personal Biological Examination : the Condition of Adequate Medical and Scientific Conduct of Life," JAMA. 35:134-138; 1900.
- Green, Lawrence W. "Manual for Scoring Socioeconomic Status for Research on health Behavior," Public Health Reports. 85 (September) : 815-827; 1970(a).

- Green, Lawrence W. Status Identity and Preventive Health Behavior. Berkeley : University of California, School of Public Health, 1970(b).
- Harfner, D. and J. Kirscht. "Effects of Repeated Threatening Health Communication," International Journal Health Education. 16 : 3-12; Oct-Dec, 1973.
- Harris, D.V. "Physical Activity History and Attitudes of Middle-aged men," Medical Science Sports. 2:203-208; 1970.
- Harris Daniel M., and Sharon Guten. "Health-Protective Behavior : An Exploratory Study," Journal of Health and Social Behavior. 20:17-29; 1979.
- Haskell L. William and Blair N. Steven. "The Physical Activity Component of Health Promotion in Occupational Settings," Public Health Reports. 95(2) : 109-118; 1980.
- Haung, Marie R. and Lavin, Bebe. "Practitioner or Patient-Who's in charge?," Journal of Health and Social Behavior. 22 : 212-229; September, 1981.
- Hayes, Diane and Catherine E. Ross. "Concern with Appearance, Health Belief, and Eating Habits," Journal of Health and Social Behavior. 28 : 120-130; June, 1987.
- Head, Michael J. "Health Belief in Adolescence : Perceptions and Control," Health Education Journal. 46(3) : 100-103; 1987.
- Headey, B. "The Quality of Life in Australia," Social Indicators Reseach. 9 : 151-181; 1981.
- Heinzelmann, F. and Bagley R.W. "Response to Physical Activity Programs and their effects on health behavior," Public Health Reports. 85(10) : 905-911; 1970.
- Hinkle, Dennis E., J. Dale Oliver and Charles A. Hinkle. "How Large Should the Sample Be ? - Part II The One-Sample Case for Survey Research," Educational and Psychological Research. 45 : 271-280; 1985.
- Hochbaum, Godfrey. "Public Partcipation Medical Screening Programs : A sociological psychological study," Public Health Service Publication. 12:572-77; 1958.

- Hollander, Edwin P. Principle and Methods of Social Psychology. London : Oxford University Press, 1981.
- Hollingsworth, J.Rogers. "Inequality in Levels of Health in England and Wales, 1891-1971," Journal of Health and Social Behavior. 22:268-83; 1981.
- Holzer E. Charles and others. "Antecedents and Correlate of Alcohol Abuse and Dependence in the Elderly," Nature and Extent of Alcohol Problems Among the Elderly. US. Department of Health and Human Services : Public Health Service. P 217-244, 1983.
- Howard, Ann. College. "Experiences and Managerial Performance," Journal of Applied Psychology Monograph. 71(3) : 530-552; 1986.
- Howe. H.Leland. "Educating to Make a Difference" Phi Delta Kappan. 52(9) : 547-549; 1971.
- Huenemann, R.L. "Environmental Factors Associated with Pre-School Obesity'," International Journal of the American Dieletic Association. 64 : 480-487; 1974.
- Hyman, H. Herbert., Charles R.Wright, and John Shelton Reed. The Enduring Effects of Education. Chicago : The University of Chicago Press, 1975.
- Inkeles, Alex. "Making Men Modern : On the Causes and Consequences of Individual Change in Six Developing Countries," Social Change. 2nd.ed. P.342-361, edited by Amitai Etzioni and Eva Etrioni-Halevy. New York : Basic Books Inc.,Publishers, 1973.
- _____. "Participation citizenship in six Developing countries," American Political Science Review. 1120-1141; 1969.
- Inglehart, R.,and J.Rabier "If you are Unhappy This Must Be Belgium : well-being around the world," Public Opinion. 8:10-15; 1985.
- Jackman, R. Mary and Michall J.Muha "Education and Intergroup Attitudes : Moral Enlightman, Superficial Democratic Commitment, or Ideological Refinement ?," American Sociological Review. 49 : 751-769; December, 1984.
- Jackman, R.Mary and Robert W.Jackman. Class Awareness in the United States. Berkeley : University of California Press. 1983.

- James, W.H. and others. "Effect of Internal and External Control Upon Changes in Smoking Behavior," Journal of Consulting Psychology. 29:184-186; 1965.
- Jenck's and others. "Who Gets Ahead?," The Determinant of Economic Success in America. New York : Basic Books, 1979.
- Kabasa, S.C. S.R. Maddi. and S. Kaha. "Hardiness and Health : A Prospective Study," Journal of Personality and Social Psychology. 42 : 168-177; 1982.
- Kaplan, G.D. and A. Cowles. "Health Locus of Control and Health Value in the Prediction of Smoking Reduction," Health Education Monographs. 6 : 129-137; 1978.
- Kasl, S.V. and L. Beckman. In Aging, Biology and Behavior. PP. 345-385. New York : Academic, 1981.
- Kasl, Stanislav V. and Sidney Cobb, "Health Behavior Illness Behavior and Sick Role Behavior," Environmental Health. 12 : 246-266; February, 1966.
- Kay, W. Moral Education. London : George Allen & Union Ltd., 1975.
- Kegeles, S.Stephen. "A Field Experimental Attempt to Change Beliefs and Behavior of Woman in and Urban Ghetto," Journal of Health and Social Behavior. 10 : 115-124; 1969.
- . "Why People Seek Dental Care : A Test of a Conceptual Formulation," Journal of Health Human Behavior. 4 : 166-173; 1963.
- Key, V.O. Jr. Public Opinion and American Democracy. New York : Knopf, 1961.
- King, Stanley H. Perception of Illness and Medical Practice. New York : Russell Sage Foundation, 1962.
- Klausmeir, Herbert J. Learning and Human Abilities : Educational Psychology. New York : Harper & Brother, 1961.
- Kleiber, D.A. and J.D. Hemmer. "Sex Differences in the Relationship of Locus of Control and Recreational Sport Participation," Sex Roles : A Journal of Research. 7(8) : 801-810; 1981.

- Kluckhohn, C. "Values and Value-Orientations in the Theory of Action. An Exploration in Definition and Classification," In Toward a General Theory of Action. PP 395-396. by Talcott Parsons and Edwards A. Shils, editors S. Cambridge : Harvard University Press, 1952.
- Kohn, Malvin. "Class, Family and Schizophrenia," Social Forces. 50 : 295-302; 1972.
- Kohrs, M.B., and others. "The Association of Obesity with Socio-economic Factors in Missouri," American Journal of Clinical Nutrition. 32 : 2120-2128; 1979.
- Komin, Sutaree. Social Dimensions of Industrialization in Thailand. Research Center, National Institute of Development Administration (NIDA). Bangkok Thailand. 1989.
- Kristiansen, C.M. "Value Correlates of Preventive Health Behavior," Journal of Personality and Social Psychology. 49 : 748-758; 1985.
- Lamon-Famacy, Anie. "Some Aspects of Social status, culture and Promotion Factors of the Family in Relation to Sport Practice," International Review of Sport Sociology. 12 : 5-15; 1977.
- Langer, E.J. and J. Rodin. "The Effects of Choice and Enhanced Personal Responsibility for the Aged : A Field Experiment in an Institutional Setting," Journal of Personality and Social Psychology. 34:191-198; 1976.
- Langlie, J. "Social Networks, Health Beliefs, and Preventive Health Behavior," Journal of Health and Social Behavior. 18 : 244-260; 1977.
- Larson E, Olsen E, and Cole W. : The Relationship of Health Beliefs and a Postcard Reminder to Influence Vaccination," Journal of Family Practice. 8 : 1207-1211; 1979.
- Lau, Richard R. "Origins of Health Locus of Control Beliefs," Journal of Personality and Social Psychology. 42 : 322-34; 1982.
- Lawler, E. Edward III. "Education, Management Style and Organizational Effectiveness," Personnel Psychology. 38 : 1-26; 1985.
- _____. Motivation in Work Organizations. Monterey, CA : Brooks/Cole. 1973.

- Lawler, EE, P. A. Renwick and R.J. Bullock. "Employee Influence on Decision : An Analysis," Journal of Occupational Behavior. 2 : 115-123; 1981.
- Lefcourt, H.W. "Locus of Control and Copying with Life's Events," in Ervin stout (ed). Personality Basic aspects and current research. New York : Pretice Hall, Inc., 1980.
- Lerner M.Anderson OW. Health Progress in the United States, 1900-1960 : A Report of Health Information Foundation. Chicago, University of Chicago Press, 1963.
- Leventhal. E.A. and others. "Age Related Changes in Preventive Health Behavior," Paper presented at the Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society. San Francisco : Alexandria. VA. EDRS. ED 244198., 1983.
- Lewin, Kurt and Paul Grabbe, "Conduct, Knowledge and Acceptance of New Values," The Journal of Social Issues. 1(3):56-64; August, 1945.
- Linvall, C. Mauritz and Nitko, Authong J. Measuring Pupil Achievement and Aptitude. (2 nd.ed.) New York : Harcourt Brace Jovanovich, 1967.
- Lueschen, Guenther. "The System of Sport : Problems of Methodology, Conflict and social Stratification," PP 197-203 in Handbook of Social Science of Sport edited by G.Lueschen and G.Sage. Champaign, IL : Stipes, 1983.
- Lynd, S. Roberts and Helen M.Lynd. Middle Town : A study in American Culture. New York : Harcourt Brace and World, 1929.
- Madlon-Kay D.J. "Improving the Periodic Health Examination : Use of a Screening Flow Chart for Patients and Physicians," Journal Family Practice. 25(5) : 470-473; 1987.
- Maiman Lois A., and others. "Scales for Measuring Health Belief Model Dimensions : A Test of Predictive Value, Internal Consistency, and Relationship among Belief," Health Education Monographs. 5(3) : 215-230; 1977.
- Martin, J.E. and P.M. Dubbert. "Exercise Applications and Promotion in Behavioral Medicine : Current Status and Future Directions," Journal Consultation clime Psychology. 50 : 1004-1017; 1982.

- Matarazzo, J.D. "Behavioral Health's Challenge to Academic, Scientific and Professional Psychology," American Psychologist. 37 : 1-14; 1982.
- McCann L. Lisa and David S. Holmes. "Influence of Aerobic Exercise on Depression," Journal of Personality and Social Psychology. 46(5) : 1142-1147; 1984.
- McGuire, W.J. "Personality and Susceptibility to Social Influence" in E.F. Borgotta and WW. Lambert eds. Handbook of Personality : Theory and Research. Chicago : Rand Mc. Nally, PP. 1130-1187., 1968.
- _____. "The Nature of attitudes and attitude change," The Hand Book of Social Psychology. Philipines copyright. Addison-Wesley Publishing Company, Inc., PP. 136-314, 1969.
- Mechanic, David. Medical Sociology. New York : Free Press, 1968.
- Mehrens, William A. and Irvin J. Lehman. Measurment and Evaluation in Education and Psychology. New York : Holt, Rinchart and Winston, 1973.
- Meyer, J. and others. "National Economic Development 1950-70" in J. Meyer and M. Hanan (ed) National development and the World system. Chicago : University of Chicago Press, 1979.
- Milbrath, Lester W. Political Participation : How and Why do People Get Involved in Politics Chicago. Rand McNall, 1965.
- Miller, J. "Annual and Lifetime Income in Relation to Education : 1939 to 1959," American Economic Review. 5 : 962-986; 1960.
- Miller, W. Gardon. "Factors in School Achievement and Social Class," Journal of Educational Psychology. 61(4) : 260-269; 1970.
- Mischel, Walter. "Process in Delay of Gratification," Advances in Experimental Social Psychology. Academic Press, 7 : 249-292; 1974.
- _____. "Theory and Research on the Antecedents of Self-Imposed Delay of Reward," in Brender A. Maher (ed.) Progressive Expiriment Personality Research. vol.3, New York : Academic Press Inc., 1966.

- Mischel, Walter and Harriet N. Mischel. "A Cognitive Social-Learning Approach to Morality and Self-Regulation," in Thomas Lickona (ed.) Moral Development and Behavior Theory, Research and Social Issues. Holt, Rinehart and Winston, 1976.
- Mitchell HC. "The Periodic Health Examination : Genesis of a Myth," Annual International Medicine. 95 : 733-735; 1981.
- Mitter, W. "Development and Education" International Encyclopidia of Education. : 1374-1379; 1985.
- Mobley WH. Employee. "Turnover : Causes, consequences and control," Reading MA. Addison-Wesley, 1982.
- Moursund, Janet P. Learning and the Learner. Monterey California : Brooks/Sole Publishing Company, 1976.
- Muklenkamp. F. Ann and Sayles A. Judy. "Self-Esteem, Social Support and Positive Health Practice," Nursing Research. 35(6) : 334-338; 1986.
- Murdaugh, Carolyn. and Ada Sue Hinshaw. "Theoretical Model Testing to Identify Personality Variables Effecting Preventive Behaviors," Nursing Research. 35(1):19-23; 1986.
- Nathanson, C. "Sex Roles as Variables in Preventive Health behavior," Journal of Community Health. 3:142-155; 1977.
- National Opinion Research Center, University of Chicago. Marginal Results and Basic Cross-Tabulations : Public Attitudes and Practices in the Field of Dental Care. Mimeog, 1960.
- Norton, L. and M. Wozny. "Residential Location and Nutritional Adequacy among Elderly Adults," Journal of Gerontology. 39 : 592-595; 1984.
- Ogionwa W. "Socio-psychological Factors in Health Behavior : An Experimental Study on Methods and Attitude Change," International Journal Health Education. Supplement to Vol.16 No.2 April-June, 1973.
- Oldridge, N.B. "Compliance in Exercise Rehabilitation," The Physician and Sports Medicine. 7(5):94-104; 1979.

- Oldridge, N.B. "Compliance and Exercise in Primary and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease : a review," Preventive Medicine. 11 : 56-79; 1982.
- Ornstein C.Allan and Levine U.Daniel. An Introduction to the Foundations of Education. (Third Edition). Boston : Houghton Mifflin Company, 1985.
- Paffenbarger, R.S. and others. "Work-energy Level, Personal Characteristics and Fatal Heart Attack : A Birth-cohort Effect," American Journal of Epidemiology. 105 : 200-213; 1977.
- Parsons, Talcott. "Definitions of Health and illness in the Light of American Values and Social Structure," PP. 165-187 in E.Gartly Jaco (ed.) Patients, Physicians and Illness. New York : Free Press, 1958.
- Pender, Nola J. and Albert R.Pender. "Attitudes, Subjective Norms, and Intentions to Engage in Health Behaviors," Nursing Research. 35(1) : 15-18; 1986.
- Pratt, L. "The Relationship of Socioeconomic Status to Health," American Journal of Public Health. 61 : 281-291; 1976.
- Purkey, S.C. and M.S. Smith. "Effective Schools : A Review" Elementary School Journal. 83(4) : 427-452; 1983.
- Rallo, Joseph Steven. "Interaction Between Treatment Directiveness and Locus of Control in Self Administered Weight Control Program," Disseration Abstracts International. 47(09): 3969-B; 1987.
- Raths, Louis E., M. Harmin and Sidney B. Simon. Value and Teaching. Coloumbus, Ohio : Charles E.Merrill, 1966.
- Rodee, Carlton Clymer and others. Introduction to Political Science. (2 nd.ed. International Edition) Tokyo : McGraw Hill Kogakusha, 1967.
- Rodin, J. "Health, control and Aging" in Aging and Control. ed. by M. Baltes & P. Baltes Hillsdale, New Jersey. 1986 b.
- _____. "Current Status of the Internal external hypothesis for Obesity : What Went Wrong ?," American Psychologist. 36:361-372; 1981.
- Rogers Everett M. and F. Floyed Shoemaker. Communication Innovation. 2d ed. New York : The Free Press, 1971.

- Rokeach, Milton. Belief, Attitude and Value : A Theory of Organization and Change. San Francisco : Jossey Bass, 1970.
- _____. The Nature of Human Values. New York : Free Press, 1973.
- _____. "The Measurement of Values and Value Systems," in G. Abcarian & J.W. Soul (eds.), Social Psychology and Political Behavior : Problems and Prospects. (PP 20-39) Columbus, Olt; Charles E. Merrill. 1971.
- Romf Rf. "The Appropriateness of Routine Diagnostic Studies," Militarian Medicine. 154(3) : 140-144; 1989.
- Rosenblatt, Daniel and Edward A. Suchman. "Blue-Collar Attitudes and Information toward Health and Illness" PP. 324-33 in Studies of the American Worker. edited by A. Shostak and W. Gomberg. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall, 1964.
- Rosenstock, Irwin M. "Historical Origins of the Health Belief Model," Health Education Monograph. 2(4) : 354-383; 1974.
- _____. "Patients, Compliance with Health Regimens," Journal of the American Medical Association. 234 : 402-403; October, 1975.
- Rosenstock, L. "Why People Use Health Services," in Milbank Memorial Fund Quarterly. 44 : 94-127; 1966.
- Rosenstock, Irwin M., Mayhew Derryberry and Barbara K. Carringer. "Why People Fail to Seek Poliomyelitis vaccination," Public Health Reports. 74(2):98-103; 1959.
- Rotter, Julian B. "Generalized Expectacies for Internal Versus External Control of Reinforcement," Psychological Monographs : General and Applied. 80 (1):1-28; 1966.
- Rundall, Thomas G. and John R.C. Wheeler. "Factors Accociated with Utilization of the Swine flu Vaccination program among Senior Citizens in Tompkins country," Medical Care. 17:191-200; 1979.
- _____. "The Effect of Income on Use of Preventive Care : An Evaluation of Alternative Explanations," Journal of Health and Social Behavior. 20 : 397-406; December, 1979.

- Rushton, J.P. "Effects of Prosocial Television and Film Material on the Behavior of viewers," in L.Berkowitz (ed.). Advances in Experimental Social Psychology. Vol. 12 P. 322-351. New York : Academic Press, 1977.
- Rutter, M., Maughan, and others. Fifteen Thousand Hours : Secondary Schools and Their Effects on Children. Cambrige, MA. : Harvard University, Press. 1979.
- Samuelson, Paul A. Economics. (9th ed. International Student Edition) Tokyo : McGraw-Hill Kogakusha Ltd., 1973.
- Sallis, J.F. and others. "Physical Activity Assessment Methodology in the Five-City Project," American Journal Epidemiology. 121:91-106; 1985.
- Saltzer, E.B. "Locus of Control and the Intention to Lose Weight," Health Education Monographs. 6:118-128; 1978.
- Saltzer B. Eleanor and Golden P. Michael. "Obesity in lower and Middle Socio-economic Status Mothers and Their Children," Research in Nursing and Health. 8:147-153; 1985.
- Schlenger, W.E. "A New Framework for Health," Inquiry. 13 : 207-214; September, 1976.
- Schultz, T.W. The Economic Value of Education. Columbia New York : University Press, 1963.
- Sims, L.S. and P.M. Morris. "Nutritional Status of Pre-schoolers : An Ecological Perspective," Journal of the American Dietetic Association. 64:492-496; 1974.
- Seeman, M. "Alienation and Social Learning in a Reformatory," American Journal of Sociology. 69:270-84; 1963.
- Seeman, M. and J.W. Evan. "Alienation and Learning in Hospital Setting," American Sociological Review. 27 : 772-783; 1962.
- Seeman, Melvin and Teresa E. Seeman. "Health Behavior and Personal Autonomy : A Longitudinal Study of the Sense of Control in Illness," Journal of Health and Social Behavior. 24 : 144-160; June, 1983.
- Sejwacz, D., I. Ajgen and M., Fishbien. "Predicting and Understanding Weight Loss : Intentions Behaviors and Outcomes," in I.Ajzen and Fishbein M. (eds.) Understanding Attitudes and Predicting social Behavior. PP 102-112. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall, 1980.

- Seligman, Martin E.P. Helplessness. San Francisco : Freeman. 1975.
- Sennott, L.A. "Value-expectancy Theory and Health Behavior : An exploration of motivating variables," Doctoral dissertation, University of Arizona. Dissertation Abstracts International. 40:6013 A; 1980.
- Sewell, H. William and Robert M. Hauser, "Causes and Consequence of Higher Education : Models of the status attainment process," American Journal of Agricultural Economics. 54 : 853; 1972.
- Sharp, Kimberly, Catherine E. Ross, and William C. Cockerham. "Symptoms, Beliefs, and Use of Physician Services among the Disadvantaged," Journal of Health and Social Behavior. 24 : 255-263; 1983. ✓
- Shaver, Relley G. Principle of Social Psychology. Cambridge: Wintrop Publishers, Inc., 1977.
- Sherwood, A., K.C. Light and S.A. Blumenthal. "Aerobic Exercise Reduces Blood Pressure Response to Mental Stress in Borderline Hypertensive Men," Manuscript submitted for publication. 1987.
- Shinn C.Doh. "Education and the Quality of Life in Korea and the United States : A Cross-Cultural Perspective," Public Opinion Quarterly. 50:360-370; 1986.
- Simon S, A.D. and others. "Exercise as a Treatment for Depression : An Update," Clinical Psychology Review. 5 : 553-568; 1985.
- Smelser, N., and S.M. Lipset. Social Structure and Mobility in Economic Development. Chicago : Aldine, 1966.
- Solomon, D. and M.T. Oberlander. "Locus of Control in the Classroom," Psychological Concepts in the Classroom. P 119-150 New York : Harper and Row Publishers, 1974.
- Somers HM and Somers AR. Doctors, Patients and Health Insurance : The Organization and Financing of Medical Care. Washington : The Brookings Institution, 1961.
- Speake L.Dianne, Marie E. Cowart and Kathleen Pallet "Health Perceptions and lifestyles of the Elderly," Research in Nursing & Health. 12:93-100; 1989.
- Spencer, T.D. Perspective in child psychology. McGraw Hill Book Company. 1970.

- Spilka, Bernard; Ralph W. Hood, Jr. and Richard L. Gorsuch. The Psychology of Religion : An Empirical Approach. New Jersey : Prentice - Hall, Inc., 1985.
- Spindler, George D. Education and Culture : Anthropological. New York : Holt, Rinchart and Winston, 1964.
- Stacy, Richard Dane. "The Relationship of Selected Variables and Smoking Cessation by Diabetes Patients," Dissertation Abstracts International. 47(05):1616-A; 1986.
- Stark, Rodney. Sociology. 2ed. California : Wadsworth Publishing Company, 1987.
- Steele, James L. and William H. McBroom. "Conceptual and Empirical Dimension of Health Behavior," Journal of Health and Social Behavior. 13 : 382-392; December, 1972.
- Stephen, T., D.R. Jacobs and White C.C. "The Descriptive Epidemiology of Leisure-time Physical Activity," Public Health Reports. 100 : 147-158; March-April, 1985.
- Straits, B., and L. Sechrest. "Further Support of Some Findings about the Characteristics of Smokers and Non-smokers," Journal of Consulting Psychology. 27 : 282; 1963.
- Strickland, Bonnie R., "Internal-External Control of Reinforcement," Personality in Social Behavior. Edited by Blass Thomas, New York : John Wiley and Sons, 1977.
- _____. "Internal-External Expectancies and Health-related Behavior," Journal of Consulting and Clinical Psychology. 46(6) : 1192-1211; 1978.
- Stunkard, A. and others. "Influence of Social Class on Obesity and Thinness in Children," Journal of the American Medical Association. 221:579-584; 1972.
- Stycos, J. Mayone "Education and Fertility in Puerto Rico," Paper Given at the United Nations World Population Conference. Belgrade, Yugoslavia August 30-September 10, 1965.
- Sullivan, John L., Jame Piereson and George E. Marous. Political Tolerance and American Democracy. Chicago : University of Chicago Press, 1982.

- Sussangkarn, C. and others. The Long Term View on Growth and Income Distribution. 1988 TDRI Year-End Conference on Income Distribution and Long-Term Development TDRI. December, 1988.
- Susser, Mervyn and others. "Society, Culture and Health," in Handbook of Health, Health Care, and the Health Professions. Edited by D.Mechanic, New York : Free Press, 1983.
- Tate, Joanne J. "Identification of Individualized Self Management Activities Emphasizing Achievement Motivation, Goal Setting, Conation, Attention Control and Locus of Control as Elements of Curriculum in a Stop Smoking Program," Dissertation Abstracts International. 47(06); 1986.
- Taubman, Paul and Terence Wales. "Education as an investment and Screening Device," in Education, Income and Human Behavior. P.95-122. New York : McGraw-Hill Book Company, 1975.
- Taylor, I. Introduction to Psycholinguistics. New York : Holt, Rinchart and Winston, 1976.
- The General Mills American Family Report, 1978-1979 : Family health in an era of stress. Yankelovich, Skelly and White, Inc., New York, 1979.
- The Perrier Study. Fitness in America. Perrier-Great Waters of France, Inc., New York, 1979.
- The World Bank. World Development Report. Oxford University Press. 1980.
- Thinapan Nakata. The Problems of Democracy in Thailand : A Study of Political Culture and Socialization of College Students. Bangkok : Proepittaya, 1975.
- Tyroler, Herman A., Albert L. Johnson and John T. Fulton. "Patterns of Preventive Health Behavior in populations," Journal of Health and Human Behavior 6 : 128-140; June, 1965.
- U.S. Department of Health, Education and Welfare. Chart Book on Smoking, Tobacco & Health. Public Health Service Publication. No.1937, 1969 A.
- _____. Facts : Smoking & Health. HSM. No. 7207508. 1971.
- _____. If You Must Smoke : 5 Ways to Reduce The Risks of Smoking. Document No. 0-373-141, 1970.

Verbrugge, L.M. "Gender and Health : An Update on Hypothesis and evidence," Journal of Health Sociology Behavior. 26 : 156-182; 1985.

_____. "Marital Status and Health," Journal of Marriage and the Family. 41 : 267-285; 1979.

_____. "Sex differences in legal drug use," Journal Sociology Issues. 8 : 59-76; 1982.

Visalberghi, Aldo. "Support and Venue of the Bologna Conference" in "Indicators of the Quality of Educational Systems : An International Perspective," International Journal of Education Research. 14(4), 1990.

Waldron, I. "The Contribution of smoking to sex differences in mortality," Public Health Report. 101 : 163-173; 1986.

Waldron, I. "Sex Differences in Illness Incidence, Prognosi and Mortality," Sociology Science Medicine. 17 : 321-333; 1983.

Wallston, Barbara S., and Kenneth A. Wallston. "Locus of Control and Health : A Review of the Literature," Health Education Monographs. p 107-117, Spring, 1978.

Wallston, B.S. and others. "Development and Validation of the health Locus of Control scale," Journal of Consulting and Clinical Psychology. 44 : 580-585; 1976.

Wallston, K.A., S.A. Maides and B.S. Wallston. "Health-related Information Seeking as a Function of Health-related Locus to Control and Health Value," Journal of Research in Personality. 10 : 215-222; 1976.

Wallston, K.A., B.S. Wallston and De Vellis R. "Development of the multidimensional Health Locus of Control Scales," Health Education Monographs. 6 : 160-170; 1978.

Walsh, Valerie R. "Health Beliefs and Practices of Runners Versus Nonrunners," Nursing Research. 34(6) : 353-356; 1985.

Ware, J.E. and others. The measurement of Health as a Value. Springfield, VA : National Technical Information Service, 1974

- Warheit, J.G. and B.J. Auth. "The Mental Health and Social Correlations of Alcohol Use among Differing Life Cycle Groups," Nature and Extent of Alcohol Problems among the Elderly. U.S. Department of Health and Human Services : Public Health Service. P. 29-66, 1983.
- Warner, W. Lloyd, Marcia Meeker and Kenneth Eills, Social Class in America. Chicago : Science Research Associate, 1949.
- Weil, W.B. "Current Controversies in Childhood Obesity" Journal of Pediatrics. 91 : 175-187; 1979.
- Weiss, W. "Effects of the Mass Media of Communication," in Lindzey, G. & Aronson, E.(eds) The Handbook of Social Psychology. V.5 P.77-195. Massachusetts : Addison-Wesley Publishing Company, 1969.
- West, K.M. "Epidemiology of Adiposity" in The Regulation of the Adiposity Mass : Proceeding of the IV International Meeting of Endocrinology. (Marseilles, July 10-12) PP 201-208. Amsterdam : Excerpta Medica, 1973.
- Wheaton, Blair. "The Sociogenesis of Psychological Disorder: An Attributional Theory," Journal of Health and Social behavior. 21 : 100-124; 1980.
- White, K.R. The Relation between Socioeconomic Status and Academic Achievement. Psychological Bulletin. 91 : 461-481; 1982.
- Williams, A.F. "Personality and Other characteristics Associated with Cigarette Smoking among Young Teenagers," Journal of Health and Social Behavior. 14 : 374-380; 1973.
- Williams, A. F. and H. Wechsler. "Interrelationships of preventive Actions in Health and Other Areas," Health Service Reports. 87 : 969-976; 1972.
- Williams, D.R.R. "Nutrition" in Health Society and Medicine. eds. Acheson R.M. and Hagard S.B. Scientific Publications, 1984.
- Wolinsky, Frederic D. and Sally R. Wolinsky. "Expecting Sick-Role Legitimation and Getting It," Journal of Health and Social Behavior. 22:229-42; 1981.

- Wilkinson, P.W. and others. Obesity in Childhood : A Community Study in Newcastle Upon Tyne. Lancet., 1 : 350-352; 1977.
- Wilson, R.W., and J. Elison. "National Survey of Personal Health Practices and Consequences : Background, Conceptual Issues, and Selected findings," Public Health Reports. 96 : 218-225; 1981.
- World Health Organization. Internation Conference on Primary Health Care. 1948.
- Worthington H. Louis and Glaude W. Grant, "Factors of Academic Success : A Multivariate Analysis," The Journal of Educational Research. 65 : 7-10; September, 1971.
- Wright JD, and R.F. Hamilton. "Education and Job Attitudes among Blue-collar Workers," Sociology of Work and Occupations. 67 : 59-83; 1979.
- Yaukey, David. Fertility Difference in a Modernizing Country. Princeton; N.J., Princeton University Press, 1961.
- Yiannakis, Andrew. "A Theory of Sport Stratification," Sport Sociology Bulletin. 4:22-23; 1975.
- Young, C.M. and others. Journal American Diet Assoication. 32 : 321-326; 1973.

ภาคผนวก

๓

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

ข้าพเจ้า นางสาว อุบล เลี้ยววาริณ เป็นนิสิตปริญญาเอก สาขาพัฒนศึกษา ศาสตร มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขต กรุงเทพมหานคร

ในการศึกษานี้ท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับเลือกให้เป็นตัวแทนผู้ปฏิบัติงานในเขต กรุงเทพมหานครในการตอบแบบสอบถาม

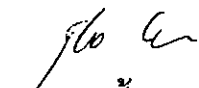
แบบสอบถามนี้มี 5 ตอนด้วยกัน โปรดอ่านแบบสอบถามทีละข้ออย่าง

ระมัดระวัง ผู้ตอบแต่ละท่านอาจตอบคำถามได้แตกต่างกัน แล้วแต่ความคิดเห็นและ ประสบการณ์ของแต่ละคน ไม่มีข้อใดถูกหรือผิด จึงขอให้ตอบตรงความเป็นจริงที่สุด

กรุณาระมัดระวังตอบให้ครบถ้วนด้วย มิฉะนั้นข้อมูลของท่านจะใช้ไม่ได้ เพราะไม่สมบูรณ์

ข้าพเจ้ามั่นใจว่าความร่วมมือของท่านในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้จะเป็น ประโยชน์อย่างยิ่งแก่สังคมไทย และขอขอบพระคุณทุกท่านที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าให้ แก่การวิจัยนี้

ขอแสดงความนับถือ


(อุบล เลี้ยววาริณ)

แบบสอบถามตอนที่ 1
ลักษณะชีวสังคมและภูมิหลัง

คำแนะนำในการตอบ โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน () หรือเติมข้อความให้ตรงกับความจริงสำหรับตัวท่าน

1. เพศ
 () ชาย
 () หญิง
2. อายุ _____ ปี หรือ เกิด พ.ศ. _____
3. สถานภาพสมรส
 () โสด
 () สมรส
 () หม้าย
 () หย่าหรือแยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษาสูงสุดที่จบ _____ หรือเท่ากับจำนวนปีที่เรียนทั้งสิ้น _____ ปี
5. จบการศึกษาสูงสุด (จากข้อ 4) ในหลักสูตร
 () ปกติ
 () การศึกษาผู้ใหญ่
 () อื่น ๆ โปรดระบุ _____

6. สำเร็จการศึกษาสูงสุดจากโรงเรียน _____

จังหวัด _____

- () โรงเรียนรัฐบาลสังกัดกรมสามัญศึกษา
- () โรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ (ส.ป.ช.) หรือโรงเรียนประชาบาล
- () โรงเรียนเทศบาล
- () โรงเรียนราษฎร์
- () อื่น ๆ โปรดระบุ _____

7. ที่ตั้งของโรงเรียนที่ท่านสำเร็จการศึกษา

- () ตั้งอยู่ในเขตท้องที่ที่มีความเจริญมาก (เทศบาล)
- () ตั้งอยู่ในเขตท้องที่ที่มีความเจริญปานกลาง (นอกเขตเทศบาล)
- () ตั้งอยู่ในเขตท้องที่ที่มีความเจริญน้อย (เขตสุขาภิบาล)

8. ขณะที่ท่านเรียนอยู่ โรงเรียนของท่านมีนักเรียนโดยประมาณ

- () ต่ำกว่า 400 คน
- () ประมาณ 401-800 คน
- () มากกว่า 800 คน

9. ผลการเรียนปีสุดท้ายของท่านอยู่ในระดับใด

- () เกรต 4 หรือ 80% ขึ้นไป
- () เกรต 3 หรือ 70-79%
- () เกรต 2 หรือ 60-69%
- () เกรต 1 หรือ 50-59%

10. ผลการเรียนของท่านเมื่อเทียบกับเพื่อนร่วมชั้นอยู่ในเกณฑ์ใด

- () เรียนอ่อนมาก
 () เรียนอ่อน
 () เรียนค่อนข้างอ่อน
 () เรียนค่อนข้างเก่ง
 () เรียนเก่ง
 () เรียนเก่งมาก

11. ท่านสำเร็จการศึกษามาแล้วประมาณ _____ ปี คือจบในปี พ.ศ. _____

12. ระดับการศึกษาของบุคคลในครอบครัวท่าน

พ่อ แม่ พี่

ไม่รู้หนังสือ	:	:	:
อ่านออกเขียนได้เฉพาะชื่อตัวเอง	:	:	:
อ่านออกเขียนได้เป็นประโยคง่าย ๆ	:	:	:
จบประถมศึกษา	:	:	:
จบมัธยมศึกษาตอนต้น	:	:	:
จบมัธยมศึกษาตอนปลาย	:	:	:
อื่น ๆ โปรดระบุ	:	:	:

13. ลักษณะงานที่ท่านทำ

- () มีความเกี่ยวข้องกับการรักษาสุขภาพ
 () ไม่มีความเกี่ยวข้องกับการรักษาสุขภาพ

14. ท่านทำงานนี้มานาน _____ ปี _____ เดือน

15. รายได้ของท่านต่อเดือนประมาณเดือนละ

() ต่ำกว่า 3,000	() 3,001-4,000
() 4,001-5,000	() 5,001-6,000
() 6,001-7,000	() มากกว่า 7,000

16. รายได้ของครอบครัวท่าน (คู่สมรสและบุตร) ประมาณเดือนละ

- () ต่ำกว่า 3,000
- () 3,001-5,000
- () 5,001-7,000
- () 7,001-9,000
- () 9,001-10,000
- () มากกว่า 10,000

17. รายได้ของครอบครัวท่าน ใช้เลี้ยงคนทั้งหมด _____ คน

แบบสอบถามตอนที่ 2

แบบวัดทักษะภาษาไทย

คำแนะนำในการตอบ

แบบสอบถามนี้ มีจุดมุ่งหมายที่จะวัดทักษะทางภาษาไทยของท่าน ลักษณะของคำถามเป็นแบบปรนัย แต่ละข้อมีคำถามและมีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบ ให้ท่านอ่านคำถามช้า ๆ แล้วเลือกคำตอบที่ถูกที่สุดหรือสมบูรณ์ที่สุดเพียงคำตอบเดียว แล้วเครื่องหมาย (/) ไว้หน้าคำตอบนั้น ดังตัวอย่างต่อไปนี้

เมืองหลวงของประเทศไทยคือ

ก. เชียงใหม่

/ ข. กรุงเทพฯ

ค. อโยธยา

ง. ธนบุรี

ขีดถูกที่คำตอบ ข. แสดงว่ากรุงเทพ คือคำตอบ ถ้าขีดผิดข้อ ให้ขีดฆ่าออก แล้วขีดถูกที่คำตอบใหม่ กรุณาทำทุกข้อ ถ้าไม่เข้าใจโปรดถามอาจารย์ได้ มีทั้งหมด 20 ข้อ

1. "ทำหวนลม" หมายความว่า

ก. ลมพัดเข้าห

ข. หูดัง

ค. หันหน้าด้านลม

ง. แกล้งทำไม่ได้ยิน

2. "ผักชีโรยหน้า" หมายความว่า

ก. ปากหวานแต่ใจร้าย

ข. ทำดีแต่เพียงผิวเผิน

ค. ต่อหน้าดีลับหลังร้าย

ง. ปากร้ายแต่ใจดี

3. คนกับบ้าน ฉะนั้นนก กับ _____
ก. ต้นไม้
ข. ผลไม้
ค. ป่า
ง. รั้ว
4. บ้าน กับ หลังคา ฉะนั้น ร่างกายมนุษย์ กับ _____
ก. เล็บ
ข. เท้า
ค. ศีรษะ
ง. หมวก
5. คำที่ตรงข้ามกับ "ตระหนี่" คือ
ก. ขี้เหนียว
ข. ใจบุญ
ค. หรุษรา
ง. ฟุ่มเฟือย
6. คำที่ตรงข้ามกับ "ว่องไว" คือ
ก. เชื่องช้า
ข. รวดเร็ว
ค. คล่องแคล่ว
ง. อ่อนแอ
7. คำที่ตรงข้ามกับ "เคร่งขรึม" คือ
ก. ตึงเครียด
ข. รื่นเริง
ค. เศร้าซึม
ง. พุดน้อย

8. คำที่เข้าพวกรับ "ทุ่ง นา ไร่" คือ
- ก. ควาข
 - ข. สวน
 - ค. วา
 - ง. พืช
9. คำที่เข้าพวกรับ "จิวร ช้าม ตาลปัตร" คือ
- ก. ภิกษุ
 - ข. ระฆัง
 - ค. บาตร
 - ง. โบสถ์
10. คำที่เข้าพวกรับ "ครู ช่างไม้ แพทย์" คือ
- ก. อาชีพ
 - ข. สังคม
 - ค. เกษตรกร
 - ง. งาน
11. ความหมายข้อใดที่แสดงว่าเป็นอวัยวะส่วนหนึ่งของมนุษย์
- ก. หน้าด้าน
 - ข. หน้าแฉ
 - ค. หน้าตึง
 - ง. หน้าม้า
12. ข้อใดเป็นประโยคคำถาม
- ก. ฉันจะไม่ยุ่งกับใคร
 - ข. จะไม่มีใครอยู่ในห้อง
 - ค. เข้าวันนี้ใครจะเฝ้าบ้าน
 - ง. ใครจะไปกับฉันก็ได้

13. การรู้จักตีชมหนังสืออย่างมีเหตุผลเมื่ออ่านแล้ว เรียกว่าอย่างไร
- การเล่าเรื่อง
 - การวิจารณ์
 - การชี้แจง
 - การแนะนำ
14. "ขอใจนุชที่ฉันสัจจิตรัก ให้แน่นหนักเหมือนพุทธรูปเลขาข้า" ข้อความนี้มีความหมายตรงกับ
- จิตใจมั่นคง
 - มีใจเยือกเย็น
 - ใจดีอย่างพระ
 - ใจงามเหมือนรูปร่าง
-
15. ผู้ใหญ่ชอบพูดเสมอว่า "ระวังน้ำลดตอผุด" ผู้พูดหมายความว่า
- เวลาน้ำท่วมจะมีตอโผล่มาทับถมกันมาก
 - คนเราพอหมดอำนาจความชั่วความเลวก็จะถูกเปิดเผย
 - คนเรามักพยายามซ่อนความผิดเสมอ
 - น้ำขึ้นน้ำลงเหมือนความดีความเลวของมนุษย์
16. หนังสือพิมพ์ลงพาดหัวข่าวว่า "เกลือเป็นหนอน" ในหน่วยงานของเราแห่งหนึ่งหมายความว่า
- พวกเรา มีศัตรูเสียแล้ว
 - พวกเรา กลายเป็นศัตรูของกันและกัน
 - ศัตรู เข้ามาปลอมเป็นมิตรของเรา
 - คนในพวกเรา กลายเป็นฝ่ายศัตรู
17. สุนทรภู่เป็นคนชอบ "เก็บเบี้ยใต้ถุนร้าน" หมายความว่า
- สุนทรภู่ชอบหารายได้ครั้งละเล็กละน้อยมารวมกัน
 - สุนทรภู่ชอบทำงานที่ได้ถุนบ้าน
 - สุนทรภู่ใช้จ่ายอย่างกระหนมิดกระหนม
 - สุนทรภู่ชอบใช้จ่ายเงินมาก ๆ ในคราวเดียวกัน

18. "ธรรมดาว่าคนปากคั่น ที่จะนั่งอยู่นั้นไม่ได้ จำจะแคะค่อนว่าไป ให้เขาขัดใจจึงว่าดี" ในข้อความนี้ คนปากคั่น คือคนประเภทใด และความพอใจของคนปากคั่นคืออะไร

- ก. คนพูดมาก พอใจเมื่อเห็นคนอื่นให้ความสนใจตน
- ข. คนชอบว่าร้ายผู้อื่น พอใจเมื่อเห็นคนอื่นโกรธ
- ค. คนพูดพยาย พอใจเมื่อเห็นคนอื่นนี้
- ง. คนพูดจาห้าวหาญ พอใจเมื่อเห็นคนอื่นคล้อยตาม

19. "เมื่อยท่านพิศพางเพียง มารดา

ทริษัท่านคืออิฐผา กระเบื้อง

รักสัตว์อื่นอาตมา เทียบเท่า กันแฮ

ตรองตั่งนี้จักเปลื้อง ปลดพ้นสงสาร"

ข้อความนี้สอนอะไร

- ก. ให้มีเมตตากรุณา
- ข. ให้มีสัมมาคารวะ
- ค. ให้ประหยัดทรัพย์สิน
- ง. ให้รักษาศีล

20. ตัวเอกในภาพยนตร์เรื่องหนึ่ง "หาบสองบ่า อาสาสองเจ้า" เขามีบทบาทอย่างไรในเรื่องนี้

- ก. ทำงานเกินหน้าที่
- ข. ทำงานหนักเกินไป
- ค. ทำงานให้ทั้งฝ่ายตนเองและฝ่ายศัตรู
- ง. ทนต่อเจ้านายของตนจนโด่งดังให้ทำงานหนัก

แบบสอบถามตอนที่ 3
แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ

คำแนะนำในการตอบ

แบบสอบถามนี้มีจุดประสงค์จะทราบการปฏิบัติของท่านต่อสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในทางการศึกษา เมื่อท่านอ่านข้อความแล้ว ขอให้พิจารณาว่าข้อความนี้ตรงกับพฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติบ่อยครั้งเพียงใด แล้วให้ขีดเครื่องหมาย / ลงบนเส้นที่มีคำบรรยายจากบ่อยครั้งที่สุดถึงไม่เคยเลย เพียงแห่งละข้อ กรุณาตอบให้ครบ 47 ข้อ

พฤติกรรมการกิน

1. ข้าพเจ้าดื่มน้ำที่ต้มเดือดแล้วปล่อยให้เย็น (ค่า $t = 4.23$)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
บ่อยครั้งที่สุด	บ่อย	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	ไม่บ่อย	ไม่เคยเลย

2. ข้าพเจ้าดื่มน้ำไม่น้อยกว่า 6 แก้วต่อวัน (ค่า $t = 2.78$)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
บ่อยครั้งที่สุด	บ่อย	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	ไม่บ่อย	ไม่เคยเลย

3. ข้าพเจ้าดื่มน้ำที่มาจากท่อน้ำประปา (ค่า $t = 3.21$)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
บ่อยครั้งที่สุด	บ่อย	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	ไม่บ่อย	ไม่เคยเลย

4. ข้าพเจ้าดื่มกาแฟ และหรือโอเลี้ยง (ค่า $t = 2.02$)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
บ่อยครั้งที่สุด	บ่อย	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	ไม่บ่อย	ไม่เคยเลย

5. ข้าพเจ้าดื่มนมสดวันละ 1 แก้วหรือมากกว่านั้น (ค่า $t = 2.61$)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
บ่อยครั้งที่สุด	บ่อย	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	ไม่บ่อย	ไม่เคยเลย

6. ข้าพเจ้ารับประทานอาหารจำพวก ไข่ (ค่า $t = 2.16$)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
บ่อยครั้งที่สุด	บ่อย	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	ไม่บ่อย	ไม่เคยเลย

7. ข้าพเจ้ารับประทานผักใบเขียวและผักอื่น ๆ (ค่า $t = 2.28$)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
บ่อยครั้งที่สุด	บ่อย	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	ไม่บ่อย	ไม่เคยเลย

8. ข้าพเจ้ารับประทานผลไม้สดหลายชนิด (ค่า $t = 4.61$)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
บ่อยครั้งที่สุด	บ่อย	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	ไม่บ่อย	ไม่เคยเลย

9. ข้าพเจ้ารับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น เผ็ด เปี้ยว เค็ม (ค่า $t = 3.03$)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
บ่อยครั้งที่สุด	บ่อย	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	ไม่บ่อย	ไม่เคยเลย

10. ข้าพเจ้ารับประทานอาหารหมักดอง เช่น ฝรั่งดอง มะม่วงดอง ผักกาดดอง
(ค่า $t = 1.76$)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
บ่อยครั้งที่สุด	บ่อย	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	ไม่บ่อย	ไม่เคยเลย

11. ข้าพเจ้ารับประทานอาหารที่ใส่ผงชูรส (ค่า $t = 3.56$)

น้อยครั้งที่สุด บ่อย ค่อนข้างบ่อย ค่อนข้างไม่บ่อย ไม่บ่อย ไม่เคยเลย

12. อาหารที่ข้าพเจ้ารับประทานมักมีสีน้ำตาล (ค่า $t = 1.77$)

น้อยครั้งที่สุด บ่อย ค่อนข้างบ่อย ค่อนข้างไม่บ่อย ไม่บ่อย ไม่เคยเลย

13. ข้าพเจ้าหลีกเลี่ยงการกินลูกอม ช็อคโกแลต ขนมหวาน (ค่า $t = 2.19$)

น้อยครั้งที่สุด บ่อย ค่อนข้างบ่อย ค่อนข้างไม่บ่อย ไม่บ่อย ไม่เคยเลย

14. ข้าพเจ้ามุ่งที่จะรับประทานอาหารเพื่อให้มีท้องโดยไม่คำนึงถึงคุณค่าด้านอื่น ๆ
(ค่า $t = 5.57$)

น้อยครั้งที่สุด บ่อย ค่อนข้างบ่อย ค่อนข้างไม่บ่อย ไม่บ่อย ไม่เคยเลย

15. ข้าพเจ้าไม่ทราบว่าอาหารที่รับประทานเข้าไปนั้นมีคุณหรือมีโทษ (ค่า $t = 3.93$)

น้อยครั้งที่สุด บ่อย ค่อนข้างบ่อย ค่อนข้างไม่บ่อย ไม่บ่อย ไม่เคยเลย

16. ข้าพเจ้าไม่ยอมรับประทานอาหารที่ข้าพเจ้าไม่ชอบ ทั้ง ๆ ที่รู้ว่าอาหารนั้นมีประโยชน์ (ค่า $t = 3.57$)

น้อยครั้งที่สุด บ่อย ค่อนข้างบ่อย ค่อนข้างไม่บ่อย ไม่บ่อย ไม่เคยเลย

17. ข้าพเจ้ารับประทานอาหารที่ชอบ ทั้ง ๆ ที่รู้ว่าอาหารนั้นไม่ค่อยมีประโยชน์
(ค่า $t = 6.22$)

บ่อยครั้งที่สุด บ่อย ค่อนข้างบ่อย ค่อนข้างไม่บ่อย ไม่บ่อย ไม่เคยเลย

18. ข้าพเจ้ารับประทานอาหารในปริมาณพอเหมาะ และมีคุณค่าอาหารสูง
(ค่า $t = 2.30$)

บ่อยครั้งที่สุด บ่อย ค่อนข้างบ่อย ค่อนข้างไม่บ่อย ไม่บ่อย ไม่เคยเลย

19. ข้าพเจ้าดื่มและกินโดยไม่สนใจว่าจะทำลายสุขภาพหรือไม่ (ค่า $t = 4.25$)

บ่อยครั้งที่สุด บ่อย ค่อนข้างบ่อย ค่อนข้างไม่บ่อย ไม่บ่อย ไม่เคยเลย

20. เมื่อข้าพเจ้าหิว ข้าพเจ้าจะแวะกินอาหารข้างทางทันที โดยไม่คำนึงถึงสภาพ
ของร้านค้าว่าถูกสุขอนามัยหรือไม่ (ค่า $t = 4.19$)

บ่อยครั้งที่สุด บ่อย ค่อนข้างบ่อย ค่อนข้างไม่บ่อย ไม่บ่อย ไม่เคยเลย

พฤติกรรมกรหลักเลี่ยงการเส่นสารที่เป็นโทษ

21. ข้าพเจ้าสูบบุหรี่หลังรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ (ค่า $t = 5.70$)

บ่อยครั้งที่สุด บ่อย ค่อนข้างบ่อย ค่อนข้างไม่บ่อย ไม่บ่อย ไม่เคยเลย

22. ข้าพเจ้าหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ (ค่า $t = 7.09$)

บ่อยครั้งที่สุด บ่อย ค่อนข้างบ่อย ค่อนข้างไม่บ่อย ไม่บ่อย ไม่เคยเลย

23. ข้าพเจ้าหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้บริเวณที่มีการสูบบุหรี่ (ค่า $t = 9.34$)

บ่อยครั้งที่สุด บ่อย ค่อนข้างบ่อย ค่อนข้างไม่บ่อย ไม่บ่อย ไม่เคยเลย

24. ข้าพเจ้าดื่มเหล้า เมื่อข้าพเจ้ากลัวใจ (ค่า $t = 3.98$)

บ่อยครั้งที่สุด บ่อย ค่อนข้างบ่อย ค่อนข้างไม่บ่อย ไม่บ่อย ไม่เคยเลย

25. ข้าพเจ้าดื่มเหล้า เมื่อมีการสังสรรค์กับเพื่อนฝูง (ค่า $t = 6.67$)

บ่อยครั้งที่สุด บ่อย ค่อนข้างบ่อย ค่อนข้างไม่บ่อย ไม่บ่อย ไม่เคยเลย

26. ข้าพเจ้าจะไม่กินยาแก้ปวดจนกว่าจะมีอาการปวดค่อนข้างมาก (ค่า $t = 2.34$)

บ่อยครั้งที่สุด บ่อย ค่อนข้างบ่อย ค่อนข้างไม่บ่อย ไม่บ่อย ไม่เคยเลย

27. ข้าพเจ้าดื่มเครื่องดื่มที่มีการโฆษณาว่าช่วยชูกำลังแก่คนทำงาน (ค่า $t = 2.52$)

บ่อยครั้งที่สุด บ่อย ค่อนข้างบ่อย ค่อนข้างไม่บ่อย ไม่บ่อย ไม่เคยเลย

28. ข้าพเจ้าซื้อยาจากร้านขายยารับประทาน เมื่อมีอาการเจ็บป่วย
(ค่า $t = 3.81$)

บ่อยครั้งที่สุด บ่อย ค่อนข้างบ่อย ค่อนข้างไม่บ่อย ไม่บ่อย ไม่เคยเลย

29. ข้าพเจ้าอ่านและปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาบนฉลากยาทุกครั้งที่ใช้ยา

(ค่า $t = 3.25$)

บ่อยครั้งที่สุด บ่อย ค่อนข้างบ่อย ค่อนข้างไม่บ่อย ไม่บ่อย ไม่เคยเลย

30. ข้าพเจ้าระมัดระวังเมื่อใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีในบ้าน เช่น ยาฆ่าแมลง น้ำยาทำความสะอาดห้องน้ำ เป็นต้น (ค่า $t = 3.85$)

บ่อยครั้งที่สุด บ่อย ค่อนข้างบ่อย ค่อนข้างไม่บ่อย ไม่บ่อย ไม่เคยเลย

พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล

31. ข้าพเจ้าใช้เวลาว่างในการเล่นกีฬา (ค่า $t = 4.64$)

บ่อยครั้งที่สุด บ่อย ค่อนข้างบ่อย ค่อนข้างไม่บ่อย ไม่บ่อย ไม่เคยเลย

32. ข้าพเจ้าใช้เวลาในการวิ่งเหยาะ ๆ อย่างน้อย 15-30 นาทีต่อวัน

(ค่า $t = 5.84$)

บ่อยครั้งที่สุด บ่อย ค่อนข้างบ่อย ค่อนข้างไม่บ่อย ไม่บ่อย ไม่เคยเลย

33. ข้าพเจ้าออกกำลังกายบริหาร ไม่ต่ำกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์ (ค่า $t = 4.37$)

บ่อยครั้งที่สุด บ่อย ค่อนข้างบ่อย ค่อนข้างไม่บ่อย ไม่บ่อย ไม่เคยเลย

34. ข้าพเจ้าควบคุมน้ำหนักโดยการออกกำลังกาย (ค่า $t = 6.48$)

บ่อยครั้งที่สุด	บ่อย	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	ไม่บ่อย	ไม่เคยเลย

35. ข้าพเจ้าแปรงฟันหรือบ้วนปากทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร (ค่า $t = 2.13$)

บ่อยครั้งที่สุด	บ่อย	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	ไม่บ่อย	ไม่เคยเลย

36. ข้าพเจ้าไปรับการตรวจสุขภาพในช่องปากและฟัน แม้ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ
(ค่า $t = 4.96$)

บ่อยครั้งที่สุด	บ่อย	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	ไม่บ่อย	ไม่เคยเลย

37. ข้าพเจ้ารับการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี (ค่า $t = 6.52$)

บ่อยครั้งที่สุด	บ่อย	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	ไม่บ่อย	ไม่เคยเลย

38. เมื่อข้าพเจ้าพบความผิดปกติของร่างกายแม้เพียงเล็กน้อย ข้าพเจ้าจะรีบไปพบแพทย์ทันที (ค่า $t = 4.58$)

บ่อยครั้งที่สุด	บ่อย	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	ไม่บ่อย	ไม่เคยเลย

39. เมื่อข้าพเจ้าไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค เมื่อเกิดโรคระบาด
(ค่า $t = 3.38$)

บ่อยครั้งที่สุด	บ่อย	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	ไม่บ่อย	ไม่เคยเลย

40. ข้าพเจ้าสวมแว่นกันแดด เมื่ออยู่ในที่มีแสงแดดจ้าหรือลมกรรโชกแรง

(ค่า $t = 4.00$)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
บ่อยครั้งที่สุด	บ่อย	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	ไม่บ่อย	ไม่เคยเลย

41. ข้าพเจ้าใช้ช้อนกลางเสมอ เมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น (ค่า $t = 5.46$)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
บ่อยครั้งที่สุด	บ่อย	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	ไม่บ่อย	ไม่เคยเลย

42. ข้าพเจ้าหลีกเลี่ยงการใช้เสื้อผ้าและเครื่องใช้ส่วนตัวกับบุคคลอื่น

(ค่า $t = 2.34$)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
บ่อยครั้งที่สุด	บ่อย	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	ไม่บ่อย	ไม่เคยเลย

43. ข้าพเจ้ารักษาเล็บมือเล็บเท้าให้สะอาดอยู่เสมอ (ค่า $t = 2.28$)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
บ่อยครั้งที่สุด	บ่อย	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	ไม่บ่อย	ไม่เคยเลย

44. ข้าพเจ้าชำระล้างร่างกายให้สะอาดก่อนเข้านอน (ค่า $t = 2.26$)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
บ่อยครั้งที่สุด	บ่อย	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	ไม่บ่อย	ไม่เคยเลย

45. ข้าพเจ้าล้างเท้าให้สะอาดก่อนเข้านอน (ค่า $t = 3.28$)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
บ่อยครั้งที่สุด	บ่อย	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	ไม่บ่อย	ไม่เคยเลย

46. ข้าพเจ้าซึ่งน้ำหนักตัวเอง (ค่า $t = 3.42$)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
บ่อยครั้งที่สุด	บ่อย	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	ไม่บ่อย	ไม่เคยเลย

47. ข้าพเจ้าได้นอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 7 ชั่วโมงต่อวัน (ค่า $t = 2.23$)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
บ่อยครั้งที่สุด	บ่อย	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่บ่อย	ไม่บ่อย	ไม่เคยเลย

แบบสอบถามตอนที่ 4
แบบวัดการรับข่าวสารสุขภาพ

คำแนะนำในการตอบ

แบบสอบถามนี้มีจุดมุ่งหมายจะสำรวจการรับข่าวสารสุขภาพของท่าน โปรดอ่านประโยคนำให้เข้าใจ แล้วพิจารณาว่าข้อความนี้ตรงกับลักษณะของท่านมากน้อยเพียงใด แล้วให้ขีด (/) ลงบนเส้นที่มีคำบรรยายจากจริงที่สุด ถึงไม่จริงเลย เพียงแห่งเดียวต่อข้อ กรุณาตอบครบ 15 ข้อ

1. ข้าพเจ้ามักจะอ่านบทความต่าง ๆ ที่ให้ความรู้ด้านการรักษาสุขภาพจากนิตยสาร และวารสารต่าง ๆ เช่น โกลัสมอ หมอชาวบ้าน เป็นต้น (ค่า $t = 4.60$)

 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย
2. ข้าพเจ้าไม่สนใจติดตามข่าวสารจากทางหนังสือพิมพ์ โดยเฉพาะข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ในปัจจุบัน (ค่า $t = 2.98$)

 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย
3. ข้าพเจ้าเลือกอ่านหนังสือที่ให้ความบันเทิงมากกว่าหนังสือที่ให้ความรู้ (ค่า $t = 6.24$)

 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

4. เมื่อข้าพเจ้าได้รับแจกเอกสารเผยแพร่เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพ ข้าพเจ้าจะอ่านด้วยความสนใจ (ค่า $t = 5.09$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

5. ข้าพเจ้าชอบชมรายการโทรทัศน์ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพ เช่น รายการฟันดีนาที่เดียว รายการเพื่อสุขภาพและความงาม เป็นต้น (ค่า $t = 4.91$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

6. ข้าพเจ้าไม่เคยทบทวนรายการโทรทัศน์ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจนจบรายการเลย เช่น รายการปัญหาชีวิตและสุขภาพ รายการห้องแพทย์ เป็นต้น (ค่า $t = 9.23$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

7. ข้าพเจ้าไม่เคยทบทวนฟังรายการวิทยุที่เสนอข่าวสาร หรือสารคดีเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ และสุขภาพอนามัยต่าง ๆ (ค่า $t = 5.77$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

8. ถ้าข้าพเจ้าเปิดวิทยุเจอรายการที่ให้ความรู้ด้านสุขภาพ ข้าพเจ้าจะรีบรับฟังด้วยความสนใจทันที (ค่า $t = 7.81$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

9. ข้าพเจ้าติดตามข่าวสารสุขภาพจากทางสื่อมวลชน เช่น หนังสือพิมพ์ หรือ วิทยุ หรือ โทรทัศน์ (ค่า $t = 7.54$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

10. เมื่อมีการจัดนิทรรศการเกี่ยวกับสุขภาพขึ้น ณ ที่ใด เช่น นิทรรศการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลศิริราช ข้าพเจ้าจะแวะไปชม (ค่า $t = 2.91$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

11. ข้าพเจ้าชอบได้ถามความรู้ด้านสุขภาพ เช่น การเกิดโรค การป้องกันโรค จากผู้ที่มีความรู้ (ค่า $t = 8.60$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

12. เมื่อมีใครพูดคุยกับเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ข้าพเจ้าจะฟังด้วยความสนใจ (ค่า $t = 9.28$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

13. ข้าพเจ้าไม่ได้รับฟังความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจากการพูดคุยกับผู้อื่น (ค่า $t = 6.72$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

14. เมื่อข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบาย ข้าพเจ้าจะไปปรึกษาผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล (ค่า $t = 2.80$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

15. เมื่อข้าพเจ้าไม่สบาย ข้าพเจ้าไม่มีโอกาสแสวงหาความรู้ที่เกี่ยวข้อง (ค่า $t = 3.82$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

แบบสอบถามตอนที่ 5

แบบวัดจิตลักษณะ

5.1 แบบวัดค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ

คำแนะนำในการตอบ

แบบสอบถามนี้มีจุดประสงค์จะทราบความคิดและความเชื่อของท่านต่อชีวิตและสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษา ขอให้ท่านพิจารณาข้อความเหล่านี้ว่าตรงกับความเชื่อและความรู้สึกของท่านเพียงใด แล้วเลือกตอบโดยขีดเครื่องหมาย / ลงเส้นที่มีคำบรรยายจากจริงที่สุดถึงไม่จริงเลย เพียงแห่งละข้อ กรุณาตอบให้ครบ 12 ข้อ

1. ข้าพเจ้าพอใจที่จะมีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง แม้จะยากจน (ค่า $t = 9.33$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

2. ข้าพเจ้าพอใจที่จะเป็นคนร่ำรวย แม้จะเจ็บป่วยตลอดเวลา (ค่า $t = 9.58$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

3. ข้าพเจ้าพอใจที่จะเป็นผู้มีอายุยืน แม้จะอยู่ในที่แห้งแล้งกันดาร (ค่า $t = 4.88$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

4. ข้าพเจ้าพอใจที่จะอยู่ในที่สะดวกสบาย แม้จะมีอายุสั้น (ค่า $t = 3.16$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

5. ข้าพเจ้าพอใจที่จะมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง แม้จะอยู่โดดเดี่ยว (ค่า $t = 4.98$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

6. ข้าพเจ้าพอใจที่จะเจ็บป่วยตลอดเวลา แต่มีคนเอาอกเอาใจ (ค่า $t = 6.27$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

7. ข้าพเจ้าพอใจที่จะเป็นคนที่มีชื่อเสียง แม้ร่างกายจะพิการ (ค่า $t = 2.62$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

8. ข้าพเจ้าพอใจที่จะมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง แม้จะไม่มีชื่อเสียงโด่งดัง
(ค่า $t = 8.51$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

9. ข้าพเจ้าพอใจที่จะเดินข้ามสะพานลอยดีกว่าเสียงถูกรถชน (ค่า $t = 3.08$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

10. ข้าพเจ้ายอมเสี่ยงถูกรถชนบาดเจ็บสาหัส ถ้าได้เงินค่าทำขวัญจำนวนมาก
(ค่า $t = 6.66$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

11. ข้าพเจ้าพอใจจะเสียเงินจำนวนมากหรือเป็นหนี้เพื่อรักษาชีวิตคนที่ข้าพเจ้ารัก
(ค่า $t = 2.23$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

12. ข้าพเจ้ายินดีบริจาคโลหิตช่วยชีวิตเพื่อนมนุษย์ในคราวจำเป็น (ค่า $t = 4.43$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

5.2 แบบวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ

คำแนะนำในการตอบ

แบบสอบถามนี้มีจุดประสงค์จะทราบถึงความรู้สึกรู้สึกของท่านที่มีต่อการรักษาสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษา เมื่อท่านอ่านข้อความแล้วให้พิจารณาว่าข้อความนี้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากน้อยเพียงใด แล้วให้ขีดเครื่องหมาย / ลงบนเส้นที่มีคำบรรยายจากจริงที่สุดถึงไม่จริงเลย เพียงแห่งเดียวต่อข้อ กรุณาตอบให้ครบทั้ง 20 ข้อ

องค์ประกอบที่หนึ่ง

1. การดื่มนมสดในวัยผู้ใหญ่เป็นสิ่งที่จำเป็นเพราะร่างกายได้รับสารอาหารต่าง ๆ จากอาหารประเภทต่าง ๆ เพียงพอแล้ว (ค่า $t = 3.42$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

2. การดื่มน้ำสะอาดที่ต้มจนเดือดแล้วปล่อยให้เย็นลง แม้จะเป็นการถูกสุขอนามัย แต่ยุ่งยากและสิ้นเปลือง (ค่า $t = 3.58$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

3. การออกกำลังกายแม้เป็นผลดีต่อสุขภาพ แต่ทำให้เสียเวลาโดยไม่จำเป็น (ค่า $t = 4.97$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

4. การไปรับตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี ทำให้สิ้นเปลืองเวลาและเงินมากกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ (ค่า $t = 4.07$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

5. การดื่มเหล้าและบุหรี่ แม้จะให้ผลเสียต่อสุขภาพแต่ก็เพียงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับผลที่จะได้ คือช่วยผ่อนคลายความทุกข์ความเครียดและทำให้ได้มีโอกาสสังสรรค์สนุกสนานกับเพื่อนฝูง (ค่า $t = 3.99$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

องค์ประกอบที่สอง

6. ข้าพเจ้าชอบรับประทานผักสด (ค่า $t = 2.88$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

7. ข้าพเจ้าชอบรับประทานอาหารที่มีรสจัด (ค่า $t = 3.81$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

8. ข้าพเจ้ารู้สึกพอใจเมื่อได้ออกกำลังกาย (ค่า $t = 3.25$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

9. ข้าพเจ้ารู้สึกยินดี เมื่อมีโอกาสไปรับการตรวจสุขภาพแม้มิได้เจ็บป่วยใด ๆ

(ค่า $t = 2.53$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

10. ข้าพเจ้ารู้สึกพอใจที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือลดการดื่มเหล้าและการสูบบุหรี่ได้

(ค่า $t = 3.80$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

11. ข้าพเจ้ารู้สึกไม่วิตกเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นโดยไม่มีช้อนกลาง

(ค่า $t = 4.11$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

องค์ประกอบที่สาม

12. ข้าพเจ้าเลือกรับประทานผลไม้แทนขนมหวาน (ค่า $t = 4.38$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

13. ถึงแม้ว่าข้าพเจ้าจะรู้สึกว่านมสดมีรสไม่ถูกใจแต่ข้าพเจ้าก็ซื้อมาดื่ม

(ค่า $t = 3.60$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

14. ข้าพเจ้าเลือกดื่มน้ำจืดสะอาดแทนน้ำอัดลม (ค่า $t = 3.62$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

15. ถึงแม้งานที่ทำยังไม่เสร็จ แต่เมื่อถึงเวลารับประทานอาหารแล้ว ข้าพเจ้าจะไป
รับประทานอาหารตรงเวลา (ค่า $t = 2.74$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

16. ข้าพเจ้าทราบว่าควรออกกำลังกาย แต่ยังหาโอกาสทำไม่ได้ (ค่า $t = 2.43$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

17. ในสัปดาห์หน้า ข้าพเจ้าตั้งใจว่าจะออกกำลังกายเป็นเวลา 15-30 นาทีไม่ต่ำกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ แม้ว่าข้าพเจ้าจะมีงานยุ่ง (ค่า $t = 4.78$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

18. แม้ว่าจะมีรายการทีวีที่ข้าพเจ้าชอบในเวลาตก ข้าพเจ้าก็จะหลีกเลี่ยงไม่ดู
ถ้าทำให้ข้าพเจ้าไม่สามารถพักผ่อนได้เพียงพอ (ค่า $t = 3.87$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

19. ถึงแม้ว่าข้าพเจ้าจะง่วงนอนเพียงใด ข้าพเจ้าก็จะชำระร่างกายให้สะอาดก่อน
นอนทุกครั้ง (ค่า $t = 2.24$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

20. ถึงแม้ว่าเพื่อน ๆ จะเชิญชวนแต่ข้าพเจ้าก็จะหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ค่า $t = 5.92$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

5.3 แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนเกี่ยวกับสุขภาพ

คำแนะนำในการตอบ

แบบสอบถามนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะสำรวจความเชื่อและความรู้สึกของท่านที่มีต่อการรักษาสุขภาพ ขอให้ท่านพิจารณาข้อความเหล่านี้ว่าตรงกับความเชื่อและความรู้สึกของท่านเพียงใด แล้วเลือกตอบโดยขีดเครื่องหมาย / ลงบนเส้นที่มีคำบรรยายจากจริงที่สุดถึงไม่จริงเลย เพียงแห่งเดียวต่อข้อ คำถามมี 12 ข้อ โปรดตอบให้ครบทุกข้อ

ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพ

1. เมื่อข้าพเจ้าป่วย การกระทำของข้าพเจ้าจะเป็นตัวกำหนดว่าข้าพเจ้าจะหายเร็วหรือหายช้า (ค่า $t = 2.01$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

2. ข้าพเจ้าดูแลสุขภาพด้วยตัวข้าพเจ้าเอง (ค่า $t = 2.76$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

3. สุขภาพของข้าพเจ้าขณะนี้ เป็นผลของการกระทำหรือนิสัยของข้าพเจ้าเอง
(ค่า $t = 3.04$)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

4. ข้าพเจ้าสามารถป้องกันตนเองมิให้เป็นโรคได้ (ค่า $t = 2.58$)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

5. การเจ็บป่วยของคนส่วนใหญ่เป็นผลมาจากความประมาทของเขา
(ค่า $t = 2.36$)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

6. ข้าพเจ้าสามารถควบคุมสุขภาพของตนเองได้ (ค่า $t = 2.71$)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

ความเชื่ออำนาจภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ

7. ไม่ว่าข้าพเจ้าจะดูแลป้องกันสุขภาพอย่างไร ถ้าข้าพเจ้าเจ็บป่วยมันก็ต้องเจ็บป่วย
(ค่า $t = 2.59$)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

8. โชคชะตาเป็นตัวกำหนดว่าข้าพเจ้าจะหายป่วยได้เร็วหรือช้า (ค่า $t = 2.21$)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

9. การที่ข้าพเจ้ามีสุขภาพดีเป็นเพราะข้าพเจ้าโชคดี (ค่า $t = 3.03$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

10. การเจ็บป่วยในบางครั้ง เป็นเพราะโชคเคราะห์ หรือความบังเอิญ
(ค่า $t = 2.54$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

11. สิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของข้าพเจ้า ส่วนใหญ่แล้วมักเกิดขึ้นโดยบังเอิญ
(ค่า $t = 2.37$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

12. ข้าพเจ้าไม่ทราบว่าเหตุใดข้าพเจ้าจึงเป็นหวัดหรือเป็นไข้ (ค่า $t = 2.92$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

5.4 แบบวัดลักษณะมุ่งอนาคต

คำแนะนำในการตอบ

แบบสอบถามนี้มีจุดมุ่งหมายจะสำรวจความคิดและความรู้สึกของท่านที่มีต่อลักษณะมุ่งอนาคต ขอให้ท่านพิจารณาข้อความเหล่านี้ว่าตรงกับความจริงและความรู้สึกของท่านเพียงใด แล้วเลือกตอบโดยขีดเครื่องหมาย / ลงบนเส้นที่มีคำบรรยายจากจริงที่สุดถึงไม่จริงเลย เพียงแห่งเดียวต่อข้อ คำถามมี 18 ข้อ โปรดตอบให้ครบทุกข้อ

1. ข้าพเจ้ามักจะทำงานไม่เสร็จทันเวลาที่กำหนด (ค่า $t = 3.67$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

2. การกระโดดกรรมดี่โดยขาดผู้รู้เห็นเป็นการกระทำที่สุญเปล่า (ค่า $t = 3.38$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

3. บุคคลมักเสียกำลังใจ ถ้าทำงานเสร็จแล้วโดนผู้อื่นขโมยผลงานไป

(ค่า $t = 2.57$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

4. การวางแผนล่วงหน้าเป็นการกระทำที่ไร้ประโยชน์ เพราะมักไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ (ค่า $t = 5.05$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

5. ผลงานที่ผู้บังคับบัญชาไม่ยอมรับ แม้จะเป็นผลงานที่ดีก็ไร้ค่า (ค่า $t = 5.54$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

6. สิ่งตอบแทนที่ดีที่สุดในการทำงาน คือ เงินและ/หรือตำแหน่ง (ค่า $t = 3.81$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

7. ความพอใจของข้าพเจ้าเกิดจากการได้รับการยอมรับและการยกย่องจากผู้อื่น
เท่านั้น (ค่า $t = 2.51$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

8. ในปัจจุบันคนเรามากขาดความกล้าที่จะทำความดี (ค่า $t = 1.78$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

9. ถ้าในการสอบมีการแอบเปิดตำราตอบ คนที่ไม่ฉวยโอกาสอย่างคนอื่นเป็นคนโง่
(ค่า $t = 4.66$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

10. เมื่ออยู่ต่างถิ่นข้าพเจ้าคิดว่าจะทำอะไรก็ได้เพราะไม่มีใครรู้จักเรา
(ค่า $t = 3.37$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

11. ถ้าข้าพเจ้าเห็นของที่ชอบได้และราคาแพงมาก ข้าพเจ้าจะตัดสินใจซื้อทันทีและยอมอดหลังจากนั้น (ค่า $t = 3.63$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

12. ข้าพเจ้าคิดว่าไม่มีประโยชน์อะไรเลยที่จะต้องไปวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคต (ค่า $t = 2.95$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

13. ถ้าข้าพเจ้าอยากได้สิ่งใด แต่ต้องรอคอย ข้าพเจ้าจะหมดความอดทนหรือทนไม่ได้ (ค่า $t = 4.76$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

14. ในการประชุม ถ้ามีการพูดกันถึงสิ่งที่ข้าพเจ้าไม่เห็นด้วย ข้าพเจ้าจะคัดค้านทันทีโดยไม่สนใจว่าขณะนั้นเป็นจังหวะที่เหมาะสมหรือไม่ (ค่า $t = 2.21$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

15. ข้าพเจ้าคิดว่า คนเราควรหาความสุขใส่ตัวให้มากที่สุด ในขณะที่ เพราะอนาคตเป็นสิ่งไม่แน่นอน (ค่า $t = 6.64$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

16. การทำความชั่วในที่ลับตาคนนั้น ทำได้ง่ายกว่าในที่แจ้ง (ค่า $t = 4.40$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

17. ข้าพเจ้าจะระมัดระวังในการทำงานเฉพาะเมื่อมีคนมาคอยจ้องจับผิด
(ค่า $t = 3.12$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

18. การทำความดีไม่ควรหวังผลตอบแทนจากผู้อื่น (ค่า $t = 2.15$)

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

ภาคผนวก ข

ตารางแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรายละเอียด

ตาราง 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการกิน เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษาและอายุในกลุ่มรวม

ระดับการศึกษา	อายุ	รหัส	จำนวนคน	ค่าเฉลี่ย	(22)	(21)	(11)	(31)	(32)
					80.83	81.25	81.27	81.90	85.69
ประถม	มาก	(12)	61	79.02	1.81	2.23	2.25	2.88	6.67*
ม.ต้น	มาก	(22)	40	80.83	-	0.42	0.44	1.07	4.86
ม.ต้น	น้อย	(21)	51	81.25		-	0.02	0.65	4.44
ประถม	น้อย	(11)	67	81.27			-	0.63	4.42
ม.ปลาย	น้อย	(31)	73	81.90				-	3.79
ม.ปลาย	มาก	(32)	65	85.69					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการกิน เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษาในกลุ่มรวม

ระดับการศึกษา	รหัส	จำนวนคน	ค่าเฉลี่ย	(2)	(3)
				81.07	83.69
ประถม	(1)	128	80.20	0.87	3.49*
ม.ต้น	(2)	91	81.27	-	2.62
ม.ปลาย	(3)	138	83.69		-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการกิน เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษาและอายุในกลุ่มการศึกษาพ่อแม่ต่ำ

ระดับการศึกษา	อายุ	รหัส	จำนวนคน	ค่าเฉลี่ย	(22)	(31)	(11)	(21)	(32)
					79.90	80.59	80.61	81.06	85.21
ประถม	มาก	(12)	58	78.95	0.95	1.64	1.66	2.11	6.26*
ม.ต้น	มาก	(22)	31	79.90	-	0.69	0.71	1.16	5.31
ม.ปลาย	น้อย	(31)	44	80.59		-	0.02	0.47	4.62
ประถม	น้อย	(11)	61	80.61			-	0.45	4.60
ม.ต้น	น้อย	(21)	36	81.06				-	4.15
ม.ปลาย	มาก	(32)	38	85.21					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการกิน เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษาในกลุ่มผลการเรียนสูง กลุ่มสมรสและกลุ่มระดับเศรษฐกิจปานกลาง

ระดับการศึกษา	รหัส	จำนวนคน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มผลการเรียนสูง	
				(2)	(3)
				83.11	86.82
ประถม	(1)	55	80.84	2.27	5.98*
ม.ต้น	(2)	36	83.11	-	3.71
ม.ปลาย	(3)	62	86.82	-	-
				กลุ่มสมรส	
				(2)	(3)
				80.73	86.58
ประถม	(1)	74	80.18	0.55	6.40*
ม.ต้น	(2)	41	80.73	-	5.85*
ม.ปลาย	(3)	53	86.58	-	-
				กลุ่มระดับเศรษฐกิจปานกลาง	
				(2)	(3)
				81.81	86.19
ประถม	(1)	35	80.00	1.81	6.19*
ม.ต้น	(2)	31	81.81	-	4.38
ม.ปลาย	(3)	81	86.19	-	-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการกิน เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา ในกลุ่มรายได้ปานกลาง กลุ่มจบการศึกษานาน และกลุ่มทำงานนาน

ระดับการศึกษา	รหัส	จำนวนคน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มรายได้ปานกลาง	
				(2)	(3)
				83.20	85.51
ประถม	(1)	44	79.40	3.40	5.71*
ม.ต้น	(2)	35	83.20	-	2.31
ม.ปลาย	(3)	94	85.51		-
				กลุ่มจบการศึกษานาน	
				(2)	(3)
				83.11	86.30
ประถม	(1)	77	79.40	3.71	6.90*
ม.ต้น	(2)	35	83.11	-	3.19
ม.ปลาย	(3)	40	86.30	-	-
				กลุ่มทำงานนาน	
				(2)	(3)
				80.32	86.22
ประถม	(1)	59	78.44	1.88	7.78*
ม.ต้น	(2)	38	80.32	-	5.90*
ม.ปลาย	(3)	72	86.22		-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 6 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมทางการเสกสวาทที่เป็นโทษ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และอาชีพในกลุ่มรวม

ระดับ	อายุ	อาชีพ	รหัส	จำนวน	ค่า	(222)	(112)	(212)	(311)	(221)	(211)	(111)	(312)	(121)	(321)	(121)	(322)
การศึกษา	คน	เฉลี่ย															
ประถม	มาก	รง.	(122)	24	34.25	7.81	9.80*	11.81*	14.20*	15.05*	15.25*	15.56*	15.75*	15.86*	16.16*	17.16*	
ม.ต้น	มาก	รง.	(222)	17	42.06	-	1.99	4.00	6.39	7.24	7.44	7.75	7.94	8.05	8.35	9.34	
ประถม	น้อย	รง.	(112)	41	44.05	-	-	2.01	4.40	5.25	5.45	5.76	5.95	6.06	6.36	7.35	
ม.ต้น	น้อย	รง.	(212)	31	46.06	-	-	-	2.39	3.27	3.47	3.75	3.94	4.05	4.35	5.34	
ม.ปลาย	น้อย	รง.	(311)	33	48.45	-	-	-	-	0.85	1.05	1.36	1.55	1.66	1.96	2.95	
ม.ต้น	มาก	รง.	(221)	23	49.30	-	-	-	-	-	0.20	0.51	0.70	0.81	1.11	2.10	
ม.ต้น	น้อย	รง.	(211)	20	49.50	-	-	-	-	-	-	0.31	0.50	0.61	0.91	1.90	
ประถม	น้อย	รง.	(111)	26	49.81	-	-	-	-	-	-	-	0.19	0.30	0.60	1.59	
ม.ปลาย	น้อย	รง.	(312)	40	50.00	-	-	-	-	-	-	-	-	0.11	0.41	1.40	
ม.ปลาย	มาก	รง.	(321)	35	50.11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.29	
ประถม	มาก	รง.	(121)	37	50.41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.99
ม.ปลาย	มาก	รง.	(322)	30	51.40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.50

ตาราง 7 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมทางการเสกสวาทที่เป็นโทษ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มเพศหญิง

ระดับ การศึกษา	อายุ	อาชีพ	รหัส	จำนวน คน	ค่า เฉลี่ย	(112)	(111)	(221)	(212)	(211)	(322)	(312)	(111)	(222)	(321)	(311)
ประถม	มาก	รง.	(122)	10	35.20	13.39*	14.80*	16.18*	16.60*	16.80*	18.24*	18.84*	18.86*	19.13*	19.37*	19.53*
ประถม	น้อย	รง.	(112)	22	48.59	-	1.41	2.79	3.21	3.41	4.85	5.45	5.47	5.74	5.98	4.14
ประถม	น้อย	ทพ.	(111)	13	50.00	-	-	1.38	1.80	2.00	3.44	4.04	4.06	4.33	4.57	4.73
ม.ต้น	มาก	ทพ.	(221)	8	51.38	-	-	-	0.42	0.62	2.06	2.66	2.68	2.95	3.19	3.35
ม.ต้น	น้อย	รง.	(212)	15	51.80	-	-	-	-	0.20	1.64	2.24	2.26	2.53	2.77	2.93
ม.ต้น	น้อย	ทพ.	(211)	9	52.00	-	-	-	-	-	1.44	2.04	2.06	2.33	2.57	2.73
ม.ปลาย	มาก	รง.	(322)	16	53.44	-	-	-	-	-	-	0.60	0.62	0.89	1.13	1.29
ม.ปลาย	น้อย	รง.	(312)	23	54.04	-	-	-	-	-	-	-	0.02	0.29	0.53	0.69
ประถม	มาก	ทพ.	(111)	16	54.06	-	-	-	-	-	-	-	-	0.27	0.51	0.67
ม.ต้น	มาก	รง.	(222)	3	54.33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.24	0.40
ม.ปลาย	มาก	ทพ.	(321)	21	54.57	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ม.ปลาย	น้อย	ทพ.	(311)	15	54.73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.50

ตาราง 8 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมทางการศึกษาที่เป็นโทษ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มการศึกษาพ่อแม่

ระดับ อายุ อาชีพ รหัส จำนวน ค่า	(222)	(112)	(212)	(311)	(211)	(221)	(111)	(312)	(321)	(121)	(322)		
การศึกษา คน เฉลี่ย													
ประถม มาก รง. (122)	24	34.25	8.25	10.12*	10.92*	11.49*	12.75*	13.70*	14.53*	14.55*	15.75*	16.54*	18.17*
ม.ต้น มาก รง. (222)	12	42.50	-	1.87	2.67	3.24	4.50	5.45	6.28	6.30	7.50	8.29	9.92
ประถม น้อย รง. (112)	38	44.37	-	-	0.80	1.37	2.63	3.58	4.41	4.43	5.63	6.42	8.05
ม.ต้น น้อย รง. (212)	24	45.17	-	-	-	0.57	1.83	2.78	3.61	3.63	4.83	5.62	7.25
ม.ปลาย น้อย รง. (311)	19	45.74	-	-	1.26	2.21	3.04	3.06	4.26	4.26	5.05	5.68	6.68
ม.ต้น น้อย รง. (211)	12	47.00	-	-	-	0.95	1.78	1.80	3.00	3.00	3.79	5.42	5.42
ม.ต้น มาก รง. (221)	19	47.95	-	-	-	-	0.83	0.85	2.05	2.05	2.84	4.47	4.47
ประถม น้อย รง. (111)	23	48.78	-	-	-	-	-	0.02	1.22	1.22	2.01	3.64	3.64
ม.ปลาย น้อย รง. (312)	25	48.80	-	-	-	-	-	-	1.20	1.20	1.99	3.62	3.62
ม.ปลาย มาก รง. (321)	19	50.00	-	-	-	-	-	-	-	-	0.79	2.42	2.42
ประถม มาก รง. (121)	34	50.79	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.63	1.63
ม.ปลาย มาก รง. (322)	19	52.42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.50

ตาราง 9 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการหลักเลียงการเส้นสารที่เป็นโทษ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มผลการเรียนสูง

ระดับ อายุ อาชีพ รหัส จำนวน ค่า	(222)	(112)	(212)	(221)	(321)	(111)	(211)	(312)	(322)	(311)	(121)		
การศึกษ คน เฉลี่ย	45.29	46.82	47.29	49.75	50.00	53.33	52.43	52.50	52.68	53.25	54.60		
ประถม มาก รง. (122)	13	33.08	12.21	13.74*	14.21*	16.67*	16.72*	17.25*	19.35*	19.42*	19.60*	20.17*	21.52*
ม.ต้น มาก รง. (222)	7	45.29	-	1.57	2.00	4.46	4.71	5.04	7.04	7.21	7.39	7.96	9.31
ประถม น้อย รง. (112)	17	46.82	-	-	0.47	2.93	3.18	3.51	5.61	5.68	5.86	6.43	7.78
ม.ต้น น้อย รง. (212)	14	47.29	-	-	-	2.46	2.71	3.04	5.14	5.21	5.39	5.96	7.31
ม.ต้น มาก รพ. (221)	8	49.75	-	-	-	-	0.25	0.58	2.68	2.75	2.93	3.50	4.85
ม.ปลาย มาก รพ. (321)	13	50.00	-	-	-	-	-	0.33	2.43	2.50	2.68	3.25	4.60
ประถม น้อย รพ. (111)	15	50.33	-	-	-	-	-	-	2.10	2.17	2.35	2.92	4.27
ม.ต้น น้อย รพ. (211)	7	52.43	-	-	-	-	-	-	-	0.07	0.25	0.82	2.17
ม.ปลาย น้อย รง. (312)	18	52.50	-	-	-	-	-	-	-	-	0.18	0.75	2.10
ม.ปลาย มาก รง. (322)	19	52.68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.57	1.92
ม.ปลาย น้อย รพ. (311)	12	53.25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.35
ประถม มาก รพ. (121)	10	54.60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.50

ตาราง 10 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการแสวงหาที่เป็นโทษ เมื่อพิจารณาตาม
ระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มโสด

ระดับ การศึกษา	อายุ	อาชีพ	รหัส	จำนวน	ค่า	(222)	(112)	(212)	(311)	(221)	(312)	(211)	(111)	(321)	(121)	(322)
				คน	เฉลี่ย	42.83	43.78	46.00	48.72	48.90	49.46	49.60	50.14	51.17	53.50	56.11
ประถม	มาก	ร.ง.	(122)	5	31.80	11.03	11.98	14.20	16.92*	17.10*	17.66*	17.80*	18.34*	19.37*	21.70*	24.31*
ม.ต้น	มาก	ร.ง.	(222)	6	42.83	-	0.95	3.17	5.89	6.07	6.63	6.77	7.31	8.34	10.67	13.28
ประถม	น้อย	ร.ง.	(112)	27	43.78		-	2.22	4.94	5.12	5.68	5.82	6.36	7.39	9.72	12.33
ม.ต้น	น้อย	ร.ง.	(212)	24	46.00			-	2.72	2.90	3.46	3.60	4.14	5.17	7.50	10.11
ม.ปลาย	น้อย	ร.พ.	(311)	29	48.72				-	0.18	0.74	0.88	1.42	2.45	4.78	7.39
ม.ต้น	มาก	ร.พ.	(221)	10	48.90					-	0.56	0.70	1.24	2.27	4.60	7.21
ม.ปลาย	น้อย	ร.ง.	(312)	35	49.46						-	0.14	0.68	1.71	4.04	6.65
ม.ต้น	น้อย	ร.พ.	(211)	10	49.60							-	0.54	1.57	3.90	6.51
ประถม	น้อย	ร.พ.	(111)	14	50.14								-	1.03	3.36	5.97
ม.ปลาย	มาก	ร.พ.	(321)	12	51.17									-	2.33	4.94
ประถม	มาก	ร.พ.	(121)	8	53.50										-	2.61
ม.ปลาย	มาก	ร.ง.	(322)	9	56.11											-

* สันนิษฐานว่าค่าเฉลี่ยที่ระดับ 0.50

ตาราง 11 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการหลักเลียงการเสกสรรที่เป็นโทษ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มทำงานนาน

ระดับ	อายุ	อาชีพ	รหัส	จำนวน	ค่า	(222)	(212)	(112)	(111)	(221)	(321)	(322)	(121)	(312)	(311)	(211)
การศึกษา	คน	เฉลี่ย														
ประถม	มาก	รง. (122)	16	36.38	5.31	7.29	10.37	12.79	13.56*	14.03*	14.82*	15.14*	15.32*	17.82*	18.95*	
ม.ต้น	มาก	รง. (222)	13	41.69	-	1.98	5.06	7.48	8.25	8.72	9.51	9.83	10.01	12.51	13.64	
ม.ต้น	น้อย	รง. (212)	3	43.67	-	-	1.08	5.50	6.27	6.74	7.53	7.85	8.03	10.53	11.66	
ประถม	น้อย	รง. (112)	8	46.75	-	-	-	2.42	3.19	3.66	4.45	4.77	4.95	7.45	8.58	
ประถม	น้อย	รง. (111)	6	49.17	-	-	-	-	0.77	1.24	2.03	2.35	2.53	5.03	6.16	
ม.ต้น	มาก	รง. (221)	16	49.94	-	-	-	-	-	0.47	1.26	1.58	1.76	4.26	5.39	
ม.ปลาย	มาก	รง. (321)	32	50.41	-	-	-	-	-	-	0.78	1.11	1.29	3.79	4.92	
ม.ปลาย	มาก	รง. (322)	25	51.20	-	-	-	-	-	-	-	0.32	0.50	3.00	4.13	
ประถม	มาก	รง. (121)	29	51.52	-	-	-	-	-	-	-	-	0.18	2.68	3.81	
ม.ปลาย	น้อย	รง. (312)	10	51.70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.63	
ม.ปลาย	น้อย	รง. (311)	5	54.20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.13	
ม.ต้น	น้อย	รง. (211)	6	55.33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.50

ตาราง 12 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมหลักเลี้ยงการ
 เสนอสารที่เป็นโทษเมื่อพิจารณาตาม ระดับการศึกษา และอายุ ในกลุ่มรวม

ระดับ	อายุ	รหัส	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	(22)	(21)	(31)	(11)	(32)
การศึกษา			คน		46.23	47.39	49.30	50.16	50.71
ประณม	มาก	(12)	65	40.43	5.80	6.96*	8.87*	9.73*	10.28*
ม.ต้น	มาก	(22)	40	46.23	-	1.16	3.07	3.93	4.48
ม.ต้น	น้อย	(21)	51	47.39		-	1.91	2.77	3.32
ม.ปลาย	น้อย	(31)	73	49.30			-	0.86	1.41
ประณม	น้อย	(11)	63	50.16				-	0.55
ม.ปลาย	มาก	(32)	65	50.71					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 13 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพ
สารที่เป็นโทษเมื่อพิจารณาตาม ระดับการศึกษาและอายุ ในกลุ่มการศึกษานอแม่อำ
และกลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำ

ระดับ การศึกษา	อายุ	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มการศึกษานอแม่อำ				
					(21)	(22)	(11)	(31)	(32)
					45.78	45.84	46.03	47.48	51.21
ประถม	มาก	(12)	58	43.95	1.83	1.89	2.08	3.53	7.26*
ม.ต้น	น้อย	(21)	36	45.78	-	0.06	0.25	1.70	5.43*
ม.ต้น	มาก	(22)	31	45.84		-	0.19	1.64	5.37
ประถม	น้อย	(11)	61	46.03			-	1.64	5.18
ม.ปลาย	น้อย	(31)	44	47.48				-	3.73
ม.ปลาย	มาก	(32)	38	51.21					-
					กลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำ				
					(22)	(11)	(31)	(21)	(32)
					45.53	46.45	47.40	47.56	48.93
ประถม	มาก	(12)	37	40.00	5.53	6.45	7.49*	7.56*	8.93*
ม.ต้น	มาก	(22)	19	45.53	-	0.92	1.96	2.03	3.40
ประถม	น้อย	(11)	56	46.45		-	1.04	1.11	2.48
ม.ปลาย	น้อย	(31)	43	47.49			-	0.07	1.44
ม.ต้น	น้อย	(21)	41	47.56				-	1.37
ม.ปลาย	มาก	(32)	14	48.93					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 14 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมหลักเลี้ยงการ
 เสพสารที่เป็นโทษ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษาและอายุ ในกลุ่มทำงานไม่นาน

ระดับ การศึกษา	อายุ	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มทำงานไม่นาน				
					(11)	(22)	(21)	(31)	(32)
					45.89	46.18	46.52	48.47	50.38
ประณม	มาก	(12)	16	38.19	7.70	7.99*	8.33*	10.28	12.19
ประณม	น้อย	(11)	53	45.89	-	0.29	0.63	2.58	4.49
ม.ต้น	มาก	(22)	11	46.18		-	0.34	2.29	4.20
ม.ต้น	น้อย	(21)	42	46.52			-	1.95	3.86
ม.ปลาย	น้อย	(31)	58	48.47				-	1.91
ม.ปลาย	มาก	(32)	8	50.38					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 15 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมหลักเลี้ยงการ
 เสพสารที่เป็นโทษ เมื่อพิจารณาตาม ระดับการศึกษา และอาชีพในกลุ่มรวม

ระดับ การศึกษา	อาชีพ	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	(22)	(31)	(21)	(11)	(32)
					44.63	49.31	49.40	50.16	50.60
ประณม	รง.	(12)	65	40.43	4.20	8.88*	8.97*	9.73*	10.17*
ม.ต้น	รง.	(22)	48	44.63	-	4.68	4.77	5.53	5.97
ม.ปลาย	รพ.	(31)	68	49.31		-	0.09	0.85	1.29
ม.ต้น	รพ.	(21)	43	49.40			-	0.76	1.20
ประณม	รพ.	(11)	63	50.16				-	0.44
ม.ปลาย	รง.	(32)	70	50.60					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 16 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการ
 เสพสารที่เป็นโทษ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษาและอาชีพ ในกลุ่มเพศชาย
 และกลุ่มเพศหญิง

ระดับ การศึกษา	อาชีพ	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มเพศชาย				
					(22)	(31)	(32)	(21)	(11)
					40.07	43.31	46.58	47.88	48.38
ประภม	รง.	(12)	33	36.56	3.51	6.75	10.02*	11.32*	11.82*
ม.ต้น	รง.	(22)	30	40.07	-	3.24	6.51	7.81	8.31*
ม.ปลาย	รพ.	(31)	32	43.31		-	3.27	4.57	5.07
ม.ปลาย	รง.	(32)	31	46.58			-	1.30	1.80
ม.ต้น	รพ.	(21)	26	47.88				-	0.50
ประภม	รพ.	(11)	34	48.38					-
					กลุ่มเพศหญิง				
					(21)	(22)	(11)	(32)	(31)
					51.71	52.22	52.24	53.79	54.64
ประภม	รง.	(12)	32	44.41	7.30	7.81	7.83*	9.38*	10.23*
ม.ต้น	รพ.	(21)	17	51.71	-	0.51	0.53	1.57	2.93
ม.ต้น	รง.	(22)	18	52.22		-	0.02	1.57	2.42
ประภม	รพ.	(11)	29	52.24			-	1.55	2.40
ม.ปลาย	รง.	(32)	39	53.79				-	0.85
ม.ปลาย	รพ.	(31)	36	54.64					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 17 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมหลักเลี้ยงการ
 เสพสารที่เป็นโทษ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษาและอาชีพ ในกลุ่มการศึกษา
 พ่อแม่ต่ำ

ระดับ	อาชีพ	รหัส	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มการศึกษาพ่อแม่ต่ำ				
					(22)	(21)	(31)	(11)	(32)
การศึกษา			คน		44.28	47.58	47.87	49.98	50.36
ประณม	รง.	(12)	62	40.45	3.83	7.13*	7.42*	9.53*	10.91*
ม.ต้น	รง.	(22)	36	44.28	-	3.30	3.59	5.70	6.08*
ม.ต้น	รพ.	(21)	31	47.58		-	0.29	2.40	2.78
ม.ปลาย	รพ.	(31)	38	47.87			-	2.11	2.49
ประณม	รพ.	(11)	57	49.98				-	0.38
ม.ปลาย	รง.	(32)	44	50.36					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 18 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมหลักเลียงการ
เส้นสารที่เป็นโทษ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา และอาชีพ ในกลุ่มผลการ
เรียนต่ำ และผลการเรียนสูง

ระดับ การศึกษา	อาชีพ	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มผลการเรียนต่ำ				
					(22)	(31)	(32)	(21)	(11)
					43.07	48.00	48.36	48.54	48.92
ประณม	รง.	(12)	34	40.12	2.95	7.88*	8.24*	8.42*	8.80*
ม.ต้น	รง.	(22)	27	43.07	-	4.93	5.29	5.47	5.85
ม.ปลาย	รพ.	(31)	43	48.00		-	0.36	0.54	0.92
ม.ปลาย	รง.	(32)	33	48.36			-	0.18	0.56
ม.ต้น	รพ.	(21)	28	48.54				-	0.38
ประณม	รพ.	(11)	38	48.92					-
					กลุ่มผลการเรียนสูง				
					(22)	(21)	(31)	(11)	(32)
					46.62	51.00	51.56	52.04	52.59
ประณม	รง.	(12)	30	40.87	5.74	10.13*	10.69*	11.17*	11.72*
ม.ต้น	รง.	(22)	21	46.62	-	4.38	4.94	5.42	5.97
ม.ต้น	รพ.	(21)	15	51.00		-	0.56	1.04	1.59
ม.ปลาย	รพ.	(31)	25	51.56			-	0.48	1.03
ประณม	รพ.	(11)	25	52.04				-	0.55
ม.ปลาย	รง.	(32)	37	52.59					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 19 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมหลักเลี้ยงการ
 เสพสารที่เป็นโทษ เมื่อพิจารณาตาม ระดับการศึกษาและอาชีพ ในกลุ่มโสด
 และกลุ่มสมรส

ระดับ การศึกษา	อาชีพ	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่ม โสด				
					(22)	(21)	(31)	(32)	(11)
					45.37	49.25	49.44	50.82	51.36
ประณม	รง.	(12)	32	41.91	3.46	7.34	7.53	8.91*	9.45*
ม.ต้น	รง.	(22)	30	45.37	-	3.88	4.07	5.45	5.99
ม.ต้น	รพ.	(21)	20	49.25		-	0.19	1.57	2.11
ม.ปลาย	รพ.	(31)	41	49.44			-	0.38	1.92
ม.ปลาย	รง.	(32)	44	50.82				-	0.54
ประณม	รพ.	(11)	22	51.36					-
					กลุ่มสมรส				
					(22)	(31)	(11)	(21)	(32)
					43.39	49.11	49.51	49.52	50.23
ประณม	รง.	(12)	33	39.00	4.39	10.11*	10.51*	10.52*	11.23*
ม.ต้น	รง.	(22)	18	43.39	-	5.72	6.12	6.13	6.84
ม.ปลาย	รพ.	(31)	27	49.11		-	0.40	0.41	1.12
ประณม	รพ.	(11)	41	49.51			-	0.01	0.72
ม.ต้น	รพ.	(21)	23	49.52				-	0.48
ม.ปลาย	รง.	(32)	26	50.23					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 20 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการ
เส้นสารที่เป็นโทษ เมื่อพิจารณาตาม ระดับการศึกษาและอาชีพ ในกลุ่มระดับ
เศรษฐกิจต่ำและกลุ่มระดับเศรษฐกิจปานกลาง

ระดับ การศึกษา	อาชีพ	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำ				
					(22)	(31)	(21)	(11)	(32)
					46.09	46.67	48.08	48.41	49.86
ประถม	รง.	(12)	54	40.61	5.48	6.06	7.47*	7.80*	9.25*
ม.ต้น	รง.	(22)	35	46.09	-	0.58	1.99	2.32	3.77
ม.ปลาย	รง.	(31)	36	46.67		-	1.41	1.74	3.19
ม.ต้น	รง.	(21)	25	48.08			-	0.33	1.78
ประถม	รง.	(11)	39	48.41				-	1.45
ม.ปลาย	รง.	(32)	21	49.86					-
					กลุ่มระดับเศรษฐกิจปานกลาง				
					(22)	(32)	(21)	(31)	(11)
					40.69	50.92	51.22	52.28	53.00
ประถม	รง.	(12)	11	39.55	1.14	11.37*	11.67*	12.73*	13.45*
ม.ต้น	รง.	(22)	13	40.69	-	10.23*	10.53*	11.59*	12.31*
ม.ปลาย	รง.	(32)	49	50.92		-	0.30	1.36	2.08
ม.ต้น	รง.	(21)	18	51.22			-	1.06	1.78
ม.ปลาย	รง.	(31)	32	52.20				-	0.72
ประถม	รง.	(11)	24	53.00					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 21 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมหลักเลี้ยงการ
 เสพสารที่เป็นโทษ เมื่อพิจารณาตาม ระดับการศึกษาและอาชีพ ในกลุ่มรายได้
 ปานกลาง และกลุ่มจบการศึกษานาน

ระดับ การศึกษา	อาชีพ	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มรายปานกลาง				
					(22)	(21)	(32)	(31)	(11)
					44.29	50.50	50.79	52.45	53.62
ประณม	รง.	(12)	23	38.35	5.94	12.15*	12.44*	14.10*	15.27*
ม.ต้น	รง.	(22)	17	44.29	-	6.21	6.50	8.16	9.33
ม.ต้น	รพ.	(21)	18	50.50		-	0.29	1.95	3.12
ม.ปลาย	รง.	(32)	61	50.79			-	1.66	2.83
ม.ปลาย	รพ.	(31)	33	52.45				-	1.17
ประณม	รพ.	(11)	21	53.62					-
					กลุ่มจบการศึกษานาน				
					(22)	(32)	(21)	(11)	(31)
					41.08	50.05	50.14	50.54	51.32
ประณม	รง.	(12)	31	36.13	4.95	13.92*	14.01*	14.41*	15.19*
ม.ต้น	รง.	(22)	13	41.08	-	8.97	9.06	9.46*	10.24*
ม.ปลาย	รง.	(32)	21	50.05		-	0.09	0.49	1.27
ม.ต้น	รพ.	(21)	22	50.14			-	0.40	1.18
ประณม	รพ.	(11)	46	50.54				-	0.78
ม.ปลาย	รพ.	(31)	19	51.32					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 22 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมหลักเลี้ยงการ
 เสนอสารที่เป็นโทษ เมื่อพิจารณาตาม ระดับการศึกษาและอาชีพในกลุ่มทำงาน
 ไม่นาน และกลุ่มทำงานนาน

กลุ่มทำงานไม่นาน									
ระดับ	อาชีพ	รหัส	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	(22)	(21)	(31)	(11)	(32)
การศึกษา			คน		45.91	47.29	47.39	48.96	49.86
ประถม	รง.	(12)	41	40.78	5.13	6.51	6.61	8.18*	9.08*
ม.ต้น	รง.	(22)	32	45.91	-	1.38	1.48	3.05	3.95
ม.ต้น	รพ.	(21)	21	47.29		-	0.10	1.67	2.57
ม.ปลาย	รพ.	(31)	31	47.39			-	1.57	2.47
ประถม	รพ.	(11)	28	48.96				-	0.90
ม.ปลาย	รง.	(32)	35	49.86					-
กลุ่มทำงานนาน									
					(22)	(31)	(11)	(32)	(21)
					42.06	50.92	51.11	51.34	51.41
ประถม	รง.	(12)	24	39.83	2.23	11.09*	11.28*	11.51*	11.58*
ม.ต้น	รง.	(22)	16	42.06	-	8.86	9.05	9.28	9.35
ม.ปลาย	รพ.	(31)	37	50.92		-	0.19	0.42	0.49
ประถม	รพ.	(11)	35	51.11			-	0.23	0.30
ม.ปลาย	รง.	(32)	35	51.34				-	0.07
ม.ต้น	รพ.	(21)	22	51.41					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 23 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมหลักเลี้ยงการ
 เสพสารที่เป็นโทษ เมื่อพิจารณาตาม อายุ และอาชีพ

อายุ	อาชีพ	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	(12) 46.72	(11) 49.16	(21) 50.03
มาก	รง.	(22)	71	43.37	3.35	5.79*	6.66*
น้อย	รง.	(12)	112	46.72	-	2.44	3.31
น้อย	รพ.	(11)	79	49.16		-	0.87
มาก	รพ.	(21)	95	50.03			-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 24 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการ
เส้นสารที่เป็นโทษ เมื่อพิจารณาตาม อายุ และอาชีพในกลุ่มเพศหญิง กลุ่มสมรส
และกลุ่มจบการศึกษานาน

อายุ	อาชีพ	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มเพศหญิง		
					(12)	(11)	(21)
					51.48	52.41	53.82
มาก	รง.	(22)	29	47.24	4.24*	5.17*	6.58*
น้อย	รง.	(12)	60	51.48	-	0.93	2.34
น้อย	รพ.	(11)	37	52.41		-	1.41
มาก	รพ.	(21)	45	53.82			-
					กลุ่มสมรส		
					(12)	(11)	(21)
					46.77	48.96	49.57
มาก	รง.	(22)	51	42.31	4.46*	6.65*	7.26*
น้อย	รง.	(12)	26	46.77	-	2.19	2.80
น้อย	รพ.	(11)	26	48.96		-	0.61
มาก	รพ.	(21)	65	49.57			-
					กลุ่มจบการศึกษานาน		
					(12)	(11)	(21)
					41.89	49.69	50.77
มาก	รง.	(22)	56	41.57	0.32	8.12*	9.20*
น้อย	รง.	(12)	9	41.89	-	7.8	8.88*
น้อย	รพ.	(11)	13	49.69		-	1.08
มาก	รพ.	(21)	74	50.77			-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 25 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมหลักเลียงการ
 เสพสารที่เป็นโทษ เมื่อพิจารณาตาม อายุ และอาชีพในกลุ่มการศึกษาพ่อแม่ต่ำ
 กลุ่มผลการเรียนต่ำ และกลุ่มรายได้ต่ำ

อายุ	อาชีพ	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มการศึกษาพ่อแม่ต่ำ		
					(12)	(11)	(21)
					45.86	47.31	49.83
มาก	รง.	(22)	55	42.33	3.53*	4.98*	7.50*
น้อย	รง.	(12)	87	45.86	-	1.45	3.97*
น้อย	รพ.	(11)	54	47.31		-	2.52
มาก	รพ.	(21)	72	49.83			-
					กลุ่มผลการเรียนต่ำ		
					(12)	(11)	(21)
					45.03	47.18	49.36
มาก	รง.	(22)	32	41.59	3.44	5.59*	7.77*
น้อย	รง.	(12)	62	45.03	-	2.15	4.33*
น้อย	รพ.	(11)	45	47.18		-	2.18
มาก	รพ.	(21)	64	49.36			-
					กลุ่มรายได้ต่ำ		
					(12)	(11)	(21)
					45.29	47.75	47.77
มาก	รง.	(22)	19	38.21	7.08*	9.54*	9.56*
น้อย	รง.	(12)	63	45.29	-	2.46	2.48*
น้อย	รพ.	(11)	63	47.75		-	0.02
มาก	รพ.	(21)	39	47.77			-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 26 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมหลักเลียงการ
เส้นสารที่เป็นโทษ เมื่อพิจารณาตาม ระดับการศึกษา ในกลุ่มรวมกลุ่มเพศหญิง
กลุ่มการศึกษานอแม่อำ

ระดับ	รหัส	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มรวม	
				(2)	(3)
การศึกษา		คน		46.88	49.96
ประถม	(1)	128	45.22	1.66	4.74 [*]
ม.ต้น	(2)	91	46.88	-	3.08 [*]
ม.ปลาย	(3)	138	49.96		-
				กลุ่มเพศหญิง	
				(2)	(3)
				51.97	54.20
ประถม	(1)	61	48.13	3.84 [*]	6.07 [*]
ม.ต้น	(2)	35	51.97	-	2.23
ม.ปลาย	(3)	75	54.20		-
				กลุ่มการศึกษานอแม่อำ	
				(2)	(3)
				45.81	49.21
ประถม	(1)	119	45.02	0.79	4.19 [*]
ม.ต้น	(2)	67	45.81	-	3.4 [*]
ม.ปลาย	(3)	82	49.21		-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 27 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการศึกษาหลักเลี้ยงการ
 เสพสารที่เป็นโทษ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา ในกลุ่มผลการเรียนสูง
 กลุ่มโสด และกลุ่มสมรส

ระดับ	รหัส	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มผลการเรียนสูง	
				(2)	(3)
การศึกษา		คน		48.44	52.18
ประถม	(1)	55	45.95	2.49	6.23*
ม.ต้น	(2)	36	48.44	-	3.74
ม.ปลาย	(3)	62	52.18		-
				กลุ่มโสด	
				(2)	(3)
				46.92	50.15
ประถม	(1)	54	45.76	1.16	4.39*
ม.ต้น	(2)	50	46.92	-	3.23
ม.ปลาย	(3)	85	50.15		-
				กลุ่มสมรส	
				(2)	(3)
				46.83	49.66
ประถม	(1)	74	44.82	2.01	4.84*
ม.ต้น	(2)	41	46.83	-	2.83
ม.ปลาย	(3)	53	49.66		-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 28 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ของคะแนนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการ
 เสพสารที่เป็นโทษ เมื่อพิจารณาตาม ระดับการศึกษา ในกลุ่มระดับเศรษฐกิจ
 ปานกลาง กลุ่มรายได้ปานกลางและกลุ่มจบการศึกษาไม่นาน

ระดับ	รหัส	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มระดับเศรษฐกิจปานกลาง	
				(1)	(3)
การศึกษา		คน		48.77	51.46
ม.ต้น	(2)	31	46.81	1.96	4.65*
ประถม	(1)	35	48.77	-	2.69
ม.ปลาย	(3)	81	51.46		-
				กลุ่มรายได้ปานกลาง	
				(2)	(3)
				47.49	51.37
ประถม	(1)	44	45.64	1.85	5.73*
ม.ต้น	(2)	35	47.49	-	3.88*
ม.ปลาย	(3)	94	51.37		-
				กลุ่มจบการศึกษาไม่นาน	
				(2)	(3)
				46.95	49.68
ประถม	(1)	51	45.94	1.01	3.74*
ม.ต้น	(2)	56	46.95	-	2.73
ม.ปลาย	(3)	98	49.68		-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 29 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ของคะแนนพฤติกรรมหลักเลี้ยงการ
 เส่นสารที่เป็นโทษ เมื่อพิจารณาตาม ระดับการศึกษา ในกลุ่มทำงานไม่นาน
 กลุ่มทำงานนาน และกลุ่มจบการศึกษานาน

ระดับ การศึกษา	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มทำงานไม่นาน	
				(2)	(3)
				46.45	48.70
ประณม	(1)	69	44.10	2.35	4.60*
ม.ต้น	(2)	53	46.45	-	2.25
ม.ปลาย	(3)	66	48.70		-
				กลุ่มทำงานนาน	
				(2)	(3)
				47.47	51.13
ประณม	(1)	59	46.53	0.94	4.60*
ม.ต้น	(2)	38	47.47	-	3.66
ม.ปลาย	(3)	72	51.13		-
				กลุ่มจบการศึกษานาน	
				(2)	(3)
				46.77	50.65
ประณม	(1)	77	44.74	2.03	5.91*
ม.ต้น	(2)	35	46.77	-	3.88
ม.ปลาย	(3)	40	50.65		-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 30 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการศึกษาหลักเลื่องการเสพสารที่เป็นโทษ
เมื่อพิจารณาตาม อายุ และอาชีพ ในกลุ่มที่มีนัยสำคัญ

กลุ่ม	อายุ		อาชีพ	
	น้อย	มาก	รพ.	รง.
กลุ่มรวม	-	-	49.64	45.42
เพศชาย	-	-	46.48	40.99
เพศหญิง	-	-	53.18	50.10
กศ. พ่อแม่ต่ำ	-	-	48.75	44.49
กศ. พ่อแม่สูง	-	-	51.96	48.63
ผลการเรียนต่ำ	-	-	48.46	43.86
ผลการเรียนสูง	50.17	47.74	51.62	47.17
โสด	-	-	49.90	46.58
สมรส	47.87	46.38	49.40	43.82
เศรษฐกิจต่ำ	47.09	43.29	47.70	44.11
เศรษฐกิจปานกลาง	-	-	52.26	47.38
รายได้ต่ำ	46.52	44.64	47.75	43.65
รายได้ปานกลาง	50.09	48.55	52.31	46.86
จบกศ. นาน	-	-	50.61	41.62
ทำงานไม่นาน	47.04	43.49	47.91	45.24
ทำงานนาน	50.53	48.17	51.11	45.68

ตาราง 32 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล เมื่อพิจารณา ตามระดับการศึกษาและอาชีพ ในกลุ่มจบการศึกษานาน

ระดับ	อาชีพ	รหัส	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	(31)	(22)	(11)	(32)	(21)
การศึกษา			คน		61.63	62.08	63.43	66.05	70.05
ประภม	รง.	(12)	32	57.84	3.39	4.24	5.59	8.21	12.21*
ม.ปลาย	รพ.	(31)	19	61.63	-	0.45	1.80	4.42	8.42
ม.ต้น	รง.	(22)	13	62.08		-	1.35	3.97	7.97
ประภม	รพ.	(11)	46	63.43			-	2.62	6.62
ม.ปลาย	รง.	(32)	21	66.05				-	4.00
ม.ต้น	รพ.	(21)	22	70.05					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 33 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษาในกลุ่มรวม กลุ่มสมรสและกลุ่มจบการศึกษานาน

ระดับการศึกษา	รหัส	จำนวนคน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มรวม	
				(2) 61.07	(3) 65.85
ประถม	(1)	129	60.83	2.25	3.30*
ม.ต้น	(2)	91	63.08	-	1.05
ม.ปลาย	(3)	138	64.13		-

ระดับการศึกษา	รหัส	จำนวนคน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มสมรส	
				(2) 61.07	(3) 65.85
ประถม	(1)	75	60.69	0.38	5.16*
ม.ต้น	(2)	41	61.07	-	4.78*
ม.ปลาย	(3)	53	65.85		-

				กลุ่มจบการศึกษานาน	
				(3) 63.95	(2) 67.09
ประถม	(1)	78	61.14	2.81	5.95*
ม.ต้น	(3)	40	63.95	-	3.14
ม.ต้น	(2)	35	67.09		-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 34 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรักษานามัยส่วนบุคคล เมื่อพิจารณาตาม อายุ และอาชีพ ในกลุ่มที่มีนัยสำคัญ

กลุ่ม	อายุ		อาชีพ	
	น้อย	มาก	รพ.	รง.
กลุ่มรวม	-	-	63.95	61.47
เพศหญิง	-	-	64.05	60.11
กศ.พ่อแม่ต่ำ	-	-	62.96	60.09
ผลการเรียนต่ำ	-	-	63.75	59.19
เศรษฐกิจต่ำ	-	-	63.22	58.88
รายได้ต่ำ	-	-	62.95	58.80
จบกศ.นาน	67.57	62.47	-	-

ตาราง 35 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ
เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา และอายุ ในกลุ่มรวม

ระดับการศึกษา	อายุ	รหัส	จำนวนคน	ค่าเฉลี่ย	(22)	(11)	(21)	(32)	(31)
					86.58	86.97	87.12	87.43	88.36
ประถม	มาก	(12)	61	81.00	5.58	5.97	6.12	6.43*	7.36*
ม.ต้น	มาก	(22)	40	86.58	-	0.39	0.54	0.85	1.78
ประถม	น้อย	(11)	68	86.97		-	0.15	0.46	1.39
ม.ต้น	น้อย	(21)	51	87.12			-	0.31	1.24
ม.ปลาย	มาก	(32)	65	87.43				-	0.93
ม.ปลาย	น้อย	(31)	72	88.36					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 36 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ
เมื่อพิจารณาตาม ระดับการศึกษาและอาชีพ ในกลุ่มรวม

ระดับการศึกษา	อาชีพ	รหัส	จำนวนคน	ค่าเฉลี่ย	(22)	(11)	(31)	(21)	(22)
					85.46	86.71	87.18	88.47	88.65
ประถม	รง.	(12)	66	81.70	4.01	5.01	5.48	6.77*	6.95*
ม.ต้น	รง.	(22)	48	85.46	-	1.25	1.72	3.01	3.19
ประถม	รพ.	(11)	63	86.71		-	0.47	1.76	1.94
ม.ปลาย	รพ.	(31)	68	87.18			-	1.29	1.47
ม.ต้น	รพ.	(21)	43	88.47				-	0.18
ม.ปลาย	รง.	(22)	69	88.65					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 37 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ
เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา และอายุในกลุ่มเพศหญิง และกลุ่มสมรส

ระดับ การศึกษา	อายุ	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มเพศหญิง				
					(32)	(22)	(31)	(21)	(11)
					88.38	89.36	89.65	89.96	90.31
ประณม	มาก	(12)	26	77.42	10.96*	11.94*	12.23*	12.54*	12.89*
ม.ปลาย	มาก	(32)	37	88.38	-	0.98	1.27	1.58	1.93
ม.ต้น	มาก	(22)	11	89.36		-	0.26	0.57	0.92
ม.ปลาย	น้อย	(31)	37	89.65			-	0.31	0.66
ม.ต้น	น้อย	(21)	24	89.96				-	0.35
ประณม	น้อย	(11)	36	90.31					-
ระดับ การศึกษา	อายุ	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มสมรส				
					(21)	(22)	(32)	(11)	(31)
					85.76	86.25	87.05	88.78	94.56
ประณม	มาก	(12)	48	80.81	4.95	5.44	6.24*	7.97*	13.75*
ม.ต้น	น้อย	(21)	17	85.76	-	0.49	1.29	3.02	8.80
ม.ต้น	มาก	(22)	24	86.25		-	0.8	2.53	8.31
ม.ปลาย	มาก	(32)	44	87.05			-	1.73	7.51
ประณม	น้อย	(11)	27	88.78				-	5.78
ม.ปลาย	น้อย	(31)	9	94.56					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 38 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ
เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา และอายุในกลุ่มการศึกษานอแม่อำ

ระดับ การศึกษา	อายุ	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มการศึกษานอแม่อำ				
					(21)	(22)	(32)	(11)	(31)
					85.76	86.25	87.05	88.78	94.56
ประถม	มาก	(12)	58	80.67	4.25	5.77	6.78	6.99*	7.24*
ม.ต้น	น้อย	(21)	36	84.92	-	1.52	2.53	2.74	2.99
ประถม	น้อย	(11)	62	86.44		-	1.01	1.22	1.47
ม.ต้น	มาก	(22)	31	87.45			-	0.21	0.46
ม.ปลาย	มาก	(32)	38	87.66				-	0.25
ม.ปลาย	น้อย	(31)	43	87.91					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 39 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ
เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา และอาชีพในกลุ่มการศึกษานอแม่อำ และกลุ่ม
ผลการเรียนต่ำ

ระดับ	อาชีพ	รหัส	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มการศึกษานอแม่อำ				
					(22)	(11)	(21)	(31)	(32)
การศึกษา			คน		85.97	86.02	86.23	86.87	88.60
ประถม	รง.	(12)	63	81.51	4.47	4.52	4.73	5.37	7.10*
ม.ต้น	รง.	(22)	36	85.97	-	0.05	0.26	0.90	2.63
ประถม	รพ.	(11)	57	86.02		-	0.21	0.85	2.58
ม.ต้น	รพ.	(21)	31	86.23			-	0.64	2.37
ม.ปลาย	รพ.	(31)	38	86.87				-	1.73
ม.ปลาย	รง.	(32)	43	88.60					-
ระดับ	อาชีพ	รหัส	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มผลการเรียนต่ำ				
					(22)	(11)	(31)	(32)	(21)
การศึกษา			คน		83.67	86.68	87.65	88.67	89.39
ประถม	รง.	(12)	34	79.85	3.82	6.83	7.80*	8.85*	9.54*
ม.ต้น	รง.	(22)	27	83.67	-	3.01	3.98	5.00	5.72
ประถม	รพ.	(11)	38	86.68		-	0.77	1.79	2.51
ม.ปลาย	รพ.	(31)	43	87.65			-	1.02	1.74
ม.ปลาย	รง.	(32)	33	88.67				-	0.72
ม.ต้น	รพ.	(21)	28	89.39					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 40 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ
เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษาในกลุ่มรวม กลุ่มเพศหญิงและกลุ่มการศึกษา
พ่อแม่ต่ำ

ระดับ การศึกษา	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มรวม	
				(2) 86.88	(3) 87.92
ประถม	(1)	128	84.15	2.73	3.77*
ม.ต้น	(2)	91	86.88	-	1.04
ม.ปลาย	(3)	138	87.92		-
				กลุ่มเพศหญิง	
				(3) 89.01	(2) 89.77
ประถม	(1)	61	84.90	4.11*	4.87*
ม.ปลาย	(3)	75	89.01	-	0.76
ม.ต้น	(2)	35	89.77		-
				กลุ่มการศึกษาพ่อแม่ต่ำ	
				(2) 86.09	(3) 87.79
ประถม	(1)	119	83.65	2.44	4.14*
ม.ต้น	(2)	67	86.09	-	1.70
ม.ปลาย	(3)	82	87.79		-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 41 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทดสอบพฤติกรรมสุขภาพ
เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา ในกลุ่มผลการเรียนต่ำ กลุ่มสมรสและกลุ่มระดับ
เศรษฐกิจปานกลาง

ระดับ การศึกษา	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มผลการเรียนต่ำ	
				(2) 86.58	(3) 88.09
ประถม	(1)	72	83.46	3.00	4.63*
ม.ต้น	(2)	55	86.58	-	1.51
ม.ปลาย	(3)	76	88.09		-
				กลุ่มสมรส	
				(2)	(3)
				86.05	88.32
ประถม	(1)	75	83.68	2.37	4.64*
ม.ต้น	(2)	41	86.05	-	2.27
ม.ปลาย	(3)	53	88.32		-
				กลุ่มระดับเศรษฐกิจปานกลาง	
				(2)	(3)
				85.87	89.71
ประถม	(1)	35	81.63	4.24	8.08*
ม.ต้น	(2)	30	85.87	-	3.84
ม.ปลาย	(3)	80	89.71		-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 42 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ
เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา ในกลุ่มรายได้ปานกลาง กลุ่มจบการศึกษานาน
และกลุ่มทำงานนาน

ระดับ การศึกษา	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มรายได้ปานกลาง	
				(2) 88.06	(3) 89.22
ประถม	(1)	44	79.50	8.56*	9.72*
ม.ต้น	(2)	35	88.06	-	1.16
ม.ปลาย	(3)	93	89.22		-
				กลุ่มจบการศึกษานาน	
				(3) 86.75	(2) 86.80
ประถม	(1)	78	81.82	4.90*	4.98*
ม.ปลาย	(3)	35	86.75	-	0.05
ม.ต้น	(2)	40	86.80		-
				กลุ่มทำงานนาน	
				(2) 86.37	(3) 88.15
ประถม	(1)	59	81.83	4.54	6.32*
ม.ต้น	(2)	38	86.37	-	1.78
ม.ปลาย	(3)	72	88.15		-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 43 ค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อพิจารณาตามอายุ และอาชีพ ในกลุ่มที่มีนัยสำคัญ

กลุ่ม	อายุ		อาชีพ	
	น้อย	มาก	รพ.	รง.
กลุ่มรวม	87.53	84.86	87.33	85.31
เพศหญิง	89.97	84.68	88.83	86.62
กศ.พ่อแม่ต่ำ	86.50	84.42	-	-
กศ.พ่อแม่สูง	90.46	86.31	-	-
ผลการเรียนต่ำ	-	-	87.76	84.04
ผลการเรียนสูง	88.67	84.20	-	-
สมรส	88.79	84.30	87.51	83.62
เศรษฐกิจต่ำ	87.30	83.06	87.36	84.55
รายได้ต่ำ	-	-	87.04	84.95
รายได้ปานกลาง	89.06	84.97	87.74	85.60
จบกศ.นาน	87.04	83.75	85.92	82.05
ทำงานนาน	89.35	84.45	87.07	83.57

ตาราง 44 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจภายใน-
ภายนอกคนเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา และอาชีพ ใน
กลุ่มรวม

ระดับ	อาชีพ	รหัส	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	(22)	(11)	(21)	(31)	(32)
การศึกษา			คน		47.29	48.02	48.88	49.79	49.91
ประถม	รง.	(12)	66	41.12	6.17*	6.90*	7.76*	8.67*	8.79*
ม.ต้น	รง.	(22)	48	47.29	-	0.73	1.59	2.50	2.62
ประถม	รพ.	(11)	63	48.02		-	0.86	1.77	1.89
ม.ต้น	รพ.	(21)	43	48.88			-	0.91	1.03
ม.ปลาย	รพ.	(31)	68	49.79				-	0.12
ม.ปลาย	รง.	(32)	70	49.91					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 45 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา และอาชีพ ในกลุ่มเพศชาย และเพศหญิง

ระดับการศึกษา	อาชีพ	รหัส	จำนวนคน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มเพศชาย				
					(11)	(21)	(22)	(31)	(32)
					47.03	47.58	48.20	48.72	49.86
ประถม	รง.	(12)	33	42.09	4.94	5.49	6.11*	6.63*	7.78*
ประถม	รพ.	(11)	34	47.03	-	0.55	0.99	1.69	2.84
ม.ต้น	รพ.	(21)	26	47.58		-	0.62	1.14	2.29
ม.ต้น	รง.	(22)	30	48.20			-	0.52	1.67
ม.ปลาย	รพ.	(31)	32	48.72				-	1.15
ม.ปลาย	รง.	(32)	31	49.86					-
					กลุ่มเพศหญิง				
					(22)	(11)	(32)	(31)	(21)
					45.78	49.17	49.95	50.75	50.88
ประถม	รง.	(12)	33	40.15	5.63	9.02*	9.80*	10.60*	10.73*
ม.ต้น	รง.	(22)	18	45.78	-	3.39	4.17	4.97	5.10
ประถม	รพ.	(11)	29	49.17		-	0.78	1.58	1.71
ม.ปลาย	รง.	(32)	39	49.95			-	0.80	0.93
ม.ปลาย	รพ.	(31)	36	50.75				-	0.13
ม.ต้น	รพ.	(21)	17	50.88					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 46 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจภายใน-
ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อพิจารณา ตามระดับการศึกษา และอาชีพ
ในกลุ่มการศึกษานอแม่อำเภอและกลุ่มรายได้ปานกลาง

ระดับ การศึกษา	อาชีพ	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มการศึกษานอแม่อำเภอ				
					(21)	(11)	(22)	(31)	(32)
					47.19	47.35	47.56	48.34	50.07
ประถม	รง.	(12)	63	41.08	6.11*	6.27*	6.48*	7.26*	8.99*
ม.ต้น	รพ.	(21)	31	47.19	-	0.16	0.37	1.15	2.88
ประถม	รพ.	(11)	57	47.35		-	0.21	0.99	2.72
ม.ต้น	รง.	(22)	36	47.56			-	0.78	2.51
ม.ปลาย	รพ.	(31)	38	48.34				-	1.73
ม.ปลาย	รง.	(32)	44	50.07					-
					กลุ่มรายได้ปานกลาง				
					(21)	(22)	(32)	(11)	(31)
					49.11	49.82	49.87	50.90	51.06
ประถม	รง.	(12)	23	41.04	8.07*	8.78*	8.83*	9.86*	10.02*
ม.ต้น	รพ.	(21)	18	49.11	-	0.71	0.76	1.79	1.95
ม.ต้น	รง.	(22)	17	49.82		-	0.05	1.08	1.24
ม.ปลาย	รง.	(32)	61	49.87			-	1.03	1.19
ประถม	รพ.	(11)	21	50.90				-	0.16
ม.ปลาย	รพ.	(31)	33	51.06					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 47 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา และอาชีพ ในกลุ่มผลการเรียนต่ำและกลุ่มผลการเรียนสูง

ระดับการศึกษา	อาชีพ	รหัส	จำนวนคน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มผลการเรียนต่ำ				
					(22)	(11)	(32)	(31)	(21)
					46.85	47.68	48.73	49.33	49.79
ประถม	รง.	(12)	34	39.71	7.14	7.97*	9.02*	9.62*	10.08*
ม.ต้น	รง.	(22)	27	46.85	-	0.83	1.88	2.48	2.94
ประถม	รพ.	(11)	38	47.68		-	1.05	1.65	2.11
ม.ปลาย	รง.	(32)	33	48.73			-	0.60	1.06
ม.ปลาย	รพ.	(31)	43	49.33				-	0.46
ม.ต้น	รพ.	(21)	28	49.79					-
					กลุ่มผลการเรียนสูง				
					(21)	(22)	(11)	(31)	(32)
					47.20	47.86	48.52	50.60	50.97
ประถม	รง.	(12)	31	42.58	4.62	5.28	5.94	8.02*	8.39*
ม.ต้น	รพ.	(21)	15	47.20	-	0.66	1.32	3.40	3.77
ม.ต้น	รง.	(22)	21	47.86		-	0.66	2.74	3.11
ประถม	รพ.	(11)	25	48.52			-	2.08	2.45
ม.ปลาย	รพ.	(31)	25	50.60				-	0.37
ม.ปลาย	รง.	(32)	37	50.97					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 48 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจภายใน-
ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา และอาชีพ ใน
กลุ่มโสดและกลุ่มสมรส

ระดับ การศึกษา	อาชีพ	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มโสด				
					(22)	(11)	(31)	(32)	(21)
					47.30	49.41	49.71	51.18	51.60
ประถม	รง.	(12)	32	41.41	5.89*	8.00*	8.30*	9.77*	10.19*
ม.ต้น	รง.	(22)	30	47.30	-	2.11	2.41	3.88	4.30
ประถม	รพ.	(11)	22	49.41		-	0.30	1.77	2.19
ม.ปลาย	รพ.	(31)	41	49.71			-	1.47	1.89
ม.ปลาย	รง.	(32)	44	51.18				-	0.42
ม.ต้น	รพ.	(21)	20	51.60					-
					กลุ่มสมรส				
					(21)	(11)	(22)	(32)	(31)
					46.52	47.27	47.28	47.77	49.93
ประถม	รง.	(12)	34	40.85	5.67	6.42	6.40	6.92*	9.08*
ม.ต้น	รพ.	(21)	23	46.52	-	0.75	0.76	1.25	3.41
ประถม	รพ.	(11)	41	47.27		-	0.01	0.50	2.66
ม.ต้น	รง.	(22)	18	47.28			-	0.49	2.65
ม.ปลาย	รง.	(32)	26	47.77				-	2.16
ม.ปลาย	รพ.	(31)	27	49.93					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 49 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจภายใน-
ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา และอาชีพ ใน
กลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำ และกลุ่มระดับเศรษฐกิจปานกลาง

ระดับ	อาชีพ	รหัส	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำ				
					(11)	(22)	(31)	(21)	(32)
การศึกษา			คน		46.03	46.46	48.53	49.29	50.57
ประถม	รง.	(12)	54	41.07	4.96	5.39*	7.46*	8.22*	9.50*
ประถม	รพ.	(11)	39	46.03	-	0.43	2.50	3.26	4.54
ม.ต้น	รง.	(22)	35	46.46		-	2.07	2.83	4.11
ม.ปลาย	รพ.	(31)	36	48.53			-	0.76	2.04
ม.ต้น	รพ.	(21)	24	49.29				-	1.28
ม.ปลาย	รง.	(32)	21	50.57					-
					กลุ่มระดับเศรษฐกิจปานกลาง				
					(21)	(22)	(32)	(31)	(11)
					47.89	49.17	49.73	51.22	51.25
ประถม	รง.	(12)	11	42.18	5.71	6.99	7.55*	9.04*	9.07*
ม.ต้น	รพ.	(21)	18	47.89	-	1.28	1.89	3.33	3.36
ม.ต้น	รง.	(22)	12	49.17		-	0.56	2.05	2.08
ม.ปลาย	รง.	(32)	48	49.73			-	1.49	1.52
ม.ปลาย	รพ.	(31)	32	51.22				-	0.03
ประถม	รพ.	(11)	24	51.25					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 50 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจภายใน-
ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา และอาชีพ ใน
กลุ่มจบการศึกษาไม่นานและกลุ่มจบการศึกษานาน

ระดับ การศึกษา	อาชีพ	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มจบการศึกษาไม่นาน				
					(22)	(11)	(21)	(31)	(32)
					46.20	48.76	49.71	49.80	49.88
ประถม	รง.	(12)	34	42.21	3.99	6.55*	7.50*	7.59*	7.67*
ม.ต้น	รง.	(22)	35	46.20	-	2.56	3.51	3.60	3.68
ประถม	รพ.	(11)	17	48.76		-	0.95	1.04	1.12
ม.ต้น	รพ.	(21)	21	49.71			-	0.09	0.17
ม.ปลาย	รพ.	(31)	49	49.80				-	0.08
ม.ปลาย	รง.	(32)	49	49.88					-
					กลุ่มจบการศึกษานาน				
					(11)	(21)	(31)	(32)	(22)
					47.74	48.09	49.79	50.00	50.23
ประถม	รง.	(12)	32	39.97	7.77*	8.12*	9.82*	10.03*	10.26*
ประถม	รพ.	(11)	46	47.74	-	0.35	2.05	2.26	2.49
ม.ต้น	รพ.	(21)	22	48.09		-	1.70	1.91	2.14
ม.ปลาย	รพ.	(31)	19	49.79			-	0.21	0.44
ม.ปลาย	รง.	(32)	21	50.00				-	0.23
ม.ต้น	รง.	(22)	13	50.23					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 51 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจภายใน-
ภายนอกคนเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา และอาชีพ ใน
กลุ่มทำงานไม่นาน และกลุ่มทำงานนาน

ระดับ การศึกษา	อาชีพ	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มทำงานไม่นาน				
					(11)	(22)	(21)	(31)	(32)
					47.21	47.72	48.00	49.45	50.29
ประถม	รง.	(12)	42	40.93	6.28*	6.79*	7.07*	8.52*	9.36*
ประถม	รพ.	(11)	28	47.21	-	0.51	0.79	2.24	3.08
ม.ต้น	รง.	(22)	32	47.72		-	0.28	1.73	2.57
ม.ต้น	รพ.	(21)	21	48.00			-	1.45	2.29
ม.ปลาย	รพ.	(31)	31	49.45				-	0.84
ม.ปลาย	รง.	(32)	35	50.29					-
					กลุ่มทำงานนาน				
					(22)	(11)	(32)	(21)	(31)
					46.44	48.66	49.54	49.73	50.08
ประถม	รง.	(12)	24	41.46	4.98	7.20*	8.08*	8.27*	8.62*
ม.ต้น	รง.	(22)	16	46.44	-	2.22	3.10	3.29	3.64
ประถม	รพ.	(11)	35	48.66		-	0.88	1.07	1.42
ม.ปลาย	รง.	(32)	35	49.54			-	0.19	0.54
ม.ต้น	รพ.	(21)	22	49.73				-	0.35
ม.ปลาย	รพ.	(31)	37	50.08					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 52 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจภายใน-
ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อพิจารณาตามอายุ และอาชีพในกลุ่มการศึกษา
พ่อแม่ต่ำ

อายุ	อาชีพ	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มการศึกษาพ่อแม่ต่ำ		
					(12)	(11)	(21)
					45.84	46.06	48.78
มาก	รง.	(22)	55	44.89	0.95	1.17	3.89*
น้อย	รง.	(12)	88	45.84	-	0.22	2.94*
น้อย	รพ.	(11)	54	46.06		-	2.72
มาก	รพ.	(21)	72	48.78			-
					กลุ่มจบการศึกษาไม่นาน		
					(12)	(11)	(21)
					46.96	49.11	51.05
มาก	รง.	(22)	15	43.93	3.03	5.18	7.12*
น้อย	รง.	(12)	103	46.96	-	2.15	4.09
น้อย	รพ.	(11)	66	49.11		-	1.94
มาก	รพ.	(21)	21	51.05			-
					กลุ่มทำงานไม่นาน		
					(12)	(11)	(21)
					46.49	47.95	49.44
มาก	รง.	(22)	17	42.88	3.61	5.07*	6.56*
น้อย	รง.	(12)	92	46.49	-	1.46	2.95
น้อย	รพ.	(11)	62	47.95		-	1.49
มาก	รพ.	(21)	18	49.44			-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 53 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจภายใน-
ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษาในกลุ่มรวม กลุ่ม
เพศชาย กลุ่มเพศหญิง

ระดับ การศึกษา	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มรวม	
				(2)	(3)
				48.04	49.86
ประภม	(1)	129	44.49	3.55*	5.37*
ม.ต้น	(2)	91	48.04	-	1.82
ม.ปลาย	(3)	138	49.86		-
				กลุ่มเพศชาย	
				(2)	(3)
				47.91	49.29
ประภม	(1)	67	44.60	3.31*	4.69*
ม.ต้น	(2)	56	47.91	-	1.38
ม.ปลาย	(3)	63	49.29		-
				กลุ่มเพศหญิง	
				(2)	(3)
				48.26	50.33
ประภม	(1)	62	44.37	3.89*	5.96*
ม.ต้น	(2)	35	48.26	-	2.07
ม.ปลาย	(3)	75	50.33		-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 54 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจภายใน-
ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา ในกลุ่มการศึกษา
พ่อแม่ต่ำ กลุ่มผลการเรียนต่ำ และกลุ่มผลการเรียนสูง

ระดับ การศึกษา	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มการศึกษาน้อยต่ำ	
				(2)	(3)
				47.39	49.27
ประถม	(1)	120	44.06	3.33*	5.21*
ม.ต้น	(2)	67	47.39	-	1.88
ม.ปลาย	(3)	82	49.27		-
				กลุ่มผลการเรียนต่ำ	
				(2)	(3)
				48.35	49.07
ประถม	(1)	72	43.92	4.43*	5.15*
ม.ต้น	(2)	55	48.35	-	0.72
ม.ปลาย	(3)	76	49.07		-
				กลุ่มผลการเรียนสูง	
				(2)	(3)
				47.58	50.82
ประถม	(1)	56	45.23	2.35	5.59*
ม.ต้น	(2)	36	47.58	-	3.01
ม.ปลาย	(3)	62	50.82		-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 55 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจภายใน-
ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา ในกลุ่มโสด
กลุ่มสมรส กลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำ

ระดับ การศึกษา	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มโสด	
				(2) 49.02	(3) 50.47
ประภม	(1)	54	44.67	4.35*	5.80*
ม.ต้น	(2)	50	49.02	-	1.45
ม.ปลาย	(3)	85	50.47		-
				กลุ่มสมรส	
				(2) 46.85	(3) 48.87
ประภม	(1)	75	44.36	2.49	4.51*
ม.ต้น	(2)	41	46.85	-	2.02
ม.ปลาย	(3)	53	48.87		-
				กลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำ	
				(2) 47.61	(3) 49.28
ประภม	(1)	93	43.51	4.46*	6.13*
ม.ต้น	(2)	59	47.61	-	1.67
ม.ปลาย	(3)	57	49.28		-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 56 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจภายใน-
ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา ในกลุ่มรายได้ต่ำ
กลุ่มรายได้ปานกลาง และกลุ่มจบการศึกษาไม่นาน

ระดับ การศึกษา	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มรายได้ต่ำ	
				(2) 47.16	(3) 48.93
ประถม	(1)	85	43.84	3.32*	5.09*
ม.ต้น	(2)	56	47.16	-	1.77
ม.ปลาย	(3)	44	48.93		-
				กลุ่มรายได้ปานกลาง	
				(2) 49.46	(3) 50.26
ประถม	(1)	44	45.75	3.71	4.51*
ม.ต้น	(2)	35	49.46	-	0.8
ม.ปลาย	(3)	94	50.26		-
				กลุ่มจบการศึกษาไม่นาน	
				(2) 47.52	(3) 49.84
ประถม	(1)	51	44.39	3.13	5.45*
ม.ต้น	(2)	56	47.52	-	2.32
ม.ปลาย	(3)	98	49.84		-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 57 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจภายใน-
ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา ในกลุ่มจบการ
ศึกษานาน กลุ่มทำงานไม่นาน และกลุ่มทำงานนาน

ระดับ การศึกษา	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มจบการศึกษานาน	
				(2)	(3)
				48.89	49.90
ประถม	(1)	78	44.55	4.34*	5.35*
ม.ต้น	(2)	35	48.89	-	1.01
ม.ปลาย	(3)	40	49.90		-
				กลุ่มทำงานไม่นาน	
				(2)	(3)
				47.83	49.89
ประถม	(1)	70	43.44	4.39*	6.45*
ม.ต้น	(2)	53	47.83	-	2.06
ม.ปลาย	(3)	66	49.89		-
				กลุ่มทำงานนาน	
				(2)	(3)
				48.34	49.82
ประถม	(1)	59	45.73	2.61	4.09*
ม.ต้น	(2)	38	48.34	-	1.48
ม.ปลาย	(3)	72	49.82		-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 58 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับ
สุขภาพ เมื่อพิจารณาตามอายุ และอาชีพ ในกลุ่มที่มีนัยสำคัญ

กลุ่ม	อายุ		อาชีพ	
	น้อย	มาก	รพ.	รง.
กลุ่มรวม	-	-	48.93	46.08
เพศหญิง	-	-	50.22	45.52
กศ. พ่อแม่ต่ำ	-	-	47.61	45.48
กศ. พ่อแม่สูง	51.24	49.41	52.38	48.17
ผลการเรียนต่ำ	-	-	48.87	44.93
โสด	47.68	50.50	50.08	47.13
สมรส	-	-	47.87	44.64
เศรษฐกิจต่ำ	-	-	47.73	44.60
เศรษฐกิจปานกลาง	-	-	50.42	48.46
รายได้ต่ำ	-	-	47.79	43.92
รายได้ปานกลาง	-	-	50.53	47.85
จบกศ. ไม่นาน	-	-	49.57	46.58
จบกศ. นาน	-	-	48.28	45.18
ทำงานไม่นาน	-	-	48.29	45.93
ทำงานนาน	-	-	49.47	46.29

ตาราง 59 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนลักษณะมุ่งอนาคต เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา และอายุ ในกลุ่มรวม

ระดับการศึกษา	อายุ	รหัส	จำนวนคน	ค่าเฉลี่ย	(11)	(31)	(21)	(22)	(32)
					68.50	72.60	73.33	74.35	75.68
ประถม	มาก	(12)	61	65.59	2.91	7.01*	7.74*	8.76*	10.09*
ประถม	น้อย	(11)	68	68.50	-	4.10	4.83	5.85	7.18
ม.ปลาย	น้อย	(31)	73	72.60		-	0.73	1.75	3.08
ม.ต้น	น้อย	(21)	49	73.33			-	1.02	2.35
ม.ต้น	มาก	(22)	40	74.35				-	1.33
ม.ปลาย	มาก	(32)	65	75.68					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 60 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนลักษณะมุ่งอนาคต เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา และอาชีพในกลุ่มรวม

ระดับ	อาชีพ	รหัส	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	(11)	(22)	(32)	(31)	(21)
การศึกษา			คน		69.81	72.96	73.87	74.24	74.71
ประถม	รง.	(12)	66	64.56	5.35	8.40*	9.31*	9.68*	10.15*
ประถม	รพ.	(11)	63	69.81	-	3.15	4.06	4.43	4.90
ม.ต้น	รง.	(22)	47	72.96		-	0.91	1.28	1.75
ม.ปลาย	รง.	(32)	70	73.87			-	0.37	0.84
ม.ปลาย	รพ.	(31)	68	74.24				-	0.47
ม.ต้น	รพ.	(21)	42	74.71					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 61 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนลักษณะมุ่งอนาคต เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา และอายุ ในกลุ่มเพศหญิง และกลุ่มการศึกษาพ่อแม่ต่ำ

ระดับการศึกษา	อายุ	รหัส	จำนวนคน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มเพศหญิง				
					(11)	(31)	(22)	(21)	(32)
					69.44	72.74	72.84	74.17	76.62
ประถม	มาก	(12)	26	61.62	7.82	11.12*	11.20*	12.55*	15.00*
ประถม	น้อย	(11)	36	69.44	-	3.30	3.38	4.73	7.18
ม.ปลาย	น้อย	(31)	38	72.74		-	0.10	1.43	3.88
ม.ต้น	มาก	(22)	11	72.82			-	1.35	3.80
ม.ต้น	น้อย	(21)	24	74.17				-	2.45
ม.ปลาย	มาก	(32)	37	76.62					-
					กลุ่มการศึกษาพ่อแม่ต่ำ				
					(11)	(31)	(21)	(22)	(32)
					68.40	72.16	72.59	74.65	75.53
ประถม	มาก	(12)	58	64.93	3.47	7.23	7.66	9.72*	10.60*
ประถม	น้อย	(11)	62	68.40	-	3.76	4.19	6.25	7.13
ม.ปลาย	น้อย	(31)	44	72.16		-	0.43	2.49	3.37
ม.ต้น	น้อย	(21)	34	72.59			-	2.06	2.94
ม.ต้น	มาก	(22)	31	74.65				-	0.88
ม.ปลาย	มาก	(32)	30	75.53					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 62 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนลักษณะมุ่งอนาคต เมื่อนิยาม
ตามระดับการศึกษา และอายุ ในกลุ่มผลการเรียนสูง และกลุ่มโสด

ระดับ การศึกษา	อายุ	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มผลการเรียนสูง				
					(11)	(31)	(21)	(32)	(22)
					70.42	71.13	72.81	76.06	76.20
ประถม	มาก	(12)	23	61.26	9.16	9.87	11.55	14.80*	14.94*
ประถม	น้อย	(11)	33	70.42	-	0.71	2.39	5.64	5.78
ม.ปลาย	น้อย	(31)	30	71.13		-	1.68	4.93	5.07
ม.ต้น	น้อย	(21)	21	72.81			-	3.25	3.39
ม.ปลาย	มาก	(32)	32	76.06				-	0.14
ม.ต้น	มาก	(22)	15	76.20					-
					กลุ่มโสด				
					(11)	(31)	(21)	(22)	(32)
					68.78	72.20	72.22	74.51	76.14
ประถม	มาก	(12)	13	61.81	6.97	10.39	10.41	12.70*	14.33*
ประถม	น้อย	(11)	41	68.78	-	3.42	3.44	5.73	7.36
ม.ปลาย	น้อย	(31)	64	72.20		-	0.02	2.31	3.94
ม.ต้น	น้อย	(21)	32	72.22			-	2.29	3.92
ม.ต้น	มาก	(22)	16	74.51				-	1.63
ม.ปลาย	มาก	(32)	21	76.14					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 63 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนลักษณะมุ่งอนาคต เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา และอายุ ในกลุ่มรายได้ปานกลาง

ระดับการศึกษา	อายุ	รหัส	จำนวนคน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มรายได้ปานกลาง				
					(11)	(31)	(21)	(22)	(32)
					69.25	73.85	74.91	75.35	76.38
ประถม	มาก	(12)	32	63.91	5.34	9.94*	11.00*	11.44*	12.47*
ประถม	น้อย	(11)	12	69.25	-	4.60	5.66	6.10	7.13
ม.ปลาย	น้อย	(31)	41	73.85		-	1.06	1.50	2.53
ม.ต้น	น้อย	(21)	11	74.91			-	0.44	1.47
ม.ต้น	มาก	(22)	23	75.35				-	1.03
ม.ปลาย	มาก	(32)	53	76.38					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 64 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนลักษณะมุ่งอนาคต เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา และอาชีพ ในกลุ่มเพศชาย

ระดับการศึกษา	อาชีพ	รหัส	จำนวนคน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มเพศชาย				
					(11)	(31)	(22)	(21)	(32)
					71.18	72.06	73.41	74.28	74.65
ประถม	รง.	(12)	33	64.76	6.42	7.30	8.65*	9.52*	9.89*
ประถม	รพ.	(11)	34	71.18	-	0.88	2.23	3.10	3.47
ม.ปลาย	รพ.	(31)	32	72.06		-	1.35	2.22	2.59
ม.ต้น	รง.	(22)	29	73.41			-	0.87	1.24
ม.ต้น	รพ.	(21)	25	74.28				-	0.37
ม.ปลาย	รง.	(32)	31	74.65					-
					กลุ่มการศึกษานอแม่อุส				
					(22)	(32)	(31)	(21)	(11)
					70.33	74.00	75.00	78.42	80.50
ประถม	รง.	(12)	3	56.33	14.00	17.67	18.67	22.09*	24.17*
ม.ต้น	รง.	(22)	12	70.33	-	3.67	4.67	8.09	10.17
ม.ปลาย	รง.	(32)	26	74.00		-	1.00	4.42	6.50
ม.ปลาย	รพ.	(31)	30	75.00			-	3.42	5.50
ม.ต้น	รพ.	(21)	12	78.42				-	2.08
ม.ปลาย	รพ.	(11)	6	80.50					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 65 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนลักษณะมุ่งอนาคต เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา และอาชีพ ในกลุ่มทำงานไม่นาน

ระดับการศึกษา	อาชีพ	รหัส	จำนวนคน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มทำงานไม่นาน				
					(11)	(31)	(32)	(22)	(21)
					71.18	72.39	72.83	73.68	73.81
ประถม	รง.	(12)	42	64.17	7.01	8.22	8.66	9.51*	9.64*
ประถม	รพ.	(11)	28	71.18	-	1.21	1.65	2.50	2.63
ม.ปลาย	รพ.	(31)	31	72.39		-	0.44	1.29	1.42
ม.ปลาย	รง.	(32)	35	72.83			-	0.85	0.98
ม.ต้น	รง.	(22)	31	73.68				-	0.13
ม.ต้น	รพ.	(21)	21	73.81					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 66 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนลักษณะมุ่งอนาคต เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา ในกลุ่มรวม

ระดับการศึกษา	รหัส	จำนวนคน	ค่าเฉลี่ย	(2)	(3)
				73.79	74.05
ประถม	(1)	128	67.12	6.67*	6.93*
ม.ต้น	(2)	91	73.79		0.29
ม.ปลาย	(3)	138	74.05		

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 67 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนลักษณะมุ่งอนาคต เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา ในกลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง และกลุ่มการศึกษานอแม่อำ

ระดับ การศึกษา	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มเพศชาย	
				(3) 73.33	(2) 73.81
ประถม	(1)	67	68.01	5.32*	5.80*
ม. ปลาย	(3)	63	73.33	-	0.48
ม. ต้น	(2)	54	73.81		-
				กลุ่มเพศหญิง	
				(2) 73.74	(3) 74.65
ประถม	(1)	61	66.16	7.58*	8.49*
ม. ต้น	(2)	35	73.74	-	0.91
ม. ปลาย	(3)	75	74.65		-
				กลุ่มการศึกษานอแม่อำ	
				(2) 73.57	(3) 73.72
ประถม	(1)	119	66.72	6.85*	7.00*
ม. ต้น	(2)	67	73.57	-	0.15
ม. ปลาย	(3)	82	73.72		-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 68 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนลักษณะมุ่งอนาคต เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา ในกลุ่มผลการเรียนต่ำ กลุ่มผลการเรียนสูง และกลุ่มโสด

ระดับการศึกษา	รหัส	จำนวนคน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มผลการเรียนต่ำ	
				(2)	(3)
				73.49	74.36
ประถม	(1)	73	67.39	6.10*	6.97*
ม.ต้น	(2)	55	73.49	-	0.87
ม.ปลาย	(3)	76	74.36		-
				กลุ่มผลการเรียนสูง	
				(3)	(2)
				73.68	74.22
ประถม	(1)	55	66.66	7.02*	7.56*
ม.ปลาย	(3)	62	73.68	-	0.54
ม.ต้น	(2)	36	74.22		-
				กลุ่มโสด	
				(2)	(3)
				73.08	73.18
ประถม	(1)	54	67.11	5.97*	6.07*
ม.ต้น	(2)	50	73.08	-	0.10
ม.ปลาย	(3)	85	73.18		-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 69 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนลักษณะมุ่งอนาคต เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา ในกลุ่มสมรส กลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำ และกลุ่มระดับเศรษฐกิจปานกลาง

ระดับการศึกษา	รหัส	จำนวนคน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มสมรส	
				(2) 74.61	(3) 75.45
ประถม	(1)	74	67.13	7.48*	8.32*
ม.ต้น	(2)	41	74.61	-	0.84
ม.ปลาย	(3)	53	75.45		-
				กลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำ	
				(3) 72.07	(2) 73.27
ประถม	(1)	93	67.11	4.96*	6.16*
ม.ปลาย	(3)	57	72.07	-	1.20
ม.ต้น	(2)	60	73.27		-
				กลุ่มระดับเศรษฐกิจปานกลาง	
				(2) 74.80	(3) 75.56
ประถม	(1)	35	67.40	7.40*	8.16*
ม.ต้น	(2)	30	74.80	-	0.76
ม.ปลาย	(3)	80	75.56		-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 70 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนลักษณะมุ่งอนาคต เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา ในกลุ่มรายได้ต่ำ กลุ่มรายได้ปานกลาง และกลุ่มจบการศึกษาไม่นาน

ระดับการศึกษา	รหัส	จำนวนคน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มรายได้ต่ำ	
				(3) 71.43	(2) 72.91
ประถม	(1)	85	68.04	3.39	4.87*
ม.ปลาย	(3)	55	71.43	-	1.48
ม.ต้น	(2)	44	72.91		-
				กลุ่มรายได้ปานกลาง	
				(2) 75.21	(3) 75.28
ประถม	(1)	44	65.36	9.85*	9.92*
ม.ต้น	(2)	35	75.21	-	0.07
ม.ปลาย	(3)	94	75.28		-
				กลุ่มจบการศึกษาไม่นาน	
				(2) 73.06	(3) 73.60
ประถม	(1)	51	68.61	4.45	4.99*
ม.ต้น	(2)	56	73.06	-	0.54
ม.ปลาย	(3)	98	73.60		-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 71 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนลักษณะมุ่งอนาคต เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา ในกลุ่มจบการศึกษานาน กลุ่มทำงานไม่นาน และกลุ่มทำงานนาน

ระดับการศึกษา	รหัส	จำนวนคน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มจบการศึกษานาน	
				(2) 74.91	(3) 75.15
ประถม	(1)	77	66.15	8.76*	9.00*
ม.ต้น	(2)	35	74.91	-	0.24
ม.ปลาย	(3)	40	75.15		-
				กลุ่มทำงานไม่นาน	
				(3) 73.15	(2) 73.73
ประถม	(1)	69	66.97	6.18*	6.76*
ม.ปลาย	(3)	66	73.15	-	0.58
ม.ต้น	(2)	52	73.73		-
				กลุ่มทำงานนาน	
				(2) 73.86	(3) 74.88
ประถม	(1)	59	67.31	6.55*	7.57*
ม.ต้น	(2)	38	73.86	-	1.02
ม.ปลาย	(3)	72	74.88		-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 72 ค่าเฉลี่ยของคะแนนลักษณะมุ่งอนาคต เมื่อพิจารณาตามอายุ และอาชีพ
ในกลุ่มที่มีนัยสำคัญ

กลุ่ม	อายุ		อาชีพ	
	น้อย	มาก	รพ.	รง.
กลุ่มรวม	-	-	72.74	70.28
เพศหญิง	-	-	73.18	69.79
กศ. พ่อแม่สูง	-	-	76.54	71.63
สมรส	-	-	73.35	69.46
เศรษฐกิจต่ำ	-	-	72.06	68.53
รายได้ปานกลาง	-	-	74.76	71.26
จบกศ. นาน	-	-	71.99	68.56
ทำงานนาน	-	-	73.09	70.64

ตาราง 73 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับข่าวสารสภาพ เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มโสด

ระดับ อายุ อาชีพ รหัส จำนวน ค่า (121) (312) (212) (211) (112) (111) (321) (122) (311) (221) (322)	การศึกษา	คน	เฉลี่ย	58.38	59.57	60.63	61.10	61.59	61.79	62.00	62.40	63.34	67.40	69.59
ม.ต้น มาก รง. (222)	6	51.67	6.71	7.90	8.96	9.43	9.92	10.12	10.33	10.73	11.67	15.73	17.92	17.92*
ประถม มก. (121)	8	58.38	-	1.19	2.25	2.72	3.21	3.41	3.62	4.02	4.96	9.02	11.21	
ม.ปลาย น้อย รง. (312)	35	59.57	-	-	1.06	1.53	2.02	2.22	2.43	2.83	3.77	7.83	10.02	
ม.ต้น น้อย รง. (212)	24	60.63	-	-	-	0.47	0.96	1.16	1.37	1.77	2.71	6.77	8.96	
ม.ต้น น้อย รพ. (211)	10	61.10	-	-	-	-	0.49	0.69	0.90	1.30	2.24	6.30	8.49	
ประถม น้อย รง. (112)	27	61.59	-	-	-	-	-	0.20	0.41	0.81	1.75	5.81	8.00	
ประถม น้อย รพ. (111)	14	61.79	-	-	-	-	-	-	0.21	0.61	1.55	5.61	7.80	
ม.ปลาย มาก รพ. (321)	12	62.00	-	-	-	-	-	-	-	-	0.40	5.40	7.59	
ประถม มาก รง. (122)	5	62.40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.94	5.00	7.19
ม.ปลาย น้อย รพ. (311)	29	63.34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.06	6.25
ม.ต้น มาก รพ. (221)	10	67.40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.19
ม.ปลาย มาก รง. (322)	9	69.59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.50

ตาราง 74 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับข่าวสารสุขภาพ เมื่อพิจารณาตามอายุและอาชีพ ในกลุ่มการศึกษาพ่อแม่สูง และกลุ่มผลการเรียนต่ำ

อายุ	อาชีพ	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มการศึกษาพ่อแม่สูง		
					(21)	(11)	(22)
					62.96	66.00	66.50
น้อย	รง.	(12)	25	59.08	3.88	6.92*	7.42*
มาก	รพ.	(21)	23	62.96	-	3.04	3.54
น้อย	รพ.	(11)	25	66.00		-	0.50
มาก	รง.	(22)	16	66.50			-
					กลุ่มผลการเรียนต่ำ		
					(21)	(22)	(11)
					62.48	62.72	64.40
น้อย	รง.	(12)	62	57.85	4.63	4.87	6.55*
มาก	รพ.	(21)	64	62.48	-	0.24	1.92
มาก	รง.	(22)	32	62.72		-	1.68
น้อย	รพ.	(11)	45	64.40			-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 75 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะภาษาไทย เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มรวม

ระดับ	อายุ	อาชีพ	รหัส	จำนวน	ค่า	(112)	(111)	(121)	(222)	(212)	(311)	(221)	(211)	(322)	(321)	(312)
การศึกษา				คน	เฉลี่ย	9.73	12.73	13.62	15.18	15.35	15.39	15.48	15.60	15.83	15.97	16.10
ประถม	มาก	รง.	(122)	24	6.63	3.10*	6.10*	6.99*	8.55*	8.72*	8.76*	8.85*	8.97*	9.20*	9.34*	9.47*
ประถม	น้อย	รง.	(112)	41	9.73	-	3.00*	3.89*	5.45*	5.62*	5.66*	5.75*	5.87*	6.10*	6.24*	6.37*
ประถม	น้อย	รพ.	(111)	26	12.73			0.89	2.45	2.62	2.66	2.75	2.87	3.10	3.24	3.37*
ประถม	มาก	รพ.	(121)	37	13.62			-	1.56	1.73	1.77	1.86	1.98	2.21	2.35	2.48
ม.ต้น	มาก	รง.	(222)	17	15.18			-		0.17	0.21	0.30	0.42	0.65	0.79	0.92
ม.ต้น	น้อย	รง.	(212)	31	15.35					-	0.04	0.13	0.25	0.48	0.62	0.75
ม.ปลาย	น้อย	รพ.	(311)	33	15.39						-	0.09	0.21	0.44	0.58	0.71
ม.ต้น	มาก	รพ.	(221)	23	15.48							-	0.12	0.35	0.49	0.62
ม.ต้น	น้อย	รพ.	(211)	20	15.60								-	0.23	0.37	0.50
ม.ปลาย	มาก	รง.	(322)	30	15.83									-	0.14	0.27
ม.ปลาย	มาก	รพ.	(321)	35	15.97										-	0.13
ม.ปลาย	น้อย	รง.	(312)	40	16.10											-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.50

ตาราง 76 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะภาษาไทย เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา อายุ และอาชีพ ในกลุ่มเพศหญิง

ระดับ	อายุ	อาชีพ	รหัส	จำนวน	ค่า	(112)	(111)	(121)	(322)	(222)	(221)	(212)	(311)	(211)	(321)	(312)
การศึกษา				คน	เฉลี่ย											
ประถม	มาก	รง.	(122)	10	6.00	4.18*	6.15*	8.50*	9.06*	9.33*	9.50*	9.60*	9.80*	10.22*	10.48*	10.48*
ประถม	น้อย	รง.	(112)	22	10.18	-	1.97	4.32*	4.88*	5.15*	5.32*	5.42*	5.62*	6.04*	6.30*	6.30*
ประถม	น้อย	รพ.	(111)	13	12.15		-	2.35	2.91	3.18	3.35	3.45	3.65	4.07	4.33*	4.33*
ประถม	มาก	รพ.	(121)	16	14.50			-	0.56	0.83	1.00	1.10	1.30	1.72	1.98	1.98
ม.ปลาย	มาก	รง.	(322)	16	15.06				-	0.27	0.44	0.54	0.74	1.16	1.42	1.42
ม.ต้น	มาก	รง.	(222)	3	15.33					-	0.17	0.27	0.47	0.89	1.15	1.15
ม.ต้น	มาก	รพ.	(221)	8	15.50						-	0.10	0.30	0.72	0.98	0.98
ม.ต้น	น้อย	รง.	(212)	15	15.60							-	0.20	0.62	0.88	0.88
ม.ปลาย	น้อย	รพ.	(311)	15	15.80								-	0.42	0.68	0.68
ม.ต้น	น้อย	รพ.	(211)	9	16.22								-	-	0.26	0.26
ม.ปลาย	มาก	รพ.	(321)	21	16.48									-	-	-
ม.ปลาย	น้อย	รง.	(312)	23	16.48										-	-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.50

ตาราง 77 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะทางภาษาไทย เมื่อ
พิจารณาตามระดับการศึกษา และอาชีพ ในกลุ่มรวม

ระดับ	อาชีพ	รหัส	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	(11)	(22)	(21)	(31)	(32)
การศึกษา			คน		13.25	15.29	15.53	15.69	15.99
ประถม	รง.	(12)	65	8.58	4.67*	6.71*	6.95*	7.11*	7.41*
ประถม	รพ.	(11)	63	13.25	-	2.04	2.28*	2.44*	2.74*
ม.ต้น	รง.	(22)	48	15.29		-	0.24	0.40	0.70
ม.ต้น	รพ.	(21)	43	15.53			-	0.16	0.46
ม.ปลาย	รพ.	(31)	68	15.69				-	0.30
ม.ปลาย	รง.	(32)	70	15.99					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 78 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะทางภาษาไทย เมื่อ
พิจารณาตามระดับการศึกษา และอาชีพในกลุ่มเพศชาย ในกลุ่มเพศหญิง

ระดับ	อาชีพ	รหัส	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มเพศชาย				
					(11)	(22)	(31)	(21)	(32)
การศึกษา			คน		13.09	15.13	15.13	15.31	16.10
ประถม	รง.	(12)	33	8.30	4.79*	6.83*	6.83*	7.01*	7.80*
ประถม	รพ.	(11)	34	13.09	-	2.04	2.04	2.22	3.01*
ม.ต้น	รง.	(22)	30	15.13		-	-	0.18	0.97
ม.ปลาย	รพ.	(31)	32	15.13			-	-	-
ม.ต้น	รพ.	(21)	26	15.31				-	0.79
ม.ปลาย	รง.	(32)	31	16.10					-
					กลุ่มเพศหญิง				
					(11)	(22)	(21)	(32)	(31)
					13.45	15.56	15.88	15.90	16.19
ประถม	รง.	(12)	32	8.88	4.57*	6.68*	7.00*	7.02*	7.31*
ประถม	รพ.	(11)	29	13.45	-	2.11	2.43	2.45	2.74*
ม.ต้น	รง.	(22)	18	15.56		-	0.32	0.34	0.63
ม.ต้น	รพ.	(21)	17	15.88			-	0.02	0.31
ม.ปลาย	รง.	(32)	39	15.90				-	0.29
ม.ปลาย	รพ.	(31)	36	16.19					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 79 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะทางภาษาไทย เมื่อ
พิจารณาตามระดับการศึกษา และอาชีพ ในกลุ่มการศึกษานอแม่อำ และกลุ่ม
การศึกษานอแม่อำสูง

ระดับ การศึกษา	อาชีพ	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มการศึกษานอแม่อำ				
					(11) 12.96	(21) 15.06	(31) 15.16	(22) 15.25	(32) 15.59
ประถม	รง.	(12)	62	8.48	4.48*	6.58*	6.68*	6.77*	7.11*
ประถม	รพ.	(11)	57	12.96	-	2.10	2.20	2.29	2.63
ม.ต้น	รพ.	(21)	31	15.06		-	0.10	0.19	0.53
ม.ปลาย	รพ.	(31)	38	15.16			-	0.09	0.43
ม.ต้น	รง.	(22)	36	15.25				-	0.34
ม.ปลาย	รง.	(32)	44	15.59					-

					กลุ่มการศึกษานอแม่อำสูง				
					(22) 15.42	(11) 16.00	(31) 16.37	(32) 16.65	(21) 16.75
ประถม	รง.	(12)	3	10.67	4.75	5.33	5.70*	5.98*	6.08*
ม.ต้น	รง.	(22)	12	15.42	-	0.58	0.95	1.23	1.33
ประถม	รพ.	(11)	6	16.00		-	0.37	0.65	0.75
ม.ปลาย	รพ.	(31)	30	16.37			-	0.28	0.38
ม.ปลาย	รง.	(32)	26	16.65				-	0.19
ม.ต้น	รพ.	(21)	12	16.75					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 80 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะทางภาษาไทย เมื่อ
พิจารณาตามระดับการศึกษา และอาชีพ ในกลุ่มผลการเรียนต่ำ และกลุ่มผล
การเรียนสูง

ระดับ	อาชีพ	รหัส	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มผลการเรียนต่ำ				
					(11)	(22)	(21)	(31)	(32)
การศึกษา			คน		13.16	15.41	15.43	15.47	16.09
ประถม	รง.	(12)	34	8.44	4.72*	6.97*	6.99*	7.03*	7.65*
ประถม	รพ.	(11)	38	13.16	-	2.25	2.27	2.31	2.93*
ม.ต้น	รง.	(22)	27	15.41		-	0.02	0.06	0.68
ม.ต้น	รพ.	(21)	28	15.43			-	0.04	0.66
ม.ปลาย	รพ.	(31)	43	15.47				-	0.62
ม.ปลาย	รง.	(32)	33	16.09					-
					กลุ่มผลการเรียนสูง				
					(11)	(22)	(21)	(32)	(31)
					13.40	15.14	15.73	15.89	16.08
ประถม	รง.	(12)	30	8.73	4.67*	6.41*	7.00*	7.16*	7.35*
ประถม	รพ.	(11)	25	13.40	-	1.74	2.33	2.49	2.68
ม.ต้น	รง.	(22)	21	15.14		-	0.59	0.75	0.94
ม.ต้น	รพ.	(21)	15	15.73			-	0.16	0.35
ม.ปลาย	รง.	(32)	37	15.89				-	0.22
ม.ปลาย	รพ.	(31)	25	16.08					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 81 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะทางภาษาไทย เมื่อ
พิจารณาตามระดับการศึกษา และอาชีพ ในกลุ่มโสด และกลุ่มสมรส

ระดับ การศึกษา	อาชีพ	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่ม โสด				
					(11)	(22)	(31)	(32)	(21)
					13.27	15.23	15.44	15.80	16.60
ประถม	รง.	(12)	32	9.44	3.83*	5.79*	6.00*	6.36*	7.16*
ประถม	รพ.	(11)	22	13.27	-	1.96	2.17	2.53	3.33
ม.ต้น	รง.	(22)	30	15.23		-	0.21	0.57	1.37
ม.ปลาย	รพ.	(31)	41	15.44			-	0.36	1.16
ม.ปลาย	รง.	(32)	44	15.80				-	0.82
ม.ต้น	รพ.	(21)	20	16.60					-
					กลุ่มสมรส				
					(11)	(21)	(22)	(31)	(32)
					13.24	14.61	15.39	16.07	16.31
ประถม	รง.	(12)	33	7.76	5.48*	6.85*	7.63*	8.31*	8.55*
ประถม	รพ.	(11)	41	13.24	-	1.37	2.15	2.83*	3.07*
ม.ต้น	รพ.	(21)	23	14.61		-	0.78	1.46	1.70
ม.ต้น	รง.	(22)	18	15.39			-	0.68	0.92
ม.ปลาย	รพ.	(31)	27	16.07				-	0.24
ม.ปลาย	รง.	(32)	26	16.31					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 82 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะทางภาษาไทย เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษา และอาชีพ ในกลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำ และกลุ่มระดับเศรษฐกิจปานกลาง

ระดับการศึกษา	อาชีพ	รหัส	จำนวนคน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำ				
					(11)	(31)	(21)	(22)	(32)
					12.74	15.03	15.25	15.29	16.19
ประถม	รง.	(12)	54	8.57	4.17*	6.46*	6.68*	6.72*	7.62*
ประถม	รพ.	(11)	39	12.74	-	2.29	2.51	2.55	3.45*
ม.ปลาย	รพ.	(31)	36	15.03		-	0.22	0.26	1.16
ม.ต้น	รพ.	(21)	24	15.25			-	0.04	0.94
ม.ต้น	รง.	(22)	35	15.29				-	0.90
ม.ปลาย	รง.	(32)	21	16.19					-
					กลุ่มระดับเศรษฐกิจปานกลาง				
					(11)	(22)	(21)	(32)	(31)
					14.08	15.33	15.78	15.92	16.44
ประถม	รง.	(12)	11	8.64	5.44*	6.69*	7.14*	7.28*	7.80*
ประถม	รพ.	(11)	24	14.08	-	1.25	1.70	1.84	2.36
ม.ต้น	รง.	(22)	12	15.33		-	0.45	0.59	1.11
ม.ต้น	รพ.	(21)	18	15.78			-	0.14	0.66
ม.ปลาย	รง.	(32)	48	15.92				-	0.52
ม.ปลาย	รพ.	(31)	32	16.44					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 83 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะทางภาษาไทย เมื่อ
พิจารณาตามระดับการศึกษาและอาชีพ ในกลุ่มรายได้ต่ำ และกลุ่มรายได้ปานกลาง

ระดับ	อาชีพ	รหัส	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มรายได้ต่ำ				
					(11)	(31)	(21)	(22)	(32)
การศึกษา			คน		12.52	14.94	15.60	15.58	15.78
ประถม	รง.	(12)	42	8.86	3.66*	6.08*	6.72*	6.74*	6.92*
ประถม	รพ.	(11)	42	12.51	-	2.42	3.06	3.08*	3.26*
ม.ปลาย	รพ.	(31)	35	14.94		-	0.64	0.66	0.84
ม.ต้น	รพ.	(21)	25	15.60			-	0.02	0.20
ม.ต้น	รง.	(22)	31	15.58				-	0.18
ม.ปลาย	รง.	(32)	9	15.78					-
					กลุ่มรายได้ปานกลาง				
					(11)	(22)	(21)	(32)	(31)
					14.71	14.76	15.44	16.02	16.48
ประถม	รง.	(12)	23	8.09	6.62*	6.67*	7.35*	7.93*	8.39*
ประถม	รพ.	(11)	21	14.71	-	0.05	0.73	1.31	1.77
ม.ต้น	รง.	(22)	17	14.76		-	0.68	1.26	1.72
ม.ต้น	รพ.	(21)	18	15.44			-	0.58	1.04
ม.ปลาย	รง.	(32)	61	16.02				-	0.46
ม.ปลาย	รพ.	(31)	33	16.48					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 84 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะทางภาษาไทย เมื่อ
พิจารณาตามระดับการศึกษาและอาชีพ ในกลุ่มจบการศึกษานาน

ระดับ การศึกษา	อาชีพ	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มจบการศึกษานาน				
					(11)	(22)	(21)	(31)	(32)
					13.74	14.38	15.55	16.00	16.71
ประถม	รง.	(12)	31	7.29	6.45*	7.09*	8.26*	8.71*	9.42*
ประถม	รพ.	(11)	46	13.74	-	0.64	1.81	2.26	2.97*
ม.ต้น	รง.	(22)	13	14.38		-	1.17	1.62	2.33
ม.ต้น	รพ.	(21)	22	15.55			-	0.45	1.16
ม.ปลาย	รพ.	(31)	19	16.00				-	0.71
ม.ปลาย	รง.	(32)	21	16.17					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 85 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะทางภาษาไทย เมื่อ
พิจารณาตามระดับการศึกษา และอาชีพ ในกลุ่มทำงานไม่นาน และกลุ่มทำงานนาน

ระดับ การศึกษา	อาชีพ	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มทำงานไม่นาน				
					(11)	(31)	(22)	(21)	(32)
					12.29	15.16	15.31	15.71	15.91
ประถม	รง.	(12)	41	8.90	3.39*	6.26*	6.41*	6.81*	7.01*
ประถม	รพ.	(11)	28	12.29	-	2.87	3.02	3.42*	3.62*
ม.ปลาย	รพ.	(31)	31	15.16		-	0.15	0.55	0.75
ม.ต้น	รง.	(22)	32	15.31			-	0.40	0.60
ม.ต้น	รพ.	(21)	21	15.71				-	0.20
ม.ปลาย	รง.	(32)	35	15.91					-
					กลุ่มทำงานนาน				
					(11)	(22)	(21)	(32)	(31)
					14.03	15.25	15.36	16.06	16.14
ประถม	รง.	(12)	24	8.04	5.99*	7.21*	7.32*	8.02*	8.10*
ประถม	รพ.	(11)	35	14.03	-	1.22	1.33	2.03	2.11
ม.ต้น	รง.	(22)	16	15.25		-	0.11	0.81	0.89
ม.ต้น	รพ.	(21)	22	15.36			-	0.70	0.78
ม.ปลาย	รง.	(32)	35	16.06				-	0.08
ม.ปลาย	รพ.	(31)	37	16.14					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 86 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะทางภาษาไทย เมื่อ
พิจารณาตามอายุ และอาชีพ ในกลุ่มรวม

อายุ	อาชีพ	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	(12)	(11)	(21)
มาก	รง.	(22)	71	12.56	1.00	2.01*	2.38*
น้อย	รง.	(12)	112	13.56	-	1.10	1.38
น้อย	รพ.	(11)	79	14.57		-	0.37
มาก	รพ.	(21)	95	14.94			-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 87 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะทางภาษาไทย เมื่อพิจารณาตามอายุและอาชีพในกลุ่มเพศหญิง กลุ่มการศึกษานอกระบบและกลุ่มผลการเรียนสูง

อายุ	อาชีพ	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มเพศหญิง		
					(12) 13.95	(11) 14.62	(21) 15.60
มาก	รง.	(22)	29	11.97	1.98*	2.65*	3.63*
น้อย	รง.	(12)	60	13.95	-	0.67	1.65*
น้อย	รพ.	(11)	37	14.62		-	0.98
มาก	รพ.	(21)	45	15.60			-
					กลุ่มการศึกษานอกระบบ		
					(12) 13.07	(11) 13.65	(21) 14.51
มาก	รง.	(22)	55	11.35	1.72*	2.30*	3.16*
น้อย	รง.	(12)	87	13.07	-	0.58	1.44*
น้อย	รพ.	(11)	54	13.65		-	0.86
มาก	รพ.	(21)	72	14.51			-
					กลุ่มผลการเรียนสูง		
					(12) 14.04	(11) 14.41	(21) 15.58
มาก	รง.	(22)	39	12.31	1.73	2.10*	3.27*
น้อย	รง.	(12)	49	14.04	-	0.37	1.54
น้อย	รพ.	(11)	34	14.41		-	1.17
มาก	รพ.	(21)	31	15.58			-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 88 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะทางภาษาไทย เมื่อ
พิจารณาตามอายุและอาชีพในกลุ่มโสด กลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำและกลุ่มรายได้ต่ำ

อายุ	อาชีพ	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มโสด		
					(12)	(11)	(21)
					13.97	14.55	16.20
มาก	รง.	(22)	20	12.65	1.32	1.90*	3.55*
น้อย	รง.	(12)	86	13.97	-	0.58	2.33*
น้อย	รพ.	(11)	53	14.55		-	1.65*
มาก	รพ.	(21)	30	16.20			-
					กลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำ		
					(12)	(11)	(21)
					13.09	14.05	14.38
มาก	รง.	(22)	30	9.70	3.39*	4.35*	4.68*
น้อย	รง.	(12)	80	13.09	-	0.96	1.29
น้อย	รพ.	(11)	59	14.05		-	0.33
มาก	รพ.	(21)	40	14.38			-
					กลุ่มรายได้ต่ำ		
					(12)	(11)	(21)
					12.62	14.00	14.28
มาก	รง.	(22)	19	10.63	1.99	3.37*	3.65*
น้อย	รง.	(12)	63	12.62	-	1.38	1.66
น้อย	รพ.	(11)	63	14.00		-	0.28
มาก	รพ.	(21)	39	14.28			-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 89 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะทางภาษาไทย เมื่อ
พิจารณาตามระดับการศึกษา และอายุ ในกลุ่มรายได้ปานกลางและกลุ่มทำงาน
นาน

ระดับ การศึกษา	อายุ	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มรายได้ปานกลาง				
					(11)	(21)	(22)	(32)	(31)
					11.83	14.92	15.22	16.02	16.39
ประถม	มาก	(12)	32	11.03	0.80	3.89*	4.19*	4.99*	5.36*
ประถม	น้อย	(11)	12	11.83	-	3.09	3.39	4.19*	4.56*
ม.ต้น	น้อย	(21)	12	14.92		-	0.30	1.10	1.47
ม.ต้น	มาก	(22)	23	15.22			-	0.80	1.17
ม.ปลาย	มาก	(32)	53	16.02				-	0.37
ม.ปลาย	น้อย	(31)	41	16.39					-
					กลุ่มทำงานนาน				
					(11)	(22)	(21)	(32)	(31)
					12.71	15.31	15.33	15.96	16.60
ประถม	มาก	(12)	45	11.24	1.47	4.07*	4.09*	4.72*	5.36*
ประถม	น้อย	(11)	14	12.71	-	2.60	2.62	3.25*	3.89*
ม.ต้น	มาก	(22)	29	15.31		-	0.02	0.65	1.29
ม.ต้น	น้อย	(21)	9	15.33			-	0.63	1.27
ม.ปลาย	มาก	(32)	57	15.96				-	0.64
ม.ปลาย	น้อย	(31)	15	16.60					-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 90 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะทางภาษาไทย เมื่อพิจารณา
ตามระดับการศึกษา ในกลุ่มรวม กลุ่มเพศชาย และกลุ่มเพศหญิง

ระดับ การศึกษา	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มรวม	
				(2)	(3)
				15.41	15.84
ประถม	(1)	128	10.88	4.53*	4.96*
ม.ต้น	(2)	91	15.41	-	0.43
ม.ปลาย	(3)	138	15.84		-
				กลุ่มเพศชาย	
				(2)	(3)
				15.21	15.60
ประถม	(1)	67	10.73	4.48*	4.87*
ม.ต้น	(2)	56	15.21	-	0.39
ม.ปลาย	(3)	63	15.60		-
				กลุ่มเพศหญิง	
				(2)	(3)
				15.71	16.04
ประถม	(1)	61	11.05	4.66*	4.99*
ม.ต้น	(2)	35	15.71	-	0.33
ม.ปลาย	(3)	75	16.04		-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 91 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะทางภาษาไทย เมื่อ
พิจารณาตามระดับการศึกษา ในกลุ่มการศึกษาพ่อแม่ต่ำ กลุ่มการศึกษาพ่อแม่สูง
กลุ่มผลการเรียนต่ำ

ระดับ การศึกษา	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มการศึกษาพ่อแม่ต่ำ	
				(2) 15.16	(3) 15.39
ประถม	(1)	119	10.63	4.53*	4.76*
ม.ต้น	(2)	67	15.16	-	0.23
ม.ปลาย	(3)	82	15.39		-
				กลุ่มการศึกษาพ่อแม่สูง	
				(2) 16.08	(3) 16.50
ประถม	(1)	9	14.22	1.86	2.28*
ม.ต้น	(2)	24	16.08	-	0.42
ม.ปลาย	(3)	56	16.50		-
				กลุ่มผลการเรียนต่ำ	
				(2) 15.42	(3) 15.74
ประถม	(1)	72	10.93	4.49*	4.81*
ม.ต้น	(2)	55	15.42	-	0.32
ม.ปลาย	(3)	76	15.74		-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 92 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะทางภาษาไทย เมื่อ
พิจารณาตามระดับการศึกษา ในกลุ่มผลการเรียนสูง กลุ่มโสด และกลุ่มสมรส

ระดับ การศึกษา	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มผลการเรียนสูง	
				(2) 15.39	(3) 15.97
ประถม	(1)	55	10.85	4.54*	5.12*
ม.ต้น	(2)	36	15.39	-	0.58
ม.ปลาย	(3)	62	15.97		-
				กลุ่มโสด	
				(2) 15.62	(3) 15.78
ประถม	(1)	54	11.00	4.62*	4.78*
ม.ปลาย	(3)	85	15.62	-	0.16
ม.ต้น	(2)	50	15.78		-
				กลุ่มสมรส	
				(2) 14.95	(3) 16.19
ประถม	(1)	74	10.80	4.15*	5.39*
ม.ต้น	(2)	41	14.95	-	1.24*
ม.ปลาย	(3)	53	16.19		-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 93 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะทางภาษาไทย เมื่อ
พิจารณาตามระดับการศึกษา ในกลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำ กลุ่มระดับเศรษฐกิจ
ปานกลาง และกลุ่มรายได้ต่ำ

ระดับ การศึกษา	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มระดับเศรษฐกิจต่ำ	
				(2) 15.27	(3) 15.46
ประถม	(1)	93	10.32	4.95*	5.14*
ม.ต้น	(2)	59	15.27	-	0.19
ม.ปลาย	(3)	57	15.46		-
				กลุ่มระดับเศรษฐกิจปานกลาง	
				(2) 15.60	(3) 16.13
ประถม	(1)	35	12.37	3.23*	3.76*
ม.ต้น	(2)	30	15.60	-	0.53
ม.ปลาย	(3)	80	16.13		-
				กลุ่มรายได้ต่ำ	
				(3) 15.11	(2) 15.59
ประถม	(1)	84	10.69	4.42*	4.90*
ม.ปลาย	(3)	44	15.11	-	0.48
ม.ต้น	(2)	56	15.59		-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 94 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะทางภาษาไทย เมื่อ
พิจารณาตามระดับการศึกษา ในกลุ่มรายได้ปานกลาง กลุ่มจบการศึกษาไม่นาน
และกลุ่มจบการศึกษานาน

ระดับ การศึกษา	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มรายได้ปานกลาง	
				(2) 15.11	(3) 16.18
ประถม	(1)	44	11.25	3.86*	4.93*
ม.ต้น	(2)	35	15.11	-	1.07
ม.ปลาย	(3)	94	16.18		-
				กลุ่มจบการศึกษาไม่นาน	
				(2) 15.59	(3) 15.62
ประถม	(1)	51	10.49	5.10*	5.13*
ม.ต้น	(2)	56	15.59	-	0.03
ม.ปลาย	(3)	98	15.62		-
				กลุ่มจบการศึกษานาน	
				(3) 15.11	(2) 16.38
ประถม	(1)	77	11.14	3.97*	5.24*
ม.ต้น	(2)	35	15.11	-	1.27
ม.ปลาย	(3)	40	16.38		-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 95 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะทางภาษาไทย เมื่อ
พิจารณาตามระดับการศึกษา ในกลุ่มทำงานไม่นานและ กลุ่มทำงานนาน

ระดับ การศึกษา	รหัส	จำนวน คน	ค่าเฉลี่ย	กลุ่มทำงานไม่นาน	
				(2) 15.47	(3) 15.56
ประถม	(1)	69	10.28	5.19*	5.28*
ม.ต้น	(2)	53	15.47	-	0.09
ม.ปลาย	(3)	66	15.56		-
				กลุ่มทำงานนาน	
				(2) 15.32	(3) 16.10
ประถม	(1)	59	11.59	3.73*	4.51*
ม.ต้น	(2)	38	15.32	-	0.78
ม.ปลาย	(3)	72	16.10		-

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 96 ค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะทางภาษาไทย เมื่อพิจารณาตามอายุ และ อาชีพ ในกลุ่มที่มีนัยสำคัญ

กลุ่ม	อายุ		อาชีพ	
	น้อย	มาก	รพ.	รง.
กลุ่มรวม	-	-	14.77	13.13
เพศชาย	-	-	14.42	13.05
เพศหญิง	-	-	15.16	13.30
กศ. พ่อแม่ต่ำ	-	-	14.14	12.40
ผลการเรียนต่ำ	-	-	14.65	13.13
ผลการเรียนสูง	-	-	14.97	13.27
โสด	-	-	15.14	13.72
สมรส	-	-	14.43	12.43
เศรษฐกิจต่ำ	-	-	14.18	12.16
เศรษฐกิจปานกลาง	-	-	15.51	14.69
รายได้ต่ำ	-	-	14.11	12.16
รายได้ปานกลาง	-	-	15.71	14.00
จบกศ. นาน	-	-	14.69	11.75
ทำงานไม่นาน	-	-	14.30	13.07
ทำงานนาน	14.87	14.20	15.17	13.32

ตาราง 97 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและโรงงาน

ลักษณะทางชีวสังคม และภูมิหลัง	กลุ่มโรงพยาบาล		กลุ่มโรงงาน		ค่า ไค-สแควร์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
กลุ่มรวม	174	48.60	184	51.40	0.09	15.56
เพศชาย	92	52.90	94	51.10	0.05	
เพศหญิง	82	47.10	90	48.90		
อายุน้อย	79	45.40	113	61.40	8.58*	
อายุมาก	95	54.60	71	38.60		
โสด	83	47.70	106	57.60	3.13	
สมรส	91	52.30	78	42.40		
รายได้ต่ำ	102	58.60	83	45.10	6.00*	
รายได้ปานกลาง	72	41.40	101	54.90		
เศรษฐกิจต่ำ	100	57.50	111	60.30	0.19	
เศรษฐกิจปานกลาง	74	42.50	73	39.70		
กศ. พ่อแม่ต่ำ	126	72.40	143	77.70	1.07	
กศ. พ่อแม่สูง	48	27.60	41	22.30		
จบกศ. ไม่นาน	87	50.00	118	64.10	6.73*	
จบกศ. นาน	87	50.00	66	35.90		
ทำงานไม่นาน	80	46.00	109	59.20	5.79*	
ทำงานนาน	94	54.00	75	40.80		
สำเร็จประถม	63	36.20	66	35.90		
สำเร็จมัธยมต้น	43	24.70	48	26.10	0.94	
สำเร็จมัธยมปลาย	68	39.10	70	38		
ผลการเรียนต่ำ	109	62.60	95	51.60	5.57	
ผลการเรียนสูง	65	37.40	89	48.40		

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 98 ค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะภาษาไทย จิตลักษณะ 4 ด้าน การรับข่าวสาร สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรงพยาบาลและกลุ่มโรงงาน

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย		ค่า t
	กลุ่มโรงพยาบาล	กลุ่มโรงงาน	
ทักษะทางภาษาไทย	14.77	13.17	3.94*
การรับข่าวสารสุขภาพ	62.90	61.12	1.59
ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ	58.28	58.44	-0.25
ทัศนคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ	87.33	85.31	1.87*
ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวข้องกับ			
สุขภาพ	48.93	46.08	3.60*
ลักษณะมุงอนาคต	72.74	70.28	2.25*
พฤติกรรมการกิน	81.82	81.72	0.10
พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเสพยา			
ที่เป็นโทษ	49.64	45.42	4.54*
พฤติกรรมการรักษาอนามัยส่วนบุคคล	63.95	61.47	2.05*

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ตาราง 99 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกลุ่มการศึกษา กลุ่มจิตลักษณะ และการรับข่าวสารกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน ในกลุ่มรวม

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
1 ระดับการศึกษา (1)	.65***	.04	.60***	.19***	.07	.32***	.32***	.05	.14**	.27***	.17**
2 ลักษณะสถานศึกษา (2)	1	.65	.42***	.15**	.03	.25***	.24***	.09	.14	.20***	.13*
3 ผลการเรียนรู้ (3)											
4 ทักษะภาษาไทย (4)		1	.04	.08	.01	.14**	.03	.06	.22***	.21***	.16**
5 ทักษะคณิต (5)			1	.20***	.14**	.38***	.39***	.03	.13*	.43***	.09
6 ค่าเฉลี่ย (6)				1	.32***	.28***	.40***	.33***	.36***	.38***	.36***
7 ความเชื่ออำนาจ ภายในตน (7)					1	.10	.24***	.15**	.10	.09	.06
8 มุ่งอนาคต (8)						1	.32***	.10	.22***	.30***	.32***
9 การรับข่าวสารสุขภาพ (9)							1	.12*	.24***	.28***	.07
10 พฤติกรรมการกิน (10)								1	.33***	.17**	.37***
11 พฤติกรรมการออกกำลังกาย เล่นสกีเป็นกีฬา (11)									1	.36**	.35***
12 พฤติกรรมการรักษานามัย ส่วนบุคคล (12)										1	.15**

***, **, *, * แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001, .01 และ .05

ภาคผนวก ค
รายชื่อโรงงานและโรงพยาบาล
ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษา

รายชื่อบริษัทและโรงงานที่ให้ความร่วมมือในการศึกษากลุ่มตัวอย่าง

1. บริษัทไบเออร์ไทยจำกัด
2. บริษัทไทยพัฒนสินจำกัด
3. โรงงานพีวีซีมานูแฟคเตอร้ง
4. โรงงานฟุตบอลไทย
5. โรงงานยันมาร์เอสพี
6. โรงงานคาโออินดัสเตียล

รายชื่อโรงพยาบาลที่ให้ความร่วมมือในการศึกษากลุ่มตัวอย่าง

1. โรงพยาบาลเด็ก
2. โรงพยาบาลรามาริบัติ

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวอุบล นามสกุล เลี้ยววาริณ
เกิดวันที่	10 เดือน ธันวาคม พุทธศักราช 2497
สถานที่เกิด	อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 304/814 เคหะชุมชนบางบัว 2 ถนนพหลโยธิน เขตบางเขน กรุงเทพฯ 10210
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	อาจารย์ 2
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงเรียนเทพศิรินทร์ อำเภอป้อมปราบ กรุงเทพฯ 10100
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2515	ปศ.ต้น จากวิทยาลัยครูสวนดุสิต
พ.ศ. 2516	พม. จากกระทรวงศึกษาธิการ
พ.ศ. 2519	กศ.บ. (วิชาเอกชีววิทยา วิชาโทอังกฤษ) จากวิทยาลัยวิชาการศึกษา ประสานมิตร
พ.ศ. 2524	ค.ม. (การสอนวิทยาศาสตร์) จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พ.ศ. 2534	กศ.ด. (พัฒนศึกษาศาสตร์) จากมหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร