

Psychosocial Factors Related to Health Quotient of Health Care Providers in the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University¹

Rungaroon Phuengyaem²
Ungsinun Intarakamhang³
Narisara Peungposop⁴

Received: January 18, 2012

Accepted: May 16, 2012

Abstract

This research was a comparative-correlation study with important three objectives: 1) To investigate the relationship between psychosocial factors related to health quotient. 2) Predict to Health Quotient of health care providers 3) To find the interaction between psychological characteristics and social-situational influencing responsibility Health Quotient. The samples are 300 health care providers in the Ramathibodi hospital were selected by stratified random sampling. Eight instruments in the data collection were summated rating scales. Then data were analyzed and presented by descriptive statistic, Pearson's Product Moment Correlation, Step-Wise Multiple Regression Analysis, and two-way ANOVA. The results revealed as follows: 1) The reference modeling in health behavior, receiving health information, perceived incentives of self-care, internal locus of control, future orientation and self control, perceived self-efficacy in health behavior, attitude toward self-care were positively related to Health Quotient of health care providers ($p < 0.01$). 2) Perceived self-efficacy in health behavior, reference modeling in health behavior, attitude toward self-care and perceived incentives of self-care could predict 54.6% of the variance in Health Quotient of health care providers ($p < 0.05$). 3) There wasn't interaction effect between situational factors and psychological traits to Health Quotient

Keywords: Health Quotient, health behavior, self-care

1 Thesis for The Master degree in Applied Behavioral Science Research

2 Graduate Student, Master degree in Applied Behavioral Science Research, Srinakharinwirot University
E-mail: rung-555@sanook.com, Tel. 668-9897-8180

3 Associate Professor in Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

4 Lecturer in Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับเข่าร้าวของบุคลากรทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล¹

รุ่งอรุณ พึ่งแย้ม²

อังคินันท์ อินทรกำแหง³

นริศรา พึ่งโพธิ์สง⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยความสัมพันธ์เปรียบเทียบครั้งนี้ เพื่อศึกษา 1) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับเข่าร้าว 2) ทำนายเข่าร้าวของบุคลากรทางการแพทย์ และ 3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกลุ่มจิตลักษณะเดิมและตัวแปรกลุ่มสถานการณ์ทางสังคมที่ส่งผลต่อเข่าร้าว ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยม กลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นเป็นบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 300 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบมาตรวัดประเมินรวมค่า 6 ระดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละขั้น และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง ผลการวิจัยพบว่า 1) การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง การได้รับสิ่งสูงใจในการดูแลสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน และลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนเองมีความสัมพันธ์กันทางบวก ($r = .197 - .644$) กับเข่าร้าวของบุคลากรทางการแพทย์ ($p < 0.01$) 2) การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ และการได้รับสิ่งสูงใจในการดูแลสุขภาพ สามารถทำนายเข่าร้าวของบุคลากรทางการแพทย์ได้ร้อยละ 54.6 ($p < 0.05$) 3) ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสถานการณ์ทางสังคมกับจิตลักษณะเดิมที่มีต่อเข่าร้าว

คำสำคัญ: เข่าร้าว, พฤติกรรมสุขภาพ, การดูแลตนเอง

¹ ปริญญาโทวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)

² นิสิตระดับมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

E-mail: rung-555@sanook.com, โทร. 089-8978180

³ รองศาสตราจารย์ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

⁴ อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา นอกจากจะส่งผลให้สังคมไทยเปลี่ยนสภาพจากสังคมชนบทสู่สังคมเมืองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อประชากรโดยเฉพาะสุขภาพของประชากร มีการปรับทิศทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโดยใช้หลักการ “สร้าง นำ ช่อม” นอกจากจะทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลงแล้ว ยังส่งผลให้บุคคลเกิดภาวะที่เป็นสุข (Wellness or wellbeing) ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และพร้อมที่จะเผชิญสิ่งท้าทายต่างๆ ได้ (พริ้มเพรา ผลเจริญสุข, 2545: 9) ชาวไทยสุขภาพถูกนำมาใช้โดยอาศัยหลักความรู้ทางการแพทย์ การประเมินความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่เชื่อมโยงกับวิถีการดำเนินชีวิตในปัจจุบันของบุคคล ให้บุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองและทำนายสุขภาพในอนาคตได้ รวมทั้งมองความสามารถในการจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองเพื่อคงไว้ ดำรงไว้ ซึ่งการมีสุขภาพดี ซึ่งเป็นหลักการเดียวกับพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการกระทำของปัจเจกบุคคลเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือ บำรุงรักษาสุขภาพ โดยที่ผ่านมามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1987) เป็นการเน้นให้บุคคลกระทำจนเป็นแบบแผนชีวิตเพื่อให้ผลดีต่อสุขภาพส่วนบุคคลให้แข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากความเจ็บป่วย และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข แต่สำหรับชาวไทยสุขภาพได้มองรวมไปถึงความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตทั้งด้านความปลอดภัยส่วนบุคคล สังคม จนถึงสิ่งแวดล้อมที่จะมากระทบต่อสุขภาพของบุคคล เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ยืนยาวและแข็งแรง โดยอาศัยแนวคิดของสุขภาพที่ดีสมบูรณ์ (Wellness) ประกอบด้วย 7 มุมมองหลัก คือ ร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม การประกอบอาชีพ และจิตวิญญาณ (Hogger & Hoeger, 2005: 5) ในการศึกษาครั้งนี้ได้ให้ความหมายของชาวไทยสุขภาพ ว่าเป็นพฤติกรรมการ

ดำรงชีวิตอย่างปลอดภัย ปราศจากความเสี่ยงด้านสุขภาพ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสภาพแวดล้อมที่ดีมีความเป็นอยู่อย่างปกติสุข ประกอบด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรม 9 ด้าน คือ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การรับประทานอาหารถูกหลักโภชนาการ การป้องกันตนจากสิ่งเสพติด การมีสุขอนามัยส่วนบุคคล การจัดการความเครียด การจัดการอารมณ์ความรู้สึก ความปลอดภัยของร่างกาย การป้องกันโรค และการมีอนามัยสิ่งแวดล้อม (อังคินันท์ อินทรกำแหง และ ภัทรารุณ อินทรกำแหง, 2550) ชาวไทยสุขภาพเป็นการจัดการกับความรู้ทั้งการเรียนรู้โดยตรงหรือโดยอ้อมที่เกี่ยวกับด้านสุขภาพตามที่บุคคลเข้าใจร่วมกับลักษณะนิสัยและคุณลักษณะทางจิตใจและอารมณ์ของบุคคลนั้น ตัดสินใจกระทำพฤติกรรมทางสุขภาพออกมาให้เห็น (Tze, Wah Jun, 2000) และชาวไทยสุขภาพยังเป็นการสะท้อนถึงควมมีสติด้านสุขภาพ (Health consciousness) ความรู้ด้านสุขภาพ (Health knowledge) และระดับสุขภาพ (Health level) ของส่วนบุคคลและชุมชนได้ (Enchang, Li, 2001)

ประชากรวัยทำงานเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ร้อยละ 60 ของประชากรทั้งประเทศและเป็นการสำคัญที่ผลักดันเศรษฐกิจของประเทศให้เจริญรุดหน้า บุคลากรทางการแพทย์เป็นกลุ่มหนึ่งในประชากรวัยทำงานที่มีความสำคัญกับประเทศ และเป็นทุนมนุษย์ที่สำคัญของหน่วยงาน ถ้าผู้ปฏิบัติงานมีปัญหาสุขภาพมาก ย่อมส่งผลกระทบต่อพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล จากเหตุผลดังกล่าว ชาวไทยสุขภาพจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่เหมาะสมในการเริ่มต้นรู้จักสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพของคนไทยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและยืนยาว โดยเฉพาะการให้บุคคลมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (Self care) ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior change) ทั้งกระบวนการปรับเปลี่ยนทางจิตและทางสภาพร่างกายหรือพฤติกรรมภายในและภายนอกเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามวิถีชีวิตของแต่ละปัจเจกบุคคลรวมถึง

ความปลอดภัยในการดำรงชีวิต ในครั้งนี้จึงสนใจศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับเข่าสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์

แนวคิดเกี่ยวกับเข่าสุขภาพ (Health Quotient) เกิดขึ้นจากการนำแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ และแนวคิดการดูแลตนเองที่เป็นผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง มาใช้เพื่อให้บุคคลเป็นหลักในการในการดำเนินชีวิตให้มีสุขภาพแข็งแรงปลอดภัยและมีความสุข รวมทั้งรู้จักภาวะสุขภาพของตนเองเป็นสำคัญ พฤติกรรมสุขภาพที่นำมาประยุกต์ใช้กับเข่าสุขภาพ เป็นพฤติกรรมด้านทักษะพิสัยหรือการปฏิบัติ ซึ่งหมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ หรือการแสดงออกของบุคคลที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ และการงดเว้นไม่กระทำหรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ในลักษณะและรูปแบบของการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพแข็งแรงปลอดภัย ชะลอการเจ็บป่วยหรือ ทุพพลภาพที่จะเกิดขึ้นกับตน โดยเน้นทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมรอบข้างที่มาจากเกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคล การดูแลตนเองที่นำมาประยุกต์ใช้กับเข่าสุขภาพ หมายถึง การดูแลตนเองในทักษะที่เป็นผลลัพธ์ การดูแลตนเอง คือ การปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี ไม่ได้หมายถึงคุณลักษณะหรือความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อผู้ที่มีสุขภาพดี แต่มองถึงการกระทำและการแสดงออกของบุคคล ที่ได้เลือกปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมออกมาได้เหมาะสมกับตนเองในพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ โดยอาศัยการเรียนรู้ด้วยตนเองและการสนับสนุนจากสังคมวัฒนธรรมที่เป็นสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นทั้งในวิชาชีพและนอกวิชาชีพทางด้านสุขภาพมาใช้ เพื่อนำไปสู่สุขภาพที่สุขสมบูรณ์มีคุณภาพชีวิตที่ดี

การวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบปฏิสัมพันธ์นิยมเป็นกรอบแนวคิดหลักในการประมวลเอกสาร ส่วนการกำหนดตัวแปรอื่นๆ ในแต่ละด้านผู้วิจัยนำมาจากทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้องดังนี้ ตัวแปรภายใต้

สถานการณ์ทางสังคมใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม จากการสังเกตตัวแบบ ของแบนดูรา (Bandura, 1977) เพื่อกำหนดตัวแปรการมีตัวแบบทางด้านสุขภาพ ใช้ทฤษฎีสิ่งล่อใจ ของสเปนซ์ (Spence, 1956) เพื่อกำหนดตัวแปรการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของคอบบ์ (Cobb, 1976) เพื่อกำหนดตัวแปรการได้รับข่าวสารทางสุขภาพ และตัวแปรภายใต้ลักษณะทางจิต ได้จากทฤษฎีต้นไม้อัจฉริยะธรรม ของดวงเดือน พันธุมนาวิน (2543) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตน ของแบนดูรา (Bandura, 1986) เพื่อกำหนดตัวแปรความเชื่ออำนาจในตน ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ โดยมุ่งศึกษา 1) ปัจจัยทางสถานการณ์สังคม 3 ด้าน คือ การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ และการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ 2) ปัจจัยทางจิตลักษณะเดิม 2 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน และลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน และ 3) ปัจจัยทางจิตลักษณะตามสถานการณ์ 2ด้าน คือ เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยสถานการณ์ทางสังคม ปัจจัยทางจิตลักษณะเดิมและปัจจัยทางจิตลักษณะตามสถานการณ์กับเข่าสุขภาพ
2. เพื่อทำนายเข่าสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีชีวิตสังคมแตกต่างกัน จากปัจจัยทางสถานการณ์ทางสังคมจิตลักษณะเดิม และจิตลักษณะตามสถานการณ์
3. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในกลุ่มจิตลักษณะเดิม ร่วมกับตัวแปรในกลุ่มสถานการณ์ทางสังคม ที่ส่งผลต่อเข่าสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

1. การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ การได้รับ

สิ่งจูงใจทางสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเขารู้สึกสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์

2. การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ การได้รับสิ่งจูงใจทางสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายเขารู้สึกสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ได้ทั้งในกลุ่มรวม และกลุ่มที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน

3. ปัจจัยด้านจิตลักษณะเดิมและด้านสถานการณ์ทางสังคมเกี่ยวข้องกับเขารู้สึกสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเภทความสัมพันธ์เปรียบเทียบ ประชากรเป็นบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลรามาธิบดี กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น จำนวน 300 คน ศึกษาในระหว่างเดือน มกราคม ถึง มีนาคม 2554 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบมาตรวัดประเมินรวมค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย” มีจำนวน 8 แบบวัด ซึ่ง ประกอบด้วย แบบวัดเขารู้สึกสุขภาพ แบบวัดการมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง แบบวัดการได้รับข่าวสารทางสุขภาพ แบบวัดการได้สิ่งจูงใจทางสุขภาพ แบบวัดความเชื่ออำนาจภายในตน แบบวัดลักษณะอนาคตควบคุมตน แบบวัดเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ และแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ โดยมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับที่ .92, .80, .90, .75, .83, .80, .86, .87 ตามลำดับ ประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน การวิเคราะห์

ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละขั้น และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้มุ่งศึกษากลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 300 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์และทางพยาบาลมีสัดส่วนเท่ากันร้อยละ 50 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 87.7 เปรียบเทียบกับร้อยละ 12.3) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่าง 22-30 ปี (ร้อยละ 52) และทำงานเป็นกะ (ร้อยละ 58.7) ส่วนใหญ่เกือบ 3 ใน 4 มีรายได้รวมต่อเดือนระหว่าง 10,000-29,999 บาท (ร้อยละ 73.7) มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 74.2) และไม่มีประวัติโรคประจำตัว (ร้อยละ 77.3) รวมทั้งมีดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ 69.5) เมื่อพิจารณาตามลักษณะตัวแปรที่ศึกษาพบว่าบุคลากรทางการแพทย์คะแนนเขารู้สึกสุขภาพมีพิสัยอยู่ระหว่าง 119 - 206 คะแนน (\bar{x} = 160.35, SD=16.20) คะแนนการมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงมีพิสัยอยู่ระหว่าง 21- 60 คะแนน (\bar{x} = 42.68, SD=7.19) คะแนนการได้รับข่าวสารทางสุขภาพมีพิสัยอยู่ระหว่าง 25 - 60 คะแนน (\bar{x} = 44.25, SD=7.00) คะแนนการได้สิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ มีพิสัยอยู่ระหว่าง 23 - 60 คะแนน (\bar{x} = 42.03, SD=6.31) คะแนนความเชื่ออำนาจภายในตน มีพิสัยอยู่ระหว่าง 33 - 72 คะแนน (\bar{x} = 51.78, SD=5.90) คะแนนลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนคะแนนมีพิสัยอยู่ระหว่าง 37 - 74 คะแนน (\bar{x} = 54.31, SD=5.71) คะแนนเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพมีพิสัยอยู่ระหว่าง 68 - 120 คะแนน (\bar{x} = 93.73, SD=9.94) และคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพมีพิสัยอยู่ระหว่าง 19 - 60 คะแนน (\bar{x} = 44.09, SD= 6.00) ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง

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

หมายเหตุ: * สำหรับกลุ่มตัวแปรที่คะแนนมีค่าต่อเนื่อง ใช้ค่าเฉลี่ยในการแบ่งกลุ่มสูงกลุ่มต่ำ

2. ผลการวิจัยตามสมมติฐาน

2.1 พบว่าตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมดมีความสัมพันธ์กันทางบวกกับเชาว์สุภาพ ของบุคลากรทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) อยู่ระหว่าง .197 ถึง .644 โดยที่เชาว์สุภาพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุภาพมากที่สุด (r = .644) รองลงมา คือ

การมีตัวแบบทางสุภาพจากบุคคลอ้างอิง (r = .585) การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุภาพ (r = .565) เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุภาพ (r = .564) การได้รับข่าวสารทางสุภาพ (r = .436) ความเชื่ออำนาจภายในตน (r = .326) และมีความสัมพันธ์กับลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนน้อยที่สุด (r = .204) ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

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

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2 ในกลุ่มรวมพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนด้านสุภาพ ($\beta=.35$) การมีตัวแบบทางสุภาพจากบุคคลอ้างอิง ($\beta=.24$) เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุภาพ ($\beta=.18$) และการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุภาพ ($\beta=.15$) สามารถร่วมทำนายเชาวน์สุภาพของบุคลากรทางการแพทย์ได้ร้อยละ 54.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาในกลุ่มที่มีชีวิตสังคมแตกต่างกัน พบว่ากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีดัชนีมวลกายไม่ปกติ และกลุ่มเพศชาย ตัวทำนายอันดับแรกที่เข้าทำนาย คือ การมีแบบ

ทางสุภาพจากบุคคลอ้างอิง มีค่าเบต้าเท่ากับ .46 และ .56 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานในเวลาราชการ กลุ่มที่มีรายได้มาก และกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่ พบว่าตัวทำนาย 2 อันดับแรกเป็นจิตลักษณะตามสถานการณ์ คือ การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุภาพ และ เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุภาพที่สามารถอธิบายเชาวน์สุภาพได้ร้อยละ 48.7, 53.2 และ 39.9 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยและการทดสอบนัยสำคัญ ในการทำนายเขาว์สุขภาพของบุคลากรทาง
การแพทย์ที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน

กลุ่ม	จำนวน (คน)	% ทำนาย	R ² Adjust	ตัวทำนาย	β
รวม	300	54.6**	54.0	7,1,6,3	.35, .24, .18, .15
เพศหญิง	262	52.0**	51.2	7,1,6,3	.36, .22, .17, .15
เพศชาย	37	70.9**	69.4	1,7	.56, .41
อายุน้อย	156	58.3*	57.5	7,1,3	.47, .26, .17
อายุปานกลาง	100	49.6**	48.0	7,1,6	.30, .30, .25
อายุมาก	44	53.2***	50.9	3,7	.51, .41
รายได้น้อย	221	53.4*	52.5	7,1,3,6	.36, .26, .15, .13
รายได้มาก	79	58.0**	56.3	7,6,1	.36, .33, .26
สถานภาพสมรสโสด	222	58.4**	57.8	7,1,3	.38, .34, .17
สถานภาพสมรสคู่	72	43.4**	41.0	7,6,3	.37, .30, .21
การทำงานเวลาราชการ	124	54.6***	53.5	7,6,1	.37, .29, .27
การทำงานเป็นกะ	176	56.4*	55.3	7,1,3,2	.37, .27, .14, .13
มีโรคประจำตัว	68	62.9***	61.8	7,1	.52, .38
ไม่มีโรคประจำตัว	232	52.3*	51.5	7,1,6,3	.32, .19, .23, .15
ดัชนีมวลกายปกติ	205	57.0*	56.1	7,6,3,1	.37, .27, .15, .14
ดัชนีมวลกายไม่ปกติ	90	53.7***	52.6	1,7	.46, .39

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

หมายเหตุ:

ตัวทำนาย 1 หมายถึง การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง

2 หมายถึง การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ

3 หมายถึง การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ

4 หมายถึง ความเชื่ออำนาจภายในตน

5 หมายถึง ลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตน

6 หมายถึง เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ

7 หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนด้านสุขภาพ

กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์อายุมากพบว่า การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ สามารถอธิบายเขี้ยวสุขภาพได้ร้อยละ 53.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีโรคประจำตัวพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพ และการมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงสามารถอธิบายได้เขี้ยวสุขภาพได้ร้อยละ 62.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ดังตาราง 3)

2.3 ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานการณ์ทางสังคมกับด้านจิตลักษณะเดิมที่เกี่ยวข้องกับเขี้ยวสุขภาพ แต่พบความแปรปรวนไปในทางเดียวของ 1) บุคลากรทางการแพทย์ที่มีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงมากจะเป็นผู้ที่มีเขี้ยวสุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 2) บุคลากรทางการแพทย์ที่มีการได้รับข่าวสารทางสุขภาพมากจะเป็นผู้ที่มีเขี้ยวสุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการได้รับข่าวสารทางสุขภาพน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 3) บุคลากรทางการแพทย์ที่มีการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพมากจะเป็นผู้ที่มีเขี้ยวสุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 4) บุคลากรทางการแพทย์ที่ความเชื่ออำนาจภายในตนสูงจะเป็นผู้ที่มีเขี้ยวสุขภาพสูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยข้างต้น สามารถสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ได้ทั้งหมด, สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 ได้บางส่วน และไม่สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 3 โดยสามารถอภิปรายผลที่สำคัญได้ดังนี้

การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์สูงสุดกับเขี้ยวสุขภาพและสามารถเป็นตัวทำนายอันดับแรก เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนเองมีบทบาทสำคัญต่อการริเริ่มพฤติกรรมใหม่หรือคงพฤติกรรมเดิมไว้ บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงจะริเริ่มการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง และแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ควบคุม และหยุดยั้งพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐภรณ์ ผลึกเพชร (2548: 82) ที่ศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐจังหวัดพัทลุง พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐจังหวัดพัทลุงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของสุภาวดี พงสุภา (2551: 68) ที่ศึกษาลักษณะทางจิตสังคมและลักษณะทางพุทธิที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาล ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ ($r = .71$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และยังพบว่าตัวทำนายอันดับแรกของรวมกับการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจากครอบครัว และการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจากเพื่อนที่เข้าทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลได้ร้อยละ 53 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender, 1996: 70) ที่ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ และเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยตรงเช่นเดียวกับเขี้ยวสุขภาพ โดยเชื่อว่าบุคลากรทางการแพทย์นั้นมีความรู้พื้นฐานด้าน

สุขภาพดีย่อมรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพได้เร็วและพร้อมที่จะปรับปรุงแก้ไข เสริมสร้างพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวังไว้ได้ด้วยตนเอง

การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเขารู้สึกสุขภาพและเป็นตัวร่วมทำนายอันดับสอง สอดคล้องกับการศึกษาของเตียนใจ เทียนทอง (2546) ที่ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตการศึกษา 1 พบว่า วัยรุ่นที่มีตัวแบบด้านสุขภาพจากพ่อแม่สูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าวัยรุ่นที่มีตัวแบบด้านสุขภาพจากพ่อแม่ต่ำ ยังพบในงานวิจัยของ ชัยยุทธ กุลตั้งวัฒนา และคนอื่น ๆ (2547) ว่า มัคคุเทศก์ที่มีแบบอย่างที่ดีมากมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพอนามัยของนักท่องเที่ยวมากกว่ามัคคุเทศก์ที่มีแบบอย่างที่ดีน้อย ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของแบนดูรา (1977) ที่ให้ความสำคัญแก่ลักษณะของสถานการณ์ซึ่งจะเป็นเครื่องกระตุ้นให้บุคคล กระทำพฤติกรรมซ้ำๆ จนกลายเป็นนิสัยของบุคคลนั้นไปในที่สุด การเลียนแบบเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่แปลกใหม่หรือแตกต่างไปจากเดิมได้โดยง่าย บุคลากรทางการแพทย์ย่อมได้รับอิทธิพลจากสังคมแวดล้อมที่ต้องดูแลตนเองมาก เนื่องจากความคาดหวังของสังคมที่ต้องเป็นตัวอย่างด้านสุขภาพ

เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเขารู้สึกสุขภาพและเป็นตัวร่วมทำนาย สอดคล้องกับการศึกษาของอดัมศักดิ์ แสงวานิช(2546:84) พบว่าทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และนุชรรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์ (2549: 65) พบว่า ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($r = .40$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01ยังสอดคล้องกับการ

สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพ ของไพบูลย์ อ่อนมั่ง (2542) พบว่า องค์ประกอบด้านเจตคติเป็นองค์ประกอบที่มีบทบาทเด่นชัด คือ ความรู้มีผลโดยตรงต่อเจตคติ เจตคติมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติ และความรู้จะส่งผลต่อการปฏิบัติโดยตรงได้ต้องมีเจตคติเป็นตัวกระตุ้น ไม่เว้นแต่บุคลากรทางการแพทย์

การได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเขารู้สึกสุขภาพและเป็นตัวร่วมทำนาย สอดคล้องกับเบญจมาศ นาควิจิตร (2551) ที่ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่าการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว และการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่า บุคลากรทางการแพทย์อยู่ในสภาพสังคมที่มีโอกาสได้สิ่งจูงใจต่างๆ ที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพตลอดเวลาเลยสามารถเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความต้องการและผลักดันให้เกิดพฤติกรรมจูงใจด้านสุขภาพขึ้น

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าลักษณะจิตตามสถานการณ์ คือ การรับรู้ความสามารถตนเองด้านสุขภาพ และเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ และสถานการณ์สังคม คือ การมีตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลอ้างอิง และการได้รับสิ่งจูงใจในการดูแลสุขภาพ เป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับเขารู้สึกสุขภาพมากที่สุด ในงานวิจัยครั้งนี้ไม่พบตัวแปรด้านจิตลักษณะเดิมที่เกี่ยวข้องกับเขารู้สึกสุขภาพ อาจเป็นผลมาจากลักษณะการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีภาระงานค่อนข้างมาก และเผชิญกับปัญหาเฉพาะหน้าต่างๆ มากมาย รวมทั้งการขาดแคลนบุคลากรด้านนี้ ทำให้เกิดความอ่อนล้าจากการทำงาน ความใส่ใจด้านสุขภาพจึงลดลงทำให้ต้องใช้สถานการณ์ต่างๆ มาเป็นแรงเสริมและ

แรงจูงใจเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และเพิ่มเขี้ยวสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

1. หน่วยงานควรจัดกิจกรรมส่งเสริมเขี้ยวสุขภาพให้แก่บุคลากรทางการแพทย โดยค้นหาตัวแบบทางสุขภาพจากบุคคลในหน่วยงาน หรือจัดโครงการที่ใ้บุคลากรมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ในการเชิญบุคคลต้นแบบทางที่สุขภาพดี มารณรงค์ ในโอกาสต่างๆ เช่น งานกีฬาสัมพันธ์ประจำปี เป็นต้น

2. จากข้อค้นพบชี้ชัดว่าบุคลากรทางการแพทยพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมสุขภาพ หรือเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมให้ ได้ผลลัพธ์ตามที่ตนคาดหวังไว้ได้ด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดเขี้ยวสุขภาพอยู่แล้ว เพียงแต่ต้องได้รับการ กระตุ้นจากสถานการณ์แวดล้อม ดังนั้น หน่วยงาน ในสถานพยาบาลควรให้ข้อมูลย้อนกลับสู่บุคลากร ทางการแพทยเพื่อให้ทราบถึงภาวะสุขภาพ หลัง การตรวจสุขภาพประจำปี หรือ การประชาสัมพันธ์ ผ่านโปสเตอร์ข่าวสารสุขภาพของบุคลากร เป็นต้น

3. ผู้บริหารของสถานพยาบาลควรใช้การเสริมแรงหรือให้สิ่งจูงใจเพื่อส่งเสริมสุขภาพ บุคลากรในหน่วยงาน เช่น การให้รางวัลสำหรับผู้ ที่ออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน หรือมอบ ประกาศนียบัตรให้แก่ผู้มีสุขภาพกายและจิตดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. อาจศึกษาวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็น บุคลากรทางการแพทยเฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่ม นักวิทยาศาสตร์การแพทย นักโภชนาการ และกลุ่ม วิทยทำงานอื่นๆ ด้วย

2. นอกจากตัวแปรอิสระตามกรอบ แนวคิดที่ผู้วิจัยนำเสนอแล้ว ผู้สนใจอาจนำตัวแปร อื่นๆ ที่น่าจะเกี่ยวข้องกับเขี้ยวสุขภาพได้อีก เช่น ลักษณะทางพุทธร การมองโลกในแง่ดี แรงจูงใจ เป็นต้น

3. ผู้สนใจสามารถศึกษาเรื่องในทำนอง เดียวกันนี้ โดยใช้การวิจัยเชิงทดลอง เช่น การศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมให้คำปรึกษาเป็นส่วน บุคคลหรือกลุ่ม หรือการพัฒนาตัวแบบทางสุขภาพ เพื่อเพิ่มระดับเขี้ยวสุขภาพ เพื่อยืนยันผลการวิจัย ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- ชัยยุทธ กุลตั้งวัฒนา และคนอื่น ๆ .(2547). *โครงการสารสนเทศและสื่อเพื่อพัฒนาการ ท่องเที่ยว จังหวัดตรัง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ณัฐภรณ์ ผลึกเพชร. (2548). *พฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดพัทลุง*. ปริญญาพนธ์ วท.ม. (สุข ศึกษ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ดวงเดือน พันธมนาวิน. (2543). *ทฤษฎีต้นไม้อัจฉริยะธรรม การวิจัยและการพัฒนาบุคคล*. กรุงเทพฯ: โครงการส่งเสริมเอกสาร วิชาการ สถาบันบัณฑิตพัฒน บริหาร ศาสตร์.
- เดือนใจ เทียนทอง. (2546). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ วิทยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เขต การศึกษา 1*. ปริญญาพนธ์ วท.ม.(การวิจัย พฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นุชรรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรในวิทยาลัย แพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เบญจมาศ นาควิจิตร. (2551). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรม*

- ผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนัก
การแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปรินญา
นิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พริ้มเพรา ผลเจริญสุข. (2545). เอกสารประกอบคำ
สอน สข 312: สุขภาพส่วนบุคคล.
กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขศึกษา คณะพล
ศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร.
- ไพบูลย์ อ่อนมั่ง. (2542). รายงานการวิจัยการ
สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ
ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพโดยการ
วิเคราะห์แบบเมตต้า. กรุงเทพฯ: ภาควิชา
สุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุภาวดี พงสุภา. (2549). ลักษณะทางจิตสังคมและ
ลักษณะทางพุทธที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม
การสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาล ศูนย์
การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ. ปรินญา
นิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง และภัทรารุช อินทรกำ
แหง. (2550). เอกสารประกอบการ
ประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการ 6Qs หนทาง
สู่ความสุข ความสำเร็จ: HQ พัฒนาเขาว์
ทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัย
พฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนคร
ินทรวิโรฒ.
- อุดมศักดิ์ แสงวณิช. (2546). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มี
ผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ
บุคลากรโรงพยาบาลพระจอมศิริชั้น
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
เกษตรศาสตร์.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a
unifying theory of behavioral change.
Psychological Review, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of
thought and action: A social
cognitive theory*. Englewood
Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Cobb, S. (1976, September - October).
*Social support as a moderate of
life stress*. *Psychosomatic
Medicine*, 38, 300-314.
- Enchang, Li. (2001). *Health Quotient - The
Concept should be set up*.
Retrieved February 20, 2008, from
[http://
journal.shouxi.net/upload/pdf/145/
2618/130594_1748.pdf](http://journal.shouxi.net/upload/pdf/145/2618/130594_1748.pdf)
- Hoeger, W.K. W; & Hoeger, S. A. (2005).
*Lifetime physical fitness and
wellness: A personalized program*.
8th ed. USA: Thomson
Wodsworth, Fitness & Wellness.
- Pender, N. (Ed.). (1987). *Health Promotion
in nursing practice*. 2nd ed.
Norwalk, CT: Appleton
- Pender, Nola.J. (1996). *Health Promotion in
Nursing Practice*. Stamford:
Appleton&Lange.
- Spencer, K. W. (1956). *Behavior Theory
and Conditioning*. New Haven: Yale
University Press.
- Tze, Wah Jun. (2000). *HQ (Health
Quotient): An Intelligent Approach
to Personal Health*. Retrieved
August 1, 2007, from
[http://www.amazon.ca/Hq-Health-
Quotient-Intelligent-
Approach/dp/067931055X](http://www.amazon.ca/Hq-Health-Quotient-Intelligent-Approach/dp/067931055X).