

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

หลักการดูแลที่สำคัญคือ การให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการประเมินสุขภาพตนเองและแก้ไขด้วยการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของตนเองภายใต้บริบทของชุมชนบนฐานความรู้ ความเชื่อ และเจตคติที่ดีและถูกต้องตามหลักความเป็นจริงของปรากฏการณ์ธรรมชาติ ดังนั้น การพัฒนาสุขภาพที่ดีเป็นบทที่ควรเริ่มต้นจากภายในครอบครัวที่สมาชิกได้ร่วมกันจัดการสุขภาพซึ่งกันและกัน พร้อมขยายผลไปสู่ชุมชนจัดการสุขภาพตนเองต่อไป ซึ่งครอบครัวนับเป็นสถาบันพื้นฐานของสังคมที่มีความสำคัญยิ่ง มีหน้าที่ในการขัดเกลาและพัฒนาสมาชิกให้มีความพร้อมต่อการดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมั่นคง องค์การสหประชาชาติ (United Nation: UN) ได้กำหนดให้ปี ค.ศ. 1994 เป็นปีแห่งครอบครัวสากล เนื่องจาก "ครอบครัว" เท่านั้นที่จะเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจสำหรับสมาชิกในสังคมโลกจากหน่วยเล็กที่สุดไปสู่สังคมใหญ่ ส่งเสริมความมั่นคงของชาติ (UNESCO, 1994) สถาบันครอบครัวยังถูกยกให้เป็นประเด็นสำคัญของประชาคมอาเซียนด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะในประเด็นเสาหลักด้านสังคมและวัฒนธรรม (ASEAN Socio-Cultural Community – ASCC) เพื่อแก้ไขปัญหาความยากจนและส่งเสริมระบบสนับสนุนครอบครัวให้มีศักยภาพเป็นครอบครัวอาเซียน เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการปฏิบัติที่ดี (Best Practice) ของประเทศชาติสมาชิกที่ประสบความสำเร็จ (ASEAN Secretariat, 2009: 6) และความร่วมมือในการสร้างความมั่นคงของสังคมโดยเฉพาะด้านสาธารณสุข ที่ทำให้หลายประเทศส่งเสริมและพัฒนาครอบครัวเพื่อให้เข้มแข็ง มีสุขภาพที่ดีทั้งทางกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ สามารถดำรงอยู่ในสังคมที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างมั่นคง (อาคม เต็มพิทยาไพสิฐ, 2554) ประเทศไทยได้เล็งเห็นความสำคัญของครอบครัวจึงมีนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันครอบครัวให้เข้มแข็งมาโดยตลอด จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559) เน้นการพัฒนาบุคคลให้เป็นคนที่มีสมบูรณ์ จากยุทธศาสตร์ข้อที่ 5.5 ระบุว่า ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัวในการบ่มเพาะให้สมาชิก มีศีลธรรม คุณธรรม จริยธรรมในวิถีชีวิต และแนวทางการพัฒนาข้อที่ 5.2 เพื่อเสริมสร้างทักษะชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและถูกต้อง โดยเฉพาะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น สามารถจัดการ ควบคุมดูแลอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม มีความรู้ ความเข้าใจในหลักโภชนาการ การออกกำลังกาย และการใช้เวลาอย่างสร้างสรรค์และมีคุณภาพ (สำนักงานการพัฒนากิจการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2555: 76) นอกจากนี้รัฐบาลได้ส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพของครอบครัว ชุมชนด้วยการเสริมสร้างความรู้และปรับเจตคติด้านสุขภาพผ่านสถาบันครอบครัว และสถาบันท้องถิ่นหรือชุมชน ได้แก่ โรงเรียน โรงพยาบาล องค์กรปกครองท้องถิ่น เป็นต้น

เนื่องจากในภาวะสังคมแห่งการเปลี่ยนแปลงปัจจุบัน ครอบครัวซึ่งเป็นสถาบันหลักในชุมชนที่มีผลต่อความเข้มแข็งของชุมชน ต้องประสบกับปัญหาหลายด้าน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความมั่นคงและความอบอุ่นของครอบครัว สมาชิกในครอบครัวต้องแยกตัวออกจากครอบครัวและชุมชนท้องถิ่น เข้ามาสู่การทำงานในเมือง มุ่งหาแต่เงิน จนไม่มีเวลาที่จะดูแลให้ความรักได้อย่างเพียงพอ สมาชิกในครอบครัวขาดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตน ขาดการเรียนรู้และถ่ายทอดทางวัฒนธรรมสังคม ความสัมพันธ์ต่อกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชนจนถูกกลืนเลยจึงมีผลให้สถาบันครอบครัวขาดความเข้มแข็ง ไม่อยู่ในลักษณะครอบครัวเป็นสุข (ประเวศ วะสี, 2540: 3-4; ไทยโพสต์, 2554: 15) สอดคล้องกับ วันชัย บุญประชา ผู้จัดการมูลนิธิเครือข่ายครอบครัวและแผนงานสุขภาพครอบครัว ที่กล่าวว่าสมาชิกในครอบครัวใช้เวลาในการอยู่ร่วมกัน

ลดลง บางครอบครัวยังประสบกับปัญหาสุขภาพ ครอบครัวที่กล่าวมาข้างต้นไม่สามารถพึ่งตนเองได้ (คลังปัญญาไทย, 2552) ซึ่ง Center for the Study of Social Policy (2004: 10-11) นอกจากนี้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ความอยู่เย็นเป็นสุขด้านสุขภาวะของคนไทย ยังพบว่า เป็นผลจากการดำเนินนโยบายของรัฐในการพัฒนาคุณภาพคนทางสุขภาพอนามัยและการศึกษาอย่างต่อเนื่องกว่า 40 ปี ทำให้สุขภาวะของคนไทยมีอายุยืนยาวและมีระดับการศึกษาสูงขึ้น แต่ยังคงเฝ้าระวังโรคเรื้อรังที่ป้องกันได้ที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี ทั้งที่ผลการดำเนินนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้คนไทยสามารถเข้าถึงบริการทั่วถึงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 97.75 ในปี พ.ศ.2549 แต่ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทั้งด้านการออกกำลังกายไม่พอเพียง รับประทานอาหารไม่ถูกต้อง และมีภาวะเครียดงายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพพบในกลุ่มเยาวชนมีแนวโน้มสูงขึ้น เช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ (ปารีชาติ เทพอารักษ์ และอมรราวรณ ทิวถนอม, 2550: 4)

โดยเฉพาะสภาพปัญหาในสังคมกึ่งเมือง ปัญหาของสังคมจึงเป็นปัญหาที่ผสมผสานระหว่างปัญหาของสังคมเมืองและสังคมชนบท เช่น ปัญหาด้านการประกอบอาชีพ การคมนาคม การสาธารณสุข คุณภาพชีวิต เป็นต้น ส่งผลให้วิถีชีวิตของชุมชนชนบทต้องเปลี่ยนแปลงเป็นชุมชนเมืองมากขึ้น แต่ยังไม่กลายเป็นชุมชนเมืองอย่างแท้จริง ล้วนเป็นผลมาจากการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ขาดความสมดุลภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ที่มุ่งเน้นการพัฒนาทางวัตถุโดยเอาเศรษฐกิจหรือเอาเงินเป็นตัวตั้งแบบทุนนิยมที่ดำเนินการค้าและบริการ การเร่งรีบการแข่งขัน ที่ถูกรอบงำด้วยกลไกตลาดที่มุ่งแสวงหากำไรเป็นสำคัญ แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ.2554-2563: 1) เกิดการแข่งขันกันทางด้านสินค้าอุปโภค บริโภค โดยมีส่วนที่เชื่อมโยงกับการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีต่างๆ ในการพัฒนาทุกด้านของประเทศ ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้อย่างชัดเจนคือ ด้านการดำเนินชีวิตและการบริโภคอาหารตามวัฒนธรรมตะวันตก ประกอบกับการมีกิจวัตรที่รีบเร่งเป็นมนุษย์ที่ทำงานในออฟฟิศ ขาดการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพ รับผิดชอบต่อผลกระทบทางด้านสุขภาพและสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องของการผลิตผลิตภัณฑ์ที่ไร้คุณค่าทางโภชนาการ และพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม ไม่ได้สัดส่วน ขาดสมดุล ละเอียด หรือมองข้ามคุณค่าทางโภชนาการ ไม่คำนึงถึงผลกระทบทางสุขภาพที่นำไปสู่ภาวะโรคต่างๆ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2554: 1) ผลของการเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม หรือเรียกว่า บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม (Cultural Social Norm) ที่เปลี่ยนแปลงต่อวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล ส่งผลทางด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตในด้านลบที่เรียกว่า ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic Syndrome) หรือโรคอ้วน คือกลุ่มของปัจจัยเสี่ยงประกอบด้วย โรคอ้วนลงพุง (ไขมันในช่องท้องมากเกินไป) ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และระดับไขมันในเลือดสูงที่จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย จากข้อมูลสถิติสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า สถานการณ์ป่วยและเข้าการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาคเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูล 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2543-พ.ศ.2553) พบว่า อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนจะมีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจาก 259 เป็น 1,349 ซึ่งถือว่ามียอดสูงขึ้นกว่า 5 เท่า (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคอ้างใน วิชัย เทียนถาวร, 2556: 15) จากข้อมูลในปี พ.ศ.2556 นี้ ได้มีการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชากร 15 ปีขึ้นไปครอบคลุม 76 จังหวัดของประเทศไทย ซึ่งมีประชากรกลุ่มเป้าหมาย 37,412,243 คน คัดกรองโรคเบาหวานได้ 29,045,256 คน คิดเป็นร้อยละ 77.63 พบกลุ่มเสี่ยงจำนวน 3,215,592 คน คิดเป็นร้อยละ 11.07 ของกลุ่มที่ถูกคัดกรอง ส่วนการคัดกรองโรค

ความดันโลหิตสูงได้ 28,621,705 คน คิดเป็นร้อยละ 76.50 ของกลุ่มเป้าหมาย พบกลุ่มเสี่ยงจำนวน 5,747,963 คน คิดเป็นร้อยละ 20.08 จากผลการคัดกรองแสดงให้เห็นว่า กลุ่มประชากรอยู่ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงซึ่งปัจจัยนำของการเกิดโรคนั้นก็คือ จากภาวะเมตาบอลิกจำนวนมากและยังมีกลุ่มคนอีกจำนวนไม่น้อยที่ยังไม่ได้รับการคัดกรอง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ณ 30 มิถุนายน 2556) ข้อมูลที่แสดงให้เห็นผลกระทบรุนแรงที่เกิดขึ้นจากผลเสียของผู้ที่มีภาวะของภาวะเมตาบอลิกในช่วง 10 ปี (พ.ศ.2545-พ.ศ.2555) มีอัตราป่วยของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นเป็น 427.52 ต่อแสนประชากร หรือ 2.7 เท่าของปี เมื่อมองในเชิงจำนวนการป่วยพบว่า มีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น เฉลี่ยปีละ 16,030 ราย ซึ่งเป็นภาระในการรักษาพยาบาลของประเทศต่อเนื่องระยะยาวเพิ่มขึ้นเป็นประมาณปีละ 620.5 ล้านบาทต่อปี ในส่วนของการวิเคราะห์ข้อมูลของการเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดพบว่า ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประมาณปีละ 575 คน โดยมีอัตราป่วยตายคิดเป็นร้อยละ 5.5 (ข้อมูลจากสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค อังใน วิชัย เทียนถาวร, 2556: 5)

จากสภาพปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Chronic Disease -NCD) ที่มีสาเหตุหลักจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีของบุคคลที่มีผลมาจากวิถีการดำเนินชีวิตของคนส่วนใหญ่ที่เปลี่ยนไปเป็นในลักษณะของชุมชนเมืองที่ใกล้เคียงตามแนวตะวันตกมากขึ้น ดังนั้นในที่ประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 7 เมื่อ 26-30 ตุลาคม 2552 ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา องค์การอนามัยโลก จึงได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงดีอยู่เสมอ (WHO, 1998) ประเทศไทยนำโดย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้ทำการสำรวจในปี พ.ศ.2556 และพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพของคนวัยทำงาน พร้อมประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 4,401 คน จากทุกภาคของประเทศไทยที่ตอบแบบประเมินมาตรฐานส่วนประมาณค่า 5 ระดับจาก 0-4 คะแนน มีจำนวน 64 ข้อโดยมีคุณภาพของแบบประเมินอยู่ระดับดีด้วยค่าความเชื่อมั่นของครอนบาคอยู่ระหว่าง .611-.912 ผลการสำรวจพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับต้องปรับปรุงถึงพอใช้คิดเป็นร้อยละ 72.0 และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่ดีพอ เป็นส่วนใหญ่คิดเป็น ร้อยละ 53.5 รองลงมาเป็นระดับพอใช้และดีมาก คิดเป็นร้อยละ 44.7 และ 1.8 ตามลำดับ (Intarakamhang & Kwanchuenb, 2016) ส่วนในปี พ.ศ.2557 ตามที่กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนประถมปลายจาก 10 จังหวัดทุกภูมิภาครวมจำนวน 3,017 คน ด้วยแบบประเมินที่มีคุณภาพเครื่องมือที่มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง .256 – .581 และค่าความเชื่อมั่นของครอนบาคเท่ากับ 0.837 ซึ่งถือว่าเครื่องมือมีคุณภาพ และผลสำรวจพบว่า ระดับพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติซึ่งวัดจาก 5 ด้านได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านอนามัย ด้านสังคมและครอบครัว ผลโดยรวมของกลุ่มนักเรียนอายุ 9-12 ปีในภาพรวมของประเทศพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติอยู่ในระดับพอใช้และระดับปรับปรุงคิดเป็นร้อยละ 76.8 และ 17.7 ตามลำดับ และอยู่ในระดับดี มีจำนวนน้อยคิดเป็นร้อยละ 5.5

การวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) และผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcomes) ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรค และคุณภาพชีวิต โดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามแนวคิดที่ได้มาจากการสังเคราะห์และผสมผสานหลายทฤษฎีของ องค์การเพื่อคุณภาพและ

การวิจัยการดูแลสุขภาพ (Agency for Healthcare Research and Quality- AHRQ, 2011) ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้นำเสนอโมเดลตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (A Logic model for analyzing studies of health literacy) เป็นโมเดลเส้นทางอิทธิพลเชิงสาเหตุ (Causal pathway model) ที่พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น การเกิดโรคและความรุนแรงของโรค คุณภาพชีวิต มีสาเหตุมาจากการใช้บริการสุขภาพ (Use of Health Care Services) ความยึดมั่น (Adherence) การคงอยู่ในพฤติกรรมสุขภาพ (Intent for health behavior) รวมไปถึง ทักษะการกำกับตนเอง (Self-monitoring) เจตคติ (Attitudes) บรรทัดฐานทางสังคม (Social Norms) การรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Level) เป็นต้น ร่วมกับทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัว (The individual and family self-management theory, IFSMT) (Ryan & Sawin, 2009) มีรากฐานมาจากทฤษฎีเชิงระบบ มาพัฒนาเป็นโมเดลในการวิเคราะห์สาเหตุของผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาว (วัดจาก พฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตและความผาสุก) โดยมีตัวแปรด้านกระบวนการคือ ความเชื่อและทักษะ เช่น การรับรู้ความสามารถของตน ทักษะการกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น และสาเหตุสำคัญด้านบริบทและปัจจัยนำเข้าคือ สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม เช่น การเดินทาง วัฒนธรรมในชุมชน นโยบายภาครัฐ เป็นต้น ส่วนในด้านบริบทครอบครัวและบุคคล ได้แก่ การรับรู้ข่าวสาร การรู้หนังสือ ความคิดในเชิงบวก เป็นต้น ประกอบกับผลการวิจัยของ อังคินันท์ อินทรกำแหง (2559) ที่ได้ศึกษาการเตรียมพร้อมสู่การทำงานอาสาและการพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการจัดการสุขภาพตนเองที่เกี่ยวข้องกับการทำงานอาสาของบุคลากรในมหาวิทยาลัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การถ่ายทอดทางสังคม และทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก มีอิทธิพลทางตรงต่อการจัดการสุขภาพตนเอง ($p < 0.05$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.10, 0.38 และ 0.28 ตามลำดับ และพบว่า ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการทำงานอาสา ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของจิตวิทยาทางบวก ที่มุ่งเน้นทำการศึกษาถึงศักยภาพ ความเข้มแข็ง และความเจริญงอกงามของบุคคลมากกว่าเรื่องทางพยาธิสภาพ และความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ เป้าหมายของจิตวิทยาเชิงบวก คือการพัฒนาคนให้มีความสุข (Sheldon & King, 2002) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐวุฒิ อรินทร์และคณะ (2556) ที่ผลการศึกษาพบว่า ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางจิต (Psychological well-being) และพฤติกรรมการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขพบว่า ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะทางจิต และทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกทำหน้าที่เป็นตัวแปรคั่นกลางส่งผ่านไปยังตัวแปรผลด้านสุขภาวะทางจิต

เมื่อพิจารณาสภาพบริบทของพื้นที่เป้าหมายในงานวิจัยนี้ในส่วนของข้อมูลจังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีลักษณะกึ่งเมือง ซึ่งมีประชากรอยู่จำนวน 685,721 คน และจากประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 509,799 ได้ผ่านการคัดกรอง 472,704 คน คิดเป็นร้อยละ 92.7 คิดเป็นอัตราความชุกเท่ากับ 3.52 พบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 33,302 คน คิดเป็นร้อยละ 7.05 กลุ่มที่ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้จำนวน 8,232 คน และที่มีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 564 คน ส่วนข้อมูลของโรคความดันโลหิตสูงคัดกรองได้ 472,435 คิดเป็นร้อยละ 92.96 อัตราความชุก 7.67 พบกลุ่มเสี่ยง 151,708 คนคิดเป็นร้อยละ 32.11 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้จำนวน 11,833 คน และพบว่า มีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 646 คน จะเห็นได้ว่าผู้ที่มีภาวะเสี่ยงจากการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และผู้ที่มีอาการของโรคร่วมกับการมีภาวะแทรกซ้อนล้วนเกิดจากสาเหตุของการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพไม่ถูกต้อง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้สนใจที่ศึกษาในกลุ่มประชาชน ในพื้นที่ชุมชน 7 ตำบล ในอำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นชุมชนกึ่ง

เมืองกึ่งชนบท ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ประกอบด้วย หลากหลายช่วงวัย ความเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพที่มีภาวะเมตาบอลิกอาจเกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัวแต่เมื่อเกิดขึ้นแล้ว ประกอบในการเรียนการสอนในวิชา จป 632 จิตวิทยาสุขภาพ สำหรับนิสิตระดับปริญญาโทสาขาวิชา จิตวิทยาประยุกต์ จะได้ใช้เป็นแหล่งในการศึกษาเรียนรู้ในการสำรวจสภาพปัญหาและปัจจัยเชิงสาเหตุที่เป็นอิทธิพลด้านจิตวิทยาและสังคมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ จากการลงสนามพื้นที่จริงร่วมกับอาจารย์ผู้สอน ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2558 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ตระหนักและเห็นความสำคัญในการวิเคราะห์ประเด็นด้านสุขภาพที่ควรได้รับความร่วมมือการดูแลและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตโดยผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์และผู้มีวิชาชีพทางด้านสุขภาพ โดยการศึกษาบริบทของชุมชนด้วยการสำรวจเพื่อค้นหาอิทธิพลเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพตามโครงสร้างตัวแปรที่ได้มาจากโมเดลตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ (AHRQ, 2011) และทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัว (IFSMT) (Ryan & Sawin, 2009) ร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนด ตัวแปรสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพที่ดีโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อทำความเข้าใจสาเหตุสำคัญที่จะส่งผลพฤติกรรมสุขภาพอันจะนำไปสู่ สุขภาวะที่ดีของประชาชนในชุมชนกึ่งเมืองอันนำไปสู่การวางแผนการกิจกรรมเพื่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ตรงกับสาเหตุของปัญหาของบริษัทพื้นที่แท้จริงต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทำความเข้าใจบริบททางจิตวิทยาสุขภาพครอบครัวและชุมชนที่เป็นสาเหตุเงื่อนไขของพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว จากข้อมูลสาธารณสุขตำบลและลงพื้นที่ศึกษาสภาพจริงของชุมชนกึ่งเมือง
2. เพื่อค้นหาขนาดและทิศทางอิทธิพลด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาพครอบครัวที่ดีโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง
3. เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาพครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมืองระหว่างคู่สมรสเพศหญิงกับเพศชาย

ความสำคัญของการวิจัย

1. ได้รายงานข้อมูลบริบทด้านสุขภาพของชุมชน ที่ครอบคลุมสาเหตุเงื่อนไขทั้งด้านจิตและที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพสุขภาพครอบครัวของชุมชนบางปะกง รวมทั้งการปฏิบัติงานของเครือข่ายทางด้านสุขภาพในชุมชนเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ
2. ได้รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาพครอบครัวที่ดีโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง
3. ได้แนวทางการพัฒนาสุขภาพครอบครัว แนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ภายใต้เงื่อนไขสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมในชุมชน
4. ได้รับการยอมรับจากประชาชนในพื้นที่บางปะกงและประชาชนมีเจตคติเชิงบวกต่อการพัฒนาและการดูแลสุขภาพด้วยตนเองอันนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนต่อไป

ขอบเขตในการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมวิธีแบบสำรวจตามลำดับ ตามแนวคิดของ เครสเวลล์ และพลาโน คลาก (Creswell & Plano Clark, 2011) โดยมี **ขอบเขตการดำเนินการศึกษา** ที่ผู้วิจัยได้แบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ **ระยะที่ 1 เพื่อตอบโจทย์วัตถุประสงค์ข้อที่ 1** คือเพื่อทำความเข้าใจบริบททางจิตวิทยาสุขภาพครอบครัวและชุมชนที่เป็นสาเหตุเงื่อนไขของพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว จากข้อมูลสาธารณสุขตำบลและการลงพื้นที่ศึกษาสภาพจริงของชุมชนกิ่งเมือง โดยศึกษาในชุมชนบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย 7 ตำบลได้แก่ ตำบลบางผึ้ง ตำบลเขาดิน ตำบลบางปะกง ตำบลท่าข้าม ตำบลท่าสะพาน ตำบลหนองจอกและตำบลพินา และผู้วิจัยกำหนดเพียง 1 ตำบลเป็นกรณีศึกษาในระยะที่ 1 โดยมี ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักได้แก่ คู่สมรสที่มีสุขภาพดีรักสุขภาพและอาศัยอยู่ร่วมกันอย่างน้อย 10 ปี จำนวน 2 คู่ และผู้ให้ข้อมูลรองได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน รวม 6 คน และ**ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ เพื่อตอบโจทย์วัตถุประสงค์ข้อที่ 2** เพื่อค้นหาขนาดและทิศทางอิทธิพลทางจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาพครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกิ่งเมือง และเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาพครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกิ่งเมืองระหว่างคู่สมรสเพศหญิงกับเพศชาย รวมจำนวน 320 คน จากประชากรใน 7 ตำบลดังกล่าว ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิให้ครอบคลุมทุกตำบล และให้เป็นคู่สมรสเพศหญิงและเพศชายเท่า ๆ กัน โดยมีการกำหนดขนาดตัวอย่าง ตามหลักการตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุฯ ตามสมมติฐาน ตามแนวคิดของซาริสและสตรอนคอร์สท (Saris & Stronkhorst, 1984: 213-214 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 54) ที่กำหนดไว้ว่าข้อมูลในการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุฯ นั้น ตัวแปรที่ศึกษาควรมีการแจกแจงปกติพหุนามทุกตัว สามารถใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดเท่ากับหรือมากกว่า 100 และ บอนลเลน (Bonllen, 1989: 268 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 54) เสนอแนะว่า เรื่องของขนาดกลุ่มตัวอย่างควรพิจารณาควบคู่ไปกับจำนวนตัวแปรที่ศึกษา ถ้ามีจำนวนมาก ควรจะต้องมีขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้นด้วย ส่วนแฮร์ แอนเดอร์สันและธัทธัม (Hair, Anderson, & Tatham, 2005) ได้เสนอแนะว่าขนาดตัวอย่างควรอยู่ระหว่าง 100 -200 คน ส่วน ทาแบคนิคและฟิดล (Tabachnick & Fidell, 2001) ได้เสนอแนะว่าในการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุฯ นั้น ควรจะมีขนาดตัวอย่าง 10 - 20 คนต่อพารามิเตอร์ที่ต้องการประมาณค่า 1 ตัว และในการศึกษาครั้งนี้มี ตัวแปรสังเกตทั้งหมด 16 ตัว ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยเฉลี่ยอยู่ระหว่างที่ $16 * 10$ และ $16 * 20$ อยู่ระหว่าง 160- 320 คน ต่อกลุ่มได้แก่ คู่สมรสเพศชายจำนวน 160 คนขั้นต่ำ และคู่สมรสเพศหญิงจำนวน 160 คนขั้นต่ำ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้นเท่ากับ 320 - 640 คน จึงจะอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ในการวิเคราะห์เพื่อการตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาพครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกิ่งเมือง และภายหลังจากเก็บข้อมูลทำให้ได้ข้อมูลที่ตอบกลับมาสมบูรณ์ครบถ้วนได้คู่สมรสเพศหญิง 200 คน และเพศชาย 213 คน รวมทั้งสิ้น 413 คน

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

1. ตัวแปรแฝงภายนอก 2 ตัว ได้แก่

1.1 บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม วัดจากตัวแปรสังเกต 3 ตัว ได้แก่ 1) รับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในชุมชน 2) ค่านิยมตามภูมิปัญญาท้องถิ่น และ 3) รับรู้แบบอย่างของคนในครอบครัว

1.2 จิตวิทยาเชิงบวก วัดจากตัวแปรสังเกต 5 ตัว ได้แก่ 1) ความหวัง 2) มองโลกในแง่ดี 3) การรับรู้ความสามารถของตน 4) ความหย่นตัว และ 5) เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ

2. ตัวแปรแฝงภายใน 3 ตัว ได้แก่ เป็น ตัวแปรคั่นกลาง 2 ตัว และตัวแปรผล 1 ตัว

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ วัดจากตัวแปรสังเกต 3 ตัว ได้แก่ 1) ความรู้และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 2) การสื่อสารสุขภาพและการจัดการสุขภาพ และ 3) การรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจสุขภาพ

2.2 พฤติกรรมสุขภาพ วัดจากตัวแปรสังเกต 2 ตัว ได้แก่ 1) การดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ.2ส. และ 2) การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพในชุมชน

2.3 ตัวแปรผล ได้แก่ ภาวะสุขภาพครอบครัว วัดจากตัวแปรสังเกต 3 ตัว ได้แก่ 1) ภาวะทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัว 2) ความยึดมั่นคุณธรรมของบิดามารดา และ 3) สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

3. ตัวแปรจัดประเภท ได้แก่ เพศของคู่สมรส แบ่งเป็น เพศหญิง และเพศชาย

นิยามศัพท์เฉพาะ

คู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง หมายถึง คู่สมรสเพศชาย และคู่สมรสเพศหญิง ที่เป็นคู่สามีภรรยาในครอบครัวเดียวกัน ที่อาศัยอยู่ในชุมชน 7 ตำบล ได้แก่ ตำบลบางฝั่ง ตำบลเขาดิน ตำบลบางปะกง ตำบลท่าข้าม ตำบลท่าสะพาน ตำบลหนองจอกและตำบลพิมพา ในอำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

อิทธิพลเชิงสาเหตุ หมายถึง รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาพครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง ซึ่งได้พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยกรอบการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น (Linear Structural Relationship Equation Model- LISREL) ซึ่งเป็นเทคนิควิเคราะห์ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งความสัมพันธ์ทางการวัดตัวแปร (Measurement relationship) และความสัมพันธ์ทางโครงสร้าง (Structural relationship) ของตัวแปร ใช้การประมาณค่าทางสถิติที่เหมาะสมกับธรรมชาติของข้อมูลที่มี (ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์, 2543: 2) รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุฯ นี้ มีประโยชน์ในการนำมาใช้แก้ปัญหาทางการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมวิธี คณะวิจัยได้มีการค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งคณะวิจัยได้นำมาใช้ในการกำหนดสมมติฐาน กรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

สถานการณ์ภาวะสุขภาพของคนไทย

ปัญหาด้านสุขภาพบ่งบอกถึงปัญหาหลายอย่างในสังคม เพราะองค์รวมของการดำเนินชีวิตจะวัดได้จากการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน ในหัวข้อนี้จึงเริ่มต้นทบทวนเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันของปัญหาด้านสุขภาพและพฤติกรรมด้านสุขภาพของคนไทย

ปัจจุบันการตายของประชากรไทยส่วนใหญ่ มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการกินอยู่และการใช้ชีวิตของตนเอง สาเหตุการตายที่สำคัญได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจความดันเลือด โรคทางเดินหายใจ โรคเอดส์ และอุบัติเหตุบนถนน โรคเหล่านี้สามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้ด้วยการเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล เช่น พฤติกรรมการกินอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การขับขี้ ความไม่ประมาท สาเหตุการตายของประชากรไทยว่า โรคที่เป็นสาเหตุหลักในปี พ.ศ.2545 เป็นโรคติดต่อ อนามัยแม่และเด็ก โภชนาการ แต่ในปี พ.ศ.2551 พบว่าสาเหตุการตายของประชากรไทยเปลี่ยนไปเป็นโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด และอันดับที่ 2 ก็ยังคงเป็นโรคติดต่อ อนามัยแม่และเด็ก ภาวะโภชนาการ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระยะเวลาที่เปลี่ยนแปลงไปนั้น ประเทศไทยยังไม่สามารถที่จะแก้ปัญหาเกี่ยวกับโภชนาการ ซึ่งมีความหมายรวมถึงพฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย และการควบคุมโรคติดต่อที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรและยังพบว่า การเกิดโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดก็เพิ่มจำนวนมากขึ้น สาเหตุส่วนใหญ่ก็จะอยู่ที่ประเด็นของการออกกำลังกาย และการเลือกรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะเช่นเดียวกัน

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข รายงานสถิติสถานะสุขภาพคนไทยจากการสำรวจ The Nation Household Education Surveys Program (NHES) ครั้งที่ 3 ปี พ.ศ.2546 -2547 เปรียบเทียบกับการสำรวจ NHES ครั้งที่ 4 ปี พ.ศ.2551-2552 พบภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง มีอัตราความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.5 เป็น 19 ในขณะที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่าผลการสำรวจในปี พ.ศ.2555 พบคนไทยมีปัญหาภาวะโภชนาการเกิน และกลายเป็นโรคอ้วนเพิ่มสูงมากที่สุดในรอบ 10 ปี โดยเด็กแรกเกิดไปจนถึงอายุ 12 ปี มีความอ้วนพุ่งสูงถึงร้อยละ 40 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 40 - 50 ปี อ้วนเพิ่มสูงขึ้นเกือบ 2 เท่า และช่วงอายุ 20-29 ปี มีความอ้วนอยู่ที่ร้อยละ 21.7 และที่น่าตกใจคือ ข้อมูลทางการแพทย์ยืนยันว่า เด็กไทยที่อ้วนกว่าครึ่งหนึ่ง เมื่อเจาะเลือดหาไขมันในร่างกายนแล้ว พบว่าร้อยละ 70 มีปัญหาไขมันสูงเกินมาตรฐาน ผลสำรวจสุขภาพล่าสุด มีคนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไปเป็นโรคอ้วน ติดอันดับ 5 ของเอเชียแปซิฟิก โดยมีคนอ้วนมากถึง 17 ล้านคนทั่วประเทศ และยังมีแนวโน้มเป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 4 ล้านคนต่อปี ทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่าปีละ 1 แสนล้านบาท (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2555) นอกจากนี้ก็ยังพบว่าสถานการณ์โรคอ้วนของไทยเพิ่มขึ้นมาก เนื่องจากการใช้ชีวิตประจำวันมีความเสี่ยง ทั้งการบริโภคอาหารเกินความจำเป็น มีพฤติกรรมกินหวานเพิ่มขึ้น นำมาสู่สาเหตุการเกิดโรคอ้วน เบาหวาน ไขมัน และความดันเลือดสูง ซึ่งในอนาคตอีก 10-20 ปี

รัฐบาลต้องจ่ายค่ารักษาอาการแทรกซ้อนจาก "โรคกินเกิน" เป็นเงินมหาศาล องค์การอนามัยโลกระบุว่าปัญหาสุขภาพที่เลวร้ายซึ่งเกิดจากพฤติกรรม 3 อันดับแรก คือ 1) พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศนำไปสู่การติดเชื้อเอชไอวี 2) การสูบบุหรี่ที่นำไปสู่โรคเรื้อรัง และ 3) โรคอ้วนที่นำไปสู่โรคเรื้อรัง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2555)

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า ทั่วโลกมีผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงเกือบถึงพันล้านคน สองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยพบว่า คนในวัยผู้ใหญ่ของเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงประเทศไทยมีประชากร 1 ใน 3 คน จะมีภาวะความดันโลหิตสูง แต่ละปี ประชากรในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.5 ล้านคน ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทย จากข้อมูลสถิติ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า สถานการณ์ป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาค เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูล 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2543-พ.ศ.2553) พบว่า อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน จะมีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จาก 259 เป็น 1,349 คน ซึ่งถือว่ามียอัตรการเพิ่มที่สูงขึ้นกว่า 5 เท่า (5.21 เท่า) สำหรับโรคความดันโลหิตสูงเกิดจากภาวะที่แรงดันหลอดเลือดแดงมีค่าสูงตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ซึ่งผู้คนจำนวนมากอยู่กับความดันโลหิตสูงโดยที่ไม่ทราบว่า ตนเองมีภาวะนี้เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่ค่อยปรากฏอาการที่ชัดเจนในช่วงแรก แต่เมื่อปล่อยนานไปแรงดันในหลอดเลือดที่สูง จะไปทำลายผนังหลอดเลือดและอวัยวะที่สำคัญทั่วร่างกาย สาเหตุเกิดจากพฤติกรรมและการใช้ชีวิต โดยเฉพาะการบริโภคอาหารรสเค็ม หรือเกลือโซเดียม รับประทานผักและผลไม้รสไม่หวาน ไม่เพียงพอ ความอ้วน ขาดการออกกำลังกาย นั่งๆ นอนๆ ต่อมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาก สูบบุหรี่ และมีภาวะเครียด รวมถึงอายุที่เพิ่มขึ้น อาจส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้ และเป็นสาเหตุให้เกิดหัวใจล้มเหลว หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ และมีแนวโน้มเพิ่มการเป็นโรคไตวายระยะสุดท้ายได้ (ผู้จัดการออนไลน์, 2555)

สถานการณ์โรคเบาหวานที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก รวมทั้งประเทศไทย สถานการณ์เบาหวานปัจจุบันมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (international diabetes federation: IDF) ได้รายงานสถานการณ์ผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกแล้ว 285 ล้านคนและได้ประมาณการว่าจะมีจำนวนผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกเพิ่มมากกว่า 435 ล้านคน ในปี พ.ศ.2573 หากไม่มีการดำเนินการในการป้องกันและควบคุมที่มีประสิทธิภาพ ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานใน ปี พ.ศ.2552 ประมาณ 7,019 คน หรือ ประมาณวันละ 19 คน และในรอบ 10 ปีที่ผ่านมาในช่วงปี พ.ศ.2542 – 2552 พบว่า คนไทยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น 4.02 เท่าเฉพาะ ปี พ.ศ.2552 มีผู้ที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคเบาหวานถึง 558,156 ครั้ง หรือประมาณวันละ 1,529 ครั้ง หรือคิดเป็นผู้ที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคเบาหวานชั่วโมงละ 64 ครั้ง และจากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ครั้งที่ 2 พ.ศ.2539-2540 เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ 3 ปี พ.ศ.2546 –2547 พบความชุกเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 4.4 เป็นร้อยละ 6.9 สำหรับครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 พบอัตราความชุกโรคเบาหวานเท่าเดิมคือ ร้อยละ 6.9 โดยคาดว่าคนไทยวัย 15 ปีขึ้นไปประมาณ 3.46 ล้านคน กำลังเผชิญกับโรคเบาหวาน เมื่อแยกการกระจายความชุกออกเป็นรายภาคพบเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ กรุงเทพฯ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือและภาคใต้ (ความชุกคิดเป็นร้อยละ 9.2, 7.6, 7.0, 5.7 และ 5.0 ตามลำดับ) และโรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุทำให้เกิดการป่วยและตายก่อนวัยอันสมควร จาก

ภาวะแทรกซ้อนต่อตา ไต ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือดสมอง แต่ทั้งนี้ การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของคนไทยครั้งที่ 4 พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ที่ เป็นเบาหวานไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานมาก่อน ส่วนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่า เป็นเบาหวาน ร้อยละ 3.3 ไม่ได้ได้รับการรักษา และผู้ที่ได้รับการรักษาเพียงร้อยละ 28.5 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ น้อยกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ดังนั้น การค้นหาผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ยังไม่มีอาการ การลดปัจจัยเสี่ยงและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจึงเป็น มาตรการที่จะช่วยลดและชะลอการเกิดโรคและผลกระทบดังกล่าว โรคเบาหวานมีสาเหตุหลายปัจจัยเสี่ยง ร่วมกันที่สามารถป้องกันได้ ตามที่องค์การอนามัยโลกประกาศไว้ว่า โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 80 สามารถป้องกันได้ (วิชัย เอกพลากร, 2553) นอกจากนี้ ข้อมูลจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชน ไทย โดยการตรวจร่างกายพบว่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 2.3 ใน พ.ศ.2534 เป็นร้อยละ 6.9 ใน พ.ศ.2552 โดยเฉพาะใน พ.ศ.2552 ที่พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานอายุ 15 ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ 6.9 ซึ่งแบ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 7.7 และเพศชายร้อยละ 6.0 และภาวะก่อนเบาหวาน (Pre-diabetes) ร้อยละ 10.7 ซึ่งแบ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 9.5 และเพศชายร้อยละ 11.8 เป็นที่น่าสังเกตว่า สัดส่วนของผู้ชายที่อยู่ในภาวะก่อนเบาหวานสูงกว่าผู้หญิง ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยเสี่ยงที่พบว่า ผู้ชายมีอัตรา เพิ่มของภาวะอ้วนและอ้วนลงพุงสูงขึ้นการคาดประมาณจำนวนประชากรที่เป็นโรคเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไป ระหว่าง พ.ศ.2554-2563 โดยข้อมูลจำนวนประชากรไทย ใน พ.ศ.2553 มาจากการศึกษาผลการประเมิน ประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2548-2568 ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ข้อมูล ความชุกของโรคเบาหวาน และภาวะก่อนเบาหวาน (Pre-diabetes) ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป จากการ สำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยมีข้อสมมติว่า ค่าอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานในกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะก่อนเบาหวาน (Pre-diabetes) รวมถึงค่าอุบัติการณ์ ของภาวะก่อนเบาหวาน (Pre-diabetes) ในแต่ละปีมีค่าคงที่ พบว่า ใน พ.ศ.2554 จะพบผู้ป่วยเบาหวานราย ใหม่เกิดขึ้นจำนวน 501,299 คนและระหว่าง พ.ศ.2554-2563 เพิ่มขึ้นอยู่ในช่วง 501,299-553,941 คน/ปี ทั้งนี้ จะมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มเป็น 2 เท่าภายใน 6 ปี และใน พ.ศ.2563 จะมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานราย ใหม่สูงถึง 8,200,000 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554)

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ที่มี อายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป ซึ่งประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่า เป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและ โรคมะเร็งโดยประเทศแถบเอเชีย อาทิ จีนและญี่ปุ่น พบเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจ สำหรับประเทศไทยพบว่า มีอัตราการเกิดโรค 690 คนต่อประชากร 1 แสนคน สถิติดังกล่าวประมาณได้ว่า มี ผู้ป่วยโรคนี้ในประเทศไทยเป็นจำนวน 496,800 คน และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต โดย โรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันพบได้ประมาณร้อยละ 70 และโรคหลอดเลือดสมองแตก พบได้ร้อยละ 30 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด สาเหตุสำคัญเกิดจาก ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ความเครียด ขาดการออกกำลังกาย และผู้ป่วยที่รับประทานยาห้ามการแข็งตัวของเลือดหรือเป็นโรคที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะมีอาการทางระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน อาจมีอาการบางอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอาการ ร่วมกัน เช่น อ่อนแรงครึ่งซีก เดินเซ พูดลำบาก กลืนลำบาก ตามองไม่เห็น หรือมองเห็นภาพซ้อน สำหรับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกนั้น อาจมีอาการปวดศีรษะเฉียบพลัน อาเจียน ในรายที่มีอาการรุนแรง อาจมี อาการซึม หมอสติและอาจเสียชีวิตได้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2555) องค์การ อนามัยโลก (World Health Organization) ได้รายงานถึงสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองว่า ปี พ.ศ.2548 มี

ผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกแต่ละปี 5.7 ล้านคน และองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization) คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ.2558 จะมีคนเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 6.5 ล้านคน ซึ่งโรคนี้เป็นสาเหตุการตาย อันดับ 2 ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 5 ในประชาชนที่มีอายุ 15-59 ปี และพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ที่ทนทุกข์ทรมานจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและรายได้น้อยในอดีตที่ผ่านมา ประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2541 -2547 พบว่าโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่อง หลังจากนั้น ในปี พ.ศ.2548-2551 มีแนวโน้มการเสียชีวิตจากโรคนี้ชะลอตัวลง 6 สำหรับในปี พ.ศ.2552 พบคนไทยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 13,353 คน เฉลี่ยวันละ 36 คน หรือประมาณ 3 คน ในทุกๆ 2 ชั่วโมง 7 และในปัจจุบันมีผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณ 751,350 คน 8 และในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2542 – 2552) พบผู้ป่วยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพฯ) ด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2.45 เท่า และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง และเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราผู้ป่วยในต่อแสนประชากรด้วยโรคหลอดเลือดสมองใหญ่รายภาคของประเทศไทย เรียงจากมากเป็นน้อย พบดังนี้ ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพฯ) และภาคเหนือ พบสูงใกล้เคียงกันตามด้วยภาคใต้ ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบน้อยที่สุด ความชุกของปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ เมื่อแยกออกเป็นรายภาคของประเทศไทยแล้วพบว่า ทั้งความชุกในเรื่อง ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ($TC \geq 200\text{mg/dl}$) ภาวะอ้วน ($BMI \geq 25\text{kg/m}^2$) ภาวะอ้วนลงพุง และเบาหวาน พบความชุกมากที่สุดคือ ที่กรุงเทพมหานคร รองลงมาคือ ภาคกลาง ส่วนการสูบบุหรี่เป็นประจำและกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ มีความชุกมากที่สุด ในภาคใต้ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์(ระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป) มีความชุกสูงสุดทางภาคเหนือ สำหรับการกินผักและผลไม้เพียงพอ (≥ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) น้อยที่สุด คือ ภาคกลาง

แนวคิดสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพ

สุขภาวะ (Well-being) หมายถึง “พฤติกรรมของบุคคลในการใช้ความสามารถด้านการรู้หนังสือและทักษะทางสังคมเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาวะที่ดีตลอดชีวิต” คำว่า “สุขภาวะ” ได้มีการนำมาใช้ในด้านสุขภาพและการบริหารงานซึ่งมีการให้ความหมายต่างๆ อมาร่าและคนอื่นๆ (Amara et al., 2000) ได้กล่าวว่า สุขภาวะ หมายถึง ความสมดุล เหมาะสมของทั้งหมด หรือการมีสุขภาพที่ดี ผู้ที่สุขภาพไม่ดีหรือเจ็บป่วยก็จะมีอาการย่ำแย่รักษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการกลับมาสุขภาพอีกครั้ง ประเวศ วะสี (2543) กล่าวว่า สุขภาวะ หมายถึง ความเป็นหนึ่งเดียวกันและความสมดุลที่เกิดจากความถูกต้องทั้งหมดของทั้งร่างกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ และ วิพุธ พูลเจริญ (2544) กล่าวว่า สุขภาวะ เป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาว โดยพิจารณาจากปัจจัยทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ มีสุขภาวะมิได้จำกัดอยู่เพียงการไม่เจ็บป่วยหรือพิการเท่านั้น ซึ่ง ปารีชาติ เทพอารักษ์ และ อมรรพรรณ ทิวถนอม (2550) ได้นิยาม สุขภาวะหมายถึง ภาวะที่บุคคลปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บ มีร่างกายที่แข็งแรง มีอายุยืนยาว มีจิตใจที่ดีมีความเมตตา ยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรม ดำเนินชีวิตอย่างมีสติสัมปชัญญะ และใฝ่รู้ สามารถ "คิดเป็น ทำเป็น" มีเหตุมีผล อยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข และได้การมีสุขภาวะประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. สุขภาพกายดี มีความหมายครอบคลุมถึง การมีร่างกายที่แข็งแรง มีภาวะโภชนาการที่ดีมีพฤติกรรม การดำรงชีวิตที่เหมาะสม ส่งผลให้ห่างไกลจากโรคร้ายไข้เจ็บ ไม่มีโรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง และมีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ

2. สุขภาพจิตดี สังคมดี มีคุณธรรมจริยธรรม หมายถึง ความสามารถในการใช้กลไกปรับตัวที่ถูกต้อง สามารถปรับอารมณ์ ความรู้สึกสู่สภาวะสมดุลได้โดยที่ตนเอง และสิ่งแวดล้อมไม่เดือดร้อน มีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น ตลอดจนมีจิตใจที่ดีงาม เอื้อเฟื้อ เผื่อแผ่ รวมทั้งมีจิตสำนึกความเป็นไทย

3. มีสติปัญญาและใฝ่รู้ คือ การรู้เท่าทันและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมได้ สามารถใช้ประสบการณ์ ศักยภาพและทักษะความสามารถของตนเองให้เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติภารกิจต่างๆ ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

สถาบันเสริมสร้างขีดความสามารถมนุษย์ สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย (2551: 37-39) ได้ให้ความหมายของสภาวะในขอบเขตของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Quality of Life) ไว้ว่า เป็นการมีสภาวะที่สมบูรณ์มั่นคง ซึ่งครอบคลุมถึง สภาวะทางกาย (Physical Well-Being) สภาวะทางอารมณ์ (Emotional Well-Being) สภาวะทางสังคม (Social Well-Being) และสภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-Being) ที่ เป็นความรู้สึกละเอียด ภูมิใจในงานที่ทำ พึงพอใจในการดำรงชีวิตอย่างมีเป้าหมาย

สาระสำคัญของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) เสนอแนวคิดหลักการพัฒนาสุขภาพไว้ว่า “สุขภาพ คือ สภาวะ” โดยให้ความหมายของ สุขภาพ ว่าหมายถึง สภาวะที่สมบูรณ์และมีคุณภาพทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นแนวคิดที่เน้นเรื่องของระบบสุขภาพเชิงรุก และการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชน จากแนวคิดหลักดังกล่าวที่ถือว่าสุขภาพ คือ สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างเป็นบูรณาการ ทั้งนี้การพัฒนาสุขภาพจึงต้องดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ.2555-2559) ที่ได้กำหนดวิสัยทัศน์ไว้ว่า “ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี ร่วมสร้างระบบสุขภาพพอเพียง เป็นธรรม นำสู่สังคมสุขภาวะ” โดยที่ ระบบสุขภาพพอเพียงนั้น หมายถึง กระบวนการพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้ไปสู่การมีสภาวะทั้งมิติทางกาย จิต สังคมและปัญญา โดยมีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน เข้มแข็งเพียงพอและเข้าถึงได้สะดวก ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของประชาชน บนต้นทุนที่เหมาะสม จะเห็นได้ว่าสภาวะมีความหมายเป็นนัยเดียวกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมในบริบทที่กว้างขวางมากขึ้น ซึ่งคณะผู้วิจัยใช้คำว่า “สภาวะ” เป็นแนวทางเพื่อการประมวลเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของสภาวะ ไว้ในมิติของสุขภาพ ที่สามารถสรุปได้ว่าสภาวะ หมายถึง สภาวะที่มีความสมดุลของบุคคลทั้งทางด้านกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านปัญญาหรือจิตวิญญาณ ปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บหรือภาวะคุกคามที่ก่อให้เกิดโรค เป็นภาวะที่บุคคลสามารถตอบสนองต่อสภาวะแวดล้อมทั้งภายในภายนอก เพื่อการบรรลุเป้าหมายของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

องค์ประกอบของสภาวะ

สภาวะเป็นแนวคิดสุขภาพที่มีความหมายในเชิงบวก โดยให้ความสำคัญกับพฤติกรรมและกิจกรรมของคนซึ่งตอบสนองต่อสภาวะของตนเองในทุกมิติอย่างเป็นพลวัตร สามารถปรับตัวอยู่ในสมดุลและบรรลุสภาวะตามศักยภาพที่แต่ละคนพึงมีได้ (กฤษณ์ชลิ เพียรทอง, 2547) จากการประมวลเอกสารพบว่า นักวิชาการได้แบ่งองค์ประกอบของสภาวะไว้ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) สุขภาวะทางกาย 2) สุขภาวะทางจิต 3) สุขภาวะทางสังคม และ 4) สุขภาวะทางปัญญาหรือจิตวิญญาณ (พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต), 2548; ประเวศ วะสี, 2543; วิพุธ พูลเจริญ, 2544; เดชรัต สุขกำเนิด, 2545) มีรายละเอียดแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

1. สุขภาวะทางกาย คือ การที่บุคคลมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยเป็นโรค ไม่พิการ ปราศจากโรคร้ายคุกคาม หรือก็คือการมีสุขภาพดีตามที่แสดงออกให้เห็นทางร่างกาย รวมถึงการที่บุคคลไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงในการดำเนินชีวิต เช่นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดโรคต่างๆ

2. สุขภาวะทางจิต คือ ความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับบุคคลรอบข้าง สามารถรักษาความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างดังกล่าวเอาไว้ได้อย่างยาวนานและราบรื่น สามารถทำงานได้อย่างเต็มความสามารถ ทำงานได้ตรงตามความถนัด และมีความภาคภูมิใจในตัวเองเมื่อได้ทำในสิ่งที่ดี

3. สุขภาวะทางสังคม คือ ความสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งที่อยู่ภายนอก การมีความพึงพอใจในการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลคือ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ทางสังคม และพฤติกรรมประจำวัน

4. สุขภาวะทางปัญญาหรือจิตวิญญาณ คือ ความสามารถในการแสดงออกซึ่งจุดมุ่งหมายเป็นอุดมการณ์ชีวิต ความรู้สึกสำนึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ มีประสบการณ์ในความรัก ความสนุกสนาน ความเจ็บปวด ความเศร้า ความรักในสันติภาพ ความต้องการที่พอเพียง และรู้จักเคารพในทุกชีวิต

นอกจากนั้น โดเนทเทลและเดวิส (Donnette & Davis, 1998) ได้แบ่งองค์ประกอบของสุขภาวะไว้ 6 องค์ประกอบในส่วนของ 4 องค์ประกอบแรกนั้นเหมือนกับองค์ประกอบของสุขภาวะที่เสนอแนวคิดโดยนักวิชาการของไทยตามที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น ส่วนองค์ประกอบที่เพิ่มมานั้นได้แก่ สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาวะทางอารมณ์ รายละเอียดดังนี้

1. สุขภาวะทางอารมณ์ (Emotional Health) กล่าวถึง องค์ประกอบเกี่ยวกับความรู้สึก คือการควบคุมและการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความรู้สึกมั่นใจในตนเอง ความไว้วางใจและการมีความรัก

2. สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อม (Environmental Health) กล่าวถึง ความรู้สึกชื่นชมต่อสิ่งแวดล้อมภายนอก และการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

แนวคิดปัจจัยที่นำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดของสุขภาวะตามแนวคิดที่เสนอโดยนักวิชาการของไทย ที่ได้แบ่งองค์ประกอบของสุขภาวะเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) สุขภาวะทางกาย 2) สุขภาวะทางจิต 3) สุขภาวะทางสังคม และ 4) สุขภาวะทางปัญญาหรือจิตวิญญาณ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ

แนวทางการพัฒนาสุขภาวะของคนไทยในระยะแรกคือ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 - 7 เป็นการพัฒนาที่มุ่งเพื่อผลิตกำลังคนให้ตอบสนองความต้องการในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ โดยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง และมีการศึกษาในระดับที่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาในระยะต่อมาในช่วงแผนพัฒนา ฉบับที่ 8 - 9 ได้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์การพัฒนา โดยกำหนดให้ "คน" เป็นศูนย์กลางของการพัฒนา พร้อมทั้งนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชการที่ 9 มาเป็นแนวทางในการพัฒนาประเทศ สำหรับการพัฒนาในมิติอื่นๆ เป็นเพียงเครื่องมือในการพัฒนาคน แนวทางการพัฒนาประเทศได้ปรับเปลี่ยนทิศทางการพัฒนาศักยภาพของคนในทุกมิติ เพื่อให้คนมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสุข โดยในด้านสาธารณสุข มุ่งเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ควบคู่กับการมีหลักประกันสุขภาพที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างและจัดการระบบสุขภาพ และให้มีการเรียนรู้และใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาไทยและสากลในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้ประชาชนร้อยละ 97.75 มีหลักประกันสุขภาพ ตลอดจนอายุขัยเฉลี่ยของประชาชนสูงขึ้น และจากการรายงานการติดตามผล 3 ปีแรกของแผนพัฒนา ฉบับที่ 10 ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (2553) พบว่าดัชนีสุขภาวะเพิ่มขึ้นจากระดับร้อยละ 71.41 ในปี พ.ศ.2549 เป็น 72.52 ในปี พ.ศ.2552 เป็นผลจากการดำเนินนโยบายของรัฐในการพัฒนาคุณภาพคนทั้งทางสุขภาพอนามัยและการศึกษาต่อเนื่องมาเป็น

ระยะเวลายาวนานกว่า 40 ปี ทำให้สุขภาพคนไทยดีขึ้น อายุยืนยาวและความสามารถในการเรียนรู้สูงขึ้น ทั้งนี้ ชาญวิทย์ โคธีรานุรักษ์ (2550) จากบทความ “อยู่อย่างไรให้มีสุข อายุยืนยาวถึง 100 ปี” กล่าวไว้ว่า สุขภาพ เป็นการเรียนรู้ถึงวิถีทางการดำเนินชีวิต เพื่อการมีสุขภาพแข็งแรง ร่างกายต้องการความเคลื่อนไหวออกกำลังกายสม่ำเสมอ อาหารการกินในปริมาณพอเหมาะ และเลือกชนิดอาหารที่มีคุณประโยชน์เป็นธรรมชาติมากที่สุด ปรุงแต่งแต่น้อย รู้จักจัดการความเครียดได้ดี ท่ามกลางสังคมที่กำลังเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ สังคมที่ซับซ้อน และยุ่งเหยิงมากขึ้น รวมทั้งไม่นำเอาสารที่ก่อปัญหาต่อสุขภาพเช่น บุหรี่ เหล้า เบียร์ แอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง เข้าสู่ร่างกาย ก็จะทำให้มีสุขภาพที่ดี อายุยืนอย่างมีคุณภาพโดยไม่ต้องพึ่งยารักษา ซึ่ง กองแผนงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้กล่าวว่า เป็นความฉลาดทางสุขภาพ เป็นความสามารถทางการจัดการและการบริหารสุขภาพ ใส่ใจสุขภาพ โดยการหาเวลาออกกำลังกาย การออกกำลังกายจะช่วยให้สมองทุกส่วนทำงาน ระบบความจำดีขึ้น มีสมาธิในการทำงานมากขึ้น ทั้งนี้ สุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ หรือสุขภาพที่สมบูรณ์ทุกๆ ทางเชื่อมโยงกัน สะท้อนถึงความเป็นองค์รวมอย่างแท้จริงของสุขภาพที่เกี่ยวพันและเชื่อมโยงกันทั้ง 4 มิติ ซึ่งความหมายในแต่ละด้าน คือ 1) สุขภาพทางกาย หมายถึง การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีเศรษฐกิจพอเพียง มีสิ่งแวดล้อมดี ไม่มีอุบัติเหตุ เป็นต้น 2) สุขภาพทางจิต หมายถึง จิตใจที่เป็นสุข ผ่อนคลาย ไม่เครียด คล่องแคล่ว มีความเมตตา กรุณา มีสติ มีสมาธิ เป็นต้น 3) สุขภาพทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี ในครอบครัว ในชุมชน ในที่ทำงาน ในสังคม ในโลก ซึ่งรวมถึงการมีบริการทางสังคมที่ดี และมีสันติภาพ เป็นต้น และ 4) สุขภาพทางปัญญา (จิตวิญญาณ) หมายถึง ความสุขอันประเสริฐที่เกิดจากมีจิตใจสูง เข้าถึงความจริงทั้งหมด ลดละความเห็นแก่ตัว มุ่งเข้าถึงสิ่งสูงสุด ซึ่งหมายถึงพระนิพพาน หรือพระผู้เป็นเจ้าของหรือความดีสูงสุด สุดแล้วแต่ความเชื่อที่แตกต่างกันของแต่ละคน (วิริยะ สว่างโชติ, 2550)

ดังนั้น การที่บุคคลมีสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลอยู่เย็นเป็นสุข และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งการศึกษาของ กุณฑลชี เพียรทอง (2547) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า ความเพียงพอของรายได้ เครือข่ายช่วยเหลือทางสังคม การรับรู้บริการสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 งานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางกาย อาทิเช่น สุวิมล สันติเวส (2550) ได้ทำการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) สอดคล้องกับการวิจัยของวาสนา ครุฑเมือง (2547) ที่ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 59.7 ($P < 0.01$) และจากการศึกษาตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาเชิงวิเคราะห์ทางวิจัยโดยวิธีการวิเคราะห์อภิมาน ของอริยา ทองกร (2550) ที่พบว่าตัวแปรสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคือตัวแปรปัจจัยภายในบุคคล 4 ตัวได้แก่ ค่านิยม

เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตต่อการส่งเสริมสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ งานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิต อาทิเช่น การศึกษาของ สุพัตรา ธารานุกูล (2544) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า เพศ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสัมพันธ์ภาพทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต ($p < 0.01$) และพบว่า สัมพันธ์ภาพทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษา และเพศ สามารถร่วมกันทำนายความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 70.2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางสังคม อาทิเช่น งานวิจัยของ จักรกฤษ เลื่อนกฐิน (2549) ที่ทำการศึกษปัจจัยบางประการที่ส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัวของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ผลการวิจัยพบว่าค่าน้ำหนักความสำคัญคาโนนิคอลของกลุ่มตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มตัวแปรตามชุดที่อธิบายได้มากที่สุดโดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์โครงสร้างของตัวแปรที่มีน้ำหนักเด่นพบว่าเกิดจากอิทธิพลของตัวแปรมโนภาพแห่งตนสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนสัมพันธ์ภาพกับครูและลักษณะมุ่งอนาคตซึ่งตัวแปรตามที่ได้รับอิทธิพลโดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ความสามารถในการปรับตัวด้านการเรียนความสามารถในการปรับตัวด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่นและความสามารถในการปรับตัวด้านความกังวลเกี่ยวกับตนเอง ตามลำดับ งานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางปัญญา/ทางจิตวิญญาณ อาทิเช่น การวิจัยของ ตลฤดี รพีนิพนธ์ (2545) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณธรรม จริยธรรม ของนักเรียนอาชีวศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ สังกัดกรมอาชีวศึกษาในจังหวัดพิษณุโลก พบว่า การอบรมสั่งสอน และการปฏิบัติเป็นแบบอย่าง สามารถร่วมกันทำนายคุณธรรม จริยธรรมของนักเรียน ($P < .05$)

งานวิจัยของเกศสิริ ปันธูระ (2552) ได้ศึกษาวิถีชีวิตที่มีผลต่อการเสริมสร้างสุขภาวะของประชาชนเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิถีชีวิต ระดับสุขภาวะทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคมและสุขภาพปัญญา และเปรียบเทียบวิถีชีวิตที่มีผลต่อสุขภาวะของประชาชนเขตดินแดง พร้อมทั้งแนวทางการเสริมสร้างสุขภาวะของประชาชนเขตดินแดง ด้วยแผนงานการจัดกิจกรรมเพื่อชุมชนดินแดง ใช้วิธีวิทยาการวิจัยแบบผสม (Mix Methodology) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การประชุมกลุ่ม (Focus Group) การสำรวจ (Survey) กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ใน 22 ชุมชน ผลการวิจัย พบว่า ระดับสุขภาวะ ประชาชนในเขตดินแดงมีสุขภาวะรวมและรายด้านระดับดี เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยสุขภาวะรวมตามประเภทชุมชนแล้วพบว่า ประชาชนในเคหะชุมชนและชุมชนจัดสรร มีสุขภาวะรวมระดับดี มากกว่าสุขภาวะรวมของประชาชนเขตดินแดงในขณะที่ชุมชนแออัดและชุมชนเมืองมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะรวมดีน้อยกว่าสุขภาวะรวมของประชาชนดินแดง และการเปรียบเทียบวิถีชีวิตที่มีผลต่อสุขภาวะของประชาชนเขตดินแดง พบว่าประชาชนเขตดินแดงที่มี เพศ สถานภาพสมรส และดัชนีมวลกายต่างกัน มีสุขภาวะไม่ต่างกัน ในขณะที่ผู้ที่มีอายุ การศึกษา อาชีพ ลักษณะที่อยู่อาศัย ลักษณะครอบครัว ความเป็นคนพื้นถิ่น ลักษณะชุมชน ลักษณะการบริโภคและการออกกำลังกาย ต่างกัน มีสุขภาวะต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ผลจากการประชุมบูรณาการวิจัยเพื่อท้องถิ่น พบว่า แผนงานการจัดกิจกรรมเพื่อชุมชนดินแดง ควรจัดโครงการบริการวิชาการแก่ชุมชน ในลักษณะบูรณาการเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะแบบองค์ทั้ง 4 ด้านและสร้างความร่วมมือกันเครือข่ายภาคีในชุมชนดินแดง อาทิเช่น โครงการตลาดนัดสุขภาพ โครงการสนทนาธรรมะในรั้วมหาวิทยาลัย โครงการสืบสานงานประเพณีโดยร่วมมือกับ ศาสนสถานในชุมชน โครงการป้องกันภัยใกล้ตัวร่วมมือกับสถานีตำรวจ เป็นต้น งานวิจัย สุชานันท์ คุณผล (2553) ศึกษาแนวทางการพัฒนาสุขภาวะทางกายของประชาชนในตำบลหนองกินเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาพ ภาวะ ปัญหาสุขภาพและแนวทางการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในตำบลหนองกินเพล อำเภวารินชำราบ

จังหวัดอุบลราชธานี ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ และมีแบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย ผลการศึกษาพบว่า สุขภาวะทางกายของประชาชนมีความแข็งแรงสมบูรณ์ สุขภาวะทางจิตพบว่า ประชาชนไม่มีการนั่งสมาธิ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์มากที่สุด รองลงมาคือมีการทำบุญไม่น้อยกว่า 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนสุขภาพทางสังคมพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นคนกรรมการชุมชนมากที่สุด รองลงมาคือมีการช่วยเหลือเพื่อนบ้านเมื่อมีงานหรือกิจกรรมในชุมชนและสำหรับสุขภาพทางปัญญาพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีการพัฒนาตนเองโดยหมั่นศึกษาหาความรู้ตลอดเวลา รองลงมาคือ การเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม ปัญหาสุขภาพทางกาย พบว่า ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยจากพฤติกรรมไม่ออกกำลังกาย ปัญหาสุขภาพทางจิต พบว่า เกิดจากความเครียดจากสภาวะทางสังคมในปัจจุบัน รองลงมาคือความเครียดจากการประกอบอาชีพ ส่วนปัญหาสุขภาพทางสังคม พบว่า เกิดจากการมีการทะเลาะกันในครอบครัวและชุมชนมากที่สุด ส่วนปัญหาสุขภาพทางปัญญา พบว่า การที่ทำงานด้วยความเคยชิน โดยไม่มีความรู้ในงานที่ทำมากที่สุด สำหรับแนวทางการพัฒนาสุขภาพทางกาย พบว่า ควรมีการนำหลักเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการดำเนินชีวิตมากที่สุด สุขภาวะทางจิต พบว่า ควรมีการบำรุงพุทธศาสนาเป็นประจำ สุขภาวะทางสังคม พบว่าควรมีการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมอันเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมร่วมกัน และแนวทางการพัฒนาสุขภาพทางปัญญา พบว่าควรมีการพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา

จึงสรุปได้ว่า สุขภาวะที่ดี หมายถึง การที่ประชาชนทุกกลุ่มวัยต่าง ๆ มีการกระทำเพื่อให้ตนเองมีร่างกายแข็งแรง มีจิตใจที่ดีมีความเมตตา กรุณา ยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรม ดำเนินชีวิตอย่างมีสติสัมปชัญญะ และใฝ่รู้ สามารถ “คิดเป็น ทำเป็น” มีเหตุผล อยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุขด้วยการดูแลสุขภาพในด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงควันบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ตามหลักพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกระทรวงสาธารณสุข

สุขภาวะครอบครัว (Family Well-being)

ผู้ที่กล่าวถึง ในบริบทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะครอบครัวไว้ ดังเช่น ความสุขที่แท้จริงบนพื้นฐานของความสุข 8 ประการ ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (2551) ซึ่งได้กล่าวถึงองค์การแห่งความสุข (Happy Workplace) โดยมี ความสุขในครอบครัวเป็นองค์ประกอบหนึ่งคือ Happy Family ซึ่งหมายถึง การมีครอบครัวที่อบอุ่นและมั่นคง การให้ความสำคัญกับครอบครัว เป็นกำลังใจซึ่งกันและกันของสมาชิกครอบครัว เพราะครอบครัวเป็นเหมือนภูมิคุ้มกัน เป็นกำลังใจ ในการที่เราจะสามารถเผชิญกับอนาคตหรืออุปสรรคในชีวิตได้ ทำให้บุคคลมุ่งมั่นในการทำให้ชีวิตดีขึ้น ฉะนั้นครอบครัวเข้มแข็ง สังคมก็ย่อมมั่นคง

นอกจากนี้ มีงานวิจัยของ งามตา วณิชานนท์ (2553) ได้ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และ ปัจจัยเชิงผลของความสัมพันธ์ระหว่างบิดากับมารดา เพื่อสร้างดัชนีคุณภาพชีวิตครอบครัวไทย (Marital Quality) กับกลุ่มตัวอย่างเป็นสามี 361 คน ภรรยา 601 คน มีอายุเฉลี่ย 35.05 ปี ระยะเวลาที่อยู่ร่วมกันเฉลี่ย 10.27 ปี โดยผลการวิเคราะห์อิทธิพล พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสเรียงลำดับจากมากถึงน้อยได้แก่ จิตลักษณะด้านความใกล้ชิดผูกพัน การให้ความสำคัญกับชีวิตครอบครัว ทศนคติที่ดีต่อคู่สมรสและการรับรู้สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว ตามลำดับ และ จากการศึกษาปัจจัยเชิงผลของความสัมพันธ์ระหว่างบิดากับมารดา ในกลุ่มตัวอย่างคือ บิดาหรือมารดาและบุตรวัยรุ่นจากครอบครัวเดียวกัน จำนวน 1,089 ครอบครัว บิดามารดามีอายุเฉลี่ย 39.90 ปี ระยะเวลาที่อยู่ร่วมกันกับคู่สมรสเฉลี่ย 16.15 ปี บุตรมีอายุเฉลี่ย 13.14 ปี จากผลการวิเคราะห์อิทธิพลพบว่า การรับรู้่าบิดามารดาของตน มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันส่งผลทางตรงต่อการมีสุขภาพจิตดีของเยาวชน และส่งผลทางอ้อมต่อจิตลักษณะ

3 ด้านคือ การมีพัฒนาการทางจิตสังคมอย่างเหมาะสม การมีลักษณะมุ่งอนาคต และความเชื่ออำนาจภายในตนเอง และส่งผลต่อพฤติกรรม 2 ด้านคือ การคบเพื่อนอย่างเหมาะสม และมีความก้าวร้าวน้อย โดยส่งผ่านทางกลุ่มตัวแปรด้านการรับรู้การปฏิบัติต่อกันในครอบครัวของเยาวชน 6 ด้านได้แก่ การรับรู้ปริมาณการได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบรักและใช้เหตุผลมาก มีทัศนคติที่ดีต่อบิดาและมารดา และการรับรู้ว่าสามารถจัดการกับความขัดแย้งระหว่างบิดากับมารดาได้มาก และจากผลสรุปจากงานวิจัยทั้งเชิงเหตุและผลดังกล่าวพบว่า ดัชนี่แกนกลางที่สำคัญ จากพ่อแม่มาสู่บุตรคือ ความสัมพันธ์ระหว่างบิดากับมารดา ซึ่งเป็นดัชนีสสำคัญที่สามารถนำไปใช้ในการคาดการณ์ถึง สภาพเครียดในครอบครัวจากการรับรู้ของบุตร เพื่อให้ความช่วยเหลือในเชิงสร้างเสริม ป้องกันหรือแก้ไขต่อไป ทั้งนี้ คุณภาพชีวิตสมรส (Marital quality) มีความหมายที่ครอบคลุมถึงความสามารถในการปรับตัว ความสุข และความพึงพอใจในชีวิตสมรส (Lewis & Spanier, 1979) และจากทฤษฎีคุณภาพและความมั่นคงในชีวิตสมรส (The theory of quality and stability of marriage) (งามตา วนิทานนท์ และคณะ, 2545) ได้ให้ความหมายของ คุณภาพชีวิตสมรสในลักษณะทั้งด้านคุณภาพและปริมาณของปฏิสัมพันธ์และการทำหน้าที่ของคู่สมรสหลายด้าน

นอกจากนี้ ฟาร์เฮย์ เคลธีย์และ โปเลค (Fahey, Keilthy and Polek, 2012) ได้ศึกษาเรื่องสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและสุขภาวะครอบครัว (Family Relationships and Family Well-Being) โดยศึกษาในครอบครัวที่มีการเลี้ยงดูตามการเติบโตของบุตรอายุ 9 ขวบในประเทศไอร์แลนด์ ใช้การสำรวจพ่อแม่ โดยการตรวจสอบ สุขภาวะครอบครัวที่มีผลต่อพัฒนาการการเติบโตของบุตรนั้นพิจารณาจาก 1) โครงสร้างในครอบครัว (Structure of families) ที่วัดจาก จำนวนสมาชิกในครอบครัว 2) สัมพันธภาพที่มีคุณภาพระหว่างพ่อกับแม่ (Relationship quality between parents) 3) สุขภาวะของพ่อและแม่ (Individual well-being of parents) 4) สัมพันธภาพที่มีคุณภาพระหว่างพ่อแม่ กับบุตร (Relationship quality between parents and children) และ 5) สุขภาวะของบุตร (Well-being of children)

จากการทบทวนความหมายและองค์ประกอบการวัดของ สุขภาวะ (Well-being) ข้างต้นที่ครอบคลุมถึงการมีสุขภาพในมิติด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณที่มีมุมมองในเชิงของความดีงามในจิตใจและการกระทำ ประกอบกับ องค์ประกอบของ สุขภาวะครอบครัวของ ฟาร์เฮย์ เคลธีย์และ โปเลค ที่ครอบคลุมสมาชิกที่ใช้ในการศึกษาเพื่อตรวจสอบการรับรู้ทั้งตัวพ่อแม่และบุตร แต่สำหรับ ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา สุขภาวะครอบครัวในบริบทของคู่สมรส กลุ่มเป้าหมายเป็นสามี เป็นภรรยา ที่อยู่ในครอบครัวที่มีบุตรหรือยังไม่มีบุตรที่ย่อมได้เพราะโครงสร้างครอบครัวปัจจุบันนี้ ส่วนหนึ่งมีการอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวระหว่างฝ่ายหญิงกับฝ่ายชายโดยไม่มีบุตร ดังนั้นจึงวัด สุขภาวะครอบครัวจาก 1) สุขภาวะด้านร่างกายและจิตใจของตนเองและคู่สมรส 2) ความยึดมั่นคุณธรรมของตนเองและคู่สมรส และ 3) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรส

1) สุขภาวะด้านร่างกายและจิตใจของตนเองและคู่สมรส หมายถึง การที่บุคคลมีการประเมินสุขภาพของตนเองและสุขภาพของคู่สมรส ว่ามีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยเป็นโรค ไม่พิการ ปราศจากโรคภัยคุกคาม มีสุขภาพดีตามที่แสดงออกให้เห็นทางร่างกาย รวมถึงการที่บุคคลไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงในการดำเนินชีวิต เช่น พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น และมีสุขภาพทางจิต คือ มีสุขภาพจิตดี มีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับบุคคลรอบข้างอย่างราบรื่น สามารถทำงานได้อย่างเต็มความสามารถ ทำงานได้ตรงตามความถนัด และมีความภาคภูมิใจในตัวเองเมื่อได้ทำในสิ่งที่ดี

2) ความยึดมั่นคุณธรรมของตนเองและคู่สมรส หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้ต่อตนเองและคู่สมรสว่าเป็นผู้มีความสามารถในการแสดงออกอย่างมีความหวังมีจุดมุ่งหมายเป็นอุดมการณ์ในชีวิต มีความรู้สึกสำนึก

ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ มีความรักในสันติภาพ มีความต้องการที่พอเพียง เคารพในทุกชีวิต มีการใช้หลักคุณธรรมในการครองตนและครองคู่ ยึดหลักธรรมในการประกอบกิจการตัดสินใจและการแก้ปัญหา มีการปฏิบัติหรือเข้าร่วมกิจกรรมในทางศาสนาที่ตนเองยึดถืออย่างเคร่งครัด

3) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรส หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึกและการปฏิบัติของตนเองที่มีต่อคู่สมรส ที่แสดงออกถึงความสัมพันธ์ต่อกันทั้งทางด้านดีและไม่ดี เช่น การแสดงความเห็นใจซึ่งกันและกัน การช่วยเหลือเกื้อกูลเติมเต็มซึ่งกันและกัน การให้การสนับสนุนทั้งข้อมูลข่าวสารสิ่งของทรัพยากรและอารมณ์ การทำกิจกรรมร่วมกัน การแก้ปัญหาาร่วมกัน ร่วมดำรงรักษาความสามัคคีเป็นปึกแผ่นของครอบครัว รวมถึงความพึงพอใจในชีวิตคู่ หรือปริมาณความขัดแย้ง ห่างเหิน ไม่เข้าใจกัน

พฤติกรรมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดความหมายของคำว่าสุขภาพ ครอบคลุม 3 มิติ สำคัญคือ ร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยกำหนดค่านิยมของสุขภาพว่า หมายถึง สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย สังคม และจิตใจประกอบกัน ไม่ใช่แต่เพียงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความพิการ และ เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง การบรรลุเป้าหมายสูงสุดของชีวิตของบุคคล โดยผ่านทางพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย การดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพและมีความสัมพันธ์ที่พึงพอใจกับผู้อื่น ในขณะที่ต้องการปรับตัว เพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงและสมดุลกับสิ่งแวดล้อม

เมอร์รี่ และเซนท์เนอร์ (Murry and Zentner, 1989) ให้ความหมายสุขภาพว่า เป็นภาวะความผาสุกของบุคคลที่สามารถปรับตัวทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณและสังคมในการตอบสนองต่อสิ่งรบกวนภายในและภายนอกเพื่อคงเสถียรภาพและความสุขเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของบุคคลและเป้าหมายทางวัฒนธรรม

เป็นแนวคิดสำคัญทางด้านสุขภาพหนึ่งที่ใช้ในการอธิบายถึงพฤติกรรมของปัจเจกในการตรวจสอบดูแลสุขภาพของตนเองให้อยู่ในภาวะที่เหมาะสม ทั้งนี้พบว่านักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายที่แตกต่างกันออกไป เลวิน (Gantz, 1990; citing Levin, 1976) ให้มุมมองของการดูแลตนเองว่า เป็นกระบวนการในการทำหน้าที่ของบุคคลนั้นๆ เกี่ยวกับสุขภาพ และบุคคลจะได้ประโยชน์จากการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค และการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ โรเมเดอร์ (Health Canada, 2004; citing Romeder et al., 1990) โดยเน้นที่เป็นการตัดสินใจและการกระทำโดยตัวบุคคลที่มีความสนใจในสุขภาพของตนเป็นวิธีแรกของบุคคลในการแก้ปัญหาสุขภาพ และการดูแลตนเองถือเป็นหนึ่งในกลยุทธ์ของการเข้าถึงภาวะสุขภาพที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง บุคคลมีแหล่งประโยชน์สำหรับการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและการแก้ไขปัญหาของตนเอง 5 แหล่งด้วยกัน คือ ตัวบุคคล สมาชิกในครอบครัว เพื่อน บุคลากรด้านสุขภาพ ข้อมูลข่าวสารต่างๆ และสิ่งแวดล้อม

แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ได้มีนักวิชาการในสายงานการพยาบาลได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ในเชิงพฤติกรรม ดังเช่น โอเร็ม (Orem, 1991) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองว่า เป็นพฤติกรรมที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action and goal oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ พอลจะสรุปได้ดังนี้ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ และระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ และจำแนกพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมี 3 ลักษณะ คือ 1) การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Universal self care) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติ เพื่อประคับประคองกระบวนการดำรงชีวิตและสนับสนุนให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างปกติสุขหรือเป็นการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อตอบสนอง

ความต้องการตามกระบวนการ 2) การดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental self care) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของแต่ละบุคคลในแต่ละระยะของวงจรชีวิต ได้แก่ การเข้าสู่ภาวะการตั้งครรภ์ การเป็นมารดา เป็นต้น รวมทั้งเหตุการณ์ที่อาจมีผลกระทบต่อกระบวนการพัฒนา ซึ่งได้แก่ การรักษาสมดุลของโครงสร้างของร่างกายและจิตใจ ให้เกิดภาวะที่สมบูรณ์และการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันอันตรายจากสิ่งแวดล้อมที่อาจจะมีผลกระทบต่อพัฒนาการของมนุษย์ และ 3) การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self care) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเมื่อเกิดเจ็บป่วย เป็นการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาและขจัดอาการที่เบี่ยงเบนไปจากภาวะสุขภาพ อันอาจมีผลกระทบถึงจิตใจอารมณ์ เป็นการช่วยควบคุมสภาพของโรคมิให้ลุกลาม ตลอดจนการแพร่กระจายของโรคไปสู่ผู้อื่น

การดูแลตนเองด้านจิตใจนั้น ฮิลล์ และสมิธ (Hill & Smith, 1985) ให้ความหมายของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านจิตใจว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเป็นปกติวิสัย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสภาพจิตใจและคงไว้ซึ่งความผาสุกทางด้านจิตใจ เกิดความสมดุลในการเผชิญชีวิต ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้านคือ ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการเผชิญปัญหา ด้านการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม และด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านสุขภาพ ส่วนการดูแลตนเองด้านพฤติกรรมการป้องกันโรค จากการทบทวนเอกสารพบว่า การป้องกันโรคนั้นสามารถจำแนกพฤติกรรมได้ออกเป็น 4 ลักษณะ ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปี (สิริพร กาญจนประโชติ, 2546; สุริยาภรณ์ อินทรภรณ์, 2549)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อังคินันท์ อินทรกำแหง (2552: 44) ได้ให้นิยามการวัดสุขภาพที่ดี ครอบคลุมถึง ความสามารถและการแสดงพฤติกรรมดำรงชีวิตอย่างปลอดภัยเพื่อให้ตนเองและครอบครัว มีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีความเป็นอยู่อย่างปกติสุขซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมย่อยได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการหลีกเลี่ยง พึงสารเสพติด ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล ด้านการป้องกันโรค ด้านความปลอดภัยในชีวิต ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการจัดการความเครียด และด้านการจัดการอารมณ์ ความรู้สึก นอกจากนี้ยังพบว่า มีการศึกษาถึงประโยชน์ที่บุคคลเข้าร่วมกิจกรรมอาสา จะมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพที่ดี ดังการศึกษาของ มอร์โรว์ โฮเวลและคณะ (2003) ได้ศึกษาถึงผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุที่ทำงานอาสาสมัครพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมอาสาเป็นระยะเวลาานจะมีระดับสุขภาพสูงขึ้น ซึ่งถึงเป็นผลบวกต่อสุขภาพ โดยไม่ขึ้นกับลักษณะการรวมตัวทางสังคม เชื้อชาติ หรือเพศ และพบว่าจำนวนสมาชิกในองค์กร ประเภทขององค์กร ต่ำตอบแทนที่ได้รับ ไม่มีผลต่อการเข้าร่วมทำงานอาสาสมัครของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรีพีย์ สิมะวงศ์ (2546) ได้ทำการศึกษาลักษณะการรวมตัวของผู้สูงอายุ การทำบุญที่วัด การพบปะพูดคุยระหว่างผู้สูงอายุในละแวกบ้าน การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารทางการเมือง ข่าวสารสุขภาพ หรือการรวมตัวกันออกกำลังกาย ช่วยให้เกิดการผ่อนคลายความเหงา ความว้าเหวและความเครียดของผู้สูงอายุในชุมชนได้ ในส่วนของปัญหาสุขภาพกายนั้นพบว่า การรวมตัวของผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่ต้องออกแรง หรือการออกกำลังกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกสบายกาย ลดการป่วยด้วยโรคที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีความคล่องตัว สุขภาพแข็งแรง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ไตรรัตน์ ทองสัมฤทธิ์ (2548) พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมอาสาจะส่งผลให้เกิดผลดีต่อสุขภาพทางร่างกาย เนื่องจากมีการใช้พลังกำลังของร่างกายและสมอง และดูแลสุขภาพตนเองอยู่เสมอ ส่วนผลดีต่อด้านจิตใจพบว่า การทำงานร่วมกันทำให้มีความสุข ความสบายใจ ช่วยลดปัญหาความเครียด ความว้าเหวของผู้สูงอายุ ในด้านสังคมพบว่า การพบปะสังสรรค์ การที่สามารถแลกเปลี่ยนความรู้ การยังคงบทบาทของตนเองต่อสังคม ทำให้บุคคลได้รับความรัก

ความเครียด ได้รับเกียรติและความนับถือ ไม่รู้สึกไร้ค่า และในด้านจิตวิญญาณ จึงพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมอาสา จะทำให้รู้สึกถึงคุณค่าในตัวเองและภาคภูมิใจต่อผลกิจกรรมของตน ทำให้อาสาสมัครได้รับความสุข และดำเนินชีวิตขึ้นปลายอย่างมีความหวัง และจากการศึกษางานวิจัยประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุขบุหรี และดีมีสุรา) จำนวน 4,401 คนทั่วประเทศ จากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของผลลัพธ์ทางสุขภาพ ที่วัดจากองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ การดูแลรักษาสุขภาพ กับ การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) เท่ากับ .17 เท่ากับ .54 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาเส้นอิทธิพลของการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง พบว่า มีขนาดอิทธิพลทางตรงต่อ การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมเท่ากับ .73 จึงสรุปได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความสนใจ กับพฤติกรรมสุขภาพที่วัดจาก องค์ประกอบ 2 ด้านคือ การดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ.2ส. และการเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพในชุมชน

การวัดการดูแลตนเอง

ในการวิจัยเชิงปริมาณได้มีนักวิจัยทำ การวัดตัวแปรการดูแลตนเองด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating) ด้วยโครงสร้างทางทฤษฎีที่แตกต่างกันออกไปดังเช่น งานวิจัยของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกับสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (2557) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยวัยผู้ใหญ่ จากการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 500 คน ที่กระจายอยู่ภูมิภาคละ 100 คน ได้ผลตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและผล การสกัดและยืนยันองค์ประกอบ พบว่า เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยวัยผู้ใหญ่ มีความตรงและความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ดังผล ค่าอำนาจจำแนกและค่าดัชนีวัด องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพได้ดังนี้

ตาราง 1 แสดงค่าอำนาจจำแนก ค่าความเชื่อมั่นและค่าดัชนีวัดองค์ประกอบ

ชื่อแบบวัด	จำนวน ข้อคำถาม	คะแนน เต็ม	ช่วงค่าอำนาจ จำแนก (r)	ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha)	ค่าดัชนีวัด องค์ประกอบ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ6ด้าน					
1.ความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพที่ถูกต้อง (มีค่าความยากง่าย =.490-.660)	10 ข้อ	10	.432-.765	= .611 (ค่า KR-20)	.390-.670
2.การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	5 ข้อ	20	.625 - .725	.861	.724 - .841
3.การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	6 ข้อ	24	.554 - .847	.912	.735 - .847
4.การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง	5 ข้อ	20	.689 - .752	.887	.710 - .791
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	5 ข้อ	20	.554 - .710	.834	.389 - .771
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	5 ข้อ	20	.215 - .476	.674	.685 - .820
พฤติกรรมสุขภาพ2ด้าน					
7.การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม	5 ข้อ	20	.596 - .798	.870	.677 - .861
8.การดูแลรักษาสุขภาพตนเอง	10 ข้อ	40	.151 - .523	.710	.326 - .607

จากตาราง 1 เมื่อพิจารณาค่าคุณภาพเครื่องมือของพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 2 ด้าน พบว่า มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง .151 - .798 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง .710-.870 ค่าดัชนีวัดองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .326 - .861 จึงนับได้ว่า เป็นเครื่องมือวัดที่อยู่ในระดับที่เชื่อถือได้

นอกจากนี้งานวิจัยของ วิภาวัน ปัญญาเริน (2552) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของ ชาวไทลื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ได้

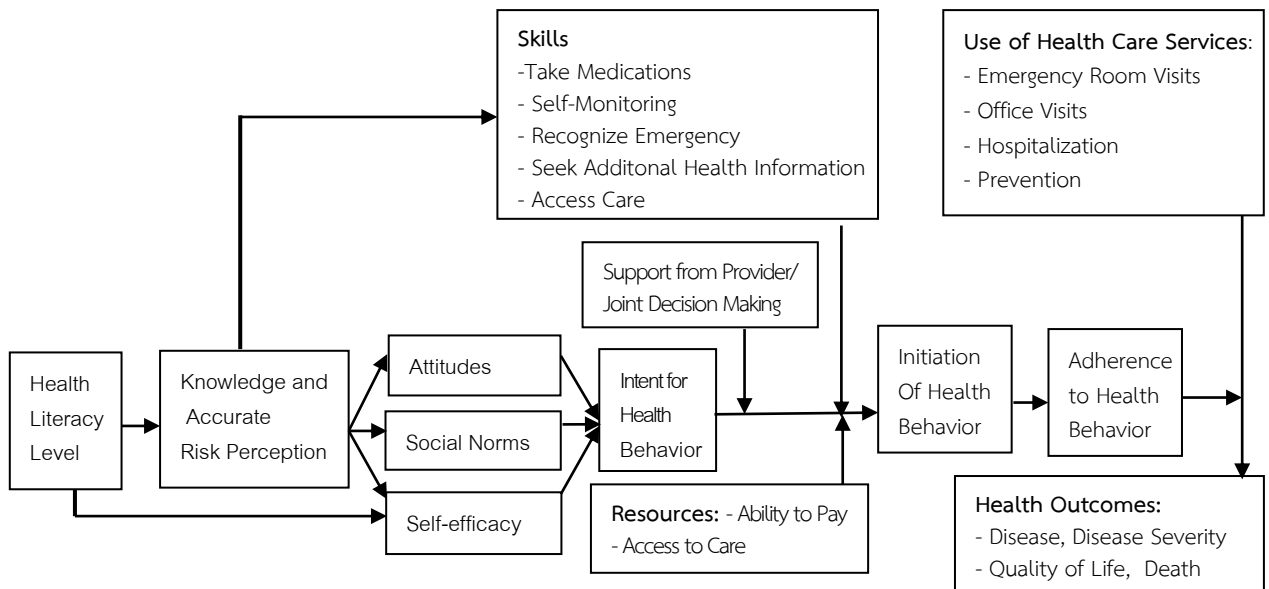
ทำการวัดตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของชาวไทยสี่ โดยอาศัยแนวคิดการดูแลตนเองของ 3 โครงสร้าง ได้แก่ การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย ด้านรับประทานอาหาร และการดูแลสุขภาพจิต ทำการวัดด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ลักษณะของข้อคำถาม เช่น “ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก เช่น ข้าวโพด ถั่ว ผักผลไม้ต่างๆ” และ ข้อคำถามเชิงลบ “ท่านรับประทานอาหารรสจัดๆ เช่น เผ็ดจัด หวานจัด เค็มจัด” เช่นเดียวกับ วิชัย สิริวิบูลย์กิตติ (2553) ได้ทำการวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะในสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย ด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยได้ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับการดูแลตนเองผนวกกับกระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ว่าเป็นการปฏิบัติในการดูแลตนเองระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งผู้ป่วยสามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้ ลักษณะของข้อคำถาม เช่น “ปรับระยะนั่งหน้าจอคอมพิวเตอร์หรือดูโทรทัศน์ให้อยู่ในระดับสายตา” และ “หยุดพักอิริยาบถ 5-10 นาที ในทุกชั่วโมงของการทำงาน” การตรวจสอบเอกสารดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยได้ข้อสรุปว่า การวัดพฤติกรรมสุขภาพครั้งนี้ วัดจากองค์ประกอบ 2 ด้านคือ การดูแลสุขภาพตนเองและการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพในชุมชนตามบริบทของชุมชนกึ่งเมือง โดยใช้แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังงานวิจัยข้างต้นดังกล่าว

แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาวะ

การวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) และผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcomes) ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรค และคุณภาพชีวิต โดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามแนวคิดที่ได้มาจากการสังเคราะห์และผสมผสานหลายทฤษฎีของ องค์การเพื่อคุณภาพและการวิจัยการดูแลสุขภาพ (Agency for Healthcare Research and Quality- AHRQ, 2011) ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้นำเสนอโมเดลตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (A logic model for analyzing studies of health literacy) เป็นโมเดลเส้นทางอิทธิพลเชิงสาเหตุ (Causal pathway model) ที่พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น การเกิดโรคและความรุนแรงของโรค คุณภาพชีวิต มีสาเหตุมาจากการใช้บริการสุขภาพ (Use of health care services) ความยึดมั่น (Adherence) การคงอยู่ในพฤติกรรมสุขภาพ (Intent for health behavior) รวมไปถึง ทักษะการกำกับตนเอง (Self-monitoring) เจตคติ (Attitudes) บรรทัดฐานทางสังคม (Social norms) การรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy level)

ตามที่ เบอร์กแมนและคณะ (Berkman et al., 2012) ได้ทำการวิจัยเชิงสังเคราะห์อย่างมีระบบ (Systematic review) เรื่อง Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ การใช้บริการสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างในระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและการออกแบบโปรแกรมหรือกิจกรรมในการพัฒนาสำหรับผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ และอธิบายประสิทธิผลของโปรแกรมที่ต่างกันตามกลุ่มเป้าหมายที่มีชีวิตสังคมต่างกัน โดยการศึกษาจากรายงานการวิจัยที่ใช้ keywords ว่า Health Literacy ที่เผยแพร่ในช่วงปี 2003 ถึง 25 พฤษภาคม 2010 ในฐาน Medline โดยการพิจารณาเกณฑ์คุณภาพของงานวิจัยและความเข้มแข็งของหลักฐานข้อมูล ตามนิยามของ Health Literacy ผลการคัดเลือกคุณภาพงานวิจัยที่นำมาศึกษาจากระดับน้อยถึงระดับดีมาก และเป็นการศึกษาถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพ 81 เรื่อง จากรายงานวิจัยทั้งหมดที่ศึกษาการวัดและสำรวจระดับของ Health Literacy 86 เรื่อง พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับของ Health Literacy อยู่ในระดับต่ำในเรื่อง การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การใช้บริการตรวจเต้านมแบบ mammography การรับบริการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ การอ่านฉลากยา การอ่านคำสั่งแพทย์ อ่านข่าวสาร

ทางด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสารการพูดเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ สภาวะทางสุขภาพต่ำ และอัตราการตายสูง เป็นต้น และในจำนวนรายงานการวิจัยอีก 42 เรื่องเป็นการศึกษาโปรแกรมการพัฒนา Health Literacy โดยที่ 27 เรื่องเป็นงานวิจัยแบบ Randomized controlled trials - RCTs, 2 เรื่อง เป็น Cluster RCTs, และ 13 เรื่อง เป็น Quasi-experimental designs ซึ่งหลายงานวิจัยเป็นการสร้างและเพิ่มความเข้าใจทางด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพอย่างเท่าทัน การจัดการตนเองเพื่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการและควบคุมความชุกของโรค และผลของโปรแกรมเพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ครอบคลุม ความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การยึดมั่นผูกพัน และคุณภาพชีวิต จึงนำมาสู่ข้อสรุป ที่มีการพัฒนาเครื่องมือวัดที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความแตกต่างของบุคคล และการกำหนดนโยบายเพื่อ เพิ่มแรงจูงใจ และเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพอย่างคุ้มค่าต่อไป และจากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมดจึงนำมาสู่การนำเสนอโมเดลตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ (A Logic model for analyzing studies of health literacy) ของ AHRQ (2011: ES3) ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 โมเดลตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ

(A Logic model for analyzing studies of health literacy) (AHRQ, 2011: ES3)

ผู้วิจัยประยุกต์โมเดลดังกล่าวร่วมกับทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัว (The individual and family self-management theory, IFSMT) (Ryan & Sawin, 2009) มีรากฐานมาจากทฤษฎีเชิงระบบ มาพัฒนาเป็นโมเดลในการวิเคราะห์สาเหตุของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Outcome) ทั้งระยะสั้น (Proximal outcome) และระยะยาว (Distal outcome) (วัดจากพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตและความผาสุก) โดยมีตัวแปรด้านกระบวนการ (Process) คือ ความเชื่อและทักษะ เช่น การรับรู้ความสามารถของตน ทักษะการกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น และสาเหตุสำคัญด้านบริบท (Context) และปัจจัยนำเข้า (Input) คือ สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม เช่น การเดินทาง วัฒนธรรมในชุมชน นโยบายภาครัฐ เป็นต้น ส่วนในด้านบริบทครอบครัวและบุคคลได้แก่ การรับรู้ข่าวสาร การรู้หนังสือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จิตวิทยาเชิงบวก เป็นต้น ซึ่งแนวคิดนี้ได้พัฒนามาจาก ทฤษฎีระบบ (Family system) ที่สามารถนำมาปรับใช้ในการศึกษาการจัดการครอบครัวได้ โดยทฤษฎีระบบ มองครอบครัวเป็น

ระบบย่อยที่สำคัญของสังคมและมีอยู่ในสังคมมาเป็นเวลานาน รวมทั้งเป็นสถาบันทางสังคมที่เกิดขึ้นมานานแล้วในอดีตในทุกมุมโลก และยังคงเป็นสถาบันที่เป็นรากฐานในการสร้างเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่ถ่ายทอดไปสู่ลูกหลานมากที่สุดสถาบันหนึ่ง ระบบครอบครัวเป็นระบบที่ซับซ้อนและประกอบขึ้นด้วยระบบย่อยภายในครอบครัวอีกหลายระบบ ซึ่งต่างปฏิสัมพันธ์กันในการดำเนินชีวิตครอบครัว การทำความเข้าใจกับความสัมพันธ์ของระบบต่างๆ ของครอบครัวย่อมขยายมุมมองการวิเคราะห์ครอบครัวได้อย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น ซึ่งมีนักวิจัยสองท่าน ไรอันและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) ได้นำมาใช้ในงานวิจัยและสร้างเป็นทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัว (Individual and Family Self-management Theory) แต่สำหรับแนวคิดของ Ryan & Sawin เป็นงานวิจัยที่ถูกรวบรวมและนำมาใช้ในด้านสุขภาพเป็นหลัก ที่ผู้วิจัยเห็นว่าทฤษฎีนี้มีความครอบคลุมและสามารถนำมาปรับใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและครอบครัว จึงได้มีการนำมาปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของชุมชนในกิ่งเมืองและกิ่งชนบทที่นำไปสู่สุขภาวะครอบครัว ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่มาจากสาเหตุสามมิติ คือ บริบท (Context) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) โดยปัจจัยในมิติของบริบทจะมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของตัวบุคคลและครอบครัวในมิติของกระบวนการ และมีผลโดยตรงต่อมิติของผลลัพธ์ ซึ่งทำให้มีผลลัพธ์ในเชิงบวกมากขึ้น โดยผลลัพธ์จะเป็นผลลัพธ์ ระยะสั้น (Proximal outcome) หรือผลลัพธ์ระยะยาว (Distal outcome)

มิติบริบท (Context) เป็นปัจจัยความเสี่ยงและการป้องกัน ประกอบด้วย 1) ปัจจัยเงื่อนไขเฉพาะ เช่น การรับรู้ของครอบครัว โครงสร้างของครอบครัว 2) สภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น วัฒนธรรม ทุนทางสังคม และ 3) ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว เช่น ความสามารถในการเรียนรู้ โครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัว ความสามารถในการจัดการตนเอง ส่วนมิติกระบวนการ (Process) ประกอบด้วย 1) ความรู้ความเชื่อ เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง การคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น 2) ทักษะและความสามารถในการควบคุมตนเอง และ 3) การอำนวยความสะดวกทางสังคม เช่น อิทธิพลทางสังคม การเจรจาต่อรองตนเองและครอบครัว และสำหรับมิติผลลัพธ์ (Outcome) ในส่วนของผลลัพธ์ใกล้เคียง (Proximal outcome) จะเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมจัดการตนเองและการจัดการในครอบครัว และผลลัพธ์สุดท้าย (Distal outcome) จะเกี่ยวข้องกับการมีผลลัพธ์ใกล้เคียง หากบุคคลสามารถมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองและในครอบครัวได้ ก็จะทำให้เกิดการมีครอบครัวเข้มแข็งได้ (Ryan & Sawin, 2009: 9-10)

ประกอบกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของคริสโตเฟอร์และคณะ (Christopher et al., 2013) ได้ศึกษาคุณลักษณะตามจิตวิทยาเชิงบวก ในผู้ป่วยเบาหวานด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบ ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี (Optimism) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ความยืดหยุ่น (Resilience) มีความสัมพันธ์สูงต่อ ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น โดยผ่านตัวแปรคั่นกลางที่สำคัญคือ พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การยึดมั่นในการรับประทานอาหารเบาหวาน (Adherence to a diabetic diet) การเพิ่มการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกาย (Increased participation in physical activity) การเพิ่มการกำกับระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (Increased blood glucose monitoring) การยึดมั่นกับสุขภาพทางการแพทย์ (Increased adherence to medication) ที่ส่งผลดีด้านสุขภาพ (Health outcomes) ได้แก่ การควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดี การลดภาวะแทรกซ้อนของโรค การลดอัตราการตาย เป็นต้น จึงกล่าวได้ว่า จิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ

จิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะครอบครัว

จิตวิทยาเชิงบวก นับเป็นสาขาหนึ่งในจิตวิทยาที่แสดงให้เห็นว่า จิตวิทยาไม่ใช่ศาสตร์ที่ศึกษาเพียงด้านพยาธิสภาพ ความอ่อนแอ หรือความล้มเหลวเสียหายของมนุษย์ แต่เปลี่ยนมุมมองทฤษฎีและแนวคิดว่ายังมี การศึกษาถึงความเข้มแข็งและเจริญเติบโตด้วย ซึ่งใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่ดีที่สุดในการศึกษาทำความเข้าใจ อธิบาย และจัดการกับพฤติกรรมมนุษย์ที่ซับซ้อนได้อย่างดีที่สุด โดยเฉพาะในทางเชิงป้องกันเพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งให้ เกิดความหย่นตัวของคนให้ต่อต้านกับอาการเจ็บป่วยทางจิต ที่มนุษย์เราสามารถเรียนรู้ เพื่อสร้างคุณภาพชีวิต ของตนและชุมชนได้ (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, 2002) จิตวิทยาเชิงบวก จึงเป็น การศึกษาเพื่อเข้าใจถึงการพัฒนาความผาสุก ความเข้มแข็ง และความหย่นตัว ซึ่งลักษณะเหล่านี้จะเกิดขึ้นอย่าง ซ้ำซ้อน ไม่ใช่มาจากเพียงด้านการมองโลกในแง่บวก การมีอารมณ์ทางบวกเท่านั้น แต่เกิดจากลักษณะ หรือปัจจัย หลากหลาย รวมทั้งประสบการณ์ทั้งด้านดีและลบที่ได้พบเจอ การสะท้อนความคิด การมองเห็นความหมาย และ สามารถทำทนายต่อเป้าหมายที่พัฒนาจากความเป็นจริง ที่จะส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมทางบวก จิตวิทยาเชิงบวก จึงไม่ได้ละเลยอารมณ์หรือประสบการณ์ทางลบ แต่จะศึกษาว่าด้านลบที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลต่อการประมวลข้อมูล ข่าวสาร มีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพจิตที่ดี และความผาสุกอย่างไร (Davis & Asliturk, 2011) ทั้งนี้ ซไนเดอร์ และโลเปส (Snyder & Lopez, 2007:428) ได้นิยาม ทูทางจิตวิทยาเชิงบวก หมายถึง การกระทำหรือการ แสดงออกของบุคคลในแง่ดี สำหรับ ลูธานส์ และคณะ ผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการด้านพฤติกรรมองค์กรได้ พัฒนาแนวคิดการศึกษาพฤติกรรมองค์กรเชิงบวก (Positive organization behavior) ตามแนวทางการศึกษา ของจิตวิทยาเชิงบวกโดยให้นิยามว่า พฤติกรรมองค์กรเชิงบวกนี้ เป็นการศึกษา และการประยุกต์ในเรื่องความ เข้มแข็งของทรัพยากรมนุษย์ในด้านดี และความสามารถทางจิตวิทยา ซึ่งสามารถวัด พัฒนา และจัดการได้อย่างมี ประสิทธิภาพ เพื่อปรับปรุงผลการปฏิบัติงาน ในสถานที่ทำงาน โดยองค์ประกอบของพฤติกรรมองค์กรเชิงบวก นี้มีเกณฑ์เชิงปฏิบัติการ (Operational criteria) ดังนี้ (Luthans, 2002; Luthans, Youssef; & Avolio, 2007; Luthans, 2011) 1) ต้องมีทฤษฎีและงานวิจัยรองรับ (Based on theory and research) 2) สามารถวัดหรือ ประเมินได้อย่างเที่ยงตรง (Valid measures) 3) เป็นลักษณะสภาวะ (State – like) ที่สามารถเรียนรู้ พัฒนาได้ และเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ซึ่งแตกต่างไปจากคุณลักษณะที่เป็นลักษณะนิสัย (Trait – like) ซึ่ง เปลี่ยนแปลงได้ยากและส่วนใหญ่เป็นลักษณะทางจิตวิทยาเชิงบวก และ 4) จัดการเพื่อปรับปรุงการทำงานได้ (Managed for performance improvement)

ลูธานส์ และคณะ (Luthans, Youssef & Avolio, 2007 ; Luthans, 2011) ได้นำแนวคิดจิตวิทยาเชิง บวก และพฤติกรรมองค์กรเชิงบวกมาศึกษาองค์ประกอบและรวมตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกัน แล้วเรียกตัวแปร ทั้ง 4 ตัวแปรเป็นตัวแปรรวมตัวเดียวคือ ทูทางจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychological Capital) หรือเรียก อย่างย่อว่า “PsyCap” หรือทูทางจิตวิทยา เพราะเมื่อนำมารวมกันเป็นตัวแปรเดียวแล้วจะมีประสิทธิภาพใน การทำนายผลการปฏิบัติงานของพนักงานได้ดีกว่าองค์ประกอบแต่ละตัว ซึ่ง ลูธานส์และคณะ (Luthans et al., 2007:3) ได้นิยามทูทางทางจิตวิทยาเชิงบวก หมายถึง สภาวะของบุคคลที่เป็นจุดเด่นหรือจุดแข็งที่มีการ พัฒนาคุณลักษณะในทางที่ดี ซึ่งนำไปสู่การกำหนดพฤติกรรมที่สามารถวัดได้ พัฒนาได้และสามารถจัดการ อย่างมีประสิทธิภาพให้เกิดการปฏิบัติงานที่ดีขึ้นในองค์กร ทูทางจิตวิทยาจึงเป็น คุณลักษณะด้านบวกของแต่ ละบุคคลสามารถวัดได้พัฒนาได้นำมาใช้ในการจูงใจพนักงานให้มีประสิทธิภาพในการทำงาน ลูธานส์และคณะ (Luthans et al., 2007: 3) ได้พัฒนาองค์ประกอบ ทูทางจิตวิทยาเชิงบวกที่มีความเฉพาะเจาะจง สามารถ วัดได้ พัฒนาได้ โดยมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy) ความหวัง (Hope) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) และความหย่นตัว (Resilience) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy)

แบนดูรา (Bandura, 1986 : 391) ได้ให้ความหมายการรับรู้ความสามารถของตนเองว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการ และดำเนินกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

2. ความหวัง (Hope)

ความหวังเป็นการตอบสนองพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับชีวิตมนุษย์ โดย เฮอร์ท (Herth, 1990: 1250) อธิบายความหมายของความหวังว่าเป็นความรู้สึกและความเชื่อมั่นว่าจะบรรลุถึงสิ่งที่ดีในอนาคตซึ่งสามารถแสดงออกได้ทางอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล ลูธานส์ และคณะ (Luthans et al., 2007 63-65) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความมุ่งมาดปรารถนาด้วยความคิดว่า จะบรรลุความสำเร็จโดยปราศจากความรู้สึกที่สิ้นหวัง เป็นภาวะที่สะท้อนความพยายามของคนที่บรรลุเป้าหมาย เป็นความเชื่อว่าแผนและแนวทางที่กำหนดมีไว้เพื่อบรรลุเป้าหมาย ความหวังมีลักษณะสองมิติ ประกอบด้วย พลังแห่งความปรารถนา และพลังของแนวทาง

3. การมองโลกในแง่ดี (Optimism)

ซีลิกันแมน (Seligman, 2002) ได้นิยามไว้ว่าเป็นกระบวนการทางปัญญาเกี่ยวกับการคาดหวังทางบวกและลักษณะการให้เหตุผลต่อเหตุการณ์ที่ไม่ดีที่เกิดจากปัจจัยภายนอก เกิดขึ้นชั่วคราว และมีความเฉพาะในเหตุการณ์หนึ่งๆ เท่านั้น ส่วนเหตุการณ์ที่ดีที่เกิดจากปัจจัยในตนเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ และสามารถแผ่ขยายไปยังสถานการณ์อื่นได้ และ พรธรรมราย ทร์พยะประภา (2548:18) กล่าวว่า การมองโลกในแง่ดี หมายถึง ความคิดบวกที่มีต่อบุคคลต่อสถานการณ์ สามารถยอมรับความจริงว่ามนุษย์ทุกคนไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ทุกอย่างและการมองโลกในแง่ดีจะช่วยให้คุณมีความสุขจิตดีดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

4. ความยืดหยุ่น (Resilience)

มาสเทน (Masten, 2001: 227) กล่าวว่า เป็นคุณลักษณะที่เป็นจุดแข็งของบุคคลที่สามารถวัดได้พัฒนาได้ในการเผชิญต่อความเครียด เผชิญปัญหา มีการปรับตัวได้ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง และอุปสรรคต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งหากบุคคลสามารถที่จะจัดการเรื่องต่างๆ ทั้งที่เป็นเรื่องส่วนตัวและกิจกรรมภายในครอบครัวได้ และมีความหวังในชีวิตเกี่ยวกับการบรรลุเป้าหมายต่างๆ อาทิ ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน การประสบความสำเร็จในการเรียนของบุตร เป็นต้น รวมทั้งการที่บุคคลสามารถยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นในชีวิตตนเองและครอบครัว มองว่าทุกสิ่งทุกอย่างเกิดขึ้นได้เสมอ ตลอดจนการที่บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียด ปัญหาต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตส่วนตัวและครอบครัว ปรับตัวได้อย่างเหมาะสม บุคคลผู้นั้นก็สามารถที่จะจัดการตนเองและจัดการภายในครอบครัวได้ และจะทำให้ครอบครัวมีความอบอุ่นและเป็นสุข

สำหรับในงานวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษา ตัวแปร เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ เป็นคุณลักษณะหนึ่ง ขององค์ประกอบการวัดจิตวิทยาเชิงบวกซึ่งได้มาจากแนวคิดทฤษฎีทางด้านสุขภาพที่ให้ความสำคัญเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง และในการศึกษา จิตวิทยาเชิงบวกครั้งนี้ ได้ศึกษาเป็น คุณลักษณะด้านบวกของบุคคล (Positive psychological characteristics) ดังนั้น เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ จึงหมายถึง ความรู้เชิงประเมินค่าเห็นประโยชน์ต่อการกระทำเพื่อสุขภาพที่ดีของตนเอง ความรู้สึกพอใจในตัวบุคคลที่รักสุขภาพ หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการกระทำในด้านสุขภาพ และความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องของจิตวิทยาเชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาวะครอบครัว

ศิริมล คำนวล (2552) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี ความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคและความสุข:กรณีศึกษาพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการมองโลกในแง่ดี ระดับความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรค และระดับความสุขของพนักงาน รวมทั้งศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี ความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรค และระดับความสุขของพนักงาน รวมทั้งศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี ความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรค และความสุข และสร้างสมการพยากรณ์ความสุขจากตัวแปรการมองโลกในแง่ดี และความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรค ผลการวิจัยพบว่า พนักงานมีการมองโลกในแง่ดีในระดับสูง มีความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคในระดับปานกลาง และมีความสุขในระดับปานกลาง และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการมองโลกในแง่ดี ได้แก่ อายุ และอายุงาน ปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่มีผลต่อการมองโลกในแง่ดี ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรค ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอายุงาน ปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่มีผลต่อความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรค คือ อายุ และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความสุข ได้แก่ เพศ และอายุงาน ปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่มีผลต่อความสุข ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรค และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข และความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรคยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข ส่วนการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การมองโลกในแง่ดี และความสามารถในการเผชิญและฟื้นฟ้อุปสรรค เป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายความสุข คือ สามารถทำนายได้ร้อยละ 30.8 ดังงานวิจัยของ สตกมล แก้วมา (2552) การเปรียบเทียบความหวัง ความผาสุกทางจิตวิญญาณและพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีกับไม่เปิดเผยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความหวัง ความผาสุกทางจิตวิญญาณและพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีกับไม่เปิดเผย ผลการวิจัยพบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความหวังความผาสุกทางจิตวิญญาณและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 2 กลุ่มพบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อที่เปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีมีความหวัง ความผาสุกทางจิตวิญญาณและพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มไม่เปิดเผยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สายสมร เฉลยภิตติ (2554) ได้ศึกษาการพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของพยาบาลวิชาชีพโดยการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการมีความมุ่งหมายเพื่อ 1) ศึกษาองค์ประกอบของพยาบาลวิชาชีพและ 2) พัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของพยาบาลวิชาชีพโดยการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) การศึกษาองค์ประกอบของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของพยาบาลวิชาชีพพบว่า องค์ประกอบของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกประกอบด้วย 4 องค์ประกอบได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความหวัง การมองโลกในแง่ดีและความหยุนตัว มีค่าความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ในเกณฑ์สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถวัดองค์ประกอบของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของพยาบาลวิชาชีพได้ 2) โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของพยาบาลวิชาชีพประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ ขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ และขั้นยุติการให้คำปรึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษาตลอดทั้งเทคนิคทางจิตวิทยาใช้ในการพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของพยาบาลวิชาชีพ 3) ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกโดยรวม และรายองค์ประกอบของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตาม

ผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 4) ทูทางจิตวิทยาเชิงบวกโดยรวมและรายองค์ประกอบของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ และกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองหลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สิริพร วงษ์โทน (2554) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างทูทางจิตวิทยาด้านบวกความผูกพันต่อองค์การและผลการปฏิบัติงาน: กรณีศึกษาธนาคารพาณิชย์แห่งหนึ่ง ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ทูทางจิตวิทยาด้านบวกไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์การ 2) ทูทางจิตวิทยาด้านบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงานโดยการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงานสูงสุดรองลงมาคือ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองความหวังในการทำงาน และความยืดหยุ่นทางอารมณ์ตามลำดับ 3) ทูทางจิตวิทยาด้านบวกไม่สามารถสร้างสมการพยากรณ์ความผูกพันต่อองค์การได้ และ 4) ทูทางจิตวิทยาด้านบวกด้านการมองโลกในแง่ดี ความผูกพันต่อองค์การ ด้านการคงอยู่ในองค์การ และความผูกพันต่อองค์การ ด้านบรรทัดฐานเป็นองค์ประกอบที่สามารถร่วมกันทำนายผลการปฏิบัติงานได้ร้อยละ 41.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อรพินทร์ ชูชมและคณะ (2554) ศึกษาเรื่องปัจจัยเชิงเหตุและผลของภูมิคุ้มกันทางจิตของเยาวชน มีจุดมุ่งหมายที่จะวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของภูมิคุ้มกันทางจิตของเยาวชน ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของภูมิคุ้มกันทางจิตของเยาวชนประกอบด้วย จิตลักษณะ (การควบคุมตน การมองโลกในแง่ดี และความเชื่ออำนาจในตน) และปัจจัยครอบครัว (ความสัมพันธ์กับบิดามารดา การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการถ่ายทอดการดำรงชีวิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของบิดามารดา) ส่งผลทางบวกต่อภูมิคุ้มกันทางจิตและภูมิคุ้มกันทางจิตส่งผลโดยตรงทางบวกต่อคุณภาพของเยาวชนและการดำรงชีวิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ในขณะที่ปัจจัยเพื่อน (ความสัมพันธ์กับเพื่อน การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการเห็นแบบอย่างจากเพื่อนในการใช้ชีวิตด้วยความพอเพียง) มีอิทธิพลทางบวกต่อเจตคติต่อการดำรงชีวิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และการดำรงชีวิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงรูปแบบดังกล่าวนี้ มีความสอดคล้องเหมาะสมกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของจิตลักษณะ ปัจจัยครอบครัว และปัจจัยเพื่อน สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพเยาวชนได้ร้อยละ 92.4 และการดำรงชีวิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงได้ร้อยละ 67.3 ภูมิคุ้มกันทางจิตมีบทบาทเป็นตัวแปรคั่นกลางความสัมพันธ์ระหว่างจิตลักษณะและปัจจัยครอบครัวกับคุณภาพของเยาวชน ผลการวิจัยยังพบว่า จิตลักษณะมีอิทธิพลสูงสุดต่อภูมิคุ้มกันทางจิตรองลงมาคือ ปัจจัยครอบครัว ข้อค้นพบจากการวิจัยนี้ได้เสนอแนะ ภูมิคุ้มกันทางจิตทำหน้าที่เป็นทั้งปัจจัยที่ปกป้องภัยคุกคามต่างๆ ที่มีต่อบุคคลแล้วยังทำหน้าที่เป็นปัจจัยส่งเสริมหรือสนับสนุนให้บุคคลมีชีวิตที่มีคุณภาพ

ปัจจัยทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาวะครอบครัว

โมเดลเส้นทางอิทธิพลเชิงสาเหตุ (Causal pathway Model) ตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (A Logic model for analyzing studies of health literacy) ที่พบว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น การเกิดโรคและความรุนแรงของโรค คุณภาพชีวิต มีสาเหตุมาจาก การใช้บริการสุขภาพ (Use of health care services) ความยึดมั่น (Adherence) การคงอยู่ในพฤติกรรมสุขภาพ (Intent for health behavior) ทักษะการกำกับตนเอง (Self-monitoring) ที่มีสาเหตุสำคัญมาจากกลุ่มตัวแปรด้านจิต ได้แก่ เจตคติ (Attitudes) และ การรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy) และปัจจัยด้านสังคมได้แก่

บรรทัดฐานทางสังคม (Social norms) ที่เป็นผลจาก ระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy level) ร่วมกับ ประกอบกับ ทฤษฎีเชิงระบบ ของ ไรแอนและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) การจัดการตนเองและครอบครัว (The individual and family self-managemnt theory, IFSMT) ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุของผลลัพธ์ทางสุขภาพซึ่งปัจจัยสาเหตุสำคัญด้านบริบทและปัจจัยนำเข้าคือ สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม ได้แก่ วัฒนธรรมในชุมชน (Cultural) ที่เป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมของบุคคลได้ ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้ จึงให้ความสำคัญกับ บรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรม (Cultural and social norms) ซึ่งเป็นผลรวมของสิ่งต่าง ๆ ที่มีอยู่ในสังคม ทั้งในส่วนที่ได้จากการสั่งสมและการต่อยอดรวมถึง การรวมตัวของคนที่มีความรู้เพื่อสร้างประโยชน์ต่อส่วนรวม บนพื้นฐานของความไว้วางใจ เชื่อใจ สายใยแห่งความผูกพันและวัฒนธรรมที่ดีงาม ซึ่งบรรทัดฐานทางวัฒนธรรม ครอบคลุมถึงระบบคุณค่า เช่น คุณธรรม วินัย จิตสำนึกสาธารณะ วัฒนธรรมไทย และภูมิปัญญาท้องถิ่น ฯลฯ ที่กำหนดความคิดและการปฏิบัติของคนในชุมชนหรือสังคมนั้น

บรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรม ข้างต้น ครอบคลุมถึง แบบแผนพฤติกรรมที่คนในสังคมชุมชนนั้นยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติและกำหนดว่าอะไรควรกระทำและอะไรไม่ควรกระทำหรือควรยอมรับหรือไม่ควรยอมรับเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพครอบครัว

บรรทัดฐานทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญตัวหนึ่งของ ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมและพฤติกรรมตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of reasoned action) ของ ไอเซ็นและฟิชไบน์ (Ajzen & Fishbein, 1980) ซึ่งทฤษฎีได้อธิบาย บรรทัดฐานทางสังคมนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2 ประการคือ 1) บุคคลที่ใกล้ชิดกับตนในสังคมมีความเชื่อ มีค่านิยม มีความต้องการให้ตนกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรม และ 2) แรงจูงใจที่จะคล้อยตามบุคคลใกล้ชิดนั้น ซึ่งบรรทัดฐานทางสังคม สำหรับในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงหมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงความเชื่อด้านสุขภาพของคนในชุมชนที่ยึดถือกันมานานตามภูมิปัญญาท้องถิ่น และรวมถึงการรับรู้ถึงการกระทำที่เป็นแบบอย่างของครอบครัวที่จะทำตามหรือไม่ทำตาม

จากการศึกษางานวิจัยของ สุพัตรา ธรรมวงษ์ (2544: 70-72) ศึกษาปัจจัยจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเคารพสิทธิมนุษยชนในงานพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐจำนวน 330 คน พบว่า บรรทัดฐานทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรม โดยพบว่า พยาบาลที่มีบรรทัดฐานทางสังคมสูง จะมีพฤติกรรมตามจรรยาของพยาบาลและพฤติกรรมเคารพสิทธิผู้ป่วยสูงกว่า พยาบาลที่มีบรรทัดฐานทางสังคมน้อยกว่า และบรรทัดฐานทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมนี้ได้สูงถึงร้อยละ 46.2 และจากผลการศึกษาของ จันท์สุภาวดี ไวยฤทธิ์ (2555: 100-105) ได้ศึกษาปัจจัยจิตสังคมและการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมจากคนรอบข้างที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรับผิดชอบของพนักงานขับรถเช่า ในกรุงเทพมหานคร กับพนักงานขับรถของบริษัทเอกชนรวม 361 คน ผลพบว่า บรรทัดฐานทางสังคมมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับ เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมรับผิดชอบด้านก่อนขับรถ ขณะขับรถและหลังขับรถ และบรรทัดฐานทางสังคม มีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อรวม เท่ากับ .51 และ บรรทัดฐานทางสังคมร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมความรับผิดชอบต่อรวมของพนักงานขับรถได้ร้อยละ 34

ความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

การรู้หนังสือ (Literacy) คือ ความสามารถเข้าใจภาษาในระดับที่เหมาะสมกับการติดต่อสื่อสาร มาตรฐานสำหรับการรู้หนังสือ มีความหลากหลายระหว่างสังคม เช่น คนจำนวนมากอ่านตัวหนังสือไม่ได้ แต่อ่านตัวเลขได้ อาจไม่จำเป็นต้องอ่านออก เขียนได้ดี แต่รับรู้ได้จากวิธีที่หลากหลายตามแนวความคิดของการรู้

หนังสือ (วิกิพีเดีย) สำหรับคำว่า “Health literacy” ในภาษาไทย มีการใช้คำที่หลากหลาย เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ใช้คำว่า “ความแตกฉานด้านสุขภาพ” สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้คำว่า “การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ” สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้คำว่า “ความฉลาดทางสุขภาพ” และ กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในปัจจุบันใช้คำว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” ที่เคยเผยแพร่ใช้กันในวงวิชาการทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy-HL) ไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ.1998 -2012 ดังเช่น WHO (1998) ว่าหมายถึง เป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ Baker, Williams, Parker, Gazmararian & Nurss (1999) ให้ความหมาย HL ว่า เป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลตรงต่อความตั้งใจหรือความสามารถของแต่ละคนในการเกาะติดกับข้อมูลสารที่จำเป็นเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง ส่วน Ratzan & Parker (2000) กล่าวว่าเป็นการวัดระดับความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง มีวิธีการ และทำความเข้าใจในข้อมูลพื้นฐานทางสุขภาพและบริการที่จำเป็นเพื่อการตัดสินใจทางสุขภาพที่เหมาะสมของตนเอง และ Lee, Arozullah & Cho (2004) กล่าวว่า HL มีความเชื่อมโยงกับสถานะทางสุขภาพ และการใช้ประโยชน์จากบริการสุขภาพ โดยมี 4 ปัจจัยชั้นกลางที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง 2) พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ 3) การดูแลป้องกันตนเองและการตรวจสุขภาพเป็นประจำ 4) การปฏิบัติตามการรักษา เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำก็จะส่งผลให้ขาดความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ไม่รู้จักดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค ไม่ไปตรวจร่างกาย ไม่ปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ โดยปัจจัยเหล่านี้ทำให้ล่าช้าในแสวงหาหนทางในการดูแลตนเองที่เหมาะสม สุขภาพทรุดโทรม และทำให้เพิ่มอัตราการใช้บริการฉุกเฉินและรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ สถาบันการแพทย์อเมริกา (Institute of Medicine- IOM, 2004) ให้ความหมาย HL ว่าเป็นการวัดระดับความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง มีวิธีการและทำความเข้าใจในข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นเพื่อการตัดสินใจทางสุขภาพที่เหมาะสม แต่นอกเหนือไปจากความสามารถของแต่ละบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังขึ้นอยู่กับทักษะ ความพึงพอใจ และความคาดหวังของข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้บริหาร ผู้ดูแลเยี่ยมบ้าน สื่อสารมวลชน และปัจจัยอื่น เป็นต้น ต่อมา Kwan, Frankish & Rootman (2006) ให้ความหมายว่าเป็น ระดับที่ประชาชนสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพได้ตรงกับความต้องการในบริบทที่แตกต่างกันด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต และในปีเดียวกัน Kickbusch (2006) ให้ความหมาย HL คือ การกระทำที่เป็นพลวัตและมีพลังจูงใจตนเอง และเป็นทักษะชีวิตที่สำคัญในการเข้าสู่สังคมสมัยใหม่ได้ และเป็นทางเลือกในชีวิตประจำวันที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพและความสุขใจ และนักวิชาการที่มีคนอ้างอิงมากคือ Nutbeam (2008) กล่าวว่า HL เป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ขึ้นาก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง ต่อมา Rootman (2009) กล่าวว่า HL เป็นทักษะที่ครอบคลุมถึงความจำเป็นเพื่อการค้นหา เพื่อการประเมินและการบูรณาการข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่มีความหลากหลายของบริบท และยังเป็นต้องการในด้านการรู้คำศัพท์ทางสุขภาพและวัฒนธรรมของระบบสุขภาพนั้นด้วย ในปีต่อมา Chin et al. (2011) ได้กล่าวถึง HL ว่าเป็นประเด็นหนึ่งที่ต่างออกมาในการตีความถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งทั้ง 2 คำ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นที่สนับสนุนให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่น หากมีความรู้ด้านสุขภาพจะทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ

ล่าสุด Edwards, Wood, Davies & Edwards (2012) ได้กล่าวถึง HL ว่าเป็นการได้รับการถ่ายทอด และผู้มีส่วนร่วมสร้างให้เกิดความสามารถเหล่านี้ ก็จะกลายเป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการภาวะเจ็บไขทางสุขภาพของเขา ให้สามารถเข้าถึงและเกาะติดกับข้อมูลข่าวสารและบริการ มีการปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและเจรจาต่อรองและเข้าถึงการรักษาได้อย่างเหมาะสม และมีการเปลี่ยนแปลงในความสามารถเหล่านี้ระหว่างสมาชิกในกลุ่มสุขภาพ บางคนมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองดี แต่บางคนมีการแสวงหาข้อมูลน้อย และมีการสื่อสารเพื่อปรึกษาหารือกันน้อย

สรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การกระทำอย่างต่อเนื่องที่เป็นการใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ

องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

สามารถสรุปองค์ประกอบการวัดและผลลัพธ์ทางสุขภาพตามแนวคิดของนักวิชาการตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000-2012 ได้เช่นเดียวกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่ประกอบด้วยการวัดความสามารถหรือทักษะใน 3 ระดับ ดังนี้ ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (Basic/Functional literacy) ได้แก่ สมรรถนะในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ จัดเป็นทักษะพื้นฐาน ด้านการอ่านและเขียนที่จำเป็นสำหรับบริบทด้านสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม (Consent form) ฉลากยา (Medical label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความทำความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้ง การปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย เป็นต้น ระดับ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน (Communicative/Interactive literacy) ได้แก่ สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสาร เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็น การรู้เท่าทันทางปัญญา (Cognitive literacy) และทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การรู้จักซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้ที่ตนเองมีให้ผู้อื่นได้ เข้าใจ เพื่อนำมาสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น และ ระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจาร์ณญาณ (Critical literacy) ได้แก่ สมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้คงดีอย่างต่อเนื่อง ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcome) ของ HL จะมีประโยชน์ต่อบุคคล ได้แก่ 1) ได้พัฒนาความรู้เพื่อป้องกันความเสี่ยง 2) มีมาตรฐานต่อการดูแลตนเอง 3) ได้เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติตนภายใต้ความรู้ 4) สร้างแรงจูงใจให้เกิดความมั่นใจในตนเอง 5) เพิ่มความทนทานต่อการเผชิญปัญหา และมีประโยชน์ต่อชุมชน/สังคม ได้แก่ 1) เพิ่มการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชากร 2) พัฒนาปัจจัยเพื่อปรับปรุงบรรทัดฐานทางสังคมและการสื่อสารทางสังคม 3) เข้าถึงปัจจัยทางสุขภาพที่นำไปสู่การพัฒนาสังคมเศรษฐกิจ และ 4) เพิ่มขีดความสามารถของชุมชน

ต่อมา Nutbeam (2008) ได้นำเสนอแนวคิด โมเดลความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยง (Conceptual model of health literacy as a risk) ที่ประกอบด้วยการวัด 6 ด้านได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล (Access) 2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) 4) การจัดการตนเอง (Self-management) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และ 6) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) แนวคิดนี้พัฒนามาจากสองประเด็นที่ต่างกันในการดูแลรักษาทางคลินิก (Clinical care) และ

การพัฒนาสุขภาพของประชาชน (Public health) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง "ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค" ในกรณีบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพ โดยแนวความคิดนี้มีรากฐานมาจากการวิจัยการรู้หนังสือ (Literacy) ที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่และการส่งเสริมสุขภาพ จะให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ส่งผลให้บุคคลมีการควบคุมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ส่วนแนวคิดของ Sørensen et al. (2012) ได้นำเสนอแนวคิดที่ว่า โมเดลบูรณาการของความรู้ด้านสุขภาพ (Integrated model of health literacy) วัตถุประสงค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึง (Access) 2) การเข้าใจ (Understand) 3) การประเมิน (Appraise) และ 4) การประยุกต์ใช้ (Apply) อธิบายไว้ได้ดังนี้ 1) การเข้าถึง หมายถึงความสามารถที่จะแสวงหาค้นหาและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ 2) ความเข้าใจ หมายถึงความสามารถที่จะเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ 3) การประเมินความสามารถในการอธิบายการตีความ การกลั่นกรองและประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากการเข้าถึง และ 4) การปฏิบัติ ความสามารถในการสื่อสารและการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจในการรักษาและปรับปรุงสุขภาพตนเอง ผลลัพธ์ทางสุขภาพคือ มีการปรับปรุงเพิ่มขีดความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมของนักวิชาการในต่างประเทศข้างต้นพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ แบ่งปัจจัยได้เป็น 3 ระดับคือ ปัจจัยระดับบุคคล ระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และระดับสังคม มีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ 1) ความรู้ ประกอบไปด้วยการรู้หนังสือทั่วไป (General literacy) เช่น การอ่าน ตัวเลข ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ การรู้หนังสือในเรื่องอื่นๆ เช่น วิทยาศาสตร์ คอมพิวเตอร์ วัฒนธรรม สื่อ สิทธิ และ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง เป็นต้น 2) คุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น การศึกษา เพศ อายุ อาชีพ รายได้ วัฒนธรรม ภาษา ร่างกาย เป็นต้น 3) ความเชื่อและเจตคติ (Beliefs & attitude) 4) พฤติกรรมความเสี่ยงทางสุขภาพ (Health risk behavior) 5) ทักษะและความสามารถส่วนบุคคล ได้แก่ ทักษะในการเจรจาต่อรอง (Skills in negotiation) ทักษะในการจัดการตนเอง (Skills in self-management) ความสามารถในการประเมินสื่อทางสุขภาพ ความสามารถในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพ และ 6) พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบไปด้วย การปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์ การตรวจสุขภาพเป็นประจำ ความร่วมมือในการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ (Compliance with medications) การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริโภค (Changed patterns of consumption) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Changed health behaviors and practices) การดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) 7) รูปแบบการใช้ชีวิต (Life style) 8) การจัดการสุขภาพและความเจ็บป่วย (Manage of health & illness) 9) ระดับความเครียด (Stress level) 10) สถานะทางสุขภาพ (Health status) 11) คุณภาพชีวิต (Quality of life) และ 12) การปรับปรุงโอกาส ทางเลือกด้านสุขภาพ (Improved health outcomes, healthy choices and opportunities)

2. ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ ทักษะส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย 1) ทักษะทางปัญญา (Cognitive skills) ความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์และใช้ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสารและทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทักษะทางสังคมและทักษะการพิทักษ์สิทธิตนเอง (Self-advocacy) 2) สิ่งแวดล้อม (Environment) และ 3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ (Patient provider interaction)

3. ปัจจัยระดับสังคม ได้แก่ 1) การจัดระเบียบชุมชน (Community organizing) ได้แก่ การวางแผน การกำหนดเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญ 2) ความเท่าเทียมทางสังคมด้านสุขภาพ และโครงสร้างทางการเมือง 3) การกระทำทางสังคมเพื่อการมีส่วนร่วมในหนทางแห่งประชาธิปไตยด้านสุขภาพ (Social action for health democratic participation) 3) การพัฒนา ประกอบไปด้วย การพัฒนาความรู้ (Developed knowledge) การพัฒนาชุมชน (Community development) โดยให้ชุมชนสามารถดูแลตนเอง การพัฒนาศักยภาพ (Capacity development) การจัดโปรแกรมให้สุศึกษาและการอบรม การพัฒนาองค์กร (Organization development) การจัดที่อยู่อาศัยสถานที่ทำงาน จัดสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น การพัฒนานโยบาย (Policy development) การใช้กฎหมาย นโยบาย มีข้อบังคับให้เกิดการบังคับใช้ 4) การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ (Access and used health care) ที่รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เข้าถึงการรักษาและการดูแลสุขภาพ 5) การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐานของสังคมและการปฏิบัติ (Participation in changing social norms and practices) 6) การปรับปรุงโอกาส ทางเลือกของสุขภาพและ (Improved health outcomes, healthy choices and opportunities) 7) ความทุ่มเทในการดำเนินการทางสังคมเพื่อสุขภาพ (Engagement in social action for health) และ 8) ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ (Health care cost)

การวัดความรู้ด้านสุขภาพ

มีนิกวิชาการที่พัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพหลายคน ดังเช่น 1) The eHealth Literacy Scale (eHEALS) แบบวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพ ทางอิเล็กทรอนิกส์เป็นแบบวัดที่ผู้ทำแบบวัดประเมินตนเอง (Self- report) (Norman & Skinner, 2006) โดย eHEALS มีการออกแบบเพื่อประเมินทักษะการรับรู้ของบุคคลในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสุขภาพและเพื่อช่วยในการกำหนดความเหมาะสมระหว่างโปรแกรม eHEALS กับบุคคล วัดจาก 6 ด้าน คือวัฒนธรรม(Traditional) ข้อมูลข่าวสาร (Information) สุขภาพ(Health) คอมพิวเตอร์ (Computer) สื่อ (Media) และ การรู้เรื่องทางวิทยาศาสตร์ (Scientific literacy) 2) Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) คือแบบวัดที่ใช้วัดความเข้าใจในการอ่าน ความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับการคำนวณ (Sharif & Blank, 2009) เป็นแบบวัดที่ถูกนำมาใช้วัดความรู้ด้านสุขภาพ ในเด็กและเยาวชน รวมไปถึงผู้ใหญ่ แบบวัดนี้มีทั้งหมด 67 ข้อ เป็น การวัดความสามารถในการอ่านและความเข้าใจตัวเลข 17 ข้อ วัดความเข้าใจการอ่านที่ใช้ในการวัดความสามารถของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 50 ข้อ 3) The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้วินิจฉัยและระบุตัวผู้ป่วยที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ (Davis, Crouch, Wills & Abdehou, 1991) ใช้ประเมินทักษะการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับศัพท์ทางการแพทย์ โดยการคัดเลือกคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ การรักษา สื่อการสอนด้านสุขศึกษา ฉลากยาต่างๆ โดยคำศัพท์เหล่านั้นเป็นคำศัพท์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องทราบเพื่อใช้ในการรักษาและการปฏิบัติตัวเพื่อรักษาสุขภาพของตนเอง โดยมีตัวชี้วัด 2 ด้าน คือทักษะการอ่าน (การจดจำคำหรือเข้าใจในการอ่านและการคิดคำนวณ) และทักษะอื่นที่จำเป็น เช่นความรู้ทางวัฒนธรรมและความคิด การฟัง การคิดคำนวณ การพูด การเขียนและการอ่าน 4) Functional Communication and Critical Health Literacy Scales (FCCHL) แบบประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน การสื่อสารและการมีวิจารณญาณ ใช้วัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานตามแนวคิดของ Nutbeam (Ishikawa, Takeuchi & Yano, 2008) แบบวัดนี้แบ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ **ขั้นพื้นฐาน** ในขอบเขตที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการอ่านคำแนะนำหรือแผ่นพับจากโรงพยาบาลและสถานพยาบาลทั่วไป **ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์** เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค **ขั้นวิพากษ์** เป็นข้อคำถาม

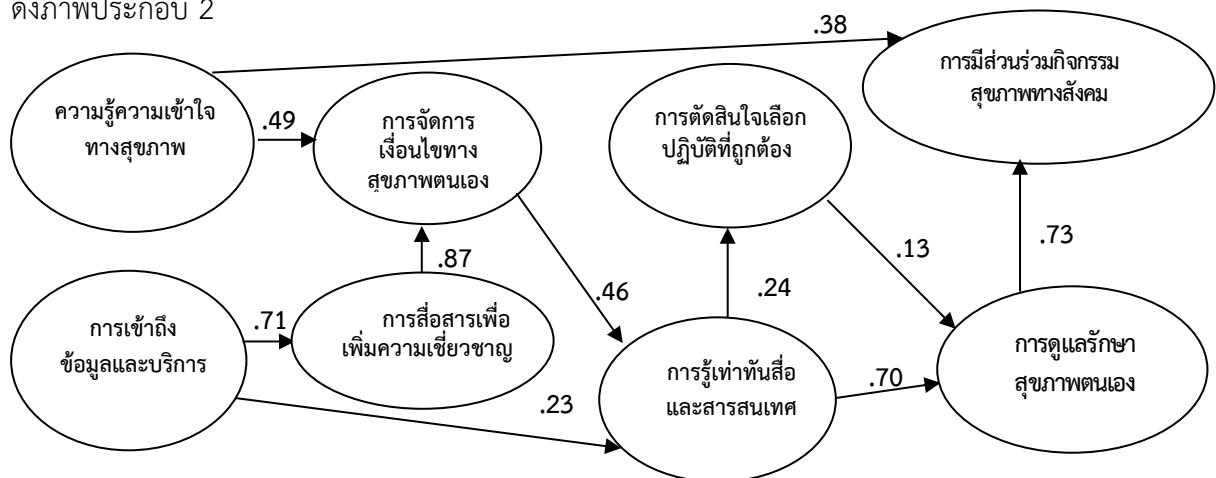
เกี่ยวกับ การที่ผู้ป่วยวิเคราะห์และใช้ข้อมูลในการตัดสินใจเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง 5) Medical Achievement Reading Test (MART) เป็นแบบทดสอบการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ (Hanson-Drivers, 1997 cited in Mancuso, 2009) มีความคล้ายคลึงกับ REALM ตรงที่เป็นการประเมินการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ แบบวัดนี้ให้ความสำคัญกับสาเหตุของการที่ไม่สามารถอ่านได้ เช่น คำที่ใช้ในทางการแพทย์หรือคำที่เกี่ยวข้องที่เห็นในใบสั่งยา/แผ่นพับ การศึกษาของผู้ป่วย ตัวอักษรที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดเล็กและการพิมพ์บนกระดาษที่มันวาว ทำให้อ่านได้ยากซึ่งเป็นผลทำให้ผู้ป่วยต้องคาดเดาคำที่ไม่สามารถอ่านได้

ส่วนเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย เช่น เครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 เครื่องมือดังกล่าวได้ถูกพัฒนามาจากแนวคิดของ Nutbeam โดยวัดจาก 4 ด้านคือ 1) ทักษะการจัดการตนเอง 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อสุขภาพและ 4) การรู้เท่าทันสื่อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับในระดับสูง เท่ากับ 0.86 และ เครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. (ABCDE-Health Literacy Scale of Thai Adults) ของ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ จัดทำโดย อังศิรินทร์ อินทรกำแหง (2556) เป็นแบบประเมินที่มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ซึ่งแบบวัดฉบับยาวมีจำนวน 36 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha ระหว่าง .67 - .91 และฉบับสั้นมี 19 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง .60 - .79

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

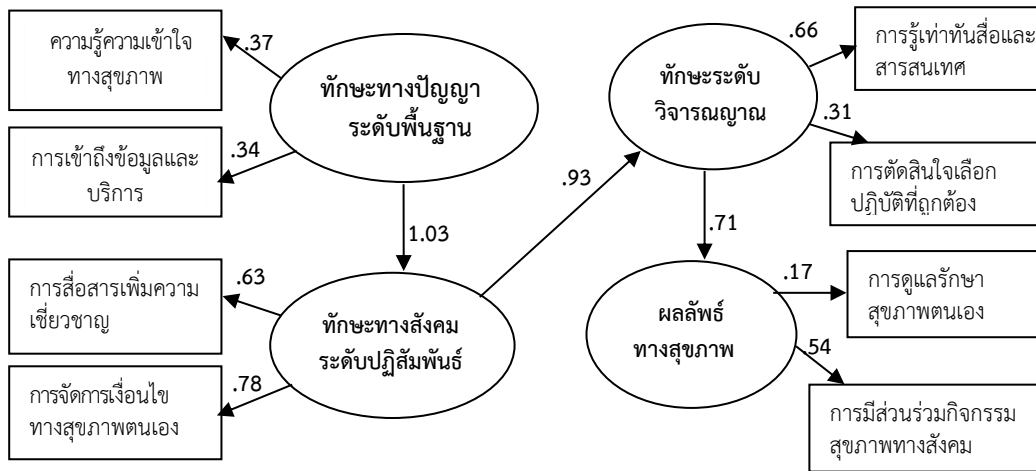
จากการสังเคราะห์ดัชนีวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของ อังศิรินทร์ อินทรกำแหง (2556) ที่ได้มาจากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ในฐาน PubMed และ Science Direct ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 – 2013 ที่เผยแพร่บทความวิจัยฉบับเต็มรวม 29 เรื่องที่นำมาใช้ในการสังเคราะห์ครั้งนี้ ได้แก่ บทความของ Davis, Crouch, Wills & Abdehou (1991), WHO (1998), Baker et al. (1999), Ratzan & Parker (2000), Nutbeam (2000), Lee, Arozullah & Cho (2004), Institute of Medicine (2004), Rootman (2005), Kwan, Frankish & Rootman (2006), Kickbusch (2006), Paasche Orlow & Wolf (2007), Nutbeam (2008), Von Wagner (2009), Rootman (2009), Chin et al. (2011) Edwards et al. (2012), และ Sorensen et al. (2012) ทำให้ได้กลุ่มปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 กลุ่มหลักได้แก่ ระดับบุคคล ระดับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และระดับสังคม/ชุมชน และกำหนดองค์ประกอบการวัดความฉลาดทางสุขภาพได้ 6 ด้าน และองค์ประกอบผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ 2 ด้านตามแนวคิดของ WHO (2013), Nutbeam (2000), Nutbeam (2008), และ Edward, Wood, Davies & Edwards (2012) นำมาสรุปเป็นโครงสร้างของการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาเป็นแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักการส่งเสริมด้านอาหาร ออกกำลังกาย จัดการอารมณ์ งดสุราและสูบบุหรี่ (ABCDE-Health Literacy Scale of Thai Adults) โดยที่ A-Alcohol (สุรา), B- Baccy (สูบบุหรี่), C-Coping จัดการอารมณ์, D-Diet (ควบคุมอาหาร), E-Exercise (ออกกำลังกาย) ดังภาพประกอบ 2 นอกจากนี้ ผลการสำรวจระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในปี พ.ศ.2556 กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกับ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ยังได้พัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยวัยผู้ใหญ่ พร้อมประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้มาจากการสุ่มแบบมีระบบ 2 ชั้นโดยชั้นแรกสุ่มอย่างง่ายให้ได้จังหวัดที่มาจากทุกภูมิภาค ๆ ละ 3 จังหวัด และชั้นสองสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามโควตาจังหวัดละ 300-350 คน ที่กระจายอยู่ในเขตและนอกเขตเทศบาลจากประชากร 13 จังหวัด รวมกรุงเทพมหานครจาก 4 ภูมิภาคได้แก่ ภาคเหนือมี แพร่ ตาก พิชณุโลก ภาคกลางมี อ่างทอง เพชรบุรี

นครปฐม ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมี อุบลราชธานี ยโสธร ขอนแก่น ภาคใต้มี พังงา ชุมพร ปัตตานี และ กรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้นจำนวน 4,401 คน ที่ตอบแบบวัดที่มีความสมบูรณ์ครบทุกข้อ จำนวน 4,401 คน แบบสอบถามมาตราส่วน 5 ระดับจาก 0-4 คะแนนรวม 64 ข้อ ที่มีค่าความเชื่อมั่นของครอนบาคอยู่ระหว่าง .611-.912 ผลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับต้องปรับปรุงถึงพอใช้ได้คิดเป็นร้อยละ 72.0 และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่ดีพอเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 53.5 รองลงมาเป็นระดับพอใช้ และดีมาก คิดเป็นร้อยละ 44.7 และ 1.8 ตามลำดับ ส่วนในปี พ.ศ.2557 ตามที่กองสุศึกษาได้ทำการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนประถมปลายจาก 10 จังหวัดทุกภูมิภาค รวมจำนวน 3,017 คน ซึ่งแบบวัดมีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง .256 – .581 และค่าความเชื่อมั่นของครอนบาคเท่ากับ 0.837 ซึ่งถือว่าเครื่องมือมีคุณภาพและผลสำรวจพบว่า ระดับพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติซึ่งวัดจาก 5 ด้านได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านอนามัย ด้านสังคมและครอบครัว ผลโดยรวมของกลุ่มเด็กนักเรียนอายุ 9-12 ปีในภาพรวมของประเทศ พบว่า อยู่ในระดับดี มีจำนวนน้อยมากคือร้อยละ 5.5 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้และปรับปรุงคิดเป็นร้อยละ 76.8 และ 17.7 ตามลำดับ และ จากการวิเคราะห์องค์ประกอบด้วยสถิติองค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis-EFA) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อยืนยัน (Confirmatory factor analysis-CFA) และการวิเคราะห์โมเดลโครงสร้างเชิงสาเหตุ (Structural Equation Model-SEM) ของความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ผลวิจัยพบว่า ผลการทดสอบมีความสอดคล้องของรูปแบบเส้นทางอิทธิพลตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วยค่าสถิติยืนยัน Chi-Square= 27.48, df= 7, P-value= .0027, RMSEA=.032 และพบว่า การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมได้รับอิทธิพลสำคัญจาก การดูแลรักษาสุขภาพตนเอง ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของบุคคล ซึ่งจะมีเพิ่มขึ้นได้ต้องมาจาก 3 เส้นทางหลัก *เส้นทางที่ 1* เริ่มต้นมาจากการที่บุคคลมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพส่งผ่านมายัง การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ด้วยน้ำหนักอิทธิพลเท่ากับ .49, .46, .24 และ.13 ตามลำดับ ส่วน *เส้นทางที่ 2* เริ่มจาก การเข้าถึงข้อมูลและบริการ ส่งต่อมายัง การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ด้วยน้ำหนักอิทธิพลเท่ากับ .71, .87, .46, .24 และ.13 ตามลำดับ และ*เส้นทางที่ 3* เริ่มจากการเข้าถึงข้อมูลและบริการส่งตรงมายังรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ด้วยน้ำหนักอิทธิพลเท่ากับ .23, .70 ตามลำดับ ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 รูปแบบเส้นทางอิทธิพลระหว่างองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพที่มีต่อการดูแลรักษาสุขภาพตนเองและการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม

ทั้งนี้ยังพบผลการวิเคราะห์รูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองและการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม ได้ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุด้านความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ

จากภาพประกอบ 3 จะเห็นได้ว่า ทักษะทางปัญญา ระดับพื้นฐานที่วัดจาก ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยส่งผ่านทักษะทางสังคมระดับปฏิสัมพันธ์ และทักษะทางปัญญา ระดับวิจารณ์ญาณ ด้วยน้ำหนักอิทธิพลเท่ากับ 1.03, .93 และ .71 ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดโมเดลความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) ประกอบด้วย 3 ระดับระดับ 1 Basic/Functional Literacy เป็นระดับพื้นฐาน ระดับ 2 Communicative/ Interactive Literacy เป็นระดับการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันและ ระดับ 3 Critical Literacy เป็นความรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นวิจารณ์ญาณ

รูปแบบการวิจัยผสมวิธี

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยผสมวิธี ที่ใช้ทั้งระเบียบวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลในการตอบคำถามการวิจัยและบรรลุวัตถุประสงค์การวิจัย โดยการวิจัยเชิงคุณภาพมีลักษณะ ความเป็นมา วิธีดำเนินการวิจัยหลากหลายรูปแบบ สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัย 2 รูปแบบหลักได้แก่

1. การศึกษาเฉพาะกรณี

การศึกษาเฉพาะกรณีกำเนิดมาจากศาสตร์หลากหลายสาขาและใช้การวิจัยทางสังคมศาสตร์แทบทุกแขนง (ชาย โพธิสิตา, 2554: 151) โดยมีผู้ให้คำนิยามการศึกษาเฉพาะกรณี เช่น เกียรติสุตา ศรีสุข (2552) ให้คำนิยามไว้ว่า เป็นการวิจัยที่มุ่งศึกษาถึงรายละเอียดถึงเรื่องราวต่าง ๆ ของบุคคล กลุ่มคน หน่วยทางสังคม หรือสถาบันใดสถาบันหนึ่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับภูมิหลัง สถานภาพ และปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมต่างๆ เช่น พฤติกรรมความรุนแรงในครอบครัว เด็กไร้บ้าน ฯลฯ ส่วนในทัศนะของ ชาย โพธิสิตา (2554:152) เห็นว่า เป็นการยากที่จะนิยามการศึกษาเฉพาะกรณีให้ชัดเจน เห็นว่าความยากในการนิยามให้ชัดเจนอยู่ที่ หนึ่ง การกำหนดว่าอะไรเป็นอะไรไม่เป็นกรณี และสอง จุดมุ่งหมายของการวิเคราะห์กรณีศึกษาค่อนข้างจะหลากหลาย ในขณะที่ Creswell มองวิธีการศึกษาเฉพาะกรณี เป็นวิธีการวิจัยที่ออกแบบมาเพื่อศึกษา “กรณีที่มีขอบเขตชัดเจน” โดยกรณีที่น่ามาศึกษานั้นเป็นหน่วยที่มีความสมบูรณ์ในตัวของมันเองทั้งใน

แห่งของเนื้อหา เวลาและสถานที่หรือบริบทส่วน Stake ได้เสนอความหมายง่าย ๆ ของวิธีการศึกษาเฉพาะกรณีว่า คือวิธีการวิจัยที่เน้นการศึกษากรณีที่เฉพาะเจาะจง จุดเน้นอยู่ที่สิ่งที่ถูกศึกษา ซึ่งต้องมีลักษณะเจาะจง มีขอบเขตที่กำหนดได้ชัดเจน มีความสมบูรณ์ในตัวเอง ไม่ได้เน้นวิธีการศึกษา วิธีการศึกษาไม่ได้ต่างจากวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์ที่เป็นมาตรฐานทั่วไป กล่าวคือ เทคนิคมาตรฐานใดๆ ที่ใช้ในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณได้ สามารถนำมาใช้กับการวิจัยแบบกรณีศึกษาได้ทั้งสิ้น หัวใจสำคัญของการศึกษาเฉพาะกรณีอยู่ที่การศึกษาให้ได้ทั้งแนวกว้างและแนวลึกของกรณีที่เลือกมาศึกษานั้น ๆ วิธีที่จะให้ทั้งแนวกว้างและแนวลึกของกรณีที่เฉพาะเจาะจงเช่นนี้ ในทางปฏิบัติก็คือการใช้ข้อมูลหลายชนิดจากหลายแหล่ง ด้วยวิธีการหลายแบบในงานวิจัยเรื่องเดียวกัน

การเลือกกรณีตัวอย่าง

Stake (2000, อ้างถึงใน ชาย โพธิ์สิตา, 2554:154) ได้จำแนกกรณีที่นักวิจัยเลือกมาศึกษาออกเป็น 3 ประเด็น คือ 1) Intrinsic cases เป็นกรณีที่เลือกมาศึกษาเพื่อสนองความอยากรู้ ในสิ่งนั้นเป็นหลัก เป็นกรณีที่น่ารู้และสมบูรณ์ในตัวเอง นักวิจัยเลือกศึกษากรณีนี้นั้น เพราะความสนใจอยากรู้อยากทำความเข้าใจ อยากเปิดเผยรายละเอียดของกรณีนี้นั้น ไม่มีจุดประสงค์อย่างอื่น 2) Instrumental cases เป็นกรณีที่ใช้เพื่อแสดงหรือสนับสนุนข้อสรุปอย่างใดอย่างหนึ่งของนักวิจัย นักวิจัยเลือกกรณีนี้นี้เพราะเห็นว่ากรณีนี้นั้นเป็นตัวอย่างหรือเป็นตัวแทนของกรณีอื่นๆ และนักวิจัยต้องการใช้กรณีนี้นี้เพื่อแสดงเป็นตัวอย่างของเรื่องที่กำลังนำเสนอ หรือเป็นตัวอย่างเพื่อสนับสนุนข้อสรุปหรือข้อโต้แย้งอย่างใดอย่างหนึ่งของตน และ 3) Collective cases นักวิจัยเลือกศึกษาหลาย ๆ กรณีเพื่อใช้สนับสนุนเรื่องเดียวกัน กรณีที่ศึกษาในการวิจัยนี้ เลือกทำตามแบบ การทำกรณีศึกษาในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่องอื่นทำเพื่อเสริมหรือแสดงเป็นตัวอย่างของสิ่งที่นักวิจัยนำเสนอในงานวิจัยนั้น ต้องการใช้ตัวอย่างเพื่อแสดงหรือสนับสนุนประเด็นหลักที่นักวิจัยต้องการเน้นหรือชี้ชัด

รูปแบบของการวิจัยแบบการศึกษาเฉพาะกรณี

Yin (1993, อ้างถึงใน ชาย โพธิ์สิตา, 2554:156) ได้จำแนกการวิจัยแบบกรณีศึกษา ได้ 3 รูปแบบและในแต่ละรูปแบบนักวิจัยจะเลือกกรณีมาศึกษาเพียงกรณีเดียวหรือหลายกรณีก็ได้ ดังนี้

1) การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive) มุ่งแสดงรายละเอียดพร้อมทั้งบริบทอย่างสมบูรณ์ของปรากฏการณ์ที่เลือกมาศึกษา นักวิจัยนำเสนอเนื้อหาด้วยเทคนิคการบรรยาย สิ่งสำคัญของแบบนี้อยู่ที่การให้รายละเอียด พร้อมด้วยบริบทของกรณีศึกษา ไม่เน้นการวิเคราะห์

2) ศึกษาแบบมุ่งการค้นหา (Exploratory) เป็นกรณีศึกษาที่รู้จักและใช้กันอย่างแพร่หลาย มีลักษณะเป็นการวิจัยนาร่อง เพื่อหาปณิธานสำหรับมโนทัศน์ที่ยังไม่ชัดเจน เพื่อสร้างสมมติฐานสำหรับการวิจัยแบบสำรวจที่จะตามมาภายหลัง นอกจากนี้ นักวิจัยอาจทำการศึกษาเพื่อค้นหาประเด็นปัญหาที่แท้จริงของปรากฏการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือค้นหาประเด็นอะไรที่ควรได้รับการศึกษาให้ลึกลงไป จากนั้นจึงออกแบบการวิจัยที่มุ่งทำความเข้าใจหรือหาแนวทางแก้ไขปัญหานั้น ๆ

3) ศึกษาแบบมุ่งหาคำอธิบาย (Explanatory) กรณีศึกษาแบบนี้ ปรากฏการณ์หรือสิ่งที่เลือกมาศึกษา อาจเป็นที่รู้จักคุ้นเคยบ้างแล้ว มุ่งศึกษาเพื่อหาคำอธิบายที่ยังไม่เคยมีมาก่อน หรือมีคำอธิบายอยู่บ้างแล้ว แต่ยังไม่เป็นที่พอใจกรณีศึกษาเชิงคุณภาพแบบนี้มีประโยชน์มากสำหรับการค้นหาคำอธิบายแก่การศึกษาเชิงปริมาณ ที่ข้อมูลเชิงปริมาณไม่สามารถให้คำอธิบายที่น่าพอใจได้

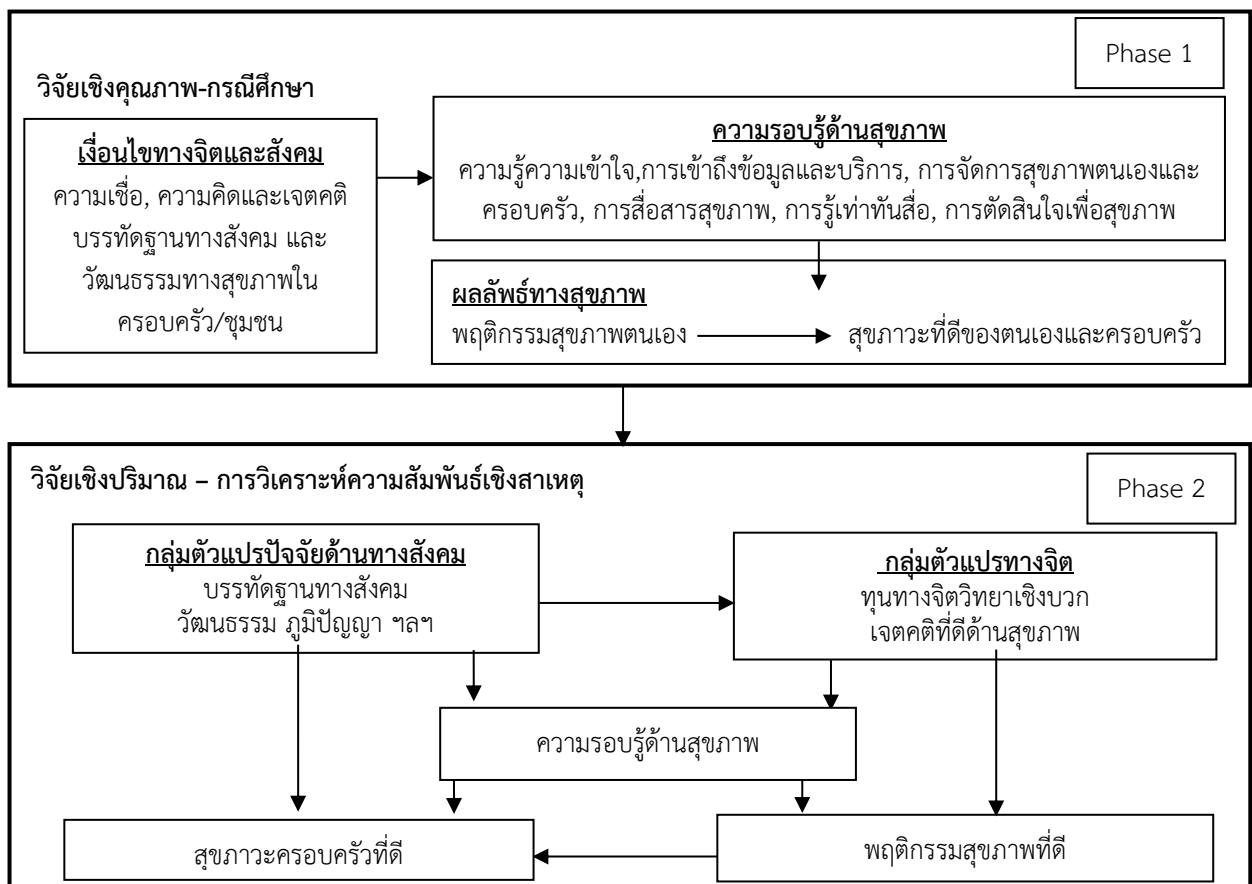
สำหรับวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษาเฉพาะกรณีเพื่อทำความเข้าใจในเชิงลึกถึงบริบททางจิตวิทยา สุขภาพครอบครัวและชุมชนที่เป็นสาเหตุเงื่อนไขของพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสทั้งฝ่ายชายและหญิง ซึ่งเป็นตัวแทนของครอบครัว จากข้อมูลสาธารณสุขตำบลและการลงพื้นที่ศึกษาสภาพจริงของชุมชนกิ่งเมือง

รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุ

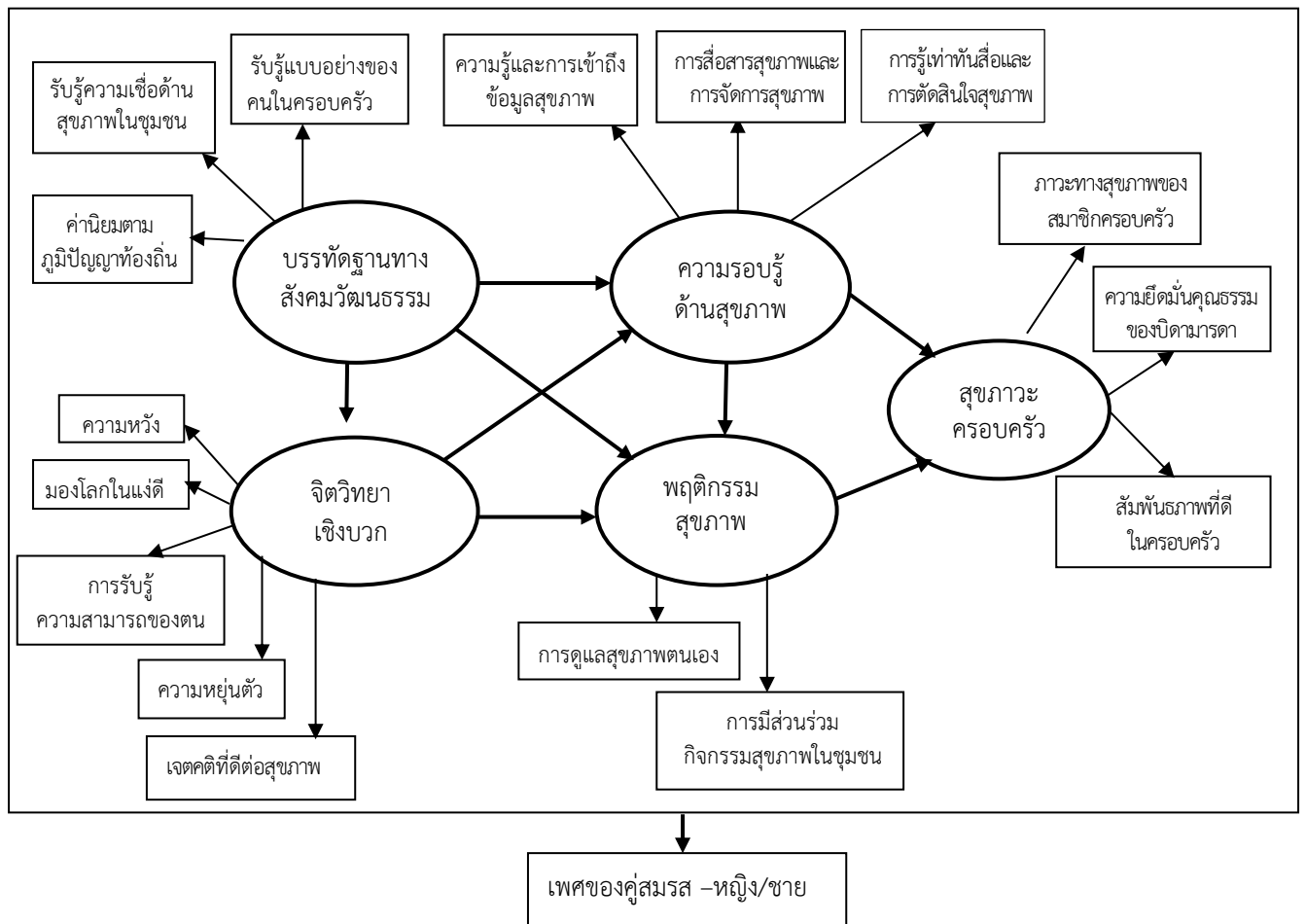
โมเดลสมการโครงสร้างมีประโยชน์ในการนำมาใช้แก้ปัญหาทางการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ โดยโมเดลการวัดมีความสำคัญ เมื่อคุณลักษณะที่ต้องการวัดเป็นนามธรรม เช่น พฤติกรรมของบุคคล เจตคติ ความรู้สึกและแรงจูงใจ ความหวัง การรับรู้ความสามารถของตน ฯลฯ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น (Linear Structural Relationship Equation Model- LISREL) เป็นเทคนิควิเคราะห์ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งความสัมพันธ์ทางการวัดตัวแปร (Measurement relationship) และความสัมพันธ์ทางโครงสร้างของตัวแปร พร้อมกับการใช้การประมาณค่าทางสถิติที่เหมาะสมกับธรรมชาติของข้อมูลที่มีลักษณะลดหลั่นกัน (Hierarchical data) (ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์, 2543: 2)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาบริบทของชุมชนด้วยการสำรวจเพื่อค้นหาอิทธิพลเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพตามโครงสร้างตัวแปรที่ได้มาจากโมเดลตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (AHRQ, 2011) และทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัว (IFSMT) (Ryan & Sawin, 2009) ร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อมากำหนด ตัวแปรสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาวะที่ดีโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อทำความเข้าใจสาเหตุสำคัญที่จะส่งผลพฤติกรรมสุขภาพอันจะนำไปสู่สุขภาวะที่ดีของประชาชนในชุมชนกึ่งเมืองอันนำไปสู่การวางแผนการกิจกรรมเพื่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ตรงกับสาเหตุของปัญหาของบริษัทพื้นที่



ภาพประกอบ 4 อิทธิพลทางจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง



ภาพประกอบ 5 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรพทฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมืองตามสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัย

1. รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรพทฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมืองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มคู่สมรสเพศต่างกัน
2. จิตวิทยาเชิงบวก กับบรพทฐานทางสังคมวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อ สุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่าน ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของสตรีสมรสในชุมชนกึ่งเมือง
3. ขนาดอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมของปัจจัยสาเหตุด้านทางจิตวิทยาเชิงบวก และบรพทฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะครอบครัวของกลุ่มคู่สมรสเพศหญิง กับกลุ่มคู่สมรสเพศชายไม่แตกต่างกัน
4. ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรพทฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมืองของกลุ่มคู่สมรสเพศหญิงกับกลุ่มคู่สมรสเพศชายไม่แตกต่างกัน

นิยามเชิงปฏิบัติการ

จิตวิทยาเชิงบวก หมายถึง คุณลักษณะด้านบวกของแต่ละบุคคลที่มีความเฉพาะเจาะจง สามารถวัดได้ พัฒนาได้นำมาใช้ในการบริหารจัดการจิตใจบุคคลให้มีประสิทธิภาพในการทำงานและการดำเนินชีวิต (Luthan, Youssef & Avolio, 2007) วัดจาก 5 คุณลักษณะ ได้แก่ 1) การรับรู้ความสามารถของตนเองหมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพื่อปฏิบัติงานโดยปราศจากความกลัวหรือความท้อแท้ พยายามปฏิบัติงาน หรือดำเนินชีวิตเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้บุคคลที่มีความเชื่อในการรับรู้ความสามารถตนเองสูงจะมีความเชื่อมั่นในศักยภาพที่จะทำพฤติกรรมตามไปด้วย 2) ความหวัง หมายถึง ความคิดความเชื่อของบุคลากรที่มุ่งไปยังเป้าหมายในการปฏิบัติงานโดยเชื่อว่าตนเองสามารถสรรหาวิธีการต่างๆ เพื่อบรรลุเป้าหมาย และมีแรงจูงใจความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามแนวทางนั้นและเป็นความรู้สึกที่มีลักษณะเฉพาะตัวของบุคคลในการคาดหวังถึงสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคตก่อให้เกิดแรงจูงใจในการกระทำการใดๆ ที่เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสามารถปรับตัวต่อสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตโดยคาดหวังว่าจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับตนเองในการดำเนินชีวิต 3) การมองโลกในแง่ดี หมายถึง วิธีการคิดของบุคลากรในการใช้เหตุผลหรือรูปแบบในการอธิบายสถานการณ์ต่างๆ ที่ตนเองประสบไปในทางดีและมองว่าเป็นสถานการณ์ที่ท้าทายที่ต้องเผชิญ บุคคลจึงใช้ความพยายามเอาชนะอุปสรรคต่างๆ トラบใดที่เชื่อว่า จะมีความสำเร็จอย่างที่ตั้งใจไว้จะเกิดขึ้นตามมา บุคคลที่คิดในลักษณะมองโลกในแง่ดี เมื่อเผชิญกับอุปสรรคหรือปัญหา สามารถประเมินจากการตอบคำถามใน 3 ประเด็น คือ ใครคือผู้ที่ควรรับผิดชอบ ถูกตำหนิในปัญหาที่เกิดขึ้น มาจากสาเหตุหลายด้านหรือตนเองเพียงผู้เดียว ปัญหานั้นส่งผลกระทบต่อในวงจำกัด หรือแผ่ขยายผลไปในหลายสถานการณ์ในชีวิต และปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องชั่วคราวหรือถาวร และผู้คิดแบบมองโลกในแง่ดี คือ คิดว่าปัญหาอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เป็นเหตุการณ์ชั่วคราวและมีผลในวงแคบเฉพาะ หรือส่งผลกระทบต่อในระยะสั้น 4) ความยืดหยุ่นทางอารมณ์หมายถึง ความสามารถของบุคลากรในการอดทนและปรับอารมณ์ได้อย่างรวดเร็วให้กลับสู่สภาวะปกติเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่ไม่แน่นอนความขัดแย้งเพื่อให้สามารถปฏิบัติงาน หรือดำเนินชีวิตต่อไปให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ และ 5) เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ หมายถึง ความรู้เชิงประเมินค่าเห็นประโยชน์ต่อการกระทำเพื่อสุขภาพที่ดีของตนเอง ความรู้สึกพอใจในตัวบุคคลที่รักสุขภาพหรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการกระทำในด้านสุขภาพ และความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคม

ในการวัด จิตวิทยาเชิงบวก ผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถามจากการประมวลเอกสารเกี่ยวกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก และพฤติกรรมองค์การเชิงบวกของ ลูธานส์ และคณะ กับแนวคิด เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรม ซึ่งแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามที่วัดรวมตัวแปรทุกด้าน ที่ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากระดับไม่จริง ถึงจริงที่สุด โดยข้อคำถามทางบวกให้คะแนน 1 - 4 และข้อคำถามทางลบให้คะแนน 4 - 1 คู่สมรสที่ได้คะแนนรวมมากกว่าแสดงว่า เป็นผู้ที่มีคุณลักษณะทางจิตวิทยาสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

บรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรม หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่คนในสังคมชุมชนนั้นยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติและกำหนดว่าอะไรควรกระทำและอะไรไม่ควรกระทำหรือควรยอมรับหรือไม่ควรยอมรับเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะครอบครัว บรรทัดฐานทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญตัวหนึ่งของ ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมและพฤติกรรม ตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) ของ ไอเซ็นและฟิชไบน์ (Ajzen & Fishbein, 1980) ซึ่งทฤษฎีได้อธิบาย บรรทัดฐานทางสังคมนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ บุคคลที่ใกล้ชิดกับตนในสังคมมีความเชื่อ มีค่านิยม มีความต้องการให้ตนกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรม และมีแรงจูงใจที่จะคล้อยตามบุคคลใกล้ชิดนั้น ซึ่งบรรทัด

ฐานทางสังคมและวัฒนธรรม สำหรับในการศึกษาครั้งนี้จึงประกอบด้วย 1) การรับรู้ถึงความเชื่อด้านสุขภาพของคนในชุมชนที่ยึดถือกันมานาน 2) ค่านิยมตามภูมิปัญญาท้องถิ่น และ 3) การรับรู้ถึงการกระทำที่เป็นแบบอย่างของครอบครัวที่จะทำตามหรือไม่ทำตาม

ในการวัดการรับรู้ถึงบรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรม ผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถามจากการประมวลเอกสารเกี่ยวกับแนวคิดบรรทัดฐานทางสังคม ของ ไอเซ็นและพีชโบน์ กับแนวคิดทุนทางวัฒนธรรมซึ่งแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามที่วัดรวมตัวแปรทุกด้าน ที่ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากระดับไม่จริงเลยถึงจริงที่สุด โดยข้อคำถามทางบวกให้คะแนน 1 - 4 และข้อคำถามทางลบให้คะแนน 4 - 1 คู่สมรสที่ได้คะแนนรวมมากกว่าแสดงว่า เป็นผู้ที่มีการรับรู้ถึงบรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรมในชุมชนของตนเองสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การกระทำอย่างต่อเนื่องที่เป็นการใช้ทักษะทางด้านความคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ ตามแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ที่ได้นำเสนอแนวคิด โมเดลความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยง (Conceptual model of health literacy as a risk) ที่ประกอบด้วยการวัด 3 ระดับได้แก่ 1) ระดับพื้นฐานวัดจาก การเข้าถึงข้อมูล (Access) และความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ วัดจาก ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) และการจัดการตนเอง (Self-management) และ 3) ระดับวิจารณ์ญาณวัดจาก การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และ ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill)

ในการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ใหญ่วัยทำงานของ อังคินันท์ อินทรกำแหง ร่วมกับ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556) ที่พัฒนาข้อคำถามจากการสังเคราะห์งานวิจัย และตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) ซึ่งแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามที่วัดรวมตัวแปรทุกด้าน ที่ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากระดับไม่จริงเลยถึงจริงที่สุด โดยข้อคำถามทางบวกให้คะแนน 1 - 4 และข้อคำถามทางลบให้คะแนน 4 - 1 คู่สมรสที่ได้คะแนนรวมมากกว่าแสดงว่า เป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

สุขภาพครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวที่ประกอบด้วยคู่สมรสทั้งฝ่ายหญิงและชาย ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ มีร่างกายที่แข็งแรง สมาชิกมีอายุยืนยาว มีจิตใจที่ดีมีความเมตตากรุณา ยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรม ดำเนินชีวิตอย่างมีสติสัมปชัญญะ และใฝ่รู้ สามารถ “คิดเป็น ทำเป็น” มีเหตุมีผล อยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุขและ ทำกิจกรรมสาธารณสุขประโยชน์ต่อสังคมได้ดี ตามสุขภาพครอบครัวของ ฟาร์เฮ้ เคลลีและ โปเลค ที่ครอบคลุมสมาชิกที่ใช้ในการศึกษาเพื่อตรวจสอบการรับรู้ทั้งตัวพ่อแม่และบุตร แต่สำหรับ ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษา สุขภาวะครอบครัวในบริบทของคู่สมรส กลุ่มเป้าหมายเป็นสามี เป็นภรรยา ที่อยู่ในครอบครัวที่มีบุตรหรือยังไม่มีบุตรที่ย่อมได้เพราะโครงสร้างครอบครัวปัจจุบันนี้ ส่วนหนึ่งมีการอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวระหว่างฝ่ายหญิงกับฝ่ายชายโดยไม่มีบุตร ดังนั้นจึงวัด สุขภาวะครอบครัวจาก 1) สุขภาวะด้านร่างกายและจิตใจของตนเองและคู่สมรส หมายถึง การที่บุคคลมีการประเมินสุขภาพของตนเองและสุขภาพของคู่สมรส ว่ามีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยเป็นโรค ไม่พิการ ปราศจากโรคภัยคุกคาม มีสุขภาพดีตามที่แสดงออกให้เห็นทางร่างกาย รวมถึงการที่บุคคลไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงในการดำเนินชีวิต เช่น พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น และมีสุขภาพทางจิต คือ มีสุขภาพจิตดี มีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับบุคคลรอบข้างอย่างราบรื่น สามารถทำงานได้อย่างเต็มความสามารถ ทำงานได้ตรง

ตามความถนัด และมีความภาคภูมิใจในตัวเองเมื่อได้ทำในสิ่งที่ดี 2) ความยึดมั่นคุณธรรมของตนเองและคู่สมรส หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้ต่อตนเองและคู่สมรสว่าเป็นผู้มีความสามารถในการแสดงออกอย่างมีความหวัง มีจุดมุ่งหมายเป็นอุดมการณ์ในชีวิต มีความรู้สึกสำนึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ มีความรักในสันติภาพ มีความต้องการที่พอเพียง เคารพในทุกชีวิต มีการใช้หลักคุณธรรมในการครองตนและครองคู่ ยึดหลักธรรมในการประกอบการตัดสินใจและการแก้ปัญหา มีการปฏิบัติหรือเข้าร่วมกิจกรรมในทางศาสนาที่ตนเองยึดถืออย่างเคร่งครัด และ 3) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรส หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึกและการปฏิบัติของตนเองที่มีต่อคู่สมรส ที่แสดงออกถึงความสัมพันธ์ต่อกันทั้งทางด้านดีและไม่ดี เช่น การแสดงความเห็นใจซึ่งกันและกัน การช่วยเหลือเกื้อกูลเติมเต็มซึ่งกันและกัน การให้การสนับสนุนทั้งข้อมูลข่าวสารสิ่งของทรัพยากรและอารมณ์ การทำกิจกรรมร่วมกัน การแก้ปัญหาาร่วมกัน ร่วมดำรงรักษาความสามัคคีเป็นปึกแผ่นของครอบครัว รวมถึงความพึงพอใจในชีวิตคู่ หรือปริมาณความขัดแย้ง ห่างเหิน ไม่เข้าใจกัน

ในการวัดสุขภาวะครอบครัว ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามในแบบสอบถาม สุขภาวะครอบครัว ขึ้นตามแนวคิดของ ฟาร์เฮ้ เคลธีย์ และ โปเลค (Fahey, Keilthy & Polek, 2012) ได้ศึกษาเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาวะครอบครัว (Family relationships and family well-being) ซึ่งแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามที่วัดรวมตัวแปรทุกด้าน ที่ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากระดับไม่จริงเลยถึงจริงที่สุด โดยข้อคำถามทางบวกให้คะแนน 1 - 4 และข้อคำถามทางลบให้คะแนน 4 - 1 คู่สมรสที่ได้คะแนนรวมมากกว่าแสดงว่า เป็นผู้ที่มีสุขภาวะครอบครัว สูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่บุคคลแสดงออกเพื่อประคับประคองกระบวนการดำรงชีวิต และสนับสนุนให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างปกติสุขหรือเป็นการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการ และเป็น การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อการป้องกันโรค และบรรเทาและขจัดอาการที่เบี่ยงเบนหรือเจ็บป่วย อันอาจมีผลกระทบต่อจิตใจอารมณ์ เป็นการช่วยควบคุมสภาพของโรค ซึ่งวัดจาก 1) พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในเชิงป้องกันโรคได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การตรวจสุขภาพประจำปี และ 2) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชนและสังคมในที่ทำงาน

ในการวัดพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ใหญ่วัยทำงานของ อังคินันท์ อินทรกำแหง ร่วมกับ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556) ที่พัฒนาข้อคำถามจากการสังเคราะห์งานวิจัย และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามที่วัดรวมตัวแปรทุกด้าน ที่ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากระดับไม่จริงเลยถึงจริงที่สุด โดยข้อคำถามทางบวกให้คะแนน 1 - 4 และข้อคำถามทางลบให้คะแนน 4 - 1 คู่สมรสที่ได้คะแนนรวมมากกว่าแสดงว่า เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง อิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสุขภาพครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพของครอบครัวในชุมชนกึ่งเมือง: การวิจัยผสมวิธี ในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมวิธีแบบสำรวจตามลำดับ ตามแนวคิดของ เครสเวลล์ และพลาโน คลาร์ก (Creswell & Plano Clark, 2011) โดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ **ระยะที่ 1 เป็นการดำเนินการเพื่อตอบโจทย์วัตถุประสงค์ข้อที่ 1** เพื่อทำความเข้าใจบริบททางจิตวิทยาสุขภาพครอบครัวและชุมชนที่เป็นสาเหตุเงื่อนไขของพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว จากข้อมูลสาธารณสุขตำบลและการลงพื้นที่ศึกษาสภาพจริงของชุมชนกึ่งเมือง ตำบลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นกรณีศึกษาโดยมีผู้ให้ข้อมูลหลักได้แก่ คู่สมรสที่มีสุขภาพดีรักสุขภาพและอาศัยอยู่ร่วมกันอย่างน้อย 10 ปี จำนวน 2 คู่ และผู้ให้ข้อมูลรองได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ผู้นำชุมชน และ อสม.รวม 6 คน รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 10 คนและ**ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ เป็นการดำเนินการเพื่อตอบโจทย์วัตถุประสงค์ข้อที่ 2** เพื่อค้นหาขนาดและทิศทางอิทธิพลทางจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาพครอบครัวที่ดีโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง และเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาพครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมืองระหว่างคู่สมรสเพศหญิงกับเพศชาย รวมจำนวน 413 คน จากประชากรใน 7 ตำบลได้แก่ ตำบลบางผึ้ง ตำบลเขาหิน ตำบลบางปะกง ตำบลท่าข้าม ตำบลท่าสะพาน ตำบลหนองจอกและตำบลพิมพา โดยนำเสนอรายละเอียดตามระยะของระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ

เพื่อทำความเข้าใจบริบททางจิตวิทยาสุขภาพครอบครัวและชุมชนที่เป็นสาเหตุเงื่อนไขของพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในชุมชนกึ่งเมืองโดยศึกษาเฉพาะกรณี (Case study) มีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

กรณีศึกษา คือ พื้นที่ศึกษาสภาพจริงในชุมชนกึ่งเมือง ตำบลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีตัวแทนผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นคู่สามีและภรรยาที่อาศัยอยู่ร่วมกัน ที่มีสุขภาพดีรักสุขภาพและอาศัยอยู่ในชุมชนแห่งนี้ต่อเนื่องมาอย่างน้อย 10 ปี โดยเลือกกรณีศึกษาแบบยึดจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นหลัก (Purposeful sampling) (ชาย โภธิสิตา, 2552) จำนวน 2 คู่รวมจำนวน 4 คน และผู้ให้ข้อมูลรองได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ผู้นำชุมชน และ อสม. รวม 6 คน รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 10 คน

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล : เนื่องจากเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม เครื่องมือที่สำคัญคือตัวผู้วิจัยเอง นอกจากนั้นยังประกอบด้วย แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ทำการตรวจสอบคุณภาพของแนวการสัมภาษณ์ ด้วยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล : ทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบแบบสามเส้า (Data triangulation) ซึ่งทำการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูลที่มาจากหลายแหล่ง ได้แก่ แหล่งปฐมภูมิหรือแหล่งบุคคล แหล่งทุติยภูมิหรือแหล่งเอกสาร นอกจากนั้นยังทำการตรวจสอบโดยใช้การสอบทานข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ตรวจสอบ (Members check)

การวิเคราะห์ข้อมูล : การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลแบบการเทียบเคียงรูปแบบ (Pattern matching) (Yin, 2003) โดยการสร้างข้อสรุปจากการเก็บข้อมูลที่ได้นำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลทางทฤษฎี (Theory) และงานวิจัยที่ผ่านมา โดยมีขั้นตอนการในการวิเคราะห์ข้อมูลตาม แนวทางของไมล์และอูเบอร์แมน (Miles & Huberman, 1994: 10-11) ที่ได้เสนอแนะถึงขั้นตอน การจัดการกับข้อมูลเชิงคุณภาพจากการวิจัยในรายละเอียดว่าประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การลดข้อมูล (Data reduction) 2) การจัดรูปข้อมูล (Data display) และ 3) การร่างข้อสรุปและการยืนยัน (Conclusion drawing and verification) โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การลดข้อมูล หมายถึง กระบวนการคัดเลือก การเน้น การทำให้อยู่ในรูปที่เข้าใจง่าย การย่อความ และการแปลงข้อมูลที่อยู่ในรูปแบบข้อมูลดิบให้พร้อมสำหรับการนำไปใช้ ในขั้นต่อไป การจัดกระทำกับข้อมูลด้วยการลดข้อมูลนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดการทำวิจัย รวมถึงก่อนที่จะเริ่มทำการวิจัยก็ต้องการวางแผนเกี่ยวกับแนวทางการลดข้อมูลนับตั้งแต่ การระบุมุมมองแนวคิดการวิจัย กรณีศึกษาที่ต้องการทำวิจัย ปัญหาการวิจัยและวิธีการเก็บ รวบรวมข้อมูลที่เหมาะสมแล้วด้วย สิ่งที่ผู้วิจัยกระทำในการลดข้อมูลคือ การเขียนสรุป การให้รหัส การร่างหัวข้อย่อที่เกี่ยวข้อง การจัดกลุ่ม การสร้างหลักในการจำแนกกลุ่มของข้อมูล การเขียนบันทึกเพื่อเตือนความจำหรือความคิดที่ร่างไว้ กระบวนการเหล่านี้ผู้วิจัยเริ่มกระทำ ตั้งแต่มีการเก็บข้อมูลในครั้งแรกไปจนกว่างานวิจัยในครั้งนั้นจะสำเร็จออกเป็นรายงานฉบับสมบูรณ์

2. การจัดรูปข้อมูล หมายถึง การสร้างรูปแบบข้อมูลที่สามารถสื่อสารกับผู้อ่านให้ เข้าใจได้โดยง่าย เช่น การแสดงข้อมูลด้วยตาราง แผนภาพ เป็นต้น กระบวนการจัดรูปข้อมูลนี้ เกิดขึ้นนับตั้งแต่ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยก็ได้เริ่มวางแผนการนำเสนอข้อมูลด้วยการจัดรูปที่เหมาะสมแก่ผู้อ่าน เพื่อช่วยให้งานวิจัยนี้มีความน่าสนใจและเข้าถึงผู้อ่านได้ง่ายขึ้น

3. การร่างข้อสรุปและการยืนยัน หมายถึง การตีความ การทำความเข้าใจถึง รูปแบบความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกันของข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมมาเพื่อนำไปสู่ข้อสรุปที่ผู้วิจัยได้ นำเสนอในรายงานการวิจัยโดยเป็นข้อสรุปที่ได้รับการตรวจสอบยืนยันถึงความเที่ยงตรง

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ

เพื่อค้นหาขนาดและทิศทางอิทธิพลทางจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวที่ดีโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมืองและเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมืองระหว่างคู่สมรสเพศหญิงกับเพศชาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากร คือ อาศัยอยู่ในชุมชน 7 ตำบลได้แก่ ประชากรที่อาศัยอยู่ในตำบลบางผึ้ง ตำบลเขาดิน ตำบลบางปะกง ตำบลท่าข้าม ตำบลท่าสะอ้าน ตำบลหนองจอก และตำบลพิมพา ในอำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา รวม 41,602 คน (ข้อมูล จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ เดือนมกราคม 2559) โดยมีจำนวน คู่สมรสเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุระหว่าง 25-60 ปี ประมาณ 20,000 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ คู่สมรสเพศหญิงกับเพศชาย รวมจำนวน 320 คน จากประชากรใน 7 ตำบลได้แก่ ตำบลบางผึ้ง ตำบลเขาดิน ตำบลบางปะกง ตำบลท่าข้าม ตำบลท่าสะอ้าน ตำบลหนองจอกและตำบลพิมพา ดังกล่าว ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิให้ครอบคลุมทุกตำบลและให้เป็นคู่สมรสเพศหญิงและเพศชายเท่า ๆ กัน โดยมีการกำหนดขนาดตัวอย่าง ตามหลักการตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุๆ ตามสมมติฐาน ตามแนวคิดของซาริสและสตรอนคอร์สท (Sarıs & Stronkhorst, 1984: 213-214 อ้างถึงใน

นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542 : 54) ที่กำหนดไว้ว่าข้อมูลในการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุฯ นั้น ตัวแปรที่ศึกษาควรมีการแจกแจงปกติพหุนามทุกตัว สามารถใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดเท่ากับหรือมากกว่า 100 และ บอนล์เลน (Bonllen, 1989 : 268 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 54) เสนอแนะว่า เรื่องของขนาดกลุ่มตัวอย่างควรพิจารณาควบคู่ไปกับจำนวนตัวแปรที่ศึกษา ถ้ามีจำนวนมาก ควรจะต้องมีขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้นด้วย ส่วนแฮร์ แอนเดอร์สันและธาธัม (Hair, Anderson, & Tatham, 2005) ได้เสนอแนะว่าขนาดตัวอย่างควรอยู่ระหว่าง 100 -200 คน ส่วน ทาแบคนิคและฟิเดล (Tabachnick & Fidell, 2001) ได้เสนอแนะว่าในการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุฯ นั้น ควรมีขนาดตัวอย่าง 10 -20 คนต่อพารามิเตอร์ที่ต้องการประมาณค่า 1 ตัว และในการศึกษาครั้งนี้มี ตัวแปรสังเกตทั้งหมด 16 ตัว ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยเฉลี่ยอยู่ระหว่างที่ $16 * 10$ และ $16 * 20 =$ อยู่ระหว่าง 160 – 320 คน ต่อกลุ่ม ได้แก่ คู่สมรสเพศชายจำนวน 160 คนขั้นต่ำ และคู่สมรสเพศหญิงจำนวน 160 คนขั้นต่ำ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้นเท่ากับ 320 – 640 คน จึงจะอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ในการวิเคราะห์เพื่อการตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุฯ และภายหลังจากเก็บข้อมูลทำให้ได้ข้อมูลที่ตอบกลับมาสุมบูรณ์ครบถ้วนได้คู่สมรสเพศหญิง 200 คน และเพศชาย 213 คน รวมทั้งสิ้น 413 คน

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

1. ตัวแปรแฝงภายนอก 2 ตัว ได้แก่

1.1 บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม วัดจากตัวแปรสังเกต 3 ตัว ได้แก่ 1) รับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในชุมชน 2) ค่านิยมตามภูมิปัญญาท้องถิ่น และ 3) รับรู้แบบอย่างของคนในครอบครัว

1.2 จิตวิทยาเชิงบวก วัดจากตัวแปรสังเกต 5 ตัว ได้แก่ 1) ความหวัง 2) มองโลกในแง่ดี 3) การรับรู้ความสามารถของตน 4) ความหยุนตัว และ 5) เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ

2. ตัวแปรแฝงภายใน 3 ตัว ได้แก่ เป็น ตัวแปรคั่นกลาง 2 ตัว และตัวแปรผล 1 ตัว

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ วัดจากตัวแปรสังเกต 3 ตัว ได้แก่ 1) ความรู้และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 2) การสื่อสารสุขภาพและการจัดการสุขภาพ และ 3) การรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจสุขภาพ

2.2 พฤติกรรมสุขภาพ วัดจากตัวแปรสังเกต 2 ตัว ได้แก่ 1) การดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ.2ส. และ 2) การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพในชุมชน

2.3 ตัวแปรผล ได้แก่ ภาวะสุขภาพครอบครัว วัดจากตัวแปรสังเกต 3 ตัว ได้แก่ 1) ภาวะทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัว 2) ความยืดหยุ่นคุณธรรมของบิดามารดา และ 3) สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

3. ตัวแปรจัดประเภท ได้แก่ เพศของคู่สมรส แบ่งเป็น เพศหญิง และเพศชาย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในงานวิจัย

เครื่องมือประกอบด้วยเป็นแบบสอบถามลักษณะทางชีวสังคมและภูมิหลัง และแบบวัดเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาพครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมืองโดยผู้วิจัยทำการหาคุณภาพเครื่องมือรายข้อ ได้แก่ ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ หาคุณภาพเครื่องมือทั้งฉบับ ค่าความเชื่อมั่น ค่าความเที่ยงตรง มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบสอบถามที่ถามถึง เพศ อายุ ระยะเวลาสมรส หรืออยู่ด้วยกันกับคู่สมรส ลักษณะการอยู่อาศัยร่วมกัน การศึกษาสูงสุด และลักษณะงานหลัก (อาชีพ) ที่ทำในชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง

2. แบบสอบถามวัด สุขภาวะครอบครัว เป็นแบบสอบถามที่สร้างข้อคำถามขึ้นตามแนวคิดของ ฟาร์เฮเย์ เคลธีย์และ โปเลค (Fahey, Keilthy and Polek, 2012) ที่ได้ศึกษาเรื่องสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและสุขภาพครอบครัว (Family Relationships and Family Well-Being) แบบวัดนี้มีค่าสหสัมพันธ์คะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item – total correlation หรือ ค่า r) อยู่ระหว่าง .227- .861 และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาคทั้งฉบับ (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .722 ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามที่วัดรวมตัวแปรทุกด้าน ที่ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากระดับไม่จริงเลยถึงจริงที่สุด โดยข้อคำถามทางบวกให้คะแนน 1 - 4 และข้อคำถามทางลบให้คะแนน 4 - 1 คู่สมรสที่ได้คะแนนรวมมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีสุขภาพครอบครัว สูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

3. แบบสอบถามวัด พฤติกรรมสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ปรับปรุงข้อคำถามขึ้นมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ใหญ่วัยทำงานของ อังคินันท์ อินทรกำแหง ร่วมกับ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556) ที่พัฒนาข้อคำถามจากการสังเคราะห์งานวิจัย และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกระทรวงสาธารณสุข แบบวัดนี้มีค่าสหสัมพันธ์คะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item – total correlation หรือ ค่า r) อยู่ระหว่าง .303- .640 และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาคทั้งฉบับ (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .726 ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามที่วัดรวมตัวแปรทุกด้าน ที่ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากระดับไม่จริงเลยถึงจริงที่สุด โดยข้อคำถามทางบวกให้คะแนน 1 - 4 และข้อคำถามทางลบให้คะแนน 4 - 1 คู่สมรสที่ได้คะแนนรวมมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

4. แบบสอบถามวัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ปรับปรุงข้อคำถามขึ้นมาจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ใหญ่วัยทำงานของ อังคินันท์ อินทรกำแหง ร่วมกับ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2556) ที่พัฒนาข้อคำถามจากการสังเคราะห์งานวิจัย และตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) แบบวัดนี้มีค่าสหสัมพันธ์คะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item – total correlation หรือ ค่า r) อยู่ระหว่าง .220- .940 และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาคทั้งฉบับ (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .874 ส่วนแบบวัดด้านความรู้ใช้ค่าความเชื่อมั่น K20 ทั้งนี้แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .650- .788 ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามที่วัดรวมตัวแปรทุกด้านโดยแบบวัดด้านความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรค เป็นตัวเลือกถ้าตอบถูกได้ 1 และตอบผิดได้ 0 คะแนน ส่วนด้านอื่นๆ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากระดับไม่จริงเลยถึงจริงที่สุด โดยข้อคำถามทางบวกให้คะแนน 1 - 4 และข้อคำถามทางลบให้คะแนน 4 - 1 คู่สมรสที่ได้คะแนนรวมมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

5. แบบสอบถามวัด จิตวิทยาเชิงบวก เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถามจากการประมวลเอกสารเกี่ยวกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก และพฤติกรรมองค์การเชิงบวกของ ลูธานส์ และคณะ (Luthan, Youssef & Avolio, 2007) กับแนวคิด เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรม แบบวัดนี้มีค่าสหสัมพันธ์คะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item – total correlation หรือ ค่า r) อยู่ระหว่าง .210- .870 และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาคทั้งฉบับ (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .924 ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามที่วัดรวมตัวแปรทุกด้าน ที่ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากระดับไม่จริง ถึงจริงที่สุด โดยข้อคำถามทางบวกให้คะแนน 1 - 4 และข้อคำถามทางลบให้คะแนน 4 - 1 คู่สมรสที่ได้คะแนนรวมมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีคุณลักษณะทางจิตวิทยาสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

6. แบบสอบถามวัด บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถามจากการประมวลเอกสารเกี่ยวกับแนวคิดบรรทัดฐานทางสังคม ของ ไอเซ็นและฟิชไบน์ (Ajzen & Fishbein, 1980) กับแนวคิดทฤษฎีวัฒนธรรม แบบวัดนี้มีค่าสหสัมพันธ์คะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item – total correlation หรือ ค่า r) อยู่ระหว่าง .445 - .810 และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาคทั้งฉบับ (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .878 ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามที่วัดรวมตัวแปรทุกด้าน ที่ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากระดับไม่จริงเลยถึงจริงที่สุด โดยข้อคำถามทางบวกให้คะแนน 1 - 4 และข้อคำถามทางลบให้คะแนน 4 - 1 คู่สมรสที่ได้คะแนนรวมมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ถึงบรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรมในชุมชนของตนเองสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เตรียมประสานงานติดต่อเพื่อการสัมภาษณ์ กรณีศึกษา จำนวน 6 คน ในช่วงเดือน สิงหาคม – กันยายน พ.ศ.2559

2. เตรียมเครื่องมือแบบสอบถามให้สมบูรณ์มีคุณภาพเพียงพอและขอความอนุเคราะห์ไปยังสาธารณสุขอำเภอบางประกง ที่เป็นพื้นที่เป้าหมายพร้อมชี้แจงผู้ร่วมวิจัยได้แก่ อสม. เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือน ตุลาคม พ.ศ.2559

3. เก็บรวบรวมแบบสอบถามและคัดเลือกเฉพาะแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้องข้อมูลก่อนกำหนดรหัสข้อมูลลงรหัสและตรวจสอบข้อมูลให้ตรงตามข้อตกลงของการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมลิสเรลและวิเคราะห์ข้อมูลในช่วงเดือน ตุลาคม พ.ศ.2559 – มกราคม พ.ศ.2560

4. ตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องของการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด พร้อมจัดทำรายงานการวิจัย ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ – มิถุนายน พ.ศ.2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ตอน คือ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และ 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามวิจัย ซึ่งมีแนวทางในการวิเคราะห์และวิธีการทางสถิติดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น เป็นการวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและลักษณะของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป รายละเอียดดังนี้

1.1 วิเคราะห์ข้อมูลค่าสถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ค่าความถี่ ร้อยละ เพื่ออธิบายลักษณะของตัวอย่าง

1.2 วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่งของตัวแปรสังเกต ที่ใช้ในการพัฒนาโมเดลเพื่อลักษณะการแจกแจงของตัวแปร และค่าความสัมพันธ์รายตัวแปร จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทราบลักษณะความสัมพันธ์เบื้องต้นก่อนวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามวิจัย

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

2.1 การวิเคราะห์ตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลสาเหตุของสุขภาพของบุคลากรมหาวิทยาลัยภาครัฐ ในภาพรวมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ การทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าอิทธิพลทางตรง ค่าอิทธิพลทางอ้อม และค่าอิทธิพลรวม ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพครอบครัว ผู้วิจัยแบ่งการประเมินโมเดลออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินโดยภาพรวม ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติและดัชนีบ่งชี้ความสอดคล้องของโมเดล ตามแนวคิดของแฮร์ และคณะ (Hair et al., 2010) 2) การประเมินค่าพารามิเตอร์ในโมเดล ผู้วิจัยพิจารณาจากค่านัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ 0.05 และค่าสัมประสิทธิ์คะแนนมาตรฐานมีค่าไม่เกิน 1 โดยมีการทดสอบความกลมกลืนของโมเดล ดังนี้

ส่วนที่ 1 การตรวจสอบความกลมกลืนเชิงสมบูรณ์ (Measure of Absolute Fit) เป็นการตรวจสอบความกลมกลืนของรูปแบบความสัมพันธ์ตามสมมติฐานในการวิจัย โดยรวมทั้งรูปแบบ (Overall Model Fit) ค่าสถิติที่สำคัญที่ใช้ตรวจสอบความกลมกลืนของรูปแบบความสัมพันธ์ตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีจำนวน 5 ค่า โดยต้องพิจารณาทั้ง 5 ค่าร่วมกันว่าอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถจะยอมรับได้หรือไม่ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542)

1. ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square statistic) เป็นค่าสถิติที่ทดสอบสมมติฐานว่าเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมของประชากรแตกต่างจากเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมที่ประมาณค่าจากโมเดลสมมติฐานหรือไม่ ถ้าค่าสถิติไคสแควร์ ไม่มีนัยสำคัญ แสดงว่าเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมทั้งสองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่าโมเดลสมมติฐานมีกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แต่เนื่องจากค่าสถิติไคสแควร์ ได้รับผลกระทบได้ง่ายจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ทำให้ค่าไคสแควร์ มีโอกาสที่จะมีนัยสำคัญได้ง่ายจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างและข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการแจกแจงปกติหลายตัวแปร (Multivariate Normality) การพิจารณาค่าไคสแควร์ที่มีนัยสำคัญ จึงไม่ได้หมายความว่าโมเดลที่ทดสอบได้ไม่มีความกลมกลืนเสมอไป และถ้าค่าสถิติไค-สแควร์มีค่าต่ำมากหรือยิ่งเข้าใกล้ศูนย์มากเท่าใดแสดงว่า ข้อมูลโมเดลลิสเรลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Jöreskog & Sörbom, 1993; Hair et al., 2010; Diamantopoulos & Siguaw, 2000) **เกณฑ์การพิจารณา** 1) พิจารณาจากค่านัยสำคัญทางสถิติ (p-value) หากค่า p-value มีค่ามากกว่า 0.05 แสดงว่า ข้อมูลโมเดลลิสเรลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เพราะแสดงถึงการที่ข้อมูลโมเดลลิสเรลแตกต่างจากข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างไม่มีนัยสำคัญ 2) พิจารณาจากจำนวนเท่าของค่าสถิติไคสแควร์ต่อค่าองศาอิสระ หากค่าสถิติไค-สแควร์มีค่าน้อยกว่า 3 เท่าของค่าองศาอิสระ (Hair et al., 2010) ถือได้ว่า ข้อมูลโมเดลลิสเรลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2. ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน GFI (Goodness-of-Fit Index) พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ประโยชน์จากค่าไคสแควร์ ในการเปรียบเทียบระดับความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของโมเดลก่อนและหลังปรับโมเดล ซึ่งดัชนี GFI เป็นอัตราส่วนของผลต่างระหว่างฟังก์ชันความกลมกลืนจากโมเดลก่อนปรับและหลังปรับโมเดล กับฟังก์ชันความกลมกลืนก่อนปรับโมเดล โดยจะมีค่าตั้งแต่ 0 (Poor Fit) ถึง 1.00 (Perfect Fit) โดยที่ค่าที่เข้าใกล้ 1 สูงจะบ่งบอกว่าโมเดลมีความกลมกลืนสูง **เกณฑ์การพิจารณา** ค่าดัชนีที่เกิน 0.9 เป็นค่าที่ยอมรับได้แสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนสูง (better fit) กล่าวคือ โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Hair et al., 2010; Kelloway, 1998; Diamantopoulos & Siguaw, 2000)

3. ค่าประมาณความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย (Root Mean Square of Approximation: RMSEA) บ่งถึงความไม่กลมกลืนระหว่างโมเดลกับเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมของประชากร ซึ่งค่า RMSEA ที่มีความกลมกลืนสนิท (close fit) คือค่า RMSEA ที่น้อยกว่า .05 **เกณฑ์การพิจารณา** ค่า RMSEA ควรน้อยกว่า 0.08 เป็นค่าที่ยอมรับได้ (นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล, 2555) และค่าดังกล่าวเมื่อผ่านการทดสอบ Closeness of Fit แล้วควรจะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ทั้งนี้ค่า RMSEA ที่ไม่เกิน 0.10 แสดงว่า มีความกลมกลืนดี ถ้าไม่เกิน 0.05 แสดงว่า มีความกลมกลืนดีมาก และถ้ากลมกลืนอย่างเด่นชัด (Outstanding fit) ต้องมีค่าไม่เกิน 0.01

4. ดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของเศษที่เหลือ RMR (Root Mean Squared Residuals) เป็นดัชนีที่ใช้เปรียบเทียบระดับความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของโมเดลสองโมเดล เฉพาะกรณีที่เป็น การเปรียบเทียบโดยใช้ข้อมูลชุดเดียวกัน ดัชนี RMR จะบอกขนาดของเศษที่เหลือโดยเฉลี่ยจากการเปรียบเทียบ

ระดับความกลมกลืนของโมเดลสองโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และจะใช้ได้ดีเมื่อตัวแปรภายนอกและตัวแปรสังเกตได้เป็นตัวแปรมาตรฐาน (Standardized RMR) **เกณฑ์การพิจารณา** ค่าดัชนี RMR ควรมีค่าน้อยกว่า 0.05 เป็นค่าที่ยอมรับได้ แสดงว่า โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์สูง

5. ดัชนี SRMR (Standard Root Mean squared Residual) เป็นค่าเฉลี่ยของค่าที่เหลือที่อยู่ในรูปของคะแนนมาตรฐาน โดยจะแปรค่าอยู่ในช่วง 0-1 **เกณฑ์การพิจารณา** ค่าดัชนี SRMR ควรมีค่าน้อยกว่า 0.05 เป็นค่าที่ยอมรับได้ แสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์สูง

ส่วนที่ 2 การวัดความกลมกลืนเชิงเปรียบเทียบ (Incremental Fit Measure or Comparative Fit Index) เป็นดัชนีที่ใช้เปรียบเทียบโมเดลการวิจัย (Purposed Model) ว่ามีความกลมกลืนสูงกว่าโมเดลอิสระ (Null Model) มากน้อยเพียงใด ดัชนีในกลุ่มนี้ ได้แก่

1. ค่าดัชนีความสอดคล้องแบบค่าการกระจายปกติ (Normed Fit Index: NFI) เป็นค่าอัตราส่วนระหว่างค่าส่วนต่างระหว่างค่าไคสแควร์ของแบบจำลองจากข้อมูลเชิงประจักษ์กับค่าไคสแควร์ของแบบจำลองสมมติฐาน (Null model) กับค่าไคสแควร์ของแบบจำลองสมมติฐาน โดยค่าที่คำนวณได้จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 **เกณฑ์การพิจารณา** ค่า NFI ที่เข้าใกล้ 1 แสดงว่า โมเดลอิสระมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากกว่าแบบจำลองสมมติฐาน และ ค่า NFI ที่มีค่าเกิน 0.90 แสดงว่า โมเดลอิสระมีความกลมกลืนดี (นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล, 2555)

2. ค่าดัชนีความสอดคล้องแบบค่าการกระจายไม่ปกติ (Non-normed Fit Index: NNFI) เป็นดัชนีที่ปรับวิธีการคำนวณจากแนวคิดการหาค่า NFI มาด้วยการนำค่าองศาอิสระมาประกอบการคำนวณ ค่าที่คำนวณได้จะมีค่ามากกว่า 0 **เกณฑ์การพิจารณา** ค่า NNFI ที่เข้าใกล้ 1 แสดงว่าแบบจำลองที่สร้างขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากกว่าแบบจำลองสมมติฐาน เช่นเดียวกับค่า NFI โดยค่าที่เกินกว่า 0.90 แสดงว่า มีความกลมกลืนดี (นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล, 2555)

3. ค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index: CFI) เป็นดัชนีเชิงเปรียบเทียบที่พัฒนาขึ้นโดยเบนท์เลอร์โดยปรับปรุงมาจากค่า NFI เช่นเดียวกัน แต่เหมาะสำหรับข้อมูลการกระจายของค่าไคสแควร์ที่ไม่มีค่ากลาง (Noncentral chi-square distribution) ที่มีค่าอยู่ระหว่าง 0-1 ยิ่งค่าเข้าใกล้ 1 ก็ยิ่งแสดงว่าโมเดลการวิจัยมีความกลมกลืนดีกว่าโมเดลอิสระ **เกณฑ์การพิจารณา** ค่าดัชนีที่เกิน 0.9 เป็นค่าที่ยอมรับได้ แสดงว่าแบบจำลองการวิจัยที่สร้างขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากกว่าแบบจำลองสมมติฐาน (นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล, 2555)

ส่วนที่ 3 การวัดความประหยัดของโมเดล (Parsimonious Fit Measure) ซึ่งเป็นการวัดระดับความกลมกลืนของโมเดลกับจำนวนเส้นทางที่โมเดลต้องการน้อยที่สุดภายใต้ระดับความกลมกลืน (Level of Fit) ดังกล่าว โดยที่มีความประหยัดจะเป็นโมเดลที่มีจำนวนเส้นทางน้อยที่สุด ในขณะที่อำนาจการอธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าวของตัวแปรอิสระไม่เปลี่ยนแปลง ภาวะจำนวนเส้นทางที่มากเกินไปจนเกินความจำเป็น (Overfitting) จึงเป็นการแสดงว่าโมเดลการวิจัยมีจำนวนเส้นทางที่มากเกินไป ซึ่งในทางปฏิบัติ Parsimonious Fit Measure จะเหมือนกับ Adjusted R2 ในการวิเคราะห์ การถดถอย แต่อย่างไรก็ตามหากมีสถิติทดสอบที่หาได้จากการวัดครั้งนี้ ก็ควรใช้ความรู้สึกและวิจารณญาณของผู้วิจัยในการตัดสินใจว่าจำนวนเส้นทางเท่าไรจึงจะเพียงพอในการอธิบายและถูกต้องตามหลักความเป็นจริง สถิติที่ใช้วัดความประหยัดของโมเดล ได้แก่

1. ดัชนี AGFI (Adjusted Goodness-of-Fit Index) เป็นการนำเอาดัชนี GFI มาปรับแก้โดยคำนึงถึงขนาดของชั้นความเป็นอิสระที่รวมทั้งจำนวนตัวแปรและขนาดของกลุ่มตัวอย่าง **เกณฑ์การพิจารณา** ค่าดัชนีที่เกิน 0.9 เป็นค่าที่ยอมรับได้ แสดงว่าโมเดลมีความประหยัด

2. ดัชนี PFI (Parsimonious Fit Index) เป็นการนำเอาดัชนี NFI มาปรับแก้ (Modification) โดยการนำเอาชั้นความเป็นอิสระมาคำนวณด้วย **เกณฑ์การพิจารณา** ดัชนี PFI ที่ดีควรมีค่าสูงและใช้สำหรับเปรียบเทียบโมเดลการวิจัยกับโมเดลทางเลือกหรือ เปรียบเทียบโมเดลสมมติฐานก่อนและหลังการดัดแปลง

การรายงานดัชนีความกลมกลืน

แฮร์และคณะ (Hair et al, 2010) ได้แนะนำเกี่ยวกับการรายงานดัชนีความกลมกลืนว่า ควรรายงานดัชนีต่าง ๆ ที่ชี้วัดความกลมกลืนของข้อมูลที่โมเดลสร้างขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ประมาณ 3 ถึง 4 ดัชนี ก็เพียงพอเพื่อพิจารณาว่า ข้อมูลที่โมเดลสร้างขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีความสอดคล้องกันหรือไม่ โดยต้องรายงานค่าไค-สแควร์และค่าองศาอิสระ (Degree of freedom) เป็นหลักพร้อมกับรายงานดัชนีแสดงความกลมกลืนอย่างสัมบูรณ์ (Absolute Fix Index) ซึ่ง ที่ใช้กันโดยทั่วไป ประกอบด้วย ค่าไคสแควร์ ค่า GFI ค่า AGFI ค่า RMR ค่า SRMR ค่า RMSEA และ ดัชนีแสดงความกลมกลืนส่วนเพิ่ม หรือ ดัชนีแสดงความกลมกลืนเชิงเปรียบเทียบ (Incremental Fix Index or Comparative Fit Index) อย่างน้อยกลุ่มละ 1 ดัชนี ซึ่งที่ใช้กันโดยทั่วไป ประกอบด้วย ค่า NFI ค่า NNFI ค่า CFI ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยกำหนดดัชนีชี้วัดความกลมกลืนอย่างน้อย 5 ดัชนี ประกอบด้วย ค่าไค-สแควร์ พร้อมค่าองศาอิสระ ค่า GFI ค่า RMSEA ค่า NNFI ค่า CFI ทั้งนี้จะพิจารณาตามความเหมาะสมในการปรับโมเดล และการวิเคราะห์ผลอีกครั้ง หากผู้วิจัยจำเป็นต้องปรับโมเดล จะดำเนินการบนพื้นฐานของทฤษฎีและงานวิจัยเป็นหลัก โดยมีการดำเนินการคือ การพิจารณารายงานดัชนีปรับแก้ (Modification Index) ซึ่งรายงานให้ผู้วิจัยทราบเกี่ยวกับการเพิ่มการประมาณค่าพารามิเตอร์ตัวใด หรือการพิจารณาว่าควรตัดพารามิเตอร์บางตัวออกไป เพื่อให้โมเดลมีความกลมกลืนมากขึ้น พร้อมทั้งอาจพิจารณาความสมเหตุสมผลทางทฤษฎีที่ใช้เป็นพื้นฐานของงานวิจัยนี้ประกอบกัน ก่อนที่ผู้วิจัยนำโมเดลไปอธิบายเพื่อแปลความหมายและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

แผนการดำเนินงานตลอดโครงการวิจัย เป็นเวลา 1 ปี ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2559 – 31 มิถุนายน 2560

กิจกรรม	ก.ค.- ส.ค.59	ก.ย.- ต.ค.59	พ.ย.- ธ.ค.59	ม.ค.- ก.พ.60	มี.ค.- เม.ย.60	พ.ค.- มิ.ย.60
1.ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและเทคนิควิธี	↔					
2. จัดทำกรอบการสัมภาษณ์	↔					
3.ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลกรณีศึกษา ในวิจัยระยะที่1	↔					
4. สรุปข้อมูลผลการสัมภาษณ์		↔				
5. สังเคราะห์แนวคิด ผลการสัมภาษณ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำร่างรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ			↔			
6. กำหนดตัวแปรปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและ สุขภาวะครอบครัว และให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจแก้ไข			↔			
7. มาปรับปรุงร่างรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ			↔			
8. สร้างและพัฒนาเครื่องมือแบบสอบถามของตัวแปรทั้งหมด			↔			
9. เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มคือคู่สมรส เพศหญิงและชาย ให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์				↔		
10. ตรวจสอบข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมลิสรล					↔	
11.จัดทำข้อเสนอแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการมีสุขภาวะครอบครัวที่ดี					↔	
12. สรุปอภิปรายผลและเขียนรายงานการวิจัย						↔

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง อิทธิพลทางจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี แบบสำรวจตามลำดับ ตามแนวคิดของ เครสเวลล์ และพลาโน คลาก (Creswell; & Plano Clark, 2011) ซึ่งเป็นการวิจัยแบบผสมวิธีที่เริ่มต้นดำเนินการวิจัยด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลในระยะแรก และนำผลที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพ มาตรวจสอบด้วยการวิจัยเชิงปริมาณในระยะต่อมา อันจะนำไปสู่การอธิบายปรากฏการณ์สู่กลุ่มประชากรในวงกว้างต่อไป โดยผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 1: การวิจัยเชิงคุณภาพ

การศึกษาคั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อทำความเข้าใจบริบททางจิตวิทยาสุขภาพครอบครัวและชุมชนที่เป็นสาเหตุเงื่อนไขของพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว จากข้อมูลสาธารณสุขตำบลและการลงพื้นที่ศึกษาสภาพจริงของชุมชนกึ่งเมือง ในอำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ แบบการศึกษารายกรณี ทำการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth Interview) กับกรณีศึกษา ซึ่งกรณีศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้ให้ข้อมูลหลักได้แก่ คู่สมรสที่มีสุขภาพดีรักสุขภาพและอาศัยอยู่ร่วมกันอย่างน้อย 10 ปี จำนวน 2 คู่ และผู้ให้ข้อมูลรองได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ผู้นำชุมชนและอสม. รวม 10 คน การเลือกกรณีศึกษาแบบยึดจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นหลัก เพื่อให้ได้กรณีศึกษาที่มีคุณลักษณะตรงตามที่กำหนดไว้ ผลจากการศึกษาคั้งนี้ จะเป็นส่วนหนึ่งในการเพิ่มพูนองค์ความรู้เกี่ยวกับมูลเหตุเงื่อนไขของจิตวิทยาสุขภาพครอบครัวและชุมชนที่เป็นเงื่อนไขพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวอย่างไร ซึ่งเงื่อนไขดังกล่าวจะเป็นแนวทางการกำหนดทิศทางของอิทธิทางจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวที่ดีโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง และเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมืองระหว่างคู่สมรสเพศหญิงกับเพศชาย ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ตอนได้แก่ **ตอนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา **ตอนที่ 2** จิตและพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวและชุมชน และ**ตอนที่ 3** เงื่อนไขของพฤติกรรมสุขภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา

ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิเคราะห์จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกรณีศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่า รวมถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ในรายงานการนำเสนอข้อมูล ผู้วิจัยจึงไม่เปิดเผยชื่อจริง รวมทั้งสถานที่ปฏิบัติงานจริงของกรณีศึกษา ผู้วิจัยใช้นามสมมติแทนชื่อจริงของกรณีศึกษา แต่ละคน ทั้งนี้จากการวิเคราะห์ พบว่าเป็นเพศ ชาย 4 คน เพศหญิง 6 คน อายุอยู่ระหว่าง 42- 65 ปี เป็นคู่สมรสจำนวน 2 คู่ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน-อสม.จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชนจำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 2 คน การศึกษาสูงสุด ปริญญาโทจำนวน 1 คน รายละเอียดตามตาราง 2

ตาราง 2 ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา

ลำดับที่	ชื่อ(นามสมมติ)	เพศ	อายุ	ศาสนา	การศึกษาสูงสุด	อาชีพ
1	ก	ชาย	55	พุทธ	ป.4	รับจ้าง
2	ข	หญิง	49	พุทธ	ป.4	รับจ้าง
3	ค	ชาย	53	พุทธ	ม.ต้น	ค้าขาย
4	ง	หญิง	50	พุทธ	ป.6	ค้าขาย
5	จ.	หญิง	42	พุทธ	ป.โท	รับราชการ
6.	ฉ	ชาย	47	พุทธ	ป.ตรี	รับราชการ
7.	ช	หญิง	52	พุทธ	ม.ต้น	ทำสวน
8.	ซ	หญิง	60	พุทธ	ป.4	เลี้ยงปลา
9	ฌ	ชาย	65	พุทธ	อนุปริญญา	ค้าขาย
10	ญ	หญิง	42	พุทธ	ป.4	รับจ้าง

ตอนที่ 2 จิตและพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวและชุมชน

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ในตอนที่ 2 ผู้วิจัยนำเสนอด้วยการบรรยายให้เห็นถึงคุณลักษณะทางจิตและพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ที่เป็นเงื่อนไขต่อการมีสุขภาพที่ดีภายในครอบครัว ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ซึ่งการนำเสนอครั้งนี้ผู้วิจัยจะนำเสนอเป็นข้อมูลที่ได้จากคู่สมรสในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และ อาสาสมัครสาธารณสุข เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลมีความหลากหลายแตกต่างกันไป ดังนี้

สรุปผลการศึกษาของกรณีศึกษาคู่สมรสที่มีสุขภาพดีรักสุขภาพและอาศัยอยู่ร่วมกันอย่างน้อย 10 ปี

คู่สมรสคู่ที่ 1 ผู้วิจัยจะใช้นามสมมติกรณีศึกษารายที่ 1 ว่า นาง“ก” และ นาย“ข” พฤติกรรมสุขภาพมาจากครอบครัวของ “ก” และ “ข” เป็นคนท้องถิ่นเกิดในชุมชนแห่งนี้ ได้รับการเลี้ยงดูจากพ่อแม่โดยกินอาหารในท้องถิ่น ทำการประกอบอาหารรับประทานด้วยตนเอง ได้รับการศึกษาจากโรงเรียนในชุมชน โดยพ่อแม่ของพวกเขาก็มีอาชีพรับจ้างในชุมชนแห่งนี้ อาหารส่วนใหญ่ก็หาได้จากแหล่งน้ำในชุมชนเช่น ปลาและเก็บผักที่มีอยู่ตามธรรมชาติเช่น ผักบุ้ง ตำลึง ดอกแค เป็นต้น การออกแรงในการทำงานรับจ้างในชีวิตประจำวันนั้น เป็นการออกกำลังกายไปด้วย การดูแลรักษาสุขภาพส่วนใหญ่ พึ่งการรักษาจากสถานอนามัยใกล้บ้านและพูดคุยกับเพื่อนในการดูแลสุขภาพตนเอง ดังคำบอกกล่าวที่ว่า

“ก็กินแบบธรรมชาติเก็บผัก หาปลา เข้าฉันทื่นตั้งแต่ตีสี่ซี้ หุงหาอาหาร พอทำได้ก็หุงเอง ป.4 ก็ทำเก่งแล้ว”(นาง ก.)

“ส่วนใหญ่ปลูกเอง..ตำลึงกระเจียบ บวบ ถั่วฝักยาวชอบปลูก.ที่นี้เลี้ยงปลาเยอะ...แถวนี้ปลาเยอะก็กินแต่ปลา”(นาย ข)

“ทำงานหนักทุกวัน รับจ้างเขาทำนา ถางหญ้า เหนื่อยมาก ไม่ต้องออกกำลังกายเพิ่มแล้ว” (นาย ข)

“ฉันท 2 คนเป็นอะไรก็ปรึกษาหมอที่อนามัยนั่นแหละ แถวบ้านฉันก็มี อสม.เขามาวัดความดันให้ แพนนะไม่ค่อยเป็นอะไรมีแค่ปวดๆเมื่อยๆ ตามประสานทำงานหนัก ฉันทก็เป็นไข้หวัดเล็กน้อยๆ” (นาง ก.)

คู่สมรสคู่ที่ 2 ผู้วิจัยจะใช้นามสมมติกรณีศึกษารายที่ 1 ว่า นาง“ค” และ นาย“ง” ทั้งคู่อาศัยค้าขายอยู่ในชุมชนมาโดยตลอดการสมรสในวัยเด็กได้รับการเลี้ยงดูจากพ่อแม่ที่เกิดในชุมชนแห่งนี้ มีการรับประทานอาหารที่พ่อแม่ทำให้รับประทานจากอาหารที่มีในท้องถิ่น เช่น ปลา ผักบุ้ง ผักกระเฉด เป็นต้น ส่วนหมู ไก่นั้น

กินเป็นบางครั้งเพราะไปซื้อที่ตลาด ที่ห่างจากบ้าน การออกกำลังกายสมัยก่อนได้จากการช่วยพ่อแม่ทำนา ร่วมกับพี่น้อง เมื่อได้สมรสแล้วพวกเขาจึงมีอาชีพค้าขายซึ่งเป็นร้านขายของชำ ทำให้ชีวิตการรับประทาน อาหารเปลี่ยนไปจากที่เคยทำอาหารรับประทานเอง เป็นซื้ออาหารรับประทานเอง เพื่อการประหยัดเวลา และการที่ในร้านของตนเองมีอาหารสำเร็จรูปหลากหลาย เครื่องดื่มต่างๆ ทำให้เกิดการรับประทานบ่อยครั้ง แต่ก็ทราบข้อมูลว่าอาหารเหล่านี้ส่งผลให้เป็นโรคเบาหวานได้จากการอ่านหนังสือ ต้องใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง และหมออนามัยทำให้ตนเองระมัดระวังเรื่องสุขภาพ โดยเฉพาะการรับประทานอาหารเหล่านี้ ส่วนเรื่อง ความเครียดที่เกิดขึ้นก็มาจากการค้าขายทำให้ต้องใช้การไหว้พระในการผ่อนคลายความเครียดลงได้ ดังคำบอกกล่าวที่ว่า

“เกิดที่นี่แหละ อยู่กับพ่อแม่ที่นี่ เมื่อก่อนปลาผักอะไรก็ได้ เยะอะ ดักไข่ ตกปลา มันก็ได้แล้ว สมัยก่อน แต่สมัยนี้มีตักไม่ได้ (หัวเราะ) ซื้ออย่างเดียว หรือไม่ก็เลี้ยง”(นาง ง.)

“ที่ร้านขายของชำ อดไม่ได้เวลาขายของเหนื่อยๆ น้ำหวานๆ แซ่เย็น กินก็ชื่นใจดี แต่หมออนามัยเคยบอกว่ากินมาไม่คืนะ เดี่ยวเป็นเบาหวาน ในหนังสือก็บอกเคยอ่านฉันก็คอยระวังอยู่ (หัวเราะ)” (นาย ค.)

“เวลาเครียดๆ ก็มี ก็ไม่ได้กินเหล้ากินไรหรอก ชวนแฟนไปไหว้พระ ก็สบายใจดี”(นาย ค.)

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ผู้วิจัยจะใช้นามสมมติกรณีศึกษาว่า นาง“จ.” และ นาย“ฉ.” ทั้งคู่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในชุมชนนี้มากกว่า 10 ปี ได้พบการเปลี่ยนของสภาพแวดล้อมในชุมชนจากที่เคยอาชีพทำนาก็ปรับเปลี่ยนเป็นการเลี้ยงปลาและทำงานเป็นลูกจ้างในโรงงาน และภาวะสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนไปจากที่เคยเป็นโรคติดต่อกลายเป็นโรคที่ไม่มีเชื้อโรค ประชาชนมีการกินที่เปลี่ยนไปจากที่หากินตามธรรมชาติ เป็นการซื้อกิน อาหารสำเร็จรูปและอาหารถุง การเปลี่ยนของรูปร่างจากคนที่มีรูปร่างผอมเป็นรูปร่างอ้วนจนเกิดปัญหาสุขภาพดังคำบอกกล่าวที่ว่า

“จากรายงานเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อคนอัตราการเป็นเบาหวาน ความดัน เพิ่มขึ้นทุกปี ผู้ป่วยก็เพิ่มขึ้นทุกปี แล้วก็ภาวะอ้วนเมื่อก่อนเนี่ยประชากรที่อ้วนจะอยู่อัตราร้อยละ 10 กว่าแล้วมาช่วงหลังขึ้นมาเป็น 30 กว่า ขึ้นแบบ...(สีหน้ามีความกังวล)” (นาย ฉ.)

“จากเมื่อก่อนประชาชนเขาจะมีหุ่นรูปร่างดีรูปร่างเพรียวพอมมาในช่วงหลังยุคเกษตรกรรมอะไรเข้ามา มันเปลี่ยนไปหมด เปลี่ยนไปคนที่ผอมเพรียวกลับกลายเป็นว่ามองไปทางไหนมีแต่คนอ้วนพุงเดิน แล้วก็จากสภาพแวดล้อมที่มันเปลี่ยนไปทั้งหมดเป็นเรื่องของห้างค้าส่งอะไรต่างๆ เซเว่น ตลาดนัดมีทั่วไปหมด ประชาชนสะดวกในการหากิน” (นาง จ.)

“สาเหตุที่น่าจะเกิดจากการกินพฤติกรรมเหล่านี้ แล้วตอนนี้คนเขาทำงานโรงงานพอเสร็จกลับจากโรงงาน เขาก็ซื้ออาหารมากินอาหารอาจจะเป็ตลาดนัดอาหารที่ปรุงสำเร็จ แล้วคนแถวนี้เขาก็เป็นคนที่ทำนามาก่อนไง เพราะพฤติกรรมการกินเขาเนาะ ต้องมีขนมหวานตอนเย็น มือเย็นจะเป็นมือที่ทุกคนมารวมกันแล้วก็กิน พอเช้าก็จะเร่งรีบออกไปกินอะไรก็ได้บางทีก็ไม่ได้กิน” (นาย ฉ.)

ผู้นำชุมชน

ผู้วิจัยจะใช้นามสมมติกรณีศึกษาว่า นาง“ช.” และ นาง“ซ.” ทั้งคู่เป็นผู้นำชุมชนที่ได้รับการเลือกตั้งมาติดต่อกัน 2 สมัยการเปลี่ยนที่เกิดขึ้นกับชุมชนคือความเจริญที่เกิดขึ้นนอกจากคนในชุมชนจะมีอาชีพทางการเกษตร ก็เปลี่ยนมาประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม การประกอบอาชีพที่ต้องใช้แรงงานหนักมีน้อยลง ร้านค้าขายอาหารก็สะดวกสบายขึ้นสามารถหาซื้อกินได้ตลอด 24 ชั่วโมง มีรถขายอาหารวิ่งตรงมาถึงที่บ้าน การดำเนินชีวิตขึ้นกับฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยหลัก การจัดกิจกรรมในชุมชนในด้านสุขภาพคือ โครงการตรวจสุขภาพประจำปี การใช้ป้ายโฆษณาในการรณรงค์เรื่องการลดการกินอาหารรสจัด อันตรายของโรคหลอดเลือดสมอง การจัดกิจกรรมออกกำลังกายตามโครงการต่างๆของท้องถิ่นและอนามัย

เช่น การเดินแอโรบิก การเดินฮูลาฮูป เป็นต้น อีกทั้งชุมชนมีการจัดงานประจำปีทางศาสนาในการบวชเพื่อการทำสมาธิและการทำบุญตักบาตรตามประเพณี ดังคำบอกกล่าวที่ว่า

“เมื่อก่อนเรายังไม่มีการคัดกรองอย่างจริงจังจึงถูกไหม ตอนนี้พอเราเริ่มคัดกรองในเรื่องของความดันเบาหวาน มันเพิ่มขึ้นมันเนื่องมาจากเขาหรือที่เราถูกไปคัดกรองมากขึ้น” (นาง ช.)

“การจัดกิจกรรมในชุมชนส่วนใหญ่จัดตามโครงการต่างๆ ทุกหน่วยราชการ ถ้าเป็นทางด้านสุขภาพก็จัดร่วมกับหมอนามัยตามโครงการต่างๆ เพื่อรณรงค์ให้คนในชุมชนตื่นตัวด้านสุขภาพ (นาง ช.)

อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)

ผู้วิจัยจะใช้นามสมมติกรณีศึกษาว่า นาง“ฉ.” และ นาง“ญ.” ทั้งคู่เป็น อสม.มานานกว่า 20 ปี สังเกตได้จากการเปลี่ยนแปลงในการร่วมดูแลควบคุมร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตั้งแต่รณรงค์ให้เด็กกินอาหารให้ครบถ้วนป้องกันการขาดสารอาหาร จนมาถึงยุคของการรณรงค์ให้กินให้พอดี ไม่ให้เกิดการกินเกิน การบอกข่าวแจ้งข่าวทางด้านสุขภาพจากที่ต้องบอกเล่าต่อกันมาเป็นให้ใช้การอ่านจากเอกสาร การใช้หอกระจายข่าว ใช้การติดป้ายรณรงค์ตามศาลาในชุมชนเพื่อแจ้งเตือนข่าวสารทางสุขภาพ และการสื่อสารที่ง่ายที่สุดคือการสื่อสารทางทีวี การปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพของคนในชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงไปมีการใช้แรงงานน้อยลงเนื่องจากมีเครื่องทุ่นแรง เช่น มอเตอร์ไซด์ในการเดินทางแทนจักรยาน ใช้เครื่องดำนาแทนการออกแรงด้วยตนเองจึงทำให้ต้องมีกิจกรรมชวนกันมาออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่เปลี่ยนไปเพราะสิ่งแวดล้อมทุกอย่างมันส่งผลให้เกิดอารมณ์เช่นนี้ สำหรับอาสาสมัครทั้ง 2 คนอยู่ในกลุ่มแกนนำสุขภาพที่ต้องมีการปฏิบัติทางด้านสุขภาพให้เป็นตัวอย่างแก่คนในชุมชน ดังคำกล่าวที่ว่า

“พวกฉันทำงานมานานกับหมอนามัยตั้งแต่แจกนมให้เด็กผอม จนมาถึงยุคช่วยห้ามไม่ให้กินเพราะมันเกินความจำเป็น มันไม่มีความพอดีเลย จนเกิดโรคให้พวกเราติดตามกันเยอะมาก” (นาง ฉ.)

“ฉันเป็นแกนนำด้านสุขภาพก็ต้องดูแลตัวเองดีทั้งการกินอาหาร การออกกำลังกายเพื่อเป็นตัวอย่างแก่คนที่เราต้องไปดูแลเขาในละแวกของเรา” (นาง ญ.)

ตอนที่ 3 เจาะใจของพฤติกรรมสุขภาพ

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ในตอนที่ 3 ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการบรรยายให้เห็นถึงเงื่อนไขที่เป็นมูลเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของกรณีศึกษา ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์เป็นภาพรวม ทั้งนี้จากการวิเคราะห์ข้อมูลของกรณีศึกษา พบว่า เงื่อนไขหรือสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนแห่งนี้ ประกอบด้วย 2 สาเหตุหลัก คือ 1) สาเหตุด้านบุคคล 2) สาเหตุด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ด้านบุคคล

1.1 การถ่ายทอดจากสถาบันครอบครัว

การเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่ถูกถ่ายทอดทางสังคมจากรุ่นสู่รุ่นในชุมชนที่มีพื้นฐานการอยู่อาศัยคล้ายคลึงกัน ถึงแม้ว่ามีความหลากหลายของสิ่งเร้าที่มากกระทบกับบุคคลที่เป็นกรณีศึกษาก็ยังคงวิถีชีวิตการกิน การดำรงชีวิตใกล้เคียงกับรุ่นพ่อแม่ที่ผ่านมา ดังกรณีศึกษาของคู่สมรสคู่ที่ 1 มีชีวิตอยู่ในชุมชนแห่งนี้มาโดยตลอดด้วยการถูกเลี้ยงดูจากพ่อแม่ด้วยวิถีธรรมชาติจึงยังคงดำรงชีวิตแบบที่เคยได้รับมาจากครอบครัวซึ่งเป็นวิถีที่ทำให้เขามีสุขภาพที่ดี ดังคำกล่าวที่ว่า

“พ่อแม่ฉันเค้าชอบทำแกงส้ม กินแกงพื้นๆ แกงส้มนี่ประจำ ผัดถั้วฝักยาว ไข่น้ำพริก ฉันว่าพวกเขาสุขภาพดีแข็งแรงไม่มีโรค ฉันก็กินแล้วก็ทำให้แฟนและลูกกินด้วย แล้วที่สำคัญอยู่อย่างอยู่เฉยต้องขยันทำโน่นทำนี่ทุกวัน” (นาง ช.)

1.2 ความรู้การดูแลด้านสุขภาพ

ความรู้ทางด้านสุขภาพเป็นเงื่อนไขที่สำคัญในการเกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องซึ่งมีความสำคัญทั้ง 3 ส่วน คือความรู้เรื่องอาหารนั้นด้วยความเป็นวิถีชีวิตที่ยังคงดำเนินอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่กำลังเปลี่ยนแปลงแต่ก็ยังมีดำรงอยู่ของวิธีการปรุงอาหารที่คงเดิมโดยที่การรับรู้เพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคือเรื่องอาหารเฉพาะโรคที่เป็นอยู่ หรืออาหารที่ป้องกันโรคที่ตนเองมีความเสี่ยงนั้นๆ ดังจะเห็นได้จากกรณีศึกษาคู่สมรสคู่ที่ 1 และ 2 ดังคำกล่าวที่ว่า

“ฉันก็กินไอ้ น้ำหวานๆ มันชื่นใจ วันนั้น เวียนหัวไปนอนมัยหมอบอกว่าอย่ากินหวานนักเดี๋ยวเป็นโรคเบาหวาน มีอาการวิบๆ บ่อยๆ ต้องไปเจาะเลือดตรวจบ้าง ฉันเลยกลัวไม่ค่อยกินแล้วละตอนนี้” (นาย ค.)

การออกแรงในการประกอบอาชีพและการออกกำลังกาย กรณีศึกษาที่เป็นคู่สมรสทั้ง 2 คู่ ความรู้ที่ได้รับในเรื่องการออกกำลังกายอาจยังไม่ครบถ้วน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ฉันออกแรงทำงานทั้งวันยกของยกโน่นยกนี่ ก็ถือว่าออกกำลังกายแล้ว ไม่ต้องไปออกอย่างอื่นแต่มันก็ยังลงพุงได้นะ” (นาย ค.)

การดูแลตนเองเมื่อเกิดความเครียดใช้วิธีการทางศาสนา การคงที่ของอารมณ์ส่งผลถึงการดูแลด้านการกินอาหาร ดังคำกล่าวที่ว่า

“ฉันเครียดกับการทำงานก็พยายามไม่กินจู้จิบนะ ใช้วิธีไปผ่อนคลายชวนแฟนออกไปไหว้พระขอพรให้มีกำลังใจมากขึ้น” (นาง ง.)

1.3 ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

เป็นปัจจัยที่สำคัญที่แสดงให้เห็นการเข้าถึงข้อมูลด้านบริการสุขภาพที่จะสื่อสารให้ประชาชนได้ทราบข้อมูลด้านสุขภาพ ในชุมชนแห่งนี้ใช้ช่องทางการสื่อสารให้ประชาชนทราบ จากการพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อขอคำแนะนำโดยตรง และอีกช่องทางหนึ่งการใช้อาสาสมัครสาธารณสุขในการออกให้คำแนะนำ และการใช้โปสเตอร์เกี่ยวกับข่าวสารด้านสุขภาพที่สำคัญๆ ในชุมชน ดังคำกล่าวที่ว่า

“เมื่อตอนที่ฉันป่วยเวียนศรีษะฉันก็ไปที่สถานีนอนมัยให้หมอวัดความดัน หมอแนะนำว่าไม่ให้กินเค็มไม่ให้กินอาหารมันๆ ทำให้ไขมันในเลือดสูงเวียนหัวได้ ก็เอามาปฏิบัติได้ง่าย” (นาง ข.)

“การให้ข่าวสารด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นเพราะทำให้เขาทราบถึง ภัยที่จะเกิดขึ้นกับพวกเขาได้ เช่นโรคความดันสูงมีผลทำให้เป็นโรคอัมพาตได้ โดยใช้ทั้ง หอกระจายข่าว ติดโปสเตอร์เตือน ผ่าน อสม.หลายๆ ทางเพื่อให้เข้าถึงคนหลายกลุ่ม” (นาง จ.)

2. ด้านสภาพแวดล้อม

2.1 การเปลี่ยนแปลงจากชุมชนชนบทเป็นชุมชนกึ่งเมือง

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลต่อบุคคลที่อยู่สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปทั้งการดำเนินชีวิตที่เคยพึ่งพิงเรื่องของอาหารในชีวิตประจำวัน การได้มาของอาหารที่ต้องซื้อหามากกว่าการประกอบอาหารรับประทานด้วยตนเอง การรับประทานอาหารได้ไม่ต้องเลือกเวลา ส่งผลถึงสุขภาพอนามัยของบุคคลเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชน ความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามสภาพสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดการรู้ไม่เท่าทันภัยสุขภาพที่จะเกิดขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“แต่ว่าคนกลุ่มนี้จะเป็นวัยหนุ่มสาว กลุ่มโรงงาน เขาจะยังไม่มีโรคอะไร จะมีก็แต่อ้วนนี่แหละ พุงออก เราจะเห็นถ้าใส่สตั๊ดเขาเป็นอย่างนี้ต่อไป เขาจะเป็นโรค เบาหวาน ความดัน เพราะมันสะสมไง ไหนจะกาแฟ ไหนจะอะไรที่เขากินเข้าไป” (นาย ฉ.)

2.2 อาชีพที่เปลี่ยนไปตามสภาพแวดล้อม

การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในชุมชนก่อให้เกิดอาชีพที่หลากหลายเพิ่มขึ้น เช่น การประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรมทำให้ความเร่งรีบในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ต้องใช้ความรวดเร็วในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จึงเกิดการรับประทานอาหารดึก รับประทานเร่งรีบ ประกอบกับการไม่ได้

เคลื่อนไหวในขณะที่ปฏิบัติงาน ร่วมกับการใช้เครื่องทุ่นแรงในการประกอบอาชีพ ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง และขาดเวลาในการออกกำลังกาย ส่งผลต่อสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ฉันท้าขายไม่ค่อยได้เคลื่อนที่ได้แค่ขยับแข้งขา หรือเดินเหยียบของขาย แต่ก็หาเวลาไม่ได้ในการออกกำลังกายอื่นๆ (นาย ค.)

“มาออกกำลังกายแต่เป็นส่วนน้อย ส่วนมากกลับมาจากทำงานก็จะกินๆ แล้วก็นอนเข้าไปทำงาน ..เขาจะหาความสุขจากการกิน ซื้อมันซื้อนี่มากิน กินเสร็จก็ทำอะไรไม่ไหวก็นอน” (นาง ช.)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 2: การวิจัยเชิงปริมาณ

การวิจัยระยะที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมืองระหว่างคู่สมรสเพศหญิงกับเพศชาย ในการกำหนดตัวแปรอิสระที่เป็นสาเหตุแห่งพฤติกรรมของการวิจัยครั้งนี้ ส่วนหนึ่งมาจากการวิจัยเชิงคุณภาพ ในระยะที่ 1 และมาจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอเป็น 3 ตอน คือ **ตอนที่ 1:** การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง **ตอนที่ 2:** การวิเคราะห์ตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร และ **ตอนที่ 3:** การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมุติฐานการวิจัย โดยมีรายละเอียดในแต่ละตอนดังนี้

ตอนที่ 1 : การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลตอนที่ 1 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คือ คู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง ในอำเภอบางประกง จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มย่อย 2 คือ 1) กลุ่มเพศชาย และ 2) กลุ่มเพศหญิง รวมทั้งหมด 413 คน ผลการวิเคราะห์แสดงรายละเอียดตามตาราง 3

ตาราง 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	เพศชาย		เพศหญิง		กลุ่มรวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ						
- 15 - 25 ปี	4	1.9	8	4.0	12	2.9
- 26 - 35 ปี	52	24.4	57	28.5	109	26.4
- 36 - 47 ปี	66	31.0	56	28.0	122	29.5
- 48 - 59 ปี	91	42.7	79	39.5	170	41.2
2. ระยะเวลาสมรส หรืออยู่ด้วยกันกับคู่สมรส มาเป็นเวลา						
- 0 - 10 ปี	51	23.9	53	26.5	104	25.2
- 11 - 20 ปี	56	26.3	59	29.5	115	27.8
- 21 - 30 ปี	54	25.4	44	22.0	98	23.7
- 31 - 40 ปี	44	20.7	35	17.5	79	19.1
- มากกว่า 40 ปี	8	3.8	9	4.5	17	4.1
3. ลักษณะการอยู่อาศัยร่วมกันเป็นส่วนใหญ่มากับคู่สมรส						
- อาศัยอยู่ด้วยกันตลอด	172	80.8	158	79.0	330	79.9
- อยู่ด้วยกันบ้าง ไม่อยู่บ้าง	34	16.0	37	18.5	71	17.2
- แยกกันอยู่	5	2.3	2	1.0	7	1.7

ข้อมูลทั่วไป	เพศชาย		เพศหญิง		กลุ่มรวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- อื่นๆ	2	.9	3	1.5	5	1.2
4. จบการศึกษาสูงสุด หรือกำลังศึกษาอยู่ในระดับ						
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	.9	1	.5	3	.7
- ประถมศึกษา	64	30.0	69	34.5	133	32.2
- มัธยมศึกษาตอนต้น	52	24.4	46	23.0	98	23.7
- มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	35	16.4	37	18.5	72	17.4
- อนุปริญญา/ปวส.	33	15.5	13	6.5	46	11.1
- ปริญญาตรีขึ้นไป	27	12.7	34	17.0	61	14.8
5. ลักษณะงานหลัก (อาชีพ) ที่ทำในชีวิตประจำวัน						
- เกษตรกรเช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน	41	19.2	25	12.5	66	16.0
- ค้าขาย/ทำธุรกิจ	40	18.8	31	15.5	71	17.2
- รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	26	12.2	15	7.5	41	9.9
- พนักงานโรงงาน/บริษัท/เอกชน	75	35.2	64	32.0	139	33.7
- ไม่มีอาชีพ/เป็นแม่บ้าน/ทำงานบ้าน	10	4.7	52	26.0	62	15.0
- อื่นๆ	21	9.9	13	6.5	34	8.2
รวม	213	51.6	200	48.4	413	100.0

จากตาราง 3 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภาพรวมของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.6 เพศหญิง ร้อยละ 48.4 มีอายุอยู่ในช่วง 48 - 59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 41.2 รองลงมาอยู่ในช่วง 36 - 47 ปี ร้อยละ 29.5 มีระยะเวลาสมรส หรือสมรสอยู่กันกับคู่สมรส เป็นเวลา 11 - 20 ปี มากที่สุด ร้อยละ 27.8 โดยอาศัยอยู่ด้วยกันตลอด ร้อยละ 79.9 และอยู่ด้วยกันบ้างไม่อยู่บ้าง ร้อยละ 17.5 การศึกษาสูงสุดพบว่า จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 32.2 รองลงมาจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 23.7 และพบว่าไม่มีอาชีพพนักงานโรงงาน/บริษัท/เอกชน มากที่สุด ร้อยละ 33.7 รองลงมาอาชีพค้าขาย/ทำธุรกิจ ร้อยละ 17.2 เมื่อพิจารณาจำแนกรายกลุ่มย่อย พบว่า

- กลุ่มเพศชาย (n=213) ส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 48 - 59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 42.7 รองลงมาอยู่ในช่วง 36 - 47 ปี ร้อยละ 31.0 มีระยะเวลาสมรส หรือสมรสอยู่กันกับคู่สมรส เป็นเวลา 11 - 20 ปี มากที่สุด ร้อยละ 26.3 โดยอาศัยอยู่ด้วยกันตลอด ร้อยละ 80.8 และอยู่ด้วยกันบ้างไม่อยู่บ้าง ร้อยละ 16.0 การศึกษาสูงสุด พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 30.0 รองลงมาจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 24.4 และพบว่าไม่มีอาชีพพนักงานโรงงาน/บริษัท/เอกชน มากที่สุด ร้อยละ 35.2 รองลงมา มีอาชีพเกษตรกร เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน เป็นต้น ร้อยละ 19.2

- กลุ่มเพศหญิง (n=200) ส่วนมีอายุอยู่ในช่วง 48 - 59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 39.5 รองลงมาอยู่ในช่วง 26 - 35 ปี ร้อยละ 28.5 มีระยะเวลาสมรส หรือสมรสอยู่กันกับคู่สมรส เป็นเวลา 11 - 20 ปี มากที่สุด ร้อยละ 29.5 โดยอาศัยอยู่ด้วยกันตลอด ร้อยละ 79.0 และอยู่ด้วยกันบ้างไม่อยู่บ้าง ร้อยละ 18.5 การศึกษาสูงสุด พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 34.5 รองลงมาจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 23.0 และพบว่า มีอาชีพพนักงานโรงงาน/บริษัท/เอกชน มากที่สุด ร้อยละ 32.0 รองลงมาไม่มีอาชีพ/เป็นแม่บ้าน/ทำงานบ้าน ร้อยละ 26.0

ตอนที่ 2: การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปร

การวิจัยครั้งนี้ ได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับการวิเคราะห์แบบจำลองโครงสร้าง ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ 2 ข้อ คือ การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของตัวแปร และการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ดังนี้

2.1 การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงข้อมูลของตัวแปร

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบลักษณะการแจกแจงข้อมูลของตัวแปร ว่าเป็นการแจกแจงแบบปกติหรือไม่ โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าความเบ้ (skewness) ค่าความโด่ง (kurtosis) ผู้วิจัยนำข้อมูลดังกล่าวมาตรวจสอบลักษณะการแจกแจง ว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สมการโครงสร้าง ซึ่งข้อมูลต้องมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติหลายตัวแปร โดยทำการแปลงข้อมูลให้เป็นโค้งปกติมากขึ้น และพบว่า ภายหลังจากแปลงค่าตัวแปรให้เป็นคะแนนมาตรฐาน พบว่า ตัวแปรส่วนใหญ่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ โดยพิจารณาจากค่า P-value > .05 ดังรายละเอียดแสดงตามตาราง 4

ตาราง 4 ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง ของข้อมูลที่ได้จากการวัดตัวแปร

ตัวแปร	เพศชาย			เพศหญิง			กลุ่มรวม		
	ค่าความเบ้	ค่าความโด่ง	p-value	ค่าความเบ้	ค่าความโด่ง	p-value	ค่าความเบ้	ค่าความโด่ง	p-value
1. ความรู้และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	-0.034	0.130	0.991	0.038	0.044	0.998	-0.001	-0.014	1.000
2. การสื่อสารสุขภาพและการจัดการสุขภาพ	0.010	0.069	0.998	-0.023	-0.116	0.993	-0.010	0.013	1.000
3. การรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจสุขภาพ	-0.065	-0.072	0.995	-0.128	-0.066	0.990	-0.143	-0.223	0.963
4. รับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในชุมชน	-0.127	-0.107	0.986	0.073	0.153	0.986	0.007	0.040	0.999
5. ค่านิยมตามภูมิปัญญาท้องถิ่น	-0.296	-0.251	0.927	-0.096	-0.580	0.841	-0.282	-0.685	0.760
6. รับรู้แบบอย่างของคนในครอบครัว	-0.140	-0.520	0.865	-0.285	-0.130	0.952	-0.261	-0.469	0.844
7. ความหวัง	-0.537	-0.086	0.863	-0.472	0.053	0.893	-0.678	-0.140	0.787
8. มองโลกในแง่ดี	-0.328	-0.206	0.928	-0.228	-0.228	0.949	-0.413	-0.406	0.845
9. การรับรู้ความสามารถของตน	-0.156	-0.108	0.982	0.060	-0.005	0.998	-0.097	-0.141	0.985
10. ความหยุ่นตัว	0.022	-0.245	0.970	-0.356	0.099	0.934	-0.221	-0.169	0.962
11. เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ	-0.083	-0.700	0.780	-0.041	-0.278	0.961	-0.074	-0.084	0.697
12. การดูแลสุขภาพตนเอง	-0.015	-0.015	1.000	-0.087	0.012	0.996	-0.089	-0.120	0.989
13. การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพในชุมชน	0.817	-3.544	0.001	0.307	-2.370	0.058	0.773	-4.415	0.000
14. ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว	-0.233	-0.568	0.828	-0.219	-0.637	0.797	-0.316	-0.995	0.580
15. ความยึดมั่นคุณธรรมของบิดามารดา	-0.063	-0.312	0.951	-0.085	-0.478	0.889	0.117	-0.638	0.810
16. สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว	-0.443	-0.750	0.684	-0.547	-0.913	0.567	-0.703	-1.257	0.354

2.2 การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้น โดยใช้การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัวแปร (Bivariate relationship) ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) พบว่า ในกลุ่มรวม (n=413) ความสัมพันธ์ของตัวแปร ที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คู่ที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด คือ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความยืดหยุ่นกับตัวแปรเจตคติที่ดีต่อสุขภาพ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ 0.72 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รองลงมา คือ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมองโลกในแง่ดี กับตัวแปรความยืดหยุ่น และตัวแปรการมองโลกในแง่ดี กับตัวแปรเจตคติที่ดีต่อสุขภาพ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ 0.70 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนคู่ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันน้อยที่สุดคือ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความหวัง กับตัวแปรการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพในชุมชน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ 0.11 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรจำแนกรายกลุ่มย่อย พบว่า

- กลุ่มเพศชาย (n=213) ความสัมพันธ์ของตัวแปร ที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คู่ที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด คือ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการมองโลกในแง่ดีกับตัวแปรเจตคติที่ดีต่อสุขภาพ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ 0.71 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รองลงมา คือ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการการมองโลกในแง่ดีกับตัวแปรความหวัง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ 0.70 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

- กลุ่มเพศหญิง (n=200) ความสัมพันธ์ของตัวแปร ที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คู่ที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด คือ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมองโลกในแง่ดีกับตัวแปรความยืดหยุ่น และตัวแปรเจตคติที่ดีต่อสุขภาพกับความยืดหยุ่น โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ 0.74 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รองลงมา คือ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมองโลกในแง่ดีกับตัวแปรเจตคติที่ดีต่อสุขภาพ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ 0.69 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อพิจารณาถึงความเหมาะสมของข้อมูลที่น่าไปใช้ในการวิเคราะห์สมการโครงสร้าง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ไม่ควรมีค่าสูงกว่า 0.85 ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรง (Multicollinearity) (Kline, 2005: 56) โดยผลจากการวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ของการวิจัยครั้งนี้ พบว่าค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทุกค่า มีค่าไม่สูงกว่า 0.85 ดังนั้น ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จึงมีความเหมาะสมที่จะนำมาวิเคราะห์สมการโครงสร้างต่อไป รายละเอียดแสดงตามตาราง 5 - 7

ตาราง 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย กลุ่มรวม (n=413)

ตัวแปร	kno	com	med	bel	val	mod	hop	wor	eff	file	att	sel	par	hea	mor	rel
kno	1.00															
com	0.43*	1.00														
med	0.29*	0.37*	1.00													
bel	0.21*	0.45*	0.18*	1.00												
val	0.23*	0.34*	0.30*	0.36*	1.00											
mod	0.14*	0.40*	0.31*	0.51*	0.59*	1.00										
hop	0.21*	0.33*	0.22*	0.27*	0.38*	0.42*	1.00									
wor	0.28*	0.37*	0.28*	0.37*	0.38*	0.53*	0.66*	1.00								
eff	0.38*	0.46*	0.22*	0.38*	0.30*	0.36*	0.61*	0.62*	1.00							
file	0.28*	0.32*	0.28*	0.34*	0.41*	0.47*	0.61*	0.70*	0.54*	1.00						
att	0.19*	0.34*	0.24*	0.33*	0.42*	0.51*	0.64*	0.70*	0.54*	0.72*	1.00					
sel	0.26*	0.42*	0.25*	0.35*	0.27*	0.35*	0.27*	0.24*	0.31*	0.22*	0.22*	1.00				
par	0.12*	0.36*	0.01	0.27*	0.08	0.19*	0.11*	0.08	0.17*	0.03	0.07	0.44*	1.00			
hea	0.27*	0.17*	0.14*	0.26*	0.21*	0.35*	0.41*	0.42*	0.40*	0.37*	0.39*	0.25*	0.04	1.00		
mor	0.27*	0.36*	0.18*	0.44*	0.31*	0.40*	0.41*	0.48*	0.46*	0.40*	0.44*	0.27*	0.14*	0.60*	1.00	
rel	0.21*	0.21*	0.23*	0.25*	0.23	0.35*	0.36*	0.40*	0.36*	0.34*	0.35*	0.27*	0.06	0.56*	0.56*	1.00

Mean	10.23	18.92	15.96	10.27	7.31	14.72	7.42	14.80	14.27	11.02	7.47	24.69	2.73	15.40	11.21	19.36
SD	2.05	3.36	2.88	1.73	1.33	2.55	1.14	2.10	2.01	1.67	1.17	4.30	1.20	2.41	1.68	3.42

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

หมายเหตุ:

ความรู้ด้านสุขภาพ	kno : ความรู้และการเข้าถึงข้อมูล	com : การสื่อสารสุขภาพและการจัดการ	med : การรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจสุขภาพ
บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม	bel: รับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ	val : ค่านิยมตามภูมิปัญญาท้องถิ่น	mod : รับรู้แบบอย่างของคนในครอบครัว
จิตวิทยาเชิงบวก	hop : ความหวัง	wor : มองโลกในแง่ดี	eff : การรับรู้ความสามารถของตน
พฤติกรรมสุขภาพ	fle : ความหย่อนตัว	att : เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ	
สุขภาวะครอบครัว	sel : การดูแลสุขภาพตนเอง	par : การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพ	
	hea : ภาวะสุขภาพของสมาชิก	mor : ความยึดมั่นคุณธรรมของบิดามารดา	rel : สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

ตาราง 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย กลุ่มเพศชาย (n=213)

ตัวแปร	kno	com	med	bel	val	mod	hop	wor	eff	fle	att	sel	par	hea	mor	rel
kno	1.00															
com	0.47*	1.00														
med	0.28*	0.40*	1.00													
bel	0.26*	0.45*	0.21*	1.00												
val	0.23*	0.28*	0.19*	0.32*	1.00											
mod	0.21*	0.42*	0.32*	0.51*	0.60*	1.00										
hop	0.21*	0.36*	0.24*	0.27*	0.39*	0.45*	1.00									
wor	0.34*	0.40*	0.27*	0.30*	0.36*	0.52*	0.67*	1.00								
eff	0.45*	0.47*	0.22*	0.36*	0.29*	0.37*	0.61*	0.63*	1.00							
fle	0.30*	0.31*	0.25*	0.29*	0.43*	0.46*	0.62*	0.66*	0.51*	1.00						
att	0.19*	0.33*	0.21*	0.27*	0.46*	0.51*	0.70*	0.71*	0.52*	0.70*	1.00					
sel	0.33*	0.41*	0.30*	0.37*	0.26*	0.35*	0.29*	0.22*	0.29*	0.18*	0.21*	1.00				
par	0.11*	0.35*	0.07	0.31*	0.04	0.11*	0.09	0.03	0.18*	0.01	0.03	0.43*	1.00			
hea	0.29*	0.15*	0.13*	0.22*	0.22*	0.36*	0.41*	0.43*	0.39*	0.35*	0.38*	0.22*	0.04	1.00		
mor	0.28*	0.32*	0.16*	0.40*	0.27*	0.37*	0.41*	0.50*	0.42*	0.37*	0.44*	0.29*	0.13*	0.60*	1.00	
rel	0.26*	0.19*	0.18*	0.26*	0.19	0.34*	0.37*	0.39*	0.33*	0.27*	0.32*	0.25*	0.02	0.57*	0.56*	1.00
Mean	10.10	18.75	15.70	10.21	7.35	14.77	7.56	14.86	14.47	11.06	7.54	23.82	2.68	15.46	11.25	19.38
SD	2.02	3.59	2.95	1.77	1.26	2.45	1.17	2.18	2.11	1.72	1.18	4.36	1.24	2.38	1.71	3.35

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

หมายเหตุ:

องค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่	kno: ความรู้และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	com: การสื่อสารสุขภาพและการจัดการสุขภาพ	med: การรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจสุขภาพ
บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม ได้แก่	bel: รับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในชุมชน	val: ค่านิยมตามภูมิปัญญาท้องถิ่น	mod: รับรู้แบบอย่างของคนในครอบครัว
องค์ประกอบของจิตวิทยาเชิงบวก ได้แก่	hop: ความหวัง	wor: มองโลกในแง่ดี	eff: การรับรู้ความสามารถของตน
องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่	fle: ความหย่อนตัว	att: เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ	
องค์ประกอบของสุขภาวะครอบครัว ได้แก่	sel: การดูแลสุขภาพตนเอง	par: การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพในชุมชน	
	hea: ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว	mor: ความยึดมั่นคุณธรรมของบิดามารดา	rel: สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

ตาราง 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย กลุ่มเพศหญิง (n=200)

ตัวแปร	kno	com	med	bel	val	mod	hop	wor	eff	fle	att	sel	par	hea	mor	rel
kno	1.00															
com	0.38*	1.00														
med	0.29*	0.33*	1.00													
bel	0.16*	0.45*	0.15*	1.00												
val	0.23*	0.41*	0.42*	0.41*	1.00											
mod	0.07	0.39*	0.31*	0.52*	0.58*	1.00										
hop	0.23*	0.32*	0.22*	0.30*	0.38*	0.40*	1.00									
wor	0.22*	0.34*	0.31*	0.47*	0.40*	0.53*	0.65*	1.00								
eff	0.33*	0.45*	0.26*	0.43*	0.32*	0.35*	0.59*	0.61*	1.00							
fle	0.27*	0.35*	0.32*	0.41*	0.39*	0.48*	0.59*	0.74*	0.59*	1.00						
att	0.20*	0.37*	0.29*	0.40*	0.38*	0.52*	0.57*	0.69*	0.55*	0.74*	1.00					
sel	0.16*	0.44*	0.16*	0.33*	0.31*	0.38*	0.34*	0.29*	0.40*	0.28*	0.25*	1.00				
par	0.13*	0.37*	0.07	0.22*	0.13	0.27**	0.15*	0.16*	0.19*	0.07	0.12	0.46*	1.00			
hea	0.26*	0.20*	0.17*	0.29*	0.19*	0.34*	0.40*	0.41*	0.41*	0.38*	0.41*	0.31*	0.14*	1.00		
mor	0.26*	0.41*	0.21*	0.47*	0.35*	0.43*	0.42*	0.47*	0.51*	0.43*	0.43*	0.27*	0.63*	0.60*	1.00	
rel	0.16*	0.24*	0.29*	0.25*	0.27*	0.35*	0.36*	0.41*	0.40*	0.40*	0.38*	0.31*	0.11	0.55*	0.55*	1.00
Mean	10.36	19.11	16.24	10.33	7.28	14.66	7.27	14.74	14.06	10.98	7.41	25.63	2.79	15.35	11.16	19.33
SD	2.07	3.10	2.78	1.69	1.40	2.66	1.08	2.02	1.87	1.63	1.15	4.05	1.15	2.45	1.66	3.49

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

หมายเหตุ:

องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพได้แก่	kno: ความรู้และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	com: การสื่อสารสุขภาพและการจัดการสุขภาพ	med: การรู้เท่าทันเสียและการตัดสินใจสุขภาพ
บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมได้แก่	bel: รับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในชุมชน	val: ค่านิยมค่านิยมปฏิบัติของถิ่น	mod: รับรู้แบบอย่างของชนในครอบครัว
องค์ประกอบของจิตวิทยาเชิงบวกได้แก่	hop: ความหวัง	wor: มอริสโกไม่มั่งดี	eff: การรับรู้ความสามารถของตน
	fle: ความผูกพันตัว	att: เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ	
องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพได้แก่	sel: การดูแลสุขภาพตนเอง	par: การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพในชุมชน	
องค์ประกอบของสุขภาพครอบครัวได้แก่	hea: ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว	mor: ความยึดมั่นคุณธรรมของบิดามารดา	rel: สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

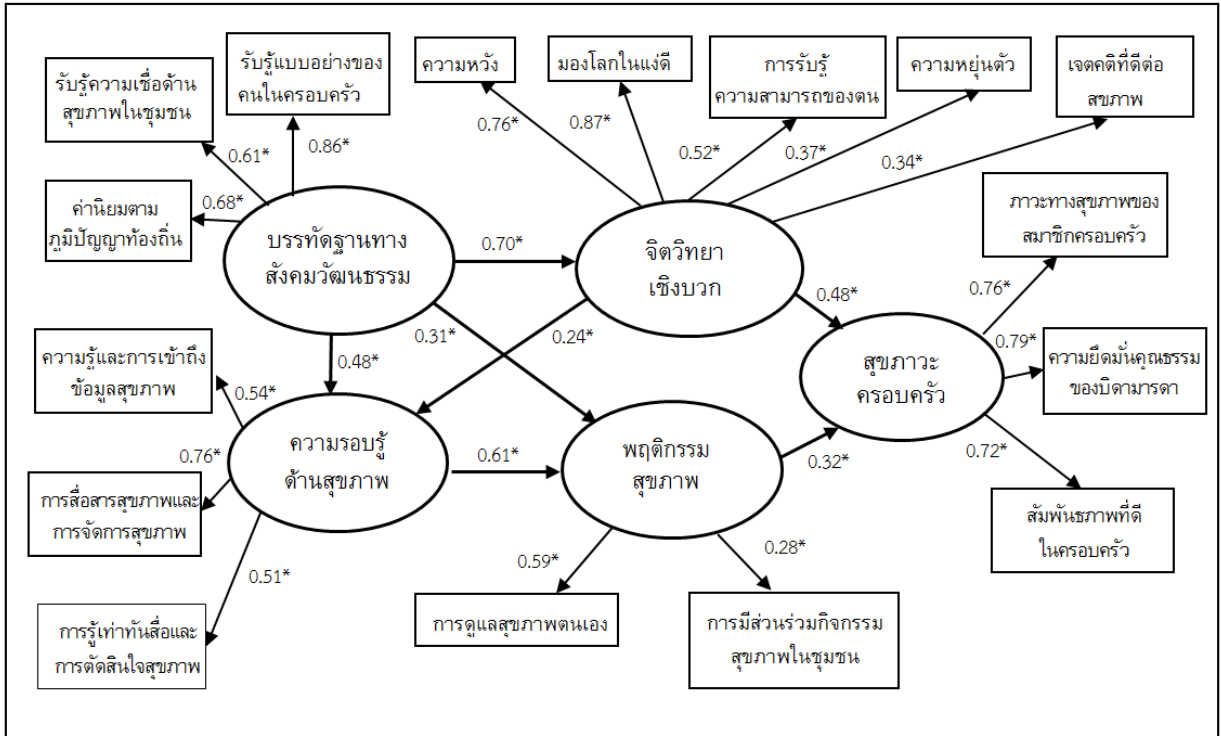
ตอนที่ 3 : การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัย

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง และส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมืองระหว่างคู่สมรสเพศหญิงกับเพศชาย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1: ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุในกลุ่มรวม

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์ตามกรอบแนวคิดที่สร้างขึ้น ผลการประมาณค่าความสัมพันธ์ตามสมมติฐานหลัก หลังการปรับรูปแบบความสัมพันธ์ พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่พัฒนาขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าดัชนีความกลมกลืน ได้แก่ $\chi^2 = 95.23$, $df = 78$, $p\text{-value} = 0.089$, $\chi^2/df = 1.22$, $RMSEA = 0.023$, $SRMR = 0.030$, $GFI = 0.96$, $CFI = 1.00$, $NFI = 0.99$ โดยผลการประมาณค่าความสัมพันธ์ ได้แก่ ค่าอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวม แสดงรายละเอียดตามภาพประกอบ 6 และ ตาราง 7 ดังนี้



หมายเหตุ : * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ภาพประกอบ 6 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง ในกลุ่มรวม

ตาราง 8 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล (β) ของตัวแปรสาเหตุไปยังตัวแปรผลภายในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง ของกลุ่มรวม (n=413)

ตัวแปร	ความรู้ด้านสุขภาพ (R ² = 0.45)			จิตวิทยาเชิงบวก (R ² = 0.49)			พฤติกรรมสุขภาพ (R ² = 0.72)			สุขภาวะครอบครัว (R ² = 0.51)		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม	0.48*	0.17*	0.65*	0.70*	-	0.70*	0.31*	0.40*	0.71*	-	0.57*	0.57*
ความรู้ด้านสุขภาพ	-	-	-	0.24*	-	0.24*	0.61*	-	0.61*	-	0.19*	0.19*
จิตวิทยาเชิงบวก	-	-	-	-	-	-	-	0.15*	0.15*	0.48*	0.05	0.53*
พฤติกรรมสุขภาพ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.32*	-	0.32*

$\chi^2 = 95.23, df = 78, p\text{-value} = 0.089, \chi^2/df = 1.22, RMSEA = 0.023, SRMR = 0.030, GFI = 0.96, CFI = 1.00, NFI = 0.99$

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

DE หมายถึง อิทธิพลทางตรง (Direct effect)

IE หมายถึง อิทธิพลทางอ้อม (Indirect effect)

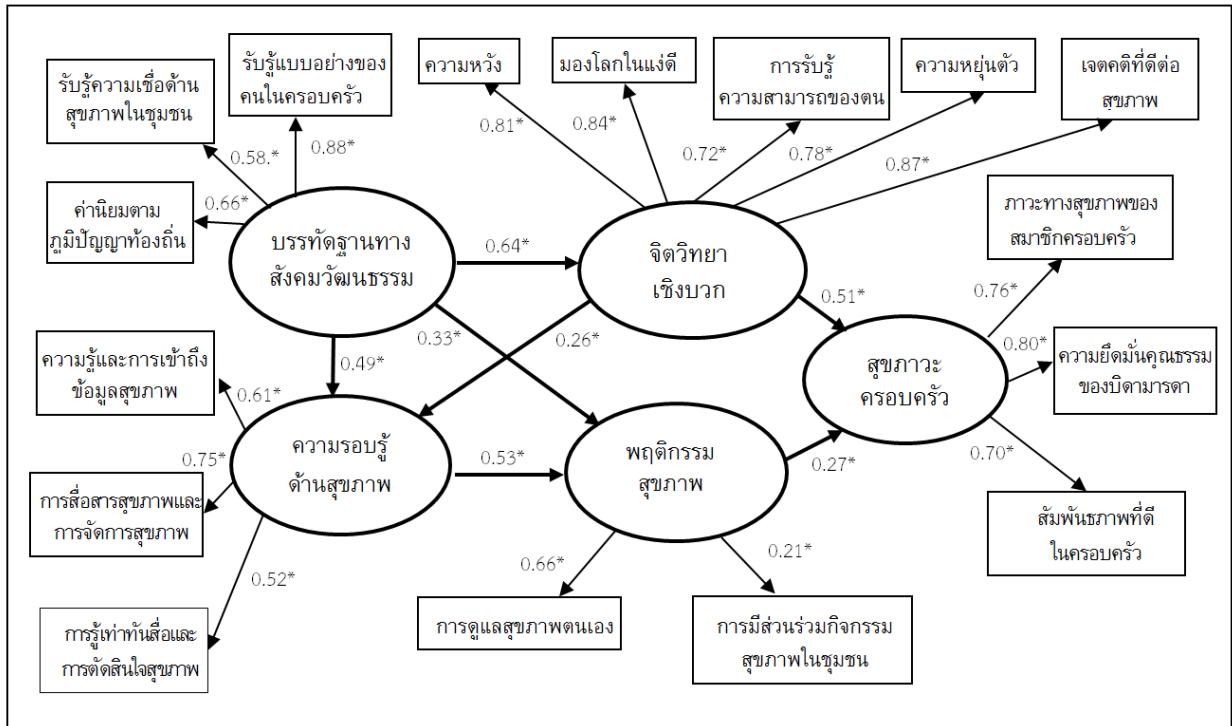
TE หมายถึง อิทธิพลโดยรวม (Total effect)

จากตาราง 8 และภาพประกอบ 6 อิทธิพลของตัวแปรบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จิตวิทยาเชิงบวกและพฤติกรรมสุขภาพ ที่ส่งผลต่อสุขภาวะครอบครัว พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะครอบครัว มากที่สุดคือ จิตวิทยาเชิงบวก (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.48, มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05) รองลงมา คือ พฤติกรรมสุขภาพ (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.32, มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05) เมื่อพิจารณาอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรที่มีต่อสุขภาวะครอบครัว พบว่า ตัวแปรบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม มีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความรู้ด้านสุขภาพ จิตวิทยาเชิงบวกและพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.57 และตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.19 ส่วนตัวแปรจิตวิทยาเชิงบวก มีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อิทธิพลของตัวแปรบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และจิตวิทยาเชิงบวกที่ส่งผลต่อการพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ มากที่สุดคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.61, มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05) รองลงมา คือ บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.31, มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05) เมื่อพิจารณาอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรที่มีต่อการพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ตัวแปรบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม มีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.40 ส่วนตัวแปรจิตวิทยาเชิงบวกมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.15

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มสมรสในชุมชนกึ่งเมืองกลุ่มย่อย (กลุ่มเพศชาย และเพศหญิง)

2.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเพศชาย (n=213) ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์ตามกรอบแนวคิดที่พัฒนาขึ้น ผลการประมาณค่าความสัมพันธ์หลังการปรับรูปแบบความสัมพันธ์ ค่าดัชนีความกลมกลืน พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่พัฒนาขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าดัชนีความกลมกลืน ได้แก่ $\chi^2 = 83.30$, $df = 82$, $p\text{-value} = 0.439$, $\chi^2/df = 1.02$, $RMSEA = 0.009$, $SRMR = 0.038$, $GFI = 0.95$, $CFI = 1.00$, $NFI = 0.98$ โดยผลการประมาณค่าความสัมพันธ์ ได้แก่ ค่าอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวม แสดงรายละเอียดตามภาพประกอบ 7 และ ตาราง 9 ดังนี้



หมายเหตุ : * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ภาพประกอบ 7 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเพศชาย

ตาราง 9 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล (β) ของตัวแปรสาเหตุไปยังตัวแปรผลภายในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง ของเพศชาย (n=213)

ตัวแปร	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (R ² = 0.47)			จิตวิทยาเชิงบวก (R ² = 0.41)			พฤติกรรมสุขภาพ (R ² = 0.61)			สุขภาวะครอบครัว (R ² = 0.48)		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม	0.49*	0.17*	0.66*	0.64*	-	0.64*	0.33*	0.35*	0.68*	-	0.51*	0.51*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	-	-	-	0.26*	-	0.26*	0.53*	-	0.53*	-	0.14	0.14
จิตวิทยาเชิงบวก	-	-	-	-	-	-	-	0.14*	0.14*	0.51*	0.04	0.55*
พฤติกรรมสุขภาพ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.27*	-	0.27*

$\chi^2 = 83.30$, $df = 82$, $p\text{-value} = 0.439$, $\chi^2/df = 1.02$, $RMSEA = 0.009$, $SRMR = 0.038$, $GFI = 0.95$, $CFI = 1.00$, $NFI = 0.98$

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

DE หมายถึง อิทธิพลทางตรง (Direct effect)

IE หมายถึง อิทธิพลทางอ้อม (Indirect effect)

TE หมายถึง อิทธิพลโดยรวม (Total effect)

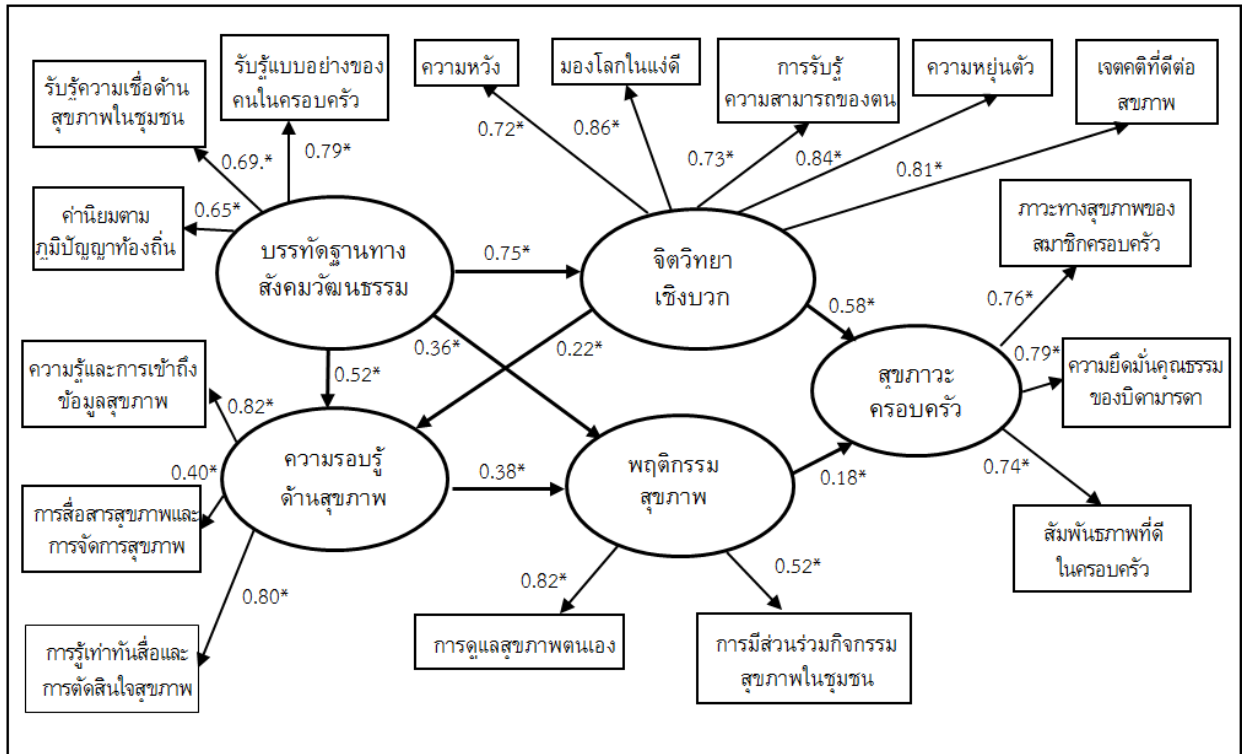
จากตาราง 9 และภาพประกอบ 7 อิทธิพลของตัวแปรบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จิตวิทยาเชิงบวกและพฤติกรรมสุขภาพ ที่ส่งผลต่อสุขภาวะครอบครัวของกลุ่มเพศชาย พบว่า

อิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพของครอบครัวในชุมชนกึ่งเมือง : การวิจัยเสวนาวีธี

ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะครอบครัว มากที่สุดคือ จิตวิทยาเชิงบวก (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.51, มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05) รองลงมา คือ พฤติกรรมสุขภาพ (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.27, มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05) เมื่อพิจารณาอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรที่มีต่อสุขภาวะครอบครัว พบว่า ตัวแปรบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม มีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความรู้ด้านสุขภาพ จิตวิทยาเชิงบวกและพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.51 ส่วนตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และแปรจิตวิทยาเชิงบวก มีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความรู้ด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมสุขภาพ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน

อิทธิพลของตัวแปรบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และจิตวิทยาเชิงบวกที่ส่งผลต่อการพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเพศชาย พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ มากที่สุดคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.53, มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05) รองลงมา คือ บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.33, มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05) เมื่อพิจารณาอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรที่มีต่อการพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ตัวแปรบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม มีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.35 และตัวแปรจิตวิทยาเชิงบวกมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.14

2.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มเพศหญิง (n=200) ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์ตามกรอบแนวคิดที่สร้างขึ้น ผลการประมาณค่าความสัมพันธ์ หลังการปรับรูปแบบความสัมพันธ์ ค่าดัชนีความกลมกลืน พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่พัฒนาขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าดัชนีความกลมกลืน ได้แก่ $\chi^2 = 403.51$, $df = 153$, $p\text{-value} = 0.00$, $\chi^2/df = 2.64$, $RMSEA = 0.065$, $SRMR = 0.073$, $GFI = 0.91$, $CFI = 0.98$, $NFI = 0.97$ ถึงแม้ว่าค่า ไค-สแควร์ จะมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด อาจเนื่องมาจาก 1) ความซับซ้อนของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีเส้นอิทธิพลหรือค่าพารามิเตอร์จำนวนมาก 2) ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ และ 3) ไค-สแควร์ เป็นค่าที่มีความไวต่อการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการแจกแจงแบบปกติหลายตัวแปร (Multivariate Normality) (Kline, 2005) แต่พบว่า มีค่าสัดส่วนระหว่างไคสแควร์กับองศาอิสระ ต่ำกว่า 5.00 จึงพิจารณาดัชนีความกลมกลืนของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุจากค่าอื่น พบว่า อยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ทุกค่า โดยผลการประมาณค่าความสัมพันธ์ ได้แก่ ค่าอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวม แสดงรายละเอียดตามภาพประกอบ 8 และ ตาราง 10 ดังนี้



หมายเหตุ : * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ภาพประกอบ 8 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเพศหญิง

ตาราง 10 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล (β) ของตัวแปรสาเหตุไปยังตัวแปรผลภายในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มเพศหญิง (n=200)

ตัวแปร	ความรู้ด้านสุขภาพ (R ² = 0.48)			จิตวิทยาเชิงบวก (R ² = 0.56)			พฤติกรรมสุขภาพ (R ² = 0.46)			สุขภาวะครอบครัว (R ² = 0.48)		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม	0.52*	0.16*	0.68*	0.75*	-	0.75*	0.36*	0.26*	0.62*	-	0.55*	0.55*
ความรู้ด้านสุขภาพ	-	-	-	0.22*	-	0.22*	0.38*	-	0.38*	-	0.07*	0.07*
จิตวิทยาเชิงบวก	-	-	-	-	-	-	-	0.08	0.08	0.58*	0.02	0.60*
พฤติกรรมสุขภาพ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.18*	-	0.18*

$\chi^2 = 251.37, df = 85, p\text{-value} = 0.000, \chi^2/df = 2.95, RMSEA = 0.069, SRMR = 0.046, GFI = 0.93, CFI = 0.97, NFI = 0.96$

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

DE หมายถึง อิทธิพลทางตรง (Direct effect)

IE หมายถึง อิทธิพลทางอ้อม (Indirect effect)

TE หมายถึง อิทธิพลโดยรวม (Total effect)

จากตาราง 10 และภาพประกอบ 8 อิทธิพลของตัวแปรบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จิตวิทยาเชิงบวกและพฤติกรรมสุขภาพ ที่ส่งผลต่อสุขภาวะครอบครัวของกลุ่มเพศหญิง พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะครอบครัว มากที่สุดคือ จิตวิทยาเชิงบวก (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.58, มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05) รองลงมา คือ พฤติกรรมสุขภาพ (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.18, มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05) เมื่อพิจารณาอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรที่มีต่อสุขภาวะครอบครัว พบว่า ตัวแปรบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม มีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความรู้ด้านสุขภาพ จิตวิทยาเชิงบวกและพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.55 และตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.07 ส่วนตัวแปรจิตวิทยาเชิงบวก มีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน

อิทธิพลของตัวแปรบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และจิตวิทยาเชิงบวกที่ส่งผลต่อการพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเพศชาย พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ มากที่สุดคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.38, มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05) รองลงมา คือ บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.36, มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05) เมื่อพิจารณาอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรที่มีต่อการพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ตัวแปรบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม มีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.36 ส่วนตัวแปรจิตวิทยาเชิงบวกมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความรู้ด้านสุขภาพ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 2: การเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมืองระหว่างคู่สมรสเพศหญิงกับเพศชาย

2.1 ผลการทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมืองระหว่างคู่สมรสเพศหญิงกับเพศชาย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเปรียบเทียบโมเดลอิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง ระหว่างเพศชายและเพศหญิง โดยทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบตามสมมติฐาน ได้แก่ 1) การทดสอบรูปแบบลักษณะโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในโมเดล ทั้งรูปแบบเมทริกซ์ (Matrix form) และสถานะเมทริกซ์ (Matrix model) เป็นแบบเดียวกันทุกกลุ่ม 2) การทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของพารามิเตอร์ในโมเดล เป็นการทดสอบภายหลังการทดสอบในข้อที่ 1 พบว่ารูปแบบโมเดลไม่แปรเปลี่ยนระหว่างกลุ่มประชากร ทั้งนี้ เพื่อทดสอบว่าค่าพารามิเตอร์ในแต่ละเมทริกซ์มีค่าเท่ากันทุกกลุ่มประชากร โดยทำการทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของเมทริกซ์พารามิเตอร์ที่มีความเข้มงวดน้อยที่สุดไปจนถึง การทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของเมทริกซ์พารามิเตอร์ที่มีความเข้มงวดมากที่สุด โดยในการวิจัยครั้งนี้ทำการทดสอบใน 4 สมมติฐานย่อย ได้แก่ 2.1) การทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับน้ำหนักองค์ประกอบ 2.2) การทดสอบตามสมมติฐานข้อที่ 2.1 กับการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับเทอมความคาดเคลื่อนในโมเดลการวัด 2.3) การทดสอบตามสมมติฐานข้อที่ 2.2 ทั้งหมดรวมกับการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับพารามิเตอร์อิทธิพลจากตัวแปรเหตุไปหาตัวแปรผล และ 2.4) การทดสอบตามสมมติฐานข้อที่ 2.3 ทั้งหมดรวมกับการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับพารามิเตอร์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) รายละเอียดแสดงตามตาราง 11

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลอิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง ระหว่างเพศชายและเพศหญิง

รูปแบบความสัมพันธ์ตามสมมติฐาน	ดัชนีความกลมกลืน (Fit Index)						เงื่อนไขความไม่แปรเปลี่ยน		
	χ^2	df	p-value	RMSEA	χ^2/df	GFI	$\Delta\chi^2$	Δdf	p-value
ขั้นที่ 1: รูปแบบความสัมพันธ์เหมือนกัน และไม่มีการกำหนดเงื่อนไขบังคับให้ค่าสัมประสิทธิ์เท่ากัน (H_0 : Form)	381.00	192	0.000	0.069	1.984	0.90	-	-	-
ขั้นที่ 2: ขั้นที่ 1 และเพิ่มเงื่อนไขให้ค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบของตัวแปรแฝงภายนอกและตัวแปรแฝงภายในทุกตัว ในโมเดลเท่ากัน (H_0 : Λ_x, Λ_y)	384.46	203	0.000	0.066	1.894	0.90	3.460	11.000	0.983
ขั้นที่ 3: ขั้นที่ 2 และเพิ่มเงื่อนไขให้ค่าความคาดเคลื่อนในโมเดลการวัดตัวแปรแฝงภายนอกและตัวแปรแฝงภายใน ทุกตัวในโมเดลเท่ากัน (H_0 : $\Lambda_x, \Lambda_y, \theta_x, \theta_y$)	403.56	220	0.000	0.064	1.834	0.90	19.100	17.000	0.322
ขั้นที่ 4: ขั้นที่ 3 และเพิ่มเงื่อนไขให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอกที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรแฝงภายใน และตัวแปรแฝงภายในที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรแฝงภายใน ทุกตัวในโมเดลเท่ากัน (H_0 : $\Lambda_x, \Lambda_y, \theta_x, \theta_y, \Gamma, \beta$)	408.65	227	0.000	0.062	1.800	0.90	5.090	7.000	0.648
ขั้นที่ 5: ขั้นที่ 4 และเพิ่มเงื่อนไขให้ค่าความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของตัวแปรแฝงภายนอกและความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของความคาดเคลื่อนของตัวแปรแฝงภายใน ในโมเดลเท่ากัน (H_0 : $\Lambda_x, \Lambda_y, \theta_x, \theta_y, \Gamma, \beta, \Phi, \Psi$)	415.44	232	0.000	0.062	1.791	0.90	6.790	5.000	0.236

จากตาราง 11 แสดงผลการวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลอิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง ระหว่างเพศชายและเพศหญิง พบว่า การวิเคราะห์ในขั้นที่ 1 ดัชนีแสดงความกลมกลืนของรูปแบบที่สร้างขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีค่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ($\chi^2=381.00$, $df=192$, $p\text{-value}=0.00$, $\chi^2/df=1.984$, $RMSEA=0.055$, $SRMR=0.075$, $GFI=0.90$, $CFI=0.97$, $NFI=0.94$) แสดงว่า โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในรูปแบบความสัมพันธ์ทั้งสองกลุ่มเหมือนกัน แต่อาจแตกต่างกันที่ขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร จึงได้ดำเนินการวิเคราะห์ในขั้นต่อไป ซึ่งเป็นการวิเคราะห์เพื่อทดสอบความ

ไม่แปรเปลี่ยนของค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (ค่าพารามิเตอร์ในแต่ละเมทริกซ์มีค่าเท่ากันทุกกลุ่มประชากร) รายละเอียดตามขั้นตอนที่ 2-5

ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบว่าค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบของตัวแปรแฝงภายนอกและตัวแปรแฝงภายในทุกตัว ในโมเดลเท่ากัน โดยกำหนดเงื่อนไขตามขั้นที่ 1 และเพิ่มเงื่อนไขให้ค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบของตัวแปรแฝงภายนอกและตัวแปรแฝงภายในทุกตัว ในโมเดลเท่ากัน ($H_0: \Lambda_X, \Lambda_Y$) ผลการทดสอบจะพิจารณาจากผลต่างของค่าไคสแควร์ ($\Delta\chi^2$) ระหว่างขั้นที่ 2 และขั้นที่ 1 ที่ระดับองศาอิสระ ที่มาจากผลต่างขององศาอิสระ (Δdf) ระหว่างขั้นที่ 2 และขั้นที่ 1 ถ้าผลการทดสอบพบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า ค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบของตัวแปรแฝงภายนอกและตัวแปรแฝงภายในทุกตัวในโมเดลแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ซึ่งผลการทดสอบพบว่า ผลต่างของค่าไคสแควร์ระหว่างรูปแบบความสัมพันธ์ขั้นที่ 2 และขั้นที่ 1 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\Delta\chi^2=3.46$, $\Delta df=11$, $p\text{-value}=0.983$) แสดงว่า ค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบของตัวแปรแฝงภายนอกและตัวแปรแฝงภายในทุกตัวในโมเดล ระหว่างเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน

ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบว่าค่าความคาดเคลื่อนในโมเดลการวัดตัวแปรแฝงภายนอกและตัวแปรแฝงภายใน ทุกตัวในรูปแบบเท่ากัน โดยกำหนดเงื่อนไขตามขั้นที่ 2 และเพิ่มเงื่อนไขกำหนดให้ค่าความคาดเคลื่อนในโมเดลการวัดตัวแปรแฝงภายนอกและตัวแปรแฝงภายใน ทุกตัวในโมเดลเท่ากัน ($H_0: \Lambda_X, \Lambda_Y, \Theta_X, \Theta_Y$) ผลการทดสอบจะพิจารณาจากผลต่างของค่าไคสแควร์ ($\Delta\chi^2$) ระหว่างขั้นที่ 3 และขั้นที่ 2 ที่ระดับองศาอิสระ ที่มาจากผลต่างขององศาอิสระ (Δdf) ระหว่างขั้นที่ 3 และขั้นที่ 2 ถ้าผลการทดสอบพบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า ค่าความคาดเคลื่อนในโมเดลการวัดตัวแปรแฝงภายนอกและตัวแปรแฝงภายใน ทุกตัวในโมเดลแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ซึ่งผลการทดสอบพบว่า ผลต่างของค่าไคสแควร์ระหว่างรูปแบบความสัมพันธ์ขั้นที่ 3 และขั้นที่ 2 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\Delta\chi^2=19.10$, $\Delta df=17$, $p\text{-value}=0.322$) แสดงว่า ค่าความคาดเคลื่อนในโมเดลการวัดตัวแปรแฝงภายนอกและตัวแปรแฝงภายในทุกตัวในโมเดลระหว่างเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน

ขั้นที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอกที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรแฝงภายใน และตัวแปรแฝงภายในที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรแฝงภายใน ทุกตัวในโมเดลเท่ากัน โดยกำหนดเงื่อนไขตามขั้นที่ 3 และเพิ่มเงื่อนไขกำหนดให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอกที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรแฝงภายใน และตัวแปรแฝงภายในที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรแฝงภายใน ทุกตัวในโมเดลเท่ากัน ($H_0: \Lambda_X, \Lambda_Y, \Theta_X, \Theta_Y, \Gamma, \beta$) ผลการทดสอบจะพิจารณาจากผลต่างของค่าไคสแควร์ ($\Delta\chi^2$) ระหว่างขั้นที่ 4 และ ขั้นที่ 3 ที่ระดับองศาอิสระ ที่มาจากผลต่างขององศาอิสระ (Δdf) ระหว่างขั้นที่ 4 และขั้นที่ 3 ถ้าผลการทดสอบพบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอกที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรแฝงภายใน และตัวแปรแฝงภายในที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรแฝงภายใน ทุกตัวในโมเดลแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ซึ่งผลการทดสอบพบว่า ผลต่างของค่าไคสแควร์ระหว่างรูปแบบความสัมพันธ์ขั้นที่ 4 กับขั้นที่ 3 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\Delta\chi^2=5.09$, $\Delta df=7$, $p\text{-value}=0.648$) แสดงว่า ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอกที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรแฝงภายใน และตัวแปรแฝงภายในที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรแฝงภายใน ทุกตัวในโมเดลระหว่างเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน

ขั้นที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบว่าค่าความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของตัวแปรแฝงภายนอกและความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของความคาดเคลื่อนของตัวแปรแฝงภายใน ในโมเดลเท่ากัน โดยกำหนดเงื่อนไขตามขั้นที่ 4 และเพิ่มเงื่อนไขกำหนดให้ค่าความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของตัวแปรแฝงภายนอกและความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของความคาดเคลื่อนของตัวแปรแฝงภายใน

ในโมเดลเท่ากัน ($H_0: \Lambda_X, \Lambda_Y, \Theta_X, \Theta_Y, \Gamma, \beta, \Phi, \Psi$) ผลการทดสอบจะพิจารณาจากผลต่างของค่าไคสแควร์ ($\Delta\chi^2$) ระหว่างขั้นที่ 5 และ ขั้นที่ 4 ที่ระดับองศาอิสระ ที่มาจากผลต่างขององศาอิสระ (Δdf) ระหว่างขั้นที่ 5 และขั้นที่ 4 ถ้าผลการทดสอบพบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า ค่าความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของตัวแปรแฝงภายนอกและความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของความคาดเคลื่อนของตัวแปรแฝงภายใน ในโมเดลแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ซึ่งผลการทดสอบพบว่า ผลต่างของค่าไคสแควร์ระหว่างรูปแบบความสัมพันธ์ขั้นที่ 5 กับขั้นที่ 4 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\Delta\chi^2=6.79, \Delta df=5, p\text{-value}=0.236$) แสดงว่า ค่าความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของตัวแปรแฝงภายนอกและความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของความคาดเคลื่อนของตัวแปรแฝงภายใน ในโมเดลระหว่างเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน

จากผลการทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลอิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรส ในชุมชนกึ่งเมือง ระหว่างเพศชายและเพศหญิง ตามตาราง 12 สรุปได้ ไม่มีความแปรเปลี่ยนทั้งรูปแบบลักษณะโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในโมเดล และค่าพารามิเตอร์ในแต่ละเมทริกซ์ ระหว่างเพศชายและเพศหญิง หรือโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ทุกกลุ่มประชากร และโมเดลเป็นแบบเดียวกัน

2.2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง ระหว่างเพศชายและเพศหญิง

ตาราง 12 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง ระหว่างเพศชายและเพศหญิง

ตัวแปรแฝง	ผลต่างค่าเฉลี่ย (หญิง-ชาย)	ค่าความคาดเคลื่อน	t-value	p-value
บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม	-0.032	0.114	-0.775	0.775
ความรู้ด้านสุขภาพ	0.170	0.110	1.545	0.122
จิตวิทยาเชิงบวก	-0.142	0.101	-1.409	0.159
พฤติกรรมสุขภาพ	0.446	0.112	3.995	0.000*
สุขภาวะครอบครัว	-0.053	0.110	-0.627	0.627

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 12 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง ระหว่างเพศชายและเพศหญิง โดยในการวิเคราะห์ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มเพศหญิงเป็นฐาน และให้กลุ่มเพศชายเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนั้น ถ้าผลต่างมีค่าเป็นบวก แสดงว่า กลุ่มเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงสูงกว่าเพศชาย แต่ถ้าผลต่างมีค่าเป็นลบ แสดงว่ากลุ่มเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงน้อยกว่าเพศชาย ผลการทดสอบ พบว่า ตัวแปรแฝงที่พบค่าเฉลี่ยแตกต่างกันระหว่างเพศ (* $p < 0.05$) คือ ตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพ โดยเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าเพศชาย ส่วนตัวแปรแฝงอื่นนั้นพบว่า ค่าเฉลี่ยแตกต่างกันระหว่างเพศ อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยเรื่อง อิทธิพลทางจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ทำความเข้าใจบริบททางจิตวิทยาสุขภาพครอบครัวและชุมชนที่เป็นสาเหตุเงื่อนไขของพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว จากข้อมูลสาธารณสุขตำบลและการลงพื้นที่ศึกษาสภาพจริงของชุมชนกึ่งเมือง 2) ค้นหาขนาดและทิศทางอิทธิพลด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวที่ดีโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง และ 3) เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง ระหว่างคู่สมรสเพศหญิงกับเพศชาย โดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมวิธี แบบสำรวจตามลำดับ แบ่งขั้นตอนการดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นการดำเนินการเพื่อตอบโจทย์วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อทำความเข้าใจบริบททางจิตวิทยาสุขภาพครอบครัวและชุมชนที่เป็นสาเหตุเงื่อนไขของพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว จากข้อมูลสาธารณสุขตำบลและการลงพื้นที่ศึกษาสภาพจริงของชุมชนกึ่งเมือง ตำบลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นกรณีศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลักได้แก่ คู่สมรสที่มีสุขภาพดีรักสุขภาพและอาศัยอยู่ร่วมกันอย่างน้อย 10 ปี จำนวน 2 คู่ รวม 4 คน และผู้ให้ข้อมูลรองได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ผู้นำชุมชน และ อสม.รวม 6 คน รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 10 คน

ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ เป็นการดำเนินการเพื่อตอบโจทย์วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อค้นหาขนาดและทิศทางอิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวที่ดีโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง และเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมืองระหว่างคู่สมรสเพศหญิง 200 คน กับเพศชาย 213 คนรวมจำนวน 413 คน จากประชากรใน 7 ตำบลได้แก่ ตำบลบางผึ้ง ตำบลเขาหิน ตำบลบางปะกง ตำบลท่าข้าม ตำบลท่าสะพาน ตำบลหนองจอกและตำบลพิมพา ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม มาตรฐานค่า 4 ระดับ จำนวน 6 ชุดรวม 69 ข้อ และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามตามวัตถุประสงค์การวิจัย ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป คุณภาพของแบบวัดประกอบด้วย 1) สุขภาวะครอบครัว 12 ข้อ มีค่า r อยู่ระหว่าง .227- .861 และค่า α เท่ากับ 0.722, 2) พฤติกรรมสุขภาพ 8 ข้อ ค่า r อยู่ระหว่าง .303- .640 และค่า α เท่ากับ 0.726, 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 19 ข้อ ด้านความรู้ใช้ค่าความเชื่อมั่น K20 ระหว่าง 0.650-0.788, ค่า r อยู่ระหว่าง .220- .940, 4) จิตวิทยาเชิงบวก 15 ข้อ ค่า r อยู่ระหว่าง .210- .870 และค่า α เท่ากับ 0.924, และ 5) บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม 9 ข้อ ค่า r อยู่ระหว่าง .445 - .810 และค่า α เท่ากับ 0.878

สรุปผลการศึกษาระยะที่ 1: การวิจัยเชิงคุณภาพ

เป็นการสรุปผลตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ที่ว่าเพื่อทำความเข้าใจบริบททางจิตวิทยาสุขภาพ ครอบครัวและชุมชนที่เป็นสาเหตุเงื่อนไขของพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ใช้ข้อมูลหลักตามจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นหลัก คณะวิจัยได้ผลสรุปเป็น 3 ตอนได้แก่ **ตอนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา **ตอนที่ 2** จิตและพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวและชุมชน และ **ตอนที่ 3** เงื่อนไขของพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา

ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิเคราะห์จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกรณีศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่า รวมถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ในรายงานการนำเสนอข้อมูล ผู้วิจัยจึงไม่เปิดเผยชื่อจริง รวมทั้งสถานที่ปฏิบัติงานจริงของกรณีศึกษา ผู้วิจัยใช้นามสมมติแทนชื่อจริงของกรณีศึกษา แต่ละครคน ทั้งนี้จากการวิเคราะห์ พบว่าเป็นเพศ ชาย 4 คน เพศหญิง 6 คน อายุอยู่ระหว่าง 42- 65 ปี เป็นคู่สมรส จำนวน 2 คู่ อสม.จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชนจำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 2 คน นั้บถือศาสนาพุทธทั้งหมด ระดับการศึกษาสูงสุดคือปริญญาโทจำนวน 1 คน ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 4 คน มัธยมศึกษาตอนต้น 2 คน และ อนุปริญญา กับปริญญาตรีอย่างละ 1 คน ส่วนอาชีพส่วนใหญ่ค้าขายและรับจ้างเท่ากัน 3 คน รองลงมาอาชีพ รับราชการทำสวนและเลี้ยงปลา ตามลำดับ

ตอนที่ 2 จิตและพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวและชุมชน

คู่สมรสในชุมชนที่มีสุขภาพดีรักสุขภาพ ให้ข้อมูลถึงการมีสุขภาพดีได้ เนื่องจาก

- ให้ความสำคัญ ใส่ใจกับสุขภาพตนเอง ไม่ต้องการเป็นภาระโรคให้กับลูกหลาน จึงต้องหมั่นดูแลสุขภาพตนเองและใช้ชีวิตอยู่กับธรรมชาติ
- กลัวเป็นโรคเบาหวาน จึงอ่านหนังสือ และเชื่อฟังหมอนามัย ที่แนะนำให้ระมัดระวังคอยดูแลสุขภาพตนเอง
- ลดความเครียดจากการไหว้พระ
- เป็นคนท้องถื่นเกิดในชุมชนจึงได้รับการเลี้ยงดูจากพ่อแม่โดยกินอาหารในท้องถื่น
- ประกอบอาหารรับประทานเอง
- อาหารส่วนใหญ่ หาได้จากแหล่งในชุมชนเช่น ปลา และเก็บผักที่มีอยู่ตามธรรมชาติ เช่น ผักบุ้ง ตำลึง ดอกแค เป็นต้น ส่วนหมู ไก่กินเป็นบางครั้งเพราะต้องไปซื้อที่ตลาดที่ห่างจากบ้าน
- การออกกำลังกายในการทำงานรับจ้างในชีวิตประจำวันนั้นเป็นการออกกำลังกายไปด้วย
- การดูแลสุขภาพสุขภาพส่วนใหญ่ ฟังการรักษาจากสถานอนามัยใกล้บ้านและพูดคุยกับเพื่อน บ้าน ในการดูแลสุขภาพตนเอง
- รับประทานอาหารที่พ่อแม่ทำให้ซึ่งเป็นอาหารที่มีในท้องถื่น เช่น ปลา ผัก ไข่ เป็นต้น
- การเคลื่อนไหวร่างกาย ได้ออกกำลังกายจากการช่วยพ่อแม่ทำนาร่วมกับพี่น้อง

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รายงานถึงสภาพปัญหาของประชาชนในชุมชน

- มีการเปลี่ยนจากอาชีพทำนา เปลี่ยนเป็นเลี้ยงปลาและเป็นลูกจ้างในโรงงาน
- ภาวะสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนจากที่เคยเป็นโรคติดต่อกลายเป็นโรคที่ไม่มีเชื้อโรค
- ประชาชนเปลี่ยนจากที่หากินตามธรรมชาติเป็นการซื้อกิน
- เปลี่ยนจากคนที่มีรูปร่างผอมเป็นรูปร่างอ้วนจนอัตราการเป็นเบาหวาน ความดัน เพิ่มขึ้นทุกปี

ผู้นำชุมชน ให้ข้อมูลถึงสภาพความเป็นอยู่ของชุมชน

- มีร้านค้าขายอาหาร สะดวกขึ้นสามารถหาซื้อกินได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- มีการจัดกิจกรรมในชุมชนในด้านสุขภาพคือ โครงการตรวจสุขภาพประจำปี
- มีการใช้ป้ายโฆษณาณรงค์เรื่องการลดการกินอาหารรสจัด อันตรายของโรคหลอดเลือดสมอง
- มีการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย เช่น การเต้นแอโรบิก การเต้นฮูลาฮูป เป็นต้น
- มีการจัดงานประจำปีทางศาสนา เช่น งานบวช ทำสมาธิ ทำบุญตักบาตรตามประเพณี เป็นต้น

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ได้มีส่วนร่วมดูแลสุขภาพชุมชน

- ณรงค์ให้เด็กกินอาหารให้ครบถ้วนป้องกันการขาดสารอาหาร ให้กินให้พอดี
- มีการบอกข่าวแจ้งข่าวทางด้านสุขภาพ ด้วยการบอกเล่าต่อกัน อ่านจากเอกสาร ใช้หอกระจายข่าว
- มีการติดป้ายณรงค์ตามศาลาในชุมชนเพื่อแจ้งเตือนข่าวสารทางสุขภาพ
- ใช้การสื่อสารทางวิทยุท้องถิ่น
- กลุ่มแกนนำสุขภาพปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพให้เป็นตัวอย่างแก่คนในชุมชน

ตอนที่ 3 เจาะใจของพฤติกรรมสุขภาพ

ทั้งนี้จากการวิเคราะห์ข้อมูลของกรณีศึกษา พบว่า เจาะใจหรือสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนแห่งนี้ ประกอบด้วย 2 สาเหตุหลัก คือ 1) สาเหตุด้านบุคคล 2) สาเหตุด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การถ่ายทอดจากสถาบันครอบครัว มีความรู้ในการดูแลด้านสุขภาพ มีช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงจากชุมชนชนบทเป็นชุมชนกึ่งเมือง มีอาชีพที่เปลี่ยนไปตามสภาพแวดล้อม เป็นต้น

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 2: การวิจัยเชิงปริมาณ

ตอนที่ 1 : การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คือ คู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง ในอำเภอบางประกง จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มย่อย 2 คือ กลุ่มเพศชาย และกลุ่มเพศหญิง รวมทั้งหมด 413 คน พบว่า ภาพรวมของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่ 1) เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 51.6 เพศหญิง ร้อยละ 48.4, 2) มีอายุอยู่ในช่วง 48 – 59 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 41.2 รองลงมาอยู่ในช่วง 36 - 47 ปี ร้อยละ 29.5, 3) มีระยะเวลาสมรส หรือสมรสอยู่กันกับคู่สมรส เป็นเวลา 11 – 20 ปี มากที่สุด ร้อยละ 27.8 โดยอาศัยอยู่ด้วยกันตลอด ร้อยละ 79.9 และอยู่ด้วยกันบ้างไม่อยู่บ้าง ร้อยละ 17.5, 4) การศึกษาสูงสุด พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 32.2 รองลงมาจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 23.7 และ 5) พบว่ามีอาชีพพนักงานโรงงาน/บริษัท/เอกชน มากที่สุด ร้อยละ 33.7 รองลงมาอาชีพค้าขาย/ทำธุรกิจ ร้อยละ 17.2 เมื่อพิจารณาจำแนกรายกลุ่มย่อย พบว่า

- กลุ่มเพศชาย (n=213) ส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 48 – 59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 42.7 รองลงมาอยู่ในช่วง 36 - 47 ปี ร้อยละ 31.0 มีระยะเวลาสมรส หรือสมรสอยู่กันกับคู่สมรส เป็นเวลา 11 – 20 ปี มากที่สุด ร้อยละ 26.3 โดยอาศัยอยู่ด้วยกันตลอด ร้อยละ 80.8 และอยู่ด้วยกันบ้างไม่อยู่บ้าง ร้อยละ 16.0 การศึกษาสูงสุด พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 30.0 รองลงมาจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 24.4 และพบว่ามีอาชีพพนักงานโรงงาน/บริษัท/เอกชน มากที่สุด ร้อยละ 35.2 รองลงมาอาชีพเกษตรกร เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน เป็นต้น ร้อยละ 19.2

- กลุ่มเพศหญิง (n=200) ส่วนมีอายุอยู่ในช่วง 48 – 59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 39.5 รองลงมาอยู่ในช่วง 26 - 35 ปี ร้อยละ 28.5 มีระยะเวลาสมรส หรือสมรสอยู่กันกับคู่สมรส เป็นเวลา 11 – 20 ปี มากที่สุด ร้อยละ 29.5 โดยอาศัยอยู่ด้วยกันตลอด ร้อยละ 79.0 และอยู่ด้วยกันบ้างไม่อยู่บ้าง ร้อยละ 18.5 การศึกษาสูงสุด พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 34.5 รองลงมาจบ

การศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 23.0 และพบว่ามีอาชีพพนักงานโรงงาน/บริษัท/เอกชน มากที่สุด ร้อยละ 32.0 รองลงมาคือไม่มีอาชีพ/เป็นแม่บ้าน/ทำงานบ้าน ร้อยละ 26.0

ตอนที่ 2 : การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปร

การวิจัยครั้งนี้ ได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับการวิเคราะห์แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ 2 ข้อ คือ การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของตัวแปร และการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ดังนี้

2.3 ผลการตรวจสอบลักษณะการแจกแจงข้อมูลของตัวแปร

ลักษณะข้อมูลมีการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบปกติ โดยพิจารณาจากค่าความเบ้ (skewness) ค่าความโด่ง (kurtosis) และค่า P-value ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สมการโครงสร้าง

2.4 ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้น โดยใช้การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองตัวแปร (Bivariate relationship) ด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ในกลุ่มรวม ($n=413$) ความสัมพันธ์ของตัวแปร ที่มีความสัมพันธ์กัน ($*p < 0.05$) คู่ที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด คือ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความยืดหยุ่นกับตัวแปรเจตคติที่ดีต่อสุขภาพ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ 0.72 ($*p < 0.05$) รองลงมา คือ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมองโลกในแง่ดี กับตัวแปรความยืดหยุ่น และตัวแปรการมองโลกในแง่ดี กับตัวแปรเจตคติที่ดีต่อสุขภาพ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ 0.70 ($*p < 0.05$) ส่วนคู่ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันน้อยที่สุด คือความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความหวังกับตัวแปรการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพในชุมชน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ 0.11 ($*p < 0.05$) และ เมื่อพิจารณาถึงความเหมาะสมของข้อมูลที่น่าไปใช้ในการวิเคราะห์สมการโครงสร้าง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ไม่ควรมีค่าสูงกว่า 0.85 ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรง (Multicollinearity) (Kline, 2005: 56) โดยผลจากการวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ของการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทุกค่า มีค่าไม่สูงกว่า 0.85 ดังนั้น ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จึงมีความเหมาะสมที่จะนำมาวิเคราะห์สมการโครงสร้างต่อไป

ตอนที่ 3 : การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัย

เป็นการสรุปผลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 และ 3 โดยมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง และส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมืองระหว่างคู่สมรสเพศหญิงกับเพศชาย

ตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมืองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มคู่สมรสเพศต่างกัน

2. จิตวิทยาเชิงบวก กับบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อ สุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่าน ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของสตรีสมรสในชุมชนกึ่งเมือง

3. ขนาดอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมของปัจจัยสาเหตุด้านทางจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะครอบครัวของกลุ่มคู่สมรสเพศหญิงกับกลุ่มคู่สมรสเพศชาย ไม่แตกต่างกัน

4. ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมืองของกลุ่มคู่สมรสเพศหญิงกับกลุ่มคู่สมรสเพศชายไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 1: ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

สรุปผลตามสมมติฐานข้อ 1

1.1 ในกลุ่มรวม ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในกลุ่มรวม (n=413) พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่พัฒนาขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 95.23$, $df = 78$, $p\text{-value} = 0.089$, $\chi^2/df = 1.22$, $RMSEA = 0.023$, $SRMR = 0.030$, $GFI = 0.96$, $CFI = 1.00$, $NFI = 0.99$) และปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 72.0 ทำนายสุขภาวะครอบครัวได้ร้อยละ 51.0 **เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1**

1.2 ในกลุ่มเพศชาย ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเพศชาย (n=213) พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่พัฒนาขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 83.30$, $df = 82$, $p\text{-value} = 0.439$, $\chi^2/df = 1.02$, $RMSEA = 0.009$, $SRMR = 0.038$, $GFI = 0.95$, $CFI = 1.00$, $NFI = 0.98$) และปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 61.0 ทำนายสุขภาวะครอบครัวได้ร้อยละ 48.0 **เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1**

1.3 ในกลุ่มเพศหญิง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเพศหญิง (n=200) พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่พัฒนาขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 403.51$, $df = 153$, $p\text{-value} = 0.00$, $\chi^2/df = 2.64$, $RMSEA = 0.065$, $SRMR = 0.073$, $GFI = 0.91$, $CFI = 0.98$, $NFI = 0.97$) และปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 46.0 ทำนายสุขภาวะครอบครัวได้ร้อยละ 48.0 **เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1**

สรุปผลตามสมมติฐานข้อ 2

ผลการวิเคราะห์ค่าอิทธิพลของตัวแปรเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อตัวแปรผล 2 ตัวคือ สุขภาวะครอบครัว กับ พฤติกรรมสุขภาพ ในรูปแบบความสัมพันธ์ **ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2** ดังนี้

2.1 ผลการวิเคราะห์ค่าอิทธิพลของตัวแปรบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จิตวิทยาเชิงบวกและพฤติกรรมสุขภาพ ที่ส่งผลต่อ สุขภาวะครอบครัว พบว่า

1) ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะครอบครัว มากที่สุดคือ จิตวิทยาเชิงบวก (ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล (β) เท่ากับ 0.48, $*p < 0.05$) รองลงมา คือ พฤติกรรมสุขภาพ (ค่า β เท่ากับ 0.32, $*p < 0.05$)

2) ผลวิเคราะห์อิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรที่มีต่อสุขภาวะครอบครัว พบว่า ตัวแปรบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม มีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพ จิตวิทยาเชิงบวกและพฤติกรรมสุขภาพ ($*p < 0.05$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.57

3) ตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพ (* $p < 0.05$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.19 ส่วนตัวแปรจิตวิทยาเชิงบวก มีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ (* $p < 0.05$)

2.2 ผลการวิเคราะห์ค่าอิทธิพลของตัวแปรบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และจิตวิทยาเชิงบวกที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า

1) ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ มากที่สุดคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ค่า β เท่ากับ 0.61, * $p < 0.05$) รองลงมา คือ บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม (ค่า β เท่ากับ 0.31, * $p < 0.05$)

2) ผลวิเคราะห์อิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรที่มีต่อการพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ตัวแปรบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม มีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความรู้ด้านสุขภาพ (* $p < 0.05$) โดยมีค่า β เท่ากับ 0.40 ส่วนตัวแปรจิตวิทยาเชิงบวกมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความรู้ด้านสุขภาพ (* $p < 0.05$) โดยมีค่า β เท่ากับ 0.15

ส่วนที่ 2: การเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมืองระหว่างคู่สมรสเพศหญิงกับเพศชาย

ผลการวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลอิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง ระหว่างเพศชายและเพศหญิง เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 3 และ 4 ดังนี้

1. จากผลการทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลอิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมืองระหว่างเพศชายและเพศหญิง จึงสรุปได้ว่า ไม่มีความแปรเปลี่ยนทั้งรูปแบบลักษณะโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในโมเดล และค่าพารามิเตอร์ในแต่ละเมทริกซ์ ระหว่างเพศชายและเพศหญิง หรือโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ทุกกลุ่มประชากร และโมเดลเป็นแบบเดียวกัน เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 3

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง ระหว่างเพศชายและเพศหญิง โดยในการวิเคราะห์ผู้วิจัย กำหนดให้กลุ่มเพศหญิงเป็นฐาน และให้กลุ่มเพศชายเป็นกลุ่มเปรียบเทียบและผลการทดสอบ พบว่า ตัวแปรแฝงที่พบค่าเฉลี่ยแตกต่างกันระหว่างเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพ เพียงตัวเดียว โดยเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าเพศชาย ส่วนตัวแปรแฝงอื่นนั้นพบว่า ค่าเฉลี่ยไม่มีความแตกต่างกันระหว่างคู่สมรสเพศหญิงและเพศชาย เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 4 บางส่วน

อภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลทั้งอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาวะครอบครัว ประกอบด้วยตัวแปรดังนี้

1. จิตวิทยาเชิงบวก พบว่า มีอิทธิพลทั้งทางตรงต่อสุขภาวะครอบครัว และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ

จะเห็นได้ว่า จิตวิทยาเชิงบวกนั้นเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงอยู่ร่วมกันของกลุ่มสมรสที่จะนำพาให้ครอบครัวนั้นมีสุขภาวะที่ดีได้ เพราะ จิตวิทยาเชิงบวก เป็นการรับรู้ถึงความเชื่อมั่นในการพัฒนาสภาวะจิตใจทางบวกของบุคคล ที่มีความตั้งใจ มีแนวทางชัดเจนเพื่อไปสู่เป้าหมาย มองสถานการณ์ต่างๆ ในด้านดี มีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำงานต่างๆ ให้สำเร็จได้ แม้ว่าจะต้องเผชิญกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ก็ตาม ซึ่งแนวคิดของทุนจิตวิทยาเชิงบวกนั้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ความหวัง การมองโลกในแง่ดี ความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และความหยิ่งตัว โดยทุกองค์ประกอบจะทำงานอย่างเป็นวงจรต่อเนื่องกันไป เกื้อหนุนการทำงานซึ่งกันและกัน (Luthans, 2002; Luthans, Youssef; & Avolio, 2007; Luthans, 2011) และในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาตัวแปรจิตวิทยาเชิงบวกที่มีรากฐานมาจาก ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกหรือ PsyCap - Positive Psychological Capital โดยผู้วิจัยได้เพิ่มองค์ประกอบการวัดอีก 1 ตัวซึ่งได้มาจากการวิจัยเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 ร่วมด้วยคือ เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ จึงส่งผลให้ปัจจัยจิตวิทยาเชิงบวกนั้นมีความเข้มแข็งขึ้นที่จะมีอิทธิพลต่อสุขภาวะครอบครัวที่วัดทั้งด้านกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณในเชิงคุณธรรม คือ 1) สุขภาวะด้านร่างกายและจิตใจของตนเองและคู่สมรส 2) ความยึดมั่นคุณธรรมของตนเองและคู่สมรส และ 3) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรส จึงส่งผลให้ผลวิจัยครั้งนี้พบว่า จิตวิทยาเชิงบวกมีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะครอบครัว (ค่า β เท่ากับ 0.48, $*p < 0.05$) และมีอิทธิพลทางอ้อม (ค่า β เท่ากับ 0.05) โดยมีอิทธิพลรวมอยู่ในระดับสูง (ค่า β เท่ากับ 0.53, $*p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของ จิตวิทยาเชิงบวกบางตัวที่มีต่อตัวแปรผลในด้านสุขภาพและด้านความสุข ดังการศึกษาของศิริมล คำนวล (2552) ที่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี ความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรค และระดับความสุข โดยตัวแปร การมองโลกในแง่ดี และความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรค เป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายความสุขได้ร้อยละ 30.8 นอกจากนี้ ในงานวิจัยของ อรพินทร์ ชูชม (2554) ได้ศึกษาปัจจัยเชิงเหตุและผลของภูมิคุ้มกันทางจิตของเยาวชน พบว่า ปัจจัยทางจิตลักษณะประกอบด้วย ตัวแปรการควบคุมตน การมองโลกในแง่ดี และความเชื่ออำนาจในตน มีอิทธิพลทางบวกต่อภูมิคุ้มกันทางจิต และคุณภาพของเยาวชนและการดำรงชีวิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และผลวิจัยยังเสนอแนะว่า ถ้า ภูมิคุ้มกันทางจิต ทำหน้าที่เป็นทั้งปัจจัยที่ปกป้องภัยคุกคามต่างๆ ที่มีต่อบุคคลแล้วยังทำหน้าที่เป็นปัจจัยส่งเสริมหรือสนับสนุนให้บุคคลมีชีวิตที่มีคุณภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐภูมิ อรินทร์ (2556) ที่ศึกษาถึงการทำหน้าที่ตัวแปรคั่นกลางของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางจิตและพฤติกรรมการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดชายแดนใต้ พบว่า ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะทางจิต และยังพบว่าทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกทำหน้าที่เป็นตัวแปรคั่นกลางโดยส่งผ่านไปยังตัวแปรผลด้านสุขภาวะทางจิต เพราะแนวคิดของจิตวิทยาเชิงบวกนั้นได้มุ่งเน้นทำการศึกษาด้านศักยภาพ ความเข้มแข็ง และความเจริญงอกงามของบุคคลมากกว่าเรื่องทางพยาธิสภาพและความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ เป้าหมายของจิตวิทยาเชิงบวกคือ การพัฒนาคนให้มีความสุข (Sheldon & King, 2002) จึงกล่าวได้ว่า ในงานวิจัยครั้งนี้ จิตวิทยาเชิงบวก นับเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่จะสนับสนุนให้ครอบครัวทั้ง พ่อ แม่ และลูก มีการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเช่นกัน

นอกจากนี้ ผลวิจัยยังพบว่า จิตวิทยาเชิงบวกมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ (ค่า β เท่ากับ 0.15, $*p < 0.05$) ดังงานวิจัยของ สดกมล แก้วมา (2552) การเปรียบเทียบความหวัง ความผาสุกทางจิตวิญญาณและพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองกับกลุ่มที่ไม่เปิดเผย โดยทำการเปรียบเทียบความหวัง ความผาสุกทางจิตวิญญาณและพฤติกรรมการดูแลตนเองของทั้ง 2 กลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความหวัง ความผาสุกทางจิตวิญญาณและพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ติดเชื้อที่เปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความหวังความผาสุกทางจิตวิญญาณและพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มไม่เปิดเผย ($*P < .05$) และในงานวิจัยของ อังคินันท์ อินทรภา

แห่ง (2559) ศึกษาการเตรียมพร้อมสู่การทำงานอาสาและการพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการจัดการสุขภาพตนเองที่เกี่ยวข้องกับการทำงานอาสาของบุคลากรในมหาวิทยาลัยนั้นพบว่า การจัดการสุขภาพตนเองของบุคลากรได้รับอิทธิพลจาก จิตวิทยาเชิงบวก เท่ากับ .38 ประกอบกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ คริสโทเฟอร์และคณะ (Christopher et al., 2013) ที่ได้ศึกษา คุณลักษณะจิตวิทยาเชิงบวก ในผู้ป่วยเบาหวานด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบได้แก่ การมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความมุ่งมั่นมีความสัมพันธ์สูงต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น โดยผ่านตัวแปรคั่นกลางที่สำคัญคือ พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การยึดมั่นในการรับประทานอาหารเบาหวาน (Adherence to a diabetic diet) การเพิ่มการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกาย (Increased participation in physical activity) การเพิ่มการกำกับระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (Increased blood glucose monitoring) การยึดมั่นกับสุขภาพทางการแพทย์ (Increased adherence to medication) ที่ส่งผลดีด้านสุขภาพ (Health outcomes) ได้แก่ การควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดี การลดภาวะแทรกซ้อนของโรค การลดอัตราการตาย เป็นต้น จึงกล่าวได้ว่า จิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ

2. บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม พบว่า มีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาพครอบครัว และมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ

จะเห็นได้ว่า โมเดลเส้นทางอิทธิพลเชิงสาเหตุ (Causal pathway Model) ตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ (A logic model for analyzing studies of health literacy) (AHRQ, 2011: ES3) ที่พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพคือ คุณภาพชีวิต มีสาเหตุมาจากตัวแปรทางสังคมได้แก่ บรรทัดฐานทางสังคม (Social norms) และโมเดลการจัดการตนเองและครอบครัว (The individual and family self-management theory, IFSMT) ของ ไรแอนและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) ที่กล่าวว่าปัจจัยนำเข้าคือ สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมได้แก่ วัฒนธรรมในชุมชน (Cultural) จะเป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมของบุคคลได้ ซึ่งทั้ง 2 โมเดลนั้น พบว่า ตัวแปรทางสังคมวัฒนธรรมนั้น จะเป็นสาเหตุทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและคุณภาพชีวิต โดยส่งผ่าน ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม (Intent for health behavior) และในโมเดลของ ไรแอนและซาวิน ยังกล่าวว่า หากบุคคลสามารถมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองและในครอบครัวได้ ก็จะทำให้เกิดการมีครอบครัวเข้มแข็งได้ (Ryan & Sawin, 2009: 9-10) ดังนั้น ในผลการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวข้างต้น และเป็นไปตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) ของ ไอเซ็นและฟิชไบน์ (Ajzen & Fishbein, 1980) ด้วยว่า บรรทัดฐานทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางอ้อมที่สำคัญตัวหนึ่งของพฤติกรรม โดยส่งผ่าน ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม ซึ่งบรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรมในงานวิจัยนี้มีนิยามที่ ครอบคลุมถึง แบบแผนพฤติกรรมที่คนในสังคมชุมชนนั้นยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติและกำหนดว่าอะไรควรกระทำและอะไรไม่ควรกระทำหรือควรยอมรับหรือไม่ควรยอมรับเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพครอบครัว ซึ่งผลวิจัยครั้งนี้ พบว่า บรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาพครอบครัว (ค่า β เท่ากับ 0.57, $*p < 0.05$) และมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ (ค่า β รวมเท่ากับ 0.71, $*p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุพัตรา ธรรมวงษ์ (2544: 70-72) ที่พบว่า บรรทัดฐานทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมและการเคารพสิทธิมนุษยชนในงานพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐ โดยพบว่า พยาบาลที่มีบรรทัดฐานทางสังคมสูง จะมีพฤติกรรมตามจรรยาของพยาบาลและพฤติกรรมเคารพสิทธิผู้ป่วยสูงกว่า พยาบาลที่มีบรรทัดฐานทางสังคมน้อยกว่า และบรรทัดฐานทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมนี้ได้สูงถึงร้อยละ 46.2 และผลการศึกษาของ จันท์สุภาหัทธ์ ไวยฤทธิ์ (2555 : 100-105) พบว่า บรรทัดฐานทาง

สังคมมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับ เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมความรับผิดชอบ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมรับผิดชอบ และ บรรทัดฐานทางสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความรับผิดชอบโดยรวม (ค่า β เท่ากับ .51)

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า มีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะครอบครัว และมีอิทธิพลทางตรงต่อ พฤติกรรมสุขภาพ

จะเห็นได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นตัวแปรที่ WHO ให้สำคัญมาตั้งแต่ ปี ค.ศ.1998 ที่ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ และในการศึกษาคั้งนี้ได้นิยาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพว่า เป็นการกระทำอย่างต่อเนื่องที่เป็นการใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ ตามแนวคิดของนักปิม (Nutbeam, 2008) ที่ได้นำเสนอแนวคิด โมเดลความรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยง (Conceptual model of health literacy as a risk) ที่ประกอบด้วยการวัด 3 ระดับรวม 6 องค์ประกอบได้แก่ 1) ระดับพื้นฐานวัดจาก การเข้าถึงข้อมูล (Access) และความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ วัดจาก ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) และการจัดการตนเอง (Self-management) 3) ระดับวิจรรย์ญาณวัดจาก การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และ ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้เป็นไปตามแนวคิดที่ว่า ถ้าบุคคลมี ความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง จะมีแรงจูงใจที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้อย่างเหมาะสม (Nutbeam, 2008) สอดคล้องกับผลวิจัยของ อินทรกำแหงและขวัญชื่น (Intarakamhang & Kwanchuen, 2016) ได้พัฒนาและนำเครื่องมือวัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพไปใช้กับกลุ่มคนไทยวัยผู้ใหญ่ จำนวน 4,401 คน พบว่า การดูแลรักษาสุขภาพตนเอง ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพจะมีเพิ่มขึ้นได้ต้องมาจาก 3 เส้นทางหลัก *เส้นทางที่ 1* เริ่มต้นมาจากการที่บุคคลมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพส่งผ่านมายัง การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ด้วยน้ำหนักอิทธิพลเท่ากับ .49, .46, .24 และ .13 ตามลำดับ ส่วน *เส้นทางที่ 2* เริ่มจาก การเข้าถึงข้อมูลและบริการ ส่งต่อมายัง การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ รู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องด้วยน้ำหนักอิทธิพลเท่ากับ .71, .87, .46, .24 และ .13 ตามลำดับ และ *เส้นทางที่ 3* เริ่มจากการเข้าถึงข้อมูลและบริการส่งตรงมายังรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ด้วยน้ำหนักอิทธิพลเท่ากับ .23, .70 ตามลำดับ นั้นแสดงว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อ พฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ อินทรกำแหง และ อินทรกำแหง (Intarakamhang & Intarakamhang, 2017) ที่พัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ และพัฒนาโมเดลเชิงสาเหตุของเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 2,000 คน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนได้รับอิทธิพลจาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านทักษะทางปัญญาระดับพื้นฐาน ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ และทักษะการคิดวิจรรย์ญาณ ด้วยน้ำหนักอิทธิพลเท่ากับ .76, .97 และ .55 ตามลำดับ และยังมีการวิจัยที่สนับสนุนว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะ ซึ่งวัดจากองค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคมด้วย เช่นเดียวกับงานวิจัยที่ผ่านมา ของ อินทรกำแหงและขวัญชื่น (Intarakamhang & Kwanchuen, 2016) ที่พบว่า ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีอิทธิพลทางอ้อม ต่อ ตัวแปรการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมโดยผ่านตัวแปร การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ รู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งผลการวิจัยคั้งนี้พบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่า มีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะครอบครัว (ค่า β เท่ากับ 0.19, * $p < 0.05$) และพบว่า มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ค่า β เท่ากับ 0.61, * $p < 0.05$)

4. พฤติกรรมสุขภาพ พบว่า มีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะครอบครัว (ค่า β เท่ากับ 0.32, $*p < 0.05$) ตามที่ประชุมด้านการส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 10 เมื่อ 21-24 พฤศจิกายน 2559 ที่เมืองเชียงใหม่ ประเทศจีน WHO ได้มีคำประกาศที่ต่อเนื่องจาก การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพคือ การให้ชาติสมาชิกทั่วโลก เน้นให้ประชาชนสามารถควบคุมสุขภาพได้ด้วยตนเองตามวิถีการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี (Wellbeing) และในการศึกษาของ สุทธิพันธ์และอินทรกำแหง (Sutipan and Intarakamhang, 2017) ได้ศึกษาความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยที่สำคัญตามลำดับที่มีต่อ การดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีคือ พฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ตามลำดับ สอดคล้องกับ การศึกษาของ อินทรกำแหง และขวัญขึ้น (Intarakamhang & Kwanchuen, 2016) ที่พบว่า พฤติกรรมการคงอยู่ในการดูแลสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อ การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมสุขภาพทางสังคม ด้วยค่าอิทธิพลเท่ากับ .73 ($*p < 0.05$) ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งตามวัฏจักรของการดำรงชีวิตว่า บุคคลที่มีการกระทำพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องแล้วทั้งในปัจจุบันและระยะยาวก็ย่อมส่งผลให้บุคคลนั้นมีการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีทุกมิติและส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาวะที่ดีได้จากการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการเป็นแบบอย่างซึ่งกันและกันที่ดีต่อไป จะนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพของประชาชนและครอบครัวมีความเข้มแข็งอย่างยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

1. ข้อค้นพบจากผลวิจัยเชิงคุณภาพที่พบว่า ผู้ที่มีสุขภาพดี มักจะเป็นผู้ที่ดำรงชีวิตอยู่กับธรรมชาติ เช่น จัดหาและประกอบอาหารรับประทานเองจาก ผัก ผลไม้ ปลา ที่ผลิตเอง และผู้ที่เริ่มสุขภาพไม่ดี เช่น อ้วน เป็นเบาหวาน มักมีสาเหตุจากที่วิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น ทำงานรับจ้างนอกบ้านทำงานหนัก รับประทานอาหาร ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ไม่มีเวลาอยู่กับครอบครัว เป็นต้น ดังนั้น หน่วยงานภาครัฐในท้องถิ่น จึงให้การสนับสนุนและสนับสนุนให้ บุคคล ครอบครัวและชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชนมากขึ้นและต่อเนื่อง โดยกิจกรรมนั้นเน้นการจัดการและใช้ทรัพยากรทางอาหารที่มีอยู่ในชุมชน เช่นเดียวกับทิศทางการเศรษฐกิจพอเพียง การรณรงค์ให้ครอบครัว ชุมชน หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อดำรงรักษาวิถีชีวิตที่ดีแบบดั้งเดิมของชุมชนไว้ เช่น ปลูกผักผลไม้ เลี้ยงปลา ทำอาหารรับประทานเองอย่างเหมาะสม เป็นต้น
2. จากปัจจัยที่อิทธิพลสูงสุดต่อการมีสุขภาวะครอบครัวที่ดีนั้น คือ จิตวิทยาเชิงบวก รองลงมาคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น จึงเป็นบทบาทสำคัญของผู้ให้บริการสาธารณสุขในชุมชน ทั้งบุคลากรทางการแพทย์ และครูสุขภาพในโรงเรียน ร่วมกันในการพัฒนา ประชาชนในหมู่บ้านทั้งกลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัว โดยการจัดกิจกรรมสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวร่วมกันหรือไปพร้อมกัน เช่น กิจกรรม 1) การพัฒนาจิตวิทยาเชิงบวก 2) การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และ 3) การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและครอบครัว เพื่อที่จะนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีได้ทั้งครอบครัว ซึ่งกิจกรรมนั้นก็ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของครูที่มีจิตวิญญาณความเป็นครูในการถ่ายทอดและพัฒนาศักยภาพได้แก่ ให้บุคคลกลุ่มเสี่ยงในชุมชนมีความหวัง มีการมองโลกแง่ดี มีการรับรู้ความสามารถของตน มีการปรับตัวได้ดี ฝึกการใช้ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่จะค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อมาจัดการและดูแลสุขภาพตนเองได้ ร่วมกับ ความเชี่ยวชาญของบุคลากรสุขภาพที่มีจิตวิญญาณของการเป็นผู้ให้บริการที่เน้นปัญหาสุขภาพของชุมชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาพฤติกรรมด้านสุขภาพ ให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจมีทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง ดูแลสมาชิกในครอบครัวและคนในชุมชนได้ ซึ่ง

นับว่าเป็นสิ่งที่จะช่วยพัฒนาคนในชุมชนและศักยภาพในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของครอบครัวและชุมชนเองได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ถึงแม้ว่า บุคลากรสาธารณสุข ครู หรือบุคลากรภาครัฐจะย้ายหรือเปลี่ยนไปที่คนก็ตาม ครอบครัว ชุมชนก็จะยังคงมีสุขภาพที่ดีได้ด้วยศักยภาพที่มีอยู่ของชุมชนเอง

3. จากโมเดลที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาพครอบครัว ดังนั้น ถ้าบุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีก็จะส่งผลให้ครอบครัวมีสุขภาพที่ดีไปด้วย ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองของคู่สมรสคนใดคนหนึ่ง ในชุมชนก็ย่อมจะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพดีได้ด้วย จึงเป็นไปได้ว่า ในการจัดกิจกรรมหรือโครงการปรับพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนหรือกิจกรรมหมู่ปรับพฤติกรรมให้ประชาชนในชุมชน อาจจะประชาสัมพันธ์ให้มีตัวแทนในครอบครัวหรือคู่สมรสเพศหรือหญิงอย่างน้อยคนใดคนหนึ่ง ในครอบครัวให้ได้เข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมปรับพฤติกรรมร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ทูทางจิตวิทยาเชิงบวก กับ พฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อ สุขภาวะครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่ง จิตวิทยาเชิงบวกนั้น มุ่งเน้นที่การค้นหาจุดแข็งของบุคคล และผลการวิจัยหลายเรื่องได้แสดงให้เห็นว่ากระบวนการปรับเปลี่ยนที่วิคิดโดยใช้จะจุดแข็งภายในตัวบุคคล จะช่วยลดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ การพัฒนาให้เกิดทูทางจิตวิทยาเชิงบวกในบุคคลทั้ง 4 ด้าน คือ ความหวัง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความหยุนตัว รวมทั้งด้าน เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ ที่เพิ่มเติมในงานวิจัยนี้ ให้เกิดขึ้นกับบุคคลในครอบครัวก็จะส่งผลให้บุคคลนั้น ประสบผลสำเร็จในสิ่งที่ทำอยู่ เช่น การเรียน การทำงาน การแข่งขัน อีกทั้งยังเกิดพฤติกรรมทางบวกในการทำงาน มีความพึงพอใจ มีความสุขในการทำงาน ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาหรือวิจัย เกี่ยวกับโปรแกรมการพัฒนาเพื่อให้เกิดหรือเพิ่มทูทางจิตวิทยาขึ้นในบุคคล อาทิ การให้ปัจจัยกระตุ้น หรือการสร้างโปรแกรมพัฒนาทูทางจิตวิทยาเชิงบวก สร้างโปรแกรมการพัฒนาเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง สร้างโปรแกรมการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น โดยสามารถออกแบบงานวิจัยเชิงทดลอง หรืองานวิจัยปฏิบัติการร่วมกันของครอบครัว และชุมชน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กมลพรรณ สนศิริ. (2540). *การทำงานของสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมที่มีผลกระทบต่อสถาบันครอบครัว:กรณีศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก*. ปริญญาานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (ไทยคดีศึกษา). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกับสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (2557). *คู่มือประเมินความฉลาดทางสุขภาพของคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. (ABCDE-Health Literacy Scale of Thai Adults)*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษณ์ชลี เพียรทอง. (2547). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. ปริญญาานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกศสิริ ปันธุระ.(2552). *วิถีชีวิตที่มีผลต่อการเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร*. รายงานการวิจัย. สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- คลังปัญญาไทย. (2552). *บทบาทหน้าที่ของครอบครัว*. สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2554 จาก <http://www.panyathai.or.th/>.
- งามตา วนิทานนท์. (2553). *ชุดงานวิจัยเพื่อสร้างดัชนีคุณภาพชีวิตครอบครัวไทย และการประยุกต์ใช้ผลวิจัย*. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 18(1), 17-40.
- จิตตินันท์ เตชะคุปต์. (2547). *สรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการศึกษารอบครัววิถีพิเศษ*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สุโขทัยธรรมมาธิราช.

- จักรกฤษ เลื่อนกฐิน. (2549). ปัจจัยบางประการที่ส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัวของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนจุฬาภรณราชวิทยาลัย. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (การวิจัยและสถิติทางการศึกษา) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จันท์สุภาหุ ไวยฤทธิ. (2556). ปัจจัยจิตสังคมและการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมจากคนรอบข้างที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรับผิดชอบของพนักงานขับรถเช่า ในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา*, 5(1), 87-101.
- ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์.(2543). *โมเดล LISREL เพื่อการวิจัย*. สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชาญวิทย์ โคธีรานุกฤษ.(2550). อยู่อย่างไรให้มีสุข อายุยืนยาวถึง 100 ปี. *นิตยสาร health today*. สืบค้น เมื่อ 10 กรกฎาคม 2550 จาก www.oknation.net/blog/print.php?id=151752.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2552). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ชาญวิทย์ วสันต์ธนารัตน์. (2551). *happy workplace องค์กรแห่งความสุข*. กรุงเทพฯ: แผนงานสุขภาวะองค์กรภาคเอกชน สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- ณัฐวุฒิ อรินทร์ อรินทร์ ชูชม ดุษฎี โยเหลา และ นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล. (2556). การทำหน้าที่ตัวแปรคั่นกลางของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางจิตและพฤติกรรมการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดชายแดนใต้. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 19(1), 99-117.
- ณัฐวุฒิ อรินทร์. (2555). *การศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุและผลของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อสุขภาวะทางจิตและพฤติกรรมการปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดชายแดนใต้*. ปรินญาณิพนธ์ วท.ด.(การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เดชรัตน์ สุขกำเนิด. (2545). *การประเมินผลกระทบทางสุขภาพเพื่อการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ : แนวคิด แนวทาง และแนวปฏิบัติ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ดุจเดือน พันธมนาวิน. (2551). โครงสร้างของการมีภูมิคุ้มกันตนเองทางจิต: การวิจัยและพัฒนาด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ. *วารสารจิตพฤติกรรมศาสตร์*, 5(1), 49-77.
- ตลฤดี รพีนิพนธ์ (2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณธรรม จริยธรรม ของนักเรียนอาชีวศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ สังกัดกรมอาชีวศึกษาในจังหวัดพิษณุโลก. ปรินญาณิพนธ์ (ค.ม.) พิษณุโลก: สถาบันราชภัฏพิบูลสงคราม.
- เดือนจิตร แข้รัง. (2551). *ประสบการณ์การจัดการตนเองของสตรีหม้ายสูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตดี*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ไตรรัตน์ ทองสัมฤทธิ์. (2548). *ปัจจัยเกี่ยวพันและสุขภาวะที่ผู้สูงอายุได้รับจากการเข้าร่วมทำงานอาสาสมัคร*. วิทยานิพนธ์ ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- ไทยโพสท์. (2554, 27 กรกฎาคม). กินข้าวพร้อมหน้าลดปัญหาครอบครัวได้. *ไทยโพสท์*.
- นงลักษณ์ วัชรชัย. (2542). *โมเดลลิสม์: สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เนตรนภา กิจขยัน. (2544). *การจัดการภายในครอบครัวชนบทในภาวะเจ็บป่วยของสมาชิก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมวิทยาการพัฒนาศาสตร์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล. (2555). *การวิเคราะห์ข้อมูลพหุระดับ (Multilevel Analysis) ด้วยโปรแกรม HLM*. เอกสารประกอบคำบรรยาย.
- ประเวศ วะสี. (2540). *พุทธเกษตรกรรมกับคานาคติของสังคมไทย*. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- ปาริชาติ เทพอารักษ์ และ อมรรารณ ทิวถนอม. (2550). สุขภาวะของคนไทยจุดเริ่มต้นของความอยู่เย็นเป็นสุข. *วารสารเศรษฐกิจและสังคม*, 12-17.

- ปิ่นวดี ศรีสุพรรณ. (2547). *วาทกรรมทุนทางสังคม: กระบวนการสร้างแนวคิดและปฏิบัติการในบริบทการพัฒนาของไทย* (พ.ศ.2540-2546). ปริญญาสังคมวิทยามหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยา ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเวศ วะสี. (2543). *สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์*. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- ผู้จัดการออนไลน์. (2555). 17 พฤษภาคม 2555 11: 44 น.สธ.พบอัตราป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่ม 5 เท่า. สืบค้นเมื่อ 27 ธันวาคม 2556 <http://www.manager.co.th/qol/viewnews.aspx?NewsID=955000060715>.
- พรทิพย์ อุ่นจิตร. (2548). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพความสามารถในการจัดการภาวะหายใจลำบากเรื้อรังด้วยตนเองต่อผลลัพธ์การจัดการตนเองในผู้ที่เป็้นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. ปริญญาโท พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรรณมา กัญญา. (2548). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การบรรลุตามขั้นพัฒนาการ และพฤติกรรมเสริมสร้างสังคมของวัยรุ่น จังหวัดฉะเชิงเทรา*. ปริญญาโทวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- พรรณราย ทรัพย์ประภา. (2548). *จิตวิทยาประยุกต์ในชีวิตและในการทำงาน*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชร์พิมล ลิ้มเจริญ. (2549). *บทบาทของครอบครัวในการอบรมขัดเกลาทางสังคมแก่นักศึกษาสถาบันการอาชีวศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. ปริญญาโท คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต (การพัฒนาครอบครัวและสังคม). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์.(2547). *ประมวลสาระชุดวิชา จิตวิทยา ครอบครัวและครอบครัวศึกษา หน่วยที่ 1 – 15*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สุโขทัยธรรมาธิราช.
- มวกร ธรรมาวีรต์. (2549). *ศึกษาผลการกำกับตนเองเพื่อการเดินเร็วต่อระดับคอเรสเตอรอลรวมระดับแอลดีแอล-โคเลสเตอรอล และเอชดีแอล-โคเลสเตอรอล ของผู้ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง*.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มูลนิธิหมอชาวบ้าน. (2549). *ความดันโลหิตสูง*. นิตยสารหมอชาวบ้าน. ประจำเดือนกรกฎาคม, 340, 7.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2530). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานพ.ศ. 2530*. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.
- รัตนา จันท์เทาว์ และวิรัช พรรณราย ทรัพย์ประภา. (2548). *จิตวิทยาประยุกต์ในชีวิตประจำวัน*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตน์พงษ์ จันทะวงษ์. (2546). *ทุนทางสังคมที่สัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน:กรณีศึกษา ตำบลพระประโทน อำเภอมือง จังหวัดนครปฐม*. ปริญญาโทศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- วาสนา ครุฑเมือง. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- วิพุธ พูลเจริญ. (2544). *สุขภาพ:อุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิลาวลัย รัตนา. (2552). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี*. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วิริยะ สว่างโชติ. (2550). *คุณภาพชีวิตและการส่งเสริมสุขภาพ: (การพยายาม) หาจุดเชื่อมบนความต่าง*. สืบค้นเมื่อ 12 กันยายน 2554 จาก <http://www.thaingo.org/writer/view.php?id=410>.
- วิชัย เทียนถาวร. (2556). *ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย: นโยบายสู่ การปฏิบัติ*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- วิชัย สิริวิบูลย์กิตติ. (2553). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่าต้นคอและศีรษะในสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี*. วารสารคณะพลศึกษา, 13(2), 148-159.
- วิชัย เอกพลากร (บรรณธิการ). (2553). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ใน*

ปี 2551-2552. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.

วิภาวัน ปัญญาเริน. (2552). ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยเชื้อสายจีนในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา. สารนิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาพัฒนาการ).

กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

วงศ์ภินันท์ วัฒนา. (2547). การศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวชนบทอีสาน. รายงานการวิจัย. คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วรรณภา ลำเจียกเทศ. (2534). แนวทางการพัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัวในทัศนะของสตรีที่สมรสแล้วศึกษาเฉพาะกรณีที่มีารับบริการจากศูนย์วิจัยการวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลศิริราช. ปรียญานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต.

กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศิริมล คำนวล. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี ความสามารถในการเผชิญปัญหา และความสุข:

กรณีศึกษาพนักงานบริษัทแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ (ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต) กรุงเทพฯ:

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2553). สถานการณ์ครอบครัวไทยอย่าปล่อยให้เป็นวนิกฤตสังคม. แผ่นพับ.

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวง.

สดกมล แก้วมา. (2552). การเปรียบเทียบความหวังความผาสุกทางจิตวิญญาณและพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีกับไม่เปิดเผย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการปรึกษา) เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สายสมร เฉลยกิตติ. (2554). การพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของพยาบาลวิชาชีพโดยการให้คำปรึกษากลุ่มแบบ

บูรณาการ. ปรียญานิพนธ์ กศ.ด.(จิตวิทยาการให้คำปรึกษา) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

สุขานันท์ คุณผล. (2553). แนวทางการพัฒนาสุขภาพทางกายของประชาชนในตำบลหนองกิงเพล อำเภอวารินชำ

ราบ จังหวัดอุบลราชธานี. รายงานการศึกษาอิสระ. ปรียญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุวรรณณี คำมั่น และคณะ. (2551). ทุนทางสังคมกับการพัฒนาทุนมนุษย์. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการ พัฒนาการ

เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สุพัตร์ พิบูลย์ และคณะ. (2552). การวิจัยและพัฒนางานวิชาการ (R&D). เอกสารประกอบการอบรมหลักสูตรการ

วิจัยและพัฒนางานวิชาการ (R&D) ในวันที่ 17-19 สิงหาคม 2552 ณ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

สุพัตรา ธารานุกูล. (2544). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ (กศ.ม.จิตวิทยา

การศึกษา). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

สุพัตรา ธรรมวงษ์. (2544). ปัจจัยจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและการพลีถิมนุชยชนในงานพยาบาลผู้ป่วยใน.

ภาคินพนธ์ ศศ.ม.(พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

สุวิมล ตันติเวส. (2545). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม. พยาบาลศาสตร

มหาบัณฑิต. วิทยานิพนธ์ พย.ม.(การพยาบาลผู้สูงอายุ). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สิทธิโชค วรานุสันติกุล. (2549). จิตวิทยาสังคม : ทฤษฎีและการประยุกต์กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น.

สิริพร วงษ์โพน. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาด้านบวกความผูกพันต่อองค์กรและผลการ

ปฏิบัติงาน: กรณีศึกษาธนาคารพาณิชย์แห่งหนึ่ง. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สุภัษสร ชุมพู่. (2550). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมและความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต

สูง. ปรียญานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุภาวดี ดิสโร. (2551). ผลของกลุ่มจิตวิทยาพัฒนาตนและการปรึกษาแนวพุทธต่อความสามารถในการฟื้นพลังของ

นักศึกษามหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ศศ.ม. (จิตวิทยาการปรึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุรสิทธิ์ พรหมจันทร์. (2551). *การพัฒนาความรู้และทักษะการนวดไทยให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาอำเภอเรณูนครจังหวัดนครพนม*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม.(ยุทธศาสตร์การพัฒนา). สกลนคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2555) *สุขภาพคนไทย 2555*. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- สงกรานต์ กลั่นดวง. (2548). *การประยุกต์ใช้ The Take PRIDE Program ในการส่งเสริมพฤติกรรมการกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น*. ขอนแก่น: วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุริยาภรณ์ อินทรภิมย์. (2549). *การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังในจังหวัดสุราษฎร์ธานี*. เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สิริพร กาญจนประโชติ. (2546). *ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและสุขภาพจิตของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: สารนิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาพัฒนาการ). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สำนักงานการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2555). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานฯ.
- สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (2547). *นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาศาสนาครอบครัว พ.ศ. 2547-2556*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- . (2555). *แผนพัฒนาสตรีในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559)*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2553, มิถุนายน). *การพัฒนาสุขภาพของคนไทยดีขึ้นจากการพัฒนาคุณธรรม สติปัญญาและใฝ่รู้ ขณะที่สุขภาพกายและจิตใจอยู่ในระดับที่ต้องเร่งแก้ไข. สารสุขภาพ*. ปีที่ 3 ฉบับที่ 20.
- สำนักข่าวแห่งชาติ. (2548). *กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2556 จาก* <http://www.egov.go.th/Th/Lists/datGeneralNews/DispForm.aspx?ID=73>.
- สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข . [cited Oct 12, 2010] ; Available from: <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5> .
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *รายงานผลการดำเนินการ การเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย: "ด้วยปึงปองจรรยาชีวิต 7 สี"*. มกราคม – มิถุนายน.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2553, พฤษภาคม). *ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม.วารสารสารสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2554). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดี วิถีไทย พ.ศ.2554-2563*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพุทธศาสนาแห่งชาติ
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2552). *รายงานสถิติสถานะสุขภาพคนไทยจากการสำรวจ The Nation Household Education Surveys Program (NHES) ครั้งที่ 3 ปี 2546-2547* กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2552). *จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ.2548- 2552*. กรุงเทพฯ: กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554). *สถานการณ์เบาหวานไทย. สารสุขภาพ*. 4 (25), 1 – 2.

- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). รายงานผลการประเมินความสามารถในการจัดการป้องกันควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรณีศึกษาโรคหัวใจและหลอดเลือดรวมความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ปีงบประมาณ 2553. กรุงเทพฯ:อิโมชั่น อาร์ต จำกัด.
- สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2553). แนวทางการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เอสพีก็อปปีปริน.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2555). สถิติสถานะสุขภาพคนไทย. Online สืบค้นเมื่อ 27 ธันวาคม 2556 จาก <http://www.thaihealth.or.th/taxonomy/term/5181>.
- อรพินทร์ ชูชม; สุภาพร ธนะชานันท์; และทัศนาศ ทอภักดี. (2554). ปัจจัยเชิงเหตุและผลของภูมิคุ้มกันทางจิตของเยาวชน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อริยา ทองกร. (2550). การศึกษาตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากการสังเคราะห์งานวิจัยโดยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อาคม เต็มพิทยาไพสิฐ. (2554). ประชาคมอาเซียน. กรุงเทพฯ: เอกสารประกอบคำสอน.
- อุมพร ตรังคสมบัติ. (2544). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครอบครัว (Family therapy of family counseling). กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยและบำบัดครอบครัว.
- อัจฉรา นวจินดา. (2542). งบประมาณและเวลาของบิดามารดาผู้ปู่ในการเลี้ยงดูบุตรให้มีคุณภาพ. คณะเกษตรศาสตร์ ภาควิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อังคินันท์ อินทรกำแหงและคณะ. (2555). ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิกของหน่วยงานในกรุงเทพมหานคร. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2552). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก PROMISE Model . กรุงเทพฯ : สุขุมวิทการพิมพ์.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง อรพินทร์ ชูชม และอัจฉรา สุขารมณ์ (2550, กันยายน). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิกฤตชีวิตของสตรีไทยสมรสวัยกลางคนที่ทำงานในภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ และเอกชน. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 13(1), 15-29.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2559). การเตรียมพร้อมสู่การทำงานอาสาและการพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการจัดการสุขภาพตนเองที่เกี่ยวข้องกับการทำงานอาสาของบุคลากรในมหาวิทยาลัย. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 22 (2), 103-119.
- Amara SG., Grillner S., Insel T., Nutt D., Tsumoto T. (2011). Neuroscience in recession? *Nat. Rev. Neurosci.* 12, 297–302. Doi.10.1038/nrn3023.
- Agency for Healthcare Research and Quality- AHRQ. (2011). *National Healthcare Quality Report*. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services.
- ASEAN Secretariat.(2009). *ASEAN socio-cultural community blueprint*. Jakarta: ASEAN Secretariat.
- Ajzen I. & Fishbein M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura A. (1986). *Social foundation of thought and action. A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Baker DW. et al. (2005). A telephone survey to measure communication, education, self-management, and health status for patients with heart failure: The improving chronic illness care evaluation (ICICE). *Journal of cardiac failure*, 11(1), 36-42.
- Baker DW., Williams MV., Parker RM., Gazmararian JA, & Nurss J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns*, 38, 33-42.

- Berkman ND., Sheridan SL., Donahue KE., Halpern DJ., Viera A., Crotty K., Holland A., Brasure M., Lohr KN, Harden E, Tant E, Wallace I, & Viswanathan M. (Mar, 2011). Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess*, 199, 1-941.
- Bethesda MD., National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services
Cameron D Norman and Harvey A Skinner. (2006, Oct-Dec). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal Medication International Research*, 8(4), e27.
- Carver CS. & Scheier MF. (2002). Optimism. In *Handbook of Positive Psychology*. Edited by Snyder CR. & Lopez SJ. pp. 231–243. New York: Oxford University Press.
- Carver CS., Scheier MF, & Segerstrom SC. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889.
- Center for the Study of Social Policy. (2004). *Policy matters: Setting and measuring benchmarks for state polices, encouraging strong family relationships: Recommendation for state policy*. Washington, D.C.: N.W., Suite500.
- Chin J. Morrow DG., Stine-Morrow EA., Conner-Garcia T., Graumlich JF., Murray MD. (2011). The process-knowledge model of health literacy: Evidence from a componential analysis of two commonly used measures. *J Health Commun*, 16(Suppl 3), 222-41.
- Cohen S. & Hoberman H. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology & Health*, 13, 99-125.
From <http://www.psy.cmu.edu/~scohen/CohenHober1983.pdf>
- Creswell JW. & Vicki LPC. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. Sage Publication.
- Davis TC, Wolf MS, Arnold CL, Byrd RS, Long SW, Springer T, et al. (2006). Development and validation of the rapid estimate of adolescent literacy in medicine (REALM-Teen): A tool to screen adolescent for below-grade reading in health care settings. *Pediatrics*, 118, e1707-e14.
- Davis TC, Crouch MA, Long SW, Jackson RH, Bates P, George RB, & Bairnsfather LE. (1991). Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Fam Med*, 23, 433-35.
- Davis CG. & Asliturk, Ersin. (2011). Toward a positive psychology of coping with anticipated events in Canadian psychology. *Canadian Psychological Association*, 52(2), 101-110.
- Diamantopoulos A. & Siguaw JA. (2000). *Introducing LISREL: guide for the uninitiated*. London: Sage; doi:10.4135/9781849209359
- Edwards M, Wood F, Davies M, Edwards A. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. *BMC Public Health*, 12:130. doi: 10.1186/1471-2458-12-130.
- Fahey Tony, Keilthy Patricia and Polek Ela. (2012). *Family relationships and family well-Being: A study of the families of nine year-olds in Ireland*. University College Dublin and the Family Support Agency, Dublin. Retrieved on October 2, 2015 from https://www.ucd.ie/news/2013/01JAN13/docs/Family_Relationships_and_Family_Well-Being_Dec_2012.pdf
- Green, L. & Krueter, M. (1999). *Health promotion planning: An education approach* (3 ed.) Toronto: Mayfield Publishing Company.

- Hair JF., Anderson RE. Tatham RL., & Black WC., (2005). *Multivariate data analysis*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Hair JF. & et al. (2010). *Multivariate data analysis: A global perspectives*. Upper Saddle River, NJ: Perason Education, International.
- Hefferon, Kate & Boniwell, Ilona (2011). *Positive psychology: Theory, research and applications*. Glasgow, UK: Bell and Bain Ltd.
- Herth KA. (1990). Fostering Hope in Terminally Ill People. *Journal of Advanced Nursing*.15:1250-1259.
- Hill L. & Smith N. (1985). *Self-care: Nursing promotion of health*. New jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Institute for Economics & Peace. (2011). *Methodology, results and findings*. Sydney: Global peace index.
- Institute of Medicine: IOM. (2004). Health literacy: A prescription to end confusion. Retrieved on Oct 12, 2011 from: <http://www.iom.edu>.
- Intarakamhang U, & Kwanchuen Y. (2016). The development and application of the ABCDE-health literacy scale of Thais. *Asian Biomedicine*, 10(6), 575-82.
- Intarakamhang U, & Intarakamhang P. (2017). Health literacy scale and causal model of childhood overweight. *J Res Health Sci*, 17(1), e00368.
- Intarakamhang U., Raghavan C., Choochom O., & Sucaromana A. (2008). Causal relation analysis and indices of midlife crisis of employed, married thai women. *Journal of Population and Social Studies*, 16(2), 71-94.
- Ishikawa H, Takeuchi T, & Yano E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, 31,874-879.
- Joreskog KG. & Sorbom D. (1993). *LISREL8: Structural equation modeling with the SIMPLIS*
- Kanfer HF. & Goldstein A. (1991). Self-management methods. *Helping People Changes: A Textbook of Methods*. 305-306.
- Kelloway. (1998). *Command Language*. Chicago: Scientific Software International.
- Kickbusch I. (2006). Health literacy: Empowering children to make healthy choices. *Virtually Healthy*, No. 41. South Australia: Centre for Health Promotion: Children, Youth and Women's Health Service.
- Kline RB. (2005). *Principle and practice of structural equation modelling*. 2nd edition. New York : The Guildford Press.
- Kristin AM. et al. (2002). *Preliminary research on family strengths*. Baltimore, Maryland.
- Kumpfer KL. (1999). Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework in resilience and development. In *positive life adaptations* edited by Glantz & Johnson. New York: Kluwer Academic/Pienum Publishers.
- Kwan B., Frankish J. & Rootman I. (2006). *The development and validation of measures of health literacy in different populations*. Vancouver: University of British Columbia Institute of Health Promotion Research & University of Victoria Centre for Community Health Promotion Research.
- Lam LT, & Yang L. (2014). Is low health literacy associated with overweight and obesity in adolescents: an epidemiology study in a 12-16 years old population, Nanning, China, 2012. *Arch Public Health*, 72(1), 11.
- Lee SD, Arozullah AM, & Cho YI. (2004). Health literacy, social support, and health: A research agenda. *Soc Sci Med*, 58, 1309–21.

- Luthans, Fred. (2002). The need for and meaning of positive organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior Management*, 6, 695-706.
- Luthans, Fred. (2011). *Organizational Behavior : An Evidence-Based Approach*. 12 th ed. Boston, Mass.: McGraw-Hill/Irwin.
- Luthans F., Youssef CM., & Avolio BJ. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. New York: Oxford: Oxford University Press.
- Mancuso JM. (2009). Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. *Nurs Health Sci*.11(1), 77-89. doi: 10.1111/j.1442-2018.2008.00408.x.
- Masten AS. (2001). Ordinary magic: Resilience process in development. *Journal of American Psychologist*, 56, 227-238.
- Matha M. (1993). International institute for management development Lausanne. *International Journal of cross Cultural Management*, 8(2), 123-143.
- Maddux JE. (2002). Self-efficacy the power of believing you can. In *Handbook of Positive Psychology*. Edited by Snyder CR. & Lopez SJ. pp. 277 -287. New York: Oxford University Press.
- McCubbin HI., et al. (1980). Family stress and coping: a decade review. *Journal of Marriage and the Family*, 42, 855-871.
- Miles MB. & Huberman MA. (1994). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook*. Arizona State University. Sage Publications.
- Morrow-Howell N., Hinterlong J., Rosario PA., & Tang F. (2003). Effect of volunteering on the well-being of older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological and Social Sciences*, 58, S145.
- Murray RB. & Zentner JP. (1989) *Nursing concepts for health promotion*. London: Prentice Hall.
- Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*, 15(3), 259-67.
- Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*, 67(12), 2072-8.
- Nutbeam D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *Int J Public Health*, 54, 303-5.
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). (2011). *Compendium of OECD well-being indicators*. Retrieved on 9 May, 2012 from <http://www.oecd.org/dataoecd/4/31/47917288.pdf>.
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). (2011). *Measuring well-being and progress*. Retrieved on 9 May, 2012 from <http://www.oecd.org/dataoecd/61/26/48299306.pdf>.
- Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, & Buchbinder R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13, 658. doi:10.1186/1471-2458-13-658.
- Patricia AHD. (1987). Coping as a concept in family theory. *Family Science Review*, 27-28.
- Pender NJ. (1996). *Health promotion in nursing practice*. 3rd ed. New York: Appleton & Launge.
- Paasche Orlow & Wolf (2007), Paasche-Orlow MK, Wolf MS. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behavior*, 31, S19-26.
- Ratzan SC. & Parker RM. (2000). Introduction. In National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health literacy. *NLM Pub*. No. CBM. 2000-1.

- Ronald DT. & Elizabeth IL. (2005). Family management practice, school achievement, and problem behavior in African American adolescents: Mediating processes. *Applied Developmental Psychology, 26*, 39-49.
- Rootman I, & Gordon-El-Bihbety D. (2008). A vision for a health literate Canada: Report of the expert panel on health literacy. Ottawa: Canadian Public Health Association (CPHA).
- Ryan P. & Sawin KJ. (2009). The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook, 57*, 217-225.
- Seligman MEP. & Csikszentmihalyi M. (2000). Positive psychology: An introduction. *Journal of the American Psychological Association, 55*(1), 5-14.
- Seligman MEP. (2002). Positive psychology, Positive prevention, and positive therapy. In *Handbook of Positive Psychology* Edited by Snyder CR. & Lopez SJ. pp. 3-9. NY: Oxford University Press.
- Sharif I. & Blank AE. (2010) Relationship between child health literacy and body index in overweight children. *Patient Education and Counseling, 9*,43-48.
- Sheldon KM. & King L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist, 56*, 216–217.
- Lee Shoou-Yih D., Arozullah Ahsan, & Cho Young I. (2004). Health literacy, social support and health: A research agenda. *Social Science & Medicine, 58*, 1309-1321.
- Siobhan EA & Elisa RB. (2003). *Family responsibilities and women's working lives*. Women's Economic Policy Analysis Unit Curtin University of Technology. Perth.
- Snyder CR. & Lopez SJ. (2007). *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths*. Thousand Oaks, Calif; London: SAGE.
- Snyder CR., Rand KL. & Sigmon DR. (2002). Hope: Theory a member of the positive psychology family. In *Handbook of Positive Psychology*. Edited by Snyder CR. & Lopez SJ. pp. 257–276. New York: Oxford University Press.
- Snyder CR. & Lopez S. (2007). *Positive psychology: The scientific and practical exploration of human strengths*. Sage Publication.
- Sørensen K, Broucke S, Fullam J, Doyle G, Jürgen P, Slonska Z, & Helmut B. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health, 12*, 80. doi:10.1186/1471-2458-12-80.
- Stake RE. (2000). Case studies. In N. K. Denzin, Lincoln, Yvonna S. (Ed.), *Handbook of Qualitative Research second edition* (pp. 134-164). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Sutipan P, Intarakamhang U., & Ann Macaskill. (2017). The impact of positive psychological interventions on well-being in healthy elderly people. *Journal of Happiness Studies, 18*(1), 269-291. doi:10.1007/s10902-015-9711-z.
- Sutipan P. & Intarakamhang U. (2017). Healthy lifestyle behavioral needs among the elderly with hypertension in Chiang Mai, Thailand. *International Journal of Behavioral Science, 12*(1), 1-12.
- Tabachnick BG. & Fidell LS. (2001). *Using multivariate statistics*. Needham Heights, MA, Allyn & Bacon.
- The Henry J. Kaider Family Foundation. (2003). *Women, work, and family health: A balancing act*.
- Todd IH., et al. (2006). Developmental trajectories of family management and risk for violent behavior in adolescence. *Journal of Adolescent Health, 36*, 206-213.

- UNESCO, Young Child and Family Environment Unit Education Sector. (1994). *Final report on UNESCO activities for the International Year*. Paris.
- UNICEF Executive Board. (2004). *Tenth anniversary of the international year of the family (IYF): The challenges to families with children and the UNICEF action plan for 2004 background paper for the oral report*, from <http://www.unicef.org/about/execboard/files/IYFpaper.pdf>
- Von Wagner C, Steptoe A, Wolf MS, & Wardle J. (2009). Health literacy and health action: a review and a framework from health psychology. *Health Educ Behav*, 36, 860-77.
- Weiss R. (1974). *The provision of social relationship*. In *doing unto others*. Edited by Zick, R. pp. 17-26. Englewood cliffs: NJ. Prentice Hall.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion Glossary*. Geneva: WHO Web Site.
- World Health Organization. (2009). *Health literacy and health promotion. definitions, concepts and examples in the eastern mediterranean region. Individual Empowerment Conference Working Document*. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development. Nairobi, Kenya, 26-30.
- World Health Organization. (2014). *Global status report on noncommunicable disease*. WHO Web Site; Retrieved on Jan 27, 2016. from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1.
- Yin R. K. (1993). *Applications of case study research*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

ภาคผนวก

ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

คุณภาพเครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้าน

1. ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคและพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์

ข้อที่	ข้อปฏิบัติ	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าความยากง่าย
1	อาหารชนิดใดที่เสี่ยงต่อการทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ มากที่สุด	0.44	0.78
2	การกินผักหลายชนิดที่แตกต่างกันอย่างน้อยวันละประมาณครึ่งกิโลกรัม จะช่วยป้องกันไม่ให้ป่วยด้วยโรคใดได้ มากที่สุด	0.68	0.66
3	การออกกำลังกายอย่างไรถึงจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงได้	0.94	0.53
4	บุคคลในข้อใด ที่มีการจัดการกับอารมณ์ของตนเอง ได้ดีที่สุด	0.66	0.67
5	บุคคลในข้อใดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการสูบบุหรี่ สูงที่สุด	0.54	0.73
6	การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลกระทบต่อปัญหาใด มากที่สุด	0.22	0.89

ค่าความเชื่อมั่น k20 = 0.516

2. คุณภาพเครื่องมือ การเข้าถึง การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ

ข้อที่	ข้อปฏิบัติ	ค่าอำนาจจำแนก
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ		
1	เมื่อต้องการรู้เรื่องข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาและเลือกแหล่งข้อมูลได้โดยง่าย เช่น ถามผู้รู้ ดูจากสื่อ อ่านหนังสือ ค้นหาในอินเทอร์เน็ต ได้บ่อยครั้งแค่ไหน	.482
2	. ท่านมีการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในด้านารรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย ควบคุมอารมณ์และ ลดปัญหาจากการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือการเข้ารับบริการสุขภาพ จากหลายแหล่ง บ่อยครั้งแค่ไหน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องทันสมัย น่าเชื่อถือ	.482
ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) = .650		
การสื่อสารสุขภาพ		
3	. ท่านอ่านเองหรือฟังคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพจากบุคคลอื่น แล้วพบว่า ตนเอง ไม่ เข้าใจเนื้อหานั้น บ่อยครั้งแค่ไหน	.613
4	ท่านได้เล่าเรื่อง หรือพูดคุย หรืออ่านเขียนข้อมูลเกี่ยวกับ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ครอบครัว เพื่อนหรือผู้อื่นเข้าใจ บ่อยครั้งแค่ไหน	.491
5	ท่านมีการโน้มน้าวให้บุคคลอื่น ยอมรับข้อมูลที่ถูกต้อง หรือแนะนำให้สามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ ได้บ่อยครั้ง แคไหน	.557
ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) = .788		
การจัดการตนเอง		
6	ท่านหมั่นสังเกต ปริมาณและคุณค่าอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ พร้อมวางแผนออกกำลังกายของตนเองให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ บ่อยครั้งแค่ไหน	.573
7	ท่านประเมินและทบทวน สภาพอารมณ์ของตนเอง ถ้าพบว่าเครียด ท่านจะจัดการเพื่อลดความเครียดนั้นลง ด้วยวิธีที่ดีต่อสุขภาพของท่าน บ่อยครั้งแค่ไหน	.676
8	ท่านจัดสภาพแวดล้อมรอบตัวท่าน เพื่อช่วยให้ท่านปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีมากขึ้น บ่อยครั้งแค่ไหน	.563
ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) = .768		
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ		
9	เมื่อท่านสนใจในสินค้าที่โฆษณาผ่านสื่อต่าง ๆ ท่านต้องหาข้อมูลเพิ่มเติมจากหลายแหล่ง เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อ บ่อยครั้งแค่ไหน	.632

ข้อที่	ข้อปฏิบัติ	ค่าอำนาจจำแนก
10	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมหรือก่อนยอมรับข้อมูล/สินค้า นั้น ท่านได้วิเคราะห์ข้อดีข้อเสียเพื่อประเมินเนื้อหาโดยไม่เชื่อหรือปฏิบัติตามทันที บ่อยครั้งแค่ไหน	.632
ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) = .765		

3. คุณภาพเครื่องมือการตัดสินใจเพื่อสุขภาพที่ดี

ข้อที่	ข้อปฏิบัติ	ค่าอำนาจจำแนก
1	หากท่านได้รับเชิญไปงานขึ้นบ้านใหม่ที่บ้านเพื่อน แล้วเพื่อนชักชวนให้ท่านรับประทานอาหารหวาน มีไข สูง ท่านตัดสินใจทำอะไร	.418
2	หากท่านและเพื่อนของท่าน ออกกำลังกายด้วยกันเป็นประจำ แต่ปรากฏว่ามีอยู่วันหนึ่งที่เพื่อนบอกว่าไม่อยากจะออกกำลังกายอีกแล้ว ท่านจะปฏิบัติเช่นไร	.451
3	หากท่านไปงานแต่งงาน แล้วเพื่อนชวนดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ ท่านจะปฏิบัติตนอย่างไร	.405

ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .602

คุณภาพเครื่องมือพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อที่	ข้อปฏิบัติ	ค่าอำนาจจำแนก
1	ท่านมีการควบคุมปริมาณอาหารและควบคุมรสชาติของอาหารไม่ให้หวาน มัน หรือเค็มจัดในทุกมื้อ บ่อยแค่ไหน	.481
2	ท่านรับประทานผักและผลไม้สด สะอาด วันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม บ่อยแค่ไหน	.640
3	ท่านมีการเคลื่อนไหวหรือออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยมีเหงื่อออก บ่อยแค่ไหน	.200
4	ท่านมีการจัดการกับความเครียดและปัญหาของตนเอง ด้วยการมองโลกในแง่ดี บ่อยแค่ไหน	.406
5	ท่านสูบ หรือ สูดควันบุหรี่ บ่อยแค่ไหน	.381
6	ท่านดื่มสุรา หรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ บ่อยแค่ไหน	.303
7	ท่านหมั่นสังเกตและตรวจสุขภาพตนเองก่อน โดยไม่ต้อง รอให้เจ็บป่วยถึงค่อยไปพบแพทย์ บ่อยแค่ไหน	.434
8	ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือแลกเปลี่ยนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกับคนในชุมชนหรือสังคมบ่อยแค่ไหน	.630

ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .726

สุขภาวะครอบครัว

ข้อที่	ข้อปฏิบัติ	ค่าอำนาจจำแนก
1	ท่านรู้สึกดีใจที่สุขภาพร่างกายของท่านแข็งแรงดี	.688
2	ท่านรู้สึกสบายใจที่สุขภาพร่างกายของคู่สมรส ของท่านแข็งแรงดี (ปรับภาษา)	-.047
3	ท่านคิดว่าชีวิตของตนเอง มีความสุข สงบ พอเพียง	.776
4	ท่านมีสติ สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี หากมีเหตุการณ์ ต่าง ๆ เข้ามาในชีวิต	.227
5	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายกับการดำเนินชีวิตประจำวัน (ปรับภาษา)	.150
6	ท่านรู้สึกภูมิใจที่ตนเองมีคุณค่าต่อครอบครัวและสังคม	.558
7	ท่านกับคู่สมรสยึดหลักธรรมทางศาสนาในการประกอบการตัดสินใจและการแก้ปัญหา	.861
8	ท่านได้รับการเอาใจใส่ เกื้อกูลจากคู่สมรสเป็นอย่างดี	.351
9	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายคู่สมรส (ปรับภาษา)	.099
10	ท่านมีความสุขกับการได้อยู่ร่วมกับคู่สมรส	.363
11	ท่านพึงพอใจกับชีวิตคู่ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	.558
12	ท่านยอมรับจุดเด่นและจุดด้อยของตนเองและคู่สมรสได้ (ปรับภาษา)	.145

ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .722

ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก

ข้อที่	ข้อปฏิบัติ	ค่าอำนาจจำแนก
1	ท่านมั่นใจว่า ท่านสามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นมายาวนาน และหาทางแก้ไขให้สำเร็จได้	.843
2	หากต้องพุดคุยถึงวิธีการใช้ชีวิตอย่างมีความสุข ท่านมั่นใจว่าสามารถมีส่วนร่วมในการพุดคุยในเรื่องนี้ได้เป็นอย่างดี	.662

ข้อที่	ข้อปฏิบัติ	ค่าอำนาจจำแนก
3	ท่านมั่นใจว่า ท่านสามารถทำงานได้สำเร็จตามที่คาดหวังได้	.811
4	ท่านมั่นใจว่า ท่านสามารถเตรียมรับมือความเสี่ยงในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ดี	.788
5	ปัจจุบันท่านเต็มไปด้วยพลังเชิงบวกในการดำเนินชีวิตให้มีความสุขได้	.783
6	ท่านเชื่อว่าปัญหาทุกอย่างมีวิธีการที่สามารถแก้ไขได้	.717
7	ท่านคิดว่าตนเองประสบความสำเร็จในชีวิต	.850
8	ถึงแม้จะมีความไม่แน่นอนเกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต แต่ท่านก็ยังเห็นว่าจะต้องมีสิ่งที่ดี ๆ เกิดขึ้นกับตัวท่าน	.717
9	ท่านจะมีมุมมองที่ดีในการใช้ชีวิต	.758
10	ท่านมองเห็นสิ่งที่ดีต่อการดำเนินชีวิตในอนาคตของท่าน	.717
11	ท่านมีวิธีคิดในการใช้ชีวิตว่า “เมื่อผ่านอุปสรรคไปแล้วมัก มีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้นตามมาเสมอ”	.870
12	ท่านสามารถจัดการชีวิตครอบครัว และชีวิตในการทำงานของตนเองให้มีความสุขได้โดยไม่ส่งผลเสียตามมา	.110
13	ท่านสามารถอดทนต่อช่วงเวลาที่มีความยากลำบากใน การดำเนินชีวิต และสามารถผ่านพ้นไปได้ด้วยดี	.373
14	ท่านสามารถปรับตัวกับสภาพปัญหาหรือสถานการณ์ ต่าง ๆ ที่ยากลำบากได้ดี	.197
15	ท่านพร้อมที่จะดูแลสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัวเพื่ออนาคตที่มั่นคง	.734

ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .924

บรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรม

ข้อที่	ข้อปฏิบัติ	ค่าอำนาจจำแนก
1	การรับรู้ถึงความเชื่อด้านสุขภาพของคนในชุมชน ท่านมีวิธีดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเองตามความเชื่อและการปฏิบัติที่บอกต่อกันมาของคนในชุมชนท่าน	.445
2	คนในครอบครัวได้ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ท่านเพื่อให้ท่านมีการดูแลรักษาสุขภาพ	.783
3	ในเรื่องการดูแลรักษาสุขภาพ ท่านพร้อมที่จะเชื่อและทำตามคำบอกเล่าของผู้เฒ่าผู้แก่หรือผู้ใหญ่ในชุมชน	.475
4	ค่านิยมตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ท่านชอบรับประทานผักหรืออาหารพื้นบ้านที่ปลูกหรือหาได้เองในชุมชนมากกว่าที่จะหาซื้อจากตลาดภายนอก	.749
5	ท่านและคนในครอบครัว มักชื่นชมคนที่ดูแลรักษาสุขภาพตนเองด้วยการใช้ผลิตภัณฑ์หรือวิธีการแบบชาวบ้านตามภูมิปัญญาท้องถิ่น	.626
6	การรับรู้ถึงการเป็นแบบอย่างของครอบครัว ท่านเห็นแบบอย่างที่ดีในการมีสุขภาพดีจากคนในครอบครัว	.636
7	คนในครอบครัวของท่านสนับสนุนให้ท่านใส่ใจดูแลสุขภาพ	.810
8	ท่านได้รับการปลูกฝังจากครอบครัว ในการให้ความสำคัญ กับการดูแลสุขภาพตนเอง	.620
9	คนในครอบครัวของท่าน มักชักชวนให้ท่านร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี	.562

ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .878



แบบสอบถาม สำหรับคู่สมรสทั้งสามีและภรรยาในชุมชน เป็นผู้ตอบคนละ 1 ฉบับ

คำชี้แจง

แบบสอบถามครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเรื่อง อิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคม วัฒนธรรมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพของครอบครัวในชุมชนกึ่งเมือง : การวิจัยผสมวิธี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบของคุณลักษณะและการปฏิบัติ ด้านจิตวิทยาเชิงบวก บรรทัดฐานทางสังคม วัฒนธรรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่มีต่อสุขภาวะครอบครัว ของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมืองระหว่างคู่สมรสเพศหญิงกับเพศชาย

แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 6 ตอน รวม 69 ข้อคือ

- | | |
|--|--------------|
| ตอนที่ 1 เป็นการสอบถามข้อมูล | จำนวน 6 ข้อ |
| ตอนที่ 2 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ | จำนวน 19 ข้อ |
| ตอนที่ 3 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพ | จำนวน 8 ข้อ |
| ตอนที่ 4 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับ สุขภาวะครอบครัว | จำนวน 12 ข้อ |
| ตอนที่ 5 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับ ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก | จำนวน 15 ข้อ |
| ตอนที่ 6 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับ บรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรม | จำนวน 9 ข้อ |

ขอความกรุณาท่านอ่านคำถามแต่ละข้อให้ชัดเจน และทำแบบสอบถามทุกตอนทุกข้อ ผู้วิจัยขอรับรองว่าการตอบของท่านจะเป็นความลับ และไม่สามารถระบุตัวตนของท่านจากการตอบได้ และจะรายงานผลในภาพรวมเท่านั้น

ขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่ง

รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

โทร. 089-1653520 Fax: 02-262-0809 E-mail: ungsinun@gmail.com

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หรือเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ

<input type="checkbox"/> 1. อายุ 15-25 ปี	<input type="checkbox"/> 2. อายุ 26-35 ปี
<input type="checkbox"/> 3. อายุ 36-47 ปี	<input type="checkbox"/> 4. อายุ 48-59 ปี
3. ระยะเวลาสมรส หรืออยู่ด้วยกันกับคู่สมรส มาเป็นเวลา

<input type="checkbox"/> 1. 0-10 ปี	<input type="checkbox"/> 2. 11-20 ปี	<input type="checkbox"/> 5. มากกว่า 40 ปี
<input type="checkbox"/> 3. 21-30 ปี	<input type="checkbox"/> 4. 31-40 ปี	
4. ลักษณะการอยู่อาศัยร่วมกันเป็นส่วนใหญ่ ระหว่างท่านกับคู่สมรส

<input type="checkbox"/> 1. อาศัยอยู่ด้วยกันตลอด	<input type="checkbox"/> 2. อยู่ด้วยกันบ้างไม่อยู่บ้าง	<input type="checkbox"/> 3. แยกกันอยู่
<input type="checkbox"/> 4. อื่น ๆ โปรดระบุ		

5. ท่านจบการศึกษาสูงสุด หรือกำลังศึกษาระดับชั้นใด
1. ไม่ได้เรียนหนังสือ 2. ประถมศึกษา 3. มัธยมศึกษาตอนต้น
4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. 5. อนุปริญญา/ปวส. 6. ปริญญาตรีขึ้นไป
6. ลักษณะงานหลัก (อาชีพ) ที่ทำในชีวิตประจำวันเป็นแบบใด
1. เกษตรกร เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน เป็นต้น
2. ค้าขาย/ทำธุรกิจ 3. รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
4. พนักงานโรงงาน/บริษัท/เอกชน 5. ไม่มีอาชีพ/เป็นแม่บ้าน/ทำงานบ้าน
6. อื่น ๆ โปรดระบุ

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.1. ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคและพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และ อารมณ์

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือ × หรือ ○ ที่ตัวเลือก ก ข ค ง ที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

- อาหารชนิดใดที่เสี่ยงต่อการทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ **มากที่สุด**
 - อาหารที่มีรสเปรี้ยว เผ็ด ขมจัด
 - อาหารที่ใช้การปิ้งย่าง เผา ทอดน้ำมันซ้ำ
 - อาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม
 - อาหารอบแห้ง หมัก ดอง
- การรับประทานผักหลายชนิดในปริมาณที่มากพอ จะช่วยป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคใดได้ **มากที่สุด**
 - ความดันโลหิตสูง
 - มะเร็ง
 - เบาหวาน
 - ไขมันในเลือดสูง
- การออกกำลังกายอย่างไรถึงจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง **ได้ดี**
 - ออกกำลังกายอย่างหนักแล้วพักดื่มน้ำให้มากอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน
 - ออกกำลังกายอย่างหนักทุกวันต่อเนื่องอย่างน้อยวันละ 60 นาที
 - ออกกำลังกายด้วยการทำงานบ้านทุกวัน อย่างน้อยวันละ 30 นาที
 - ออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30 นาที
- บุคคลในข้อใด ที่จัดการกับอารมณ์ของตนเอง **ได้ดี**
 - วิเคราะห์ คิดหาทางแก้ปัญหาเกี่ยวกับทุกเรื่องได้สำเร็จ
 - ขี้ขลาด หมดหวังตัวไม่ให้มีภัย ศัตรู หรืออุบัติเหตุเกิดขึ้นกับตนเอง
 - หงุดหงิด ตั้งใจทำงานของตนเองอย่างมีสติด้วยใจที่เป็นสุข
 - น้อยหน้า เข้าวัดฟังธรรมแม้จะไม่อยากเข้าก็ตาม
- บุคคลในข้อใดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการสูบบุหรี่ **สูงที่สุด**
 - ด.ช. นิต รับประทานข้าวพร้อมกับพ่อที่กำลังสูบบุหรี่ เกือบทุกมื้อ
 - นายน้อย สูบบุหรี่ไปคุดไป
 - นางสาวแดง ลองหัดสูบบุหรี่ ตามคำชวนของเพื่อน
 - นายชด สูบบุหรี่ทุกครั้งเมื่อมีความเครียด
- การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลกระทบต่อปัญหาใด **มากที่สุด**
 - โรคตับแข็ง ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุ
 - โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน
 - โรคอ้วน โรคกระเพาะ โรคปอด
 - โรคกระดูก โรคเครียด โรคไตวายเฉียบพลัน

2.2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสาร การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องความถี่ในการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อความ	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ทุก ครั้ง (5)	บ่อย ครั้ง (4)	บาง ครั้ง (3)	นาน ๆ ครั้ง (2)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (1)
1. เมื่อต้องการรู้เรื่องข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ท่านสามารถค้นหาและเลือกแหล่งข้อมูลได้ง่าย เช่น ถามผู้รู้ ดูจากสื่ออ่านหนังสือ ค้นหาในอินเทอร์เน็ต ได้บ่อยครั้งแค่ไหน					
2. ท่านมีการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในด้าน การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย ควบคุมอารมณ์และลดปัญหาจาก การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือการเข้ารับบริการสุขภาพ จากหลายแหล่ง บ่อยครั้งแค่ไหน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย น่าเชื่อถือ					
3. ท่านอ่านเองหรือฟังคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพจากบุคคลอื่น แล้วพบว่า ตนเองไม่เข้าใจเนื้อหาที่นั้น บ่อยครั้งแค่ไหน					
4. ท่านได้เล่าเรื่อง หรือพูดคุย หรืออ่านเขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ครอบครัว เพื่อนหรือผู้อื่น เข้าใจ บ่อยครั้งแค่ไหน					
5. ท่านมีการโน้มน้าวให้บุคคลอื่น ยอมรับข้อมูลที่ถูกต้อง หรือแนะนำให้สามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ ได้บ่อยครั้งแค่ไหน					
6. ท่านหมั่นสังเกต ปริมาณและคุณค่าอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ พร้อมวางแผนออกกำลังกายของตนเองให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ บ่อยครั้งแค่ไหน					
7. ท่านประเมินและทบทวน สภาพอารมณ์ของตนเอง ถ้าพบว่า เครียด ท่านจะจัดการเพื่อลดความเครียดนั้นลง ด้วยวิธีที่ดีต่อสุขภาพของท่าน บ่อยครั้งแค่ไหน					
8. ท่านจัดสภาพแวดล้อมรอบตัวท่าน เพื่อช่วยให้ท่านปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีมากขึ้น บ่อยครั้งแค่ไหน					
9. เมื่อท่านสนใจในสินค้าที่โฆษณาผ่านสื่อต่าง ๆ ท่านต้องหาข้อมูลเพิ่มเติมจากหลายแหล่ง เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือก่อนตัดสินใจซื้อ บ่อยครั้งแค่ไหน					
10. ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมหรือก่อนยอมรับข้อมูล/สินค้านั้น ท่านได้วิเคราะห์ข้อดีข้อเสียเพื่อประเมินเนื้อหาโดยไม่เชื่อหรือปฏิบัติตามทันที บ่อยครั้งแค่ไหน					

2.3 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเอง

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือ × หรือ ○ ที่ตัวเลือก ก ข ค ง ที่ตรงกับที่ท่านปฏิบัติ/คาดว่าจะปฏิบัติ

1. หากท่านได้รับเชิญไปงานขึ้นบ้านใหม่ที่บ้านเพื่อน แล้วเพื่อนชักชวนให้ท่านรับประทานอาหารหวาน มีไขมันสูง ท่านตัดสินใจทำอย่างไร
 - ก. รับประทานอาหารตามคำเชิญนั้นทันทีเพื่อรักษาความเป็นเพื่อนที่เหนียวแน่น
 - ข. รับประทานอาหารตามคำเชิญนั้น แต่รับประทานอาหารช้า ๆ ในปริมาณที่น้อย ๆ
 - ค. ขอบคุณและเตือนเพื่อน พร้อมเลี้ยงไปรับประทานอาหารอื่นที่ดีต่อสุขภาพแทน
 - ง. ขอบคุณและบอกว่าตนเองมีปัญหาทางสุขภาพไม่สามารถรับประทานอาหารดังกล่าวได้
2. หากท่านและเพื่อนของท่าน ออกกำลังกายด้วยกันเป็นประจำ แต่ปรากฏว่ามีอยู่วันหนึ่ง ที่เพื่อนบอกว่าไม่อยากจะออกกำลังกายอีกแล้ว ท่านจะปฏิบัติเช่นไร
 - ก. พยายามชักจูงเพื่อนให้ไปออกกำลังกายด้วยกัน โดยใช้ให้เห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น
 - ข. ไปออกกำลังกายต่อตามลำพัง ถ้าหากเกิดการออกกำลังกายก็จะค่อยหยุดออกกำลังกายเหมือนเพื่อน
 - ค. ไปออกกำลังกายตามลำพัง ถึงแม้ว่าจะไม่มีเพื่อนไปออกกำลังกายด้วยกันก็ตาม
 - ง. หยุดออกกำลังกายไปพร้อม ๆ กับเพื่อน
3. หากท่านไปงานแต่งงาน แล้วเพื่อนชวนดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ ท่านจะปฏิบัติตนอย่างไร
 - ก. ตอบรับตามคำชวนของเพื่อนทันที เพื่อไม่ให้เสียความเป็นเพื่อนไป
 - ข. ดื่มหรือสูบบุหรี่บ้างแต่พอเล็กน้อย เพื่อไม่ให้เสียมารยาท
 - ค. ปฏิเสธพร้อมให้เหตุผลถึงความไม่ปลอดภัยต่อตนเองและคนรอบข้าง
 - ง. นั่งเป็นเพื่อนได้โดยไม่ดื่มหรือสูบบุหรี่ตามคำชวน

ตอนที่ 3: พฤติกรรมสุขภาพ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ของแต่ละข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านในช่วงปัจจุบันนี้

ข้อปฏิบัติ	ความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย/สัปดาห์				
	6-7วัน/ สัปดาห์ (5)	4-5วัน/ สัปดาห์ (4)	3 วัน/ สัปดาห์ (3)	1-2วัน/ สัปดาห์ (2)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (1)
1. ท่านมีการควบคุมปริมาณอาหารและควบคุมรสชาติของอาหารไม่ให้หวาน มัน หรือเค็มจัดในทุกมื้อ บ่อยแค่ไหน					
2. ท่านรับประทานอาหารผักและผลไม้สด สะอาด วันละอย่างน้อยครั้ง กิโลกรัม บ่อยแค่ไหน					
3. ท่านมีการเคลื่อนไหวหรือออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง จนรู้สึกเหนื่อยหรือมีเหงื่อออก บ่อยแค่ไหน					
4. ท่านมีการจัดการกับความคิดและปัญหาของตนเอง ด้วยการมองโลกในแง่ดี บ่อยแค่ไหน					
5. ท่านสูบ หรือ สูดควันบุหรี่ บ่อยแค่ไหน					
6. ท่านดื่มสุรา หรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ บ่อยแค่ไหน					
7. ท่านหมั่นสังเกตและตรวจสุขภาพตนเองก่อน และไม่ต้องรอ ให้เจ็บป่วยถึงจะไปพบแพทย์ได้ บ่อยแค่ไหน					
8. ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือแลกเปลี่ยนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกับคนในชุมชนหรือสังคม บ่อยแค่ไหน					

ตอนที่ 4: สุขภาวะครอบครัว

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ของแต่ละข้อความที่ตรงกับการรับรู้และการปฏิบัติของท่านในช่วงระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

ข้อปฏิบัติ	ระดับการรับรู้และการปฏิบัติ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. ท่านรู้สึกดีใจที่สุขภาพร่างกายของท่านแข็งแรงดี					
2. ท่านรู้สึกสบายใจที่สุขภาพร่างกายของคู่สมรสของท่านนั้นยังคงแข็งแรงดีอยู่					
3. ท่านคิดว่าชีวิตของตนเอง มีความสุขสงบ พอเพียง					
4. ท่านมีสติ สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี หากมีเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ามาในชีวิต					
5. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายกับ การใช้ชีวิตประจำวันของท่าน					
6. ท่านรู้สึกภูมิใจที่ตนเองมีคุณค่าต่อครอบครัวและสังคม					
7. ท่านกับคู่สมรสยึดหลักธรรมทางศาสนาในการประกอบ การตัดสินใจและการแก้ปัญหา					
8. ท่านได้รับการเอาใจใส่ เกื้อกูลจากคู่สมรสเป็นอย่างดี					
9. ท่านรู้สึกเบื่อหน่าย กับการใช้ชีวิตคู่					
10. ท่านมีความสุขกับการได้อยู่ร่วมกับคู่สมรส					
11. ท่านพึงพอใจกับชีวิตคู่ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน					
12. ท่านยอมรับจุดด้อยของคู่สมรสและจุดด้อยของตนเองได้					

ตอนที่ 5: ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ของแต่ละข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านในช่วงปัจจุบันนี้

ข้อความ	ระดับของความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. ท่านมั่นใจว่า ท่านสามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นมายาวนาน และหาทางแก้ไขให้สำเร็จได้					
2. หากต้องพูดคุยถึงวิธีการใช้ชีวิตอย่างมีความสุข ท่านมั่นใจว่า สามารถมีส่วนร่วมในการพูดคุยในเรื่องนี้ได้เป็นอย่างดี					
3. ท่านมั่นใจว่า ท่านสามารถทำงานได้สำเร็จตามที่คาดหวังได้					
4. ท่านมั่นใจว่า ท่านสามารถเตรียมรับความเสี่ยงในการเผชิญ ปัญหาต่าง ๆ ได้ดี					
5. ปัจจุบันท่านเต็มไปด้วยพลังเชิงบวกในการดำเนินชีวิตให้มีความสุข					
6. ท่านเชื่อว่าปัญหาทุกอย่างมีวิธีการที่สามารถแก้ไขได้					
7. ท่านคิดว่าตนเองประสบความสำเร็จในชีวิต					
8. ถึงแม้จะมีความไม่แน่นอนเกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต แต่ท่านก็ยังเห็นว่าจะต้องมีสิ่งที่ดี ๆ เกิดขึ้นกับตัวท่าน					

ข้อความ	ระดับของความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
9. ท่านจะมีมุมมองที่ดีในการใช้ชีวิต					
10. ท่านมองเห็นสิ่งที่ดีต่อการดำเนินชีวิตในอนาคตของท่าน					
11. ท่านมีวิธีคิดในการใช้ชีวิตว่า “เมื่อผ่านอุปสรรคไปแล้วมักมีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้นตามมาเสมอ”					
12. ท่านสามารถจัดการชีวิตครอบครัว และชีวิตในการทำงานของตนเองให้มีความสุขได้โดยไม่ส่งผลเสียตามมา					
13. ท่านสามารถอดทนต่อช่วงเวลาที่มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต และสามารถผ่านพ้นไปได้ด้วยดี					
14. ท่านสามารถปรับตัวกับสภาพปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ยากลำบากได้ดี					
15. ท่านพร้อมที่จะดูแลสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัวเพื่ออนาคตที่มั่นคง					

ตอนที่ 6: บรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรม

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับความคิดเห็นที่เป็นจริง

ข้อความ	ระดับของความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
การรับรู้ถึงความเชื่อด้านสุขภาพของคนในชุมชน					
1. ท่านมีวิถีดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเองตามความเชื่อและการปฏิบัติที่บอกต่อกันมาของคนในชุมชนท่าน					
2. คนในครอบครัวได้ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ท่านเพื่อให้ท่านมีการดูแลรักษาสุขภาพ					
3. ในเรื่องการดูแลรักษาสุขภาพ ท่านพร้อมที่จะเชื่อและทำตามคำบอกเล่าของผู้เฒ่าผู้แก่หรือผู้ใหญ่ในชุมชน					
ค่านิยมตามภูมิปัญญาท้องถิ่น					
4. ท่านชอบรับประทานผักหรืออาหารพื้นบ้านที่ปลูกหรือหาได้เองในชุมชนมากกว่าที่จะหาซื้อจากตลาดภายนอก					
5. ท่านและคนในครอบครัว มักชื่นชมคนที่ดูแลรักษาสุขภาพตนเองด้วยการใช้ผลิตภัณฑ์หรือวิธีการแบบชาวบ้านตามภูมิปัญญาท้องถิ่น					
การรับรู้ถึงการเป็นแบบอย่างของครอบครัว					
6. ท่านเห็นแบบอย่างที่ดีในการมีสุขภาพดีจากคนในครอบครัว					
7. คนในครอบครัวของท่านสนับสนุนให้ท่านใส่ใจดูแลสุขภาพ					
8. ท่านได้รับการปลูกฝังจากครอบครัว ในการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตนเอง					
9. คนในครอบครัวของท่าน มักชักชวนให้ท่านร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี					

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี