

Effect of Positive Psychology and Cultural Social Norm on Healthy Behavior and Family Well-being by Mediated by Health Literacy of Family in the Semi-Urban Community: Mixed Methods¹

Ungsinun Intarakamhang²
Chatchai Ekpanyaskul³

Received: September 15, 2017

Accepted: October 5, 2017

Abstract

This mixed methods research aims to 1) understand the health psychology context of semi-urban community that cause or condition healthy behaviors through studying adult family members; and 2) develop and compare the causal relationship models of healthy behavior and family well-being by the mediating effect of health literacy of spouses between female and male. There were 10 persons who were spouses, health providers, community leader and public health volunteers by in-depth interview. The samples included 413 spouses as 200 females and 213 males using to analyze in a questionnaire with reliability of .72–.92. The results: 1) For qualitative data showed that the healthy lifestyle of the spouse comes from paying attention to health based on the original way of natural life in community such as self-cooking by locally grown ingredients, self-cultivation, always exercise, a conversation with neighbors and seeking knowledge from the book or the public health officer. 2) For quantitative data: 2.1) a causal relationship model of positive psychology and cultural social norm effected to healthy behavior and family well-being by mediating health literacy of family was consistent with the empirical data ($\chi^2=95.23$, $df=78$, $p\text{-value}=0.09$, $\chi^2/df=1.22$, $RMSEA=0.02$, $SRMR=0.03$, $GFI=0.96$, $CFI=1.00$, $NFI=0.99$), and total factors could predict healthy behavior = 72% and family well-being=51.0% , 2.2%); family well-being that got direct influence from positive psychology ($\beta = 0.48$, $*p< 0.05$) and healthy behavior ($\beta =0.32$, $*p< 0.05$), and invariance analysis of causal models were found that no difference between spouses in females and males. In addition, mean comparison of latent variables showed that the healthy behavior of females was lower than males. The other latent variables were not significant between spouses in females and males.

Keywords: causal relationship model, positive psychology, cultural social norm, healthy behavior, health literacy, family well-being

¹ Research report was funded from revenue earning of Srinakharinwirot University in 2016, and Research Unit in Bio psychosocial and Behavioral Science, Srinakharinwirot University.

² Associate Professor in Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University.
Correspondence E-mail: ungsinun@gmail.com

³ Assistant Professor in Medical Science Faculty, Srinakharinwirot University.

อิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพของครอบครัวในชุมชนกึ่งเมือง: การวิจัยผานวิธี¹

อังศินันท์ อินทรกำแหง²

ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล³

บทคัดย่อ

การวิจัยผานวิธีครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ทำความเข้าใจบริบททางจิตวิทยาสุขภาพครอบครัวและชุมชนที่เป็นสาเหตุเงื่อนไขของพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว 2) ค้นหาอิทธิพลของปัจจัยที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวที่ดีโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง และ 3) เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างคู่สมรสเพศหญิงกับเพศชายโดยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับคู่สมรสเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครประจำหมู่บ้านรวม 10 คน และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณกับคู่สมรสเพศหญิง 200 คน และเพศชาย 213 คนรวม 413 คน จากแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นสูงมีค่าอยู่ระหว่าง 0.72–0.92 ผลการศึกษาพบว่า 1) ผลเชิงคุณภาพ พบว่า การมีสุขภาพดีของคู่สมรสนั้นมาจากการให้ความสำคัญ ใส่ใจสุขภาพและดำรงชีวิตภายใต้เงื่อนไขอยู่ด้วยธรรมชาติดั้งเดิม เช่น ประกอบอาหารรับประทานเอง จากวัตถุดิบในท้องถิ่นที่ปลูกเอง เลี้ยงเอง เป็นต้น เคลื่อนไหวออกกำลังกายเสมอ สนทนาพูดคุยกับเพื่อนบ้าน แสวงหาความรู้จากหนังสือและสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ 2) ผลเชิงปริมาณ พบว่า 2.1) รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรส มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2=95.23$, $df=78$, $p\text{-value}=0.09$, $\chi^2/df=1.22$, $RMSEA=0.02$, $SRMR=0.03$, $GFI=0.96$, $CFI=1.00$, $NFI=0.99$) โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 72 ทำนายสุขภาวะครอบครัวได้ร้อยละ 51 และ 2.2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะครอบครัว มากที่สุด คือ จิตวิทยาเชิงบวก (ค่า β เท่ากับ 0.48, $*p<0.05$) รองลงมา คือ พฤติกรรมสุขภาพ (ค่า β เท่ากับ 0.32, $*p<0.05$) 3) ผลวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างกลุ่มคู่สมรสเพศหญิงกับคู่สมรสเพศชายพบว่า ไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงพบว่า มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันระหว่างเพศคือ ตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพเพียงตัวเดียวโดยเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าเพศชาย ส่วนตัวแปรแฝงอื่นนั้นพบว่า ค่าเฉลี่ยไม่มีความแตกต่างกันระหว่างคู่สมรสเพศหญิงและเพศชาย

คำสำคัญ: รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ จิตวิทยาเชิงบวก บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม

พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว

¹ รายงานวิจัย ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเงินรายได้มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประจำปี 2559

และหน่วยวิจัยด้านชีวสังคมและพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

² รองศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผู้วิจัยหลัก E-mail: ungsinun@gmail.com

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บทนำ

หลักการดูแลที่สำคัญ คือ การให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการสร้างความมั่นคงทางสังคมโดยเฉพาะด้านสาธารณสุข จึงทำให้หลายประเทศส่งเสริมและพัฒนาครอบครัวเพื่อให้เข้มแข็ง มีสุขภาวะที่ดีทั้งทางกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณที่สามารถดำรงอยู่อย่างมั่นคงในสังคมที่เปลี่ยนแปลงตลอด (อาคม เติมพิทยาไพสิฐ, 2554) ประเทศไทยได้เล็งเห็นความสำคัญของครอบครัวจึงมีนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันครอบครัวให้เข้มแข็งมาโดยตลอด จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) และต่อเนื่องในแผนฯ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) เน้นการพัฒนาบุคคลให้เป็นคนที่สมบูรณ์เสริมสร้างความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัวและเสริมสร้างทักษะชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและถูกต้อง (สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2555: 76) นโยบายภาครัฐยังส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพครอบครัวด้วยการเสริมสร้างความรู้และปรับเจตคติด้านสุขภาพผ่านสถาบันครอบครัวและกลไกประชารัฐ เช่น โรงเรียน โรงพยาบาล องค์กรปกครองท้องถิ่น องค์กรบริษัท เป็นต้น และจากสภาพปัญหาหลายด้านซึ่งส่งผลกระทบต่อความมั่นคงและความอบอุ่นของครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัว เข้ามาสู่การทำงานในเมือง มุ่งหาแต่เงิน จนไม่มีเวลาที่จะดูแลให้ความรักได้อย่างเพียงพอ สมาชิกในครอบครัวขาดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตน ขาดการเรียนรู้และถ่ายทอดทางวัฒนธรรมสังคม ความสัมพันธ์ต่อกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชนถูกละเลยจึงมีผลทำให้สถาบันครอบครัวขาดความเข้มแข็ง ไม่อยู่ในลักษณะครอบครัวเป็นสุข (ประเวศ วะสี, 2540: 3-4; ไทยโพสต์, 2554: 15) ตามรายงานที่ว่าสมาชิกในครอบครัวใช้เวลาในการอยู่ร่วมกันลดลง บางครอบครัวประสบปัญหาสุขภาพ ครอบครัวที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ (คลังปัญญาไทย, 2552) ทั้งที่ผลการดำเนินนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้คนไทยสามารถเข้าถึงบริการทั่วถึงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 97.75 ในปี พ.ศ. 2549 แต่ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทั้งด้านการออกกำลังกายไม่พอเพียง รับประทานอาหารไม่ถูกต้อง และมีภาวะเครียดง่ายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพพบในกลุ่มเยาวชนมีแนวโน้มสูงขึ้น เช่น การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ (ปาริชาติ เทพอารักษ์ และอมรารวรรณ ทิวถนอม, 2550: 4)

สำหรับปัญหาในสังคมกึ่งเมือง เป็นปัญหาที่ผสมผสานระหว่างปัญหาของสังคมเมืองและสังคมชนบท เช่น ปัญหาด้านการประกอบอาชีพ การคมนาคม การสาธารณสุข คุณภาพชีวิต เป็นต้น ส่งผลให้วิถีชีวิตของชุมชนชนบทต้องเปลี่ยนแปลงเป็นชุมชนเมืองที่ขาดความสมดุลภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ที่มุ่งเน้นพัฒนาวัตถุโดยมีเศรษฐกิจเป็นตัวตั้งแบบทุนนิยมที่เร่งรีบการแข่งขัน ที่ถูกครอบงำด้วยกลไกตลาดที่มุ่งแสวงหากำไรเป็นสำคัญ (แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563, 2554: 1) และผลทางด้านบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม (Cultural Social Norm) ที่เปลี่ยนแปลงต่อวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตในด้านลบคือ ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมหรือโรคอ้วน โรคอ้วนลงพุง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด (Lam & Le Roith, 2015) จากข้อมูลในช่วงปี พ.ศ. 2543-2553 พบว่า อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนจะมีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจาก 259 เป็น 1,349 คน ซึ่งมีอัตราสูงขึ้นกว่า 5 เท่า (วิชัย เทียนถาวร, 2556: 15) และจากข้อมูลในปี พ.ศ. 2556 นี้

ได้มีการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชากร 15 ปีขึ้นไปครอบคลุม 76 จังหวัดของประเทศไทยซึ่งมีประชากรกลุ่มเป้าหมาย 37,412,243 คน คัดกรองโรคเบาหวานได้ 29,045,256 คน คิดเป็นร้อยละ 77.63 พบกลุ่มเสี่ยงจำนวน 3,215,592 คน คิดเป็นร้อยละ 11.07 ของกลุ่มที่ถูกคัดกรอง ส่วนการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงได้ 28,621,705 คน คิดเป็นร้อยละ 76.50 ของกลุ่มเป้าหมาย พบกลุ่มเสี่ยงจำนวน 5,747,963 คน คิดเป็นร้อยละ 20.08 และมีอัตราป่วยของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นเป็น 427.52 ต่อแสนประชากร หรือ 2.7 เท่าของปี โดยมีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 16,030 ราย และมีอัตราป่วยตายคิดเป็นร้อยละ 5.5 (วิชัย เทียนถาวร, 2556: 5) จากสภาพปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีสาเหตุจากพฤติกรรม การดำเนินชีวิตแบบชนเมืองตามแนวตะวันตกมากขึ้น ดังนั้นในที่ประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 7 เมื่อ วันที่ 26-30 ตุลาคม 2009 ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา ได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจให้บุคคลเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพตนเองให้คงดีอยู่เสมอ (WHO, 1998) และต่อเนื่องในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 9 ในปี 2016 ที่เมืองเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน ว่าให้ประชาชนมีทักษะควบคุมสุขภาพได้ด้วยตนเองตามวิถีการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี (WHO, 2016) ซึ่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้สร้างแบบประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 4,401 คน จากทุกภาคของประเทศไทยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุงถึงพอใช้คิดเป็นร้อยละ 72.0 และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่ดีพอ เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 53.5 รองลงมาเป็นระดับพอใช้และดีมาก คิดเป็นร้อยละ 44.7 และ 1.8 ตามลำดับ (Intarakamhang & Kwanchuen, 2016)

ในการศึกษานี้ได้ประยุกต์ใช้โมเดลเชิงเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ (A Logic Model for Analyzing Studies of Health Literacy) เป็นโมเดลเส้นทางอิทธิพลเชิงสาเหตุ (Causal pathway Model) ของความรู้ด้านสุขภาพ (Berkman et al., 2011) ร่วมกับทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัว (The Individual and Family Self-Management Theory, IFSMT) (Ryan & Sawin, 2009) ที่มีรากฐานมาจากทฤษฎีเชิงระบบ มาพัฒนาเป็นโมเดลในการวิเคราะห์สาเหตุของผลลัพธ์ทางสุขภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาว (วัดจากพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตและความผาสุก) โดยมีตัวแปรด้านกระบวนการคือ ความเชื่อและทักษะ เช่น การรับรู้ความสามารถของตน ทักษะการกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น และสาเหตุสำคัญด้านปัจจัยนำเข้าคือ สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม ส่วนปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ การรับรู้ข่าวสาร การรู้หนังสือ ความคิดในเชิงบวก ประกอบกับผลการวิจัยของ อังคินันท์ อินทรกำแหง (2559) ที่ได้ศึกษาอิทธิพลของพฤติกรรมการทำงานอาสาของบุคลากรมหาวิทยาลัย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การถ่ายทอดทางสังคม และทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก มีอิทธิพลทางตรงต่อการจัดการสุขภาพตนเอง ($P < 0.05$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.10, 0.38 และ 0.28 ตามลำดับ และพบผลวิจัยว่าทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรม ซึ่งเป็นการพัฒนาคนให้มีความสุข (Sheldon & King, 2002) และ

สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ทูทางจิตวิทยาเชิงบวกที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางจิต (Psychological Well-Being) และพฤติกรรมการปฏิบัติงานของบุคลากร และทูทางจิตวิทยาเชิงบวกมีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะทางจิต (ณัฐภูมิ อรินทร์ และคณะ, 2556)

เมื่อพิจารณาสภาพบริบทของพื้นที่เป้าหมายในงานวิจัยนี้ในส่วนของข้อมูลจังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีลักษณะกึ่งเมือง พบอัตราความชุกโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 7.05 และ 7.67 ตามลำดับ (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559) ในการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มประชาชนในพื้นที่ชุมชน 7 ตำบล ในอำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท หลากหลายช่วงวัย ความเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพที่มีภาวะเมตาบอลิกอาจเกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ตระหนักและเห็นความสำคัญในการวิเคราะห์ประเด็นด้านสุขภาพที่ควรได้รับความร่วมมือการดูแลและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตเพื่อการค้นหาอิทธิพลเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพของชุมชนกึ่งเมือง อันนำไปสู่การวางแผนการกิจกรรมเพื่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ตรงกับสาเหตุของปัญหาของบริบทพื้นที่แท้จริงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อทำความเข้าใจบริบททางจิตวิทยาสุขภาพครอบครัวและชุมชนที่เป็นสาเหตุเงื่อนไขของพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว
2. เพื่อค้นหาขนาดและทิศทางอิทธิพลด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวที่ดีโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง
3. เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมืองระหว่างคู่สมรสเพศหญิงกับเพศชาย

การประมวลเอกสารที่เกี่ยวข้อง

สุขภาวะครอบครัว (Family Well-Being): ความสุขในครอบครัวเป็นองค์ประกอบหนึ่งในความสุข 8 ประการ ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (2552) คือ Happy Family ซึ่งหมายถึง การมีครอบครัวที่อบอุ่นและมั่นคง การเป็นกำลังใจซึ่งกันและกันของสมาชิกครอบครัว เพราะครอบครัวเป็นเหมือนภูมิคุ้มกันให้สามารถเผชิญกับอนาคตหรืออุปสรรคในชีวิตได้ทำให้บุคคลมุ่งมั่นในการทำให้ชีวิตดีขึ้น ดังนั้นครอบครัวเข้มแข็งสังคมก็ย่อมมั่นคง ดังผลวิจัยของ งามตา วณินทานนท์ (2553) ได้ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุและผลของความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส เพื่อสร้างดัชนีคุณภาพชีวิตครอบครัวไทย (Marital Quality) กับกลุ่มตัวอย่างสามี 361 คน ภรรยา 601 คน ที่มีระยะเวลาที่อยู่ร่วมกันเฉลี่ย 10.27 ปี โดยผลการวิเคราะห์อิทธิพล พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส เรียงลำดับจากมากถึงน้อย คือ ความใกล้ชิดผูกพัน การให้ความสำคัญกับชีวิตครอบครัว ทศนคติที่ดีต่อคู่สมรสและการรับรู้สภาพเศรษฐกิจของครอบครัวตามลำดับ และผลสรุป

จากงานวิจัยทั้งเชิงเหตุและผลยังพบว่า ดัชนีแกนกลางที่สำคัญจากพ่อแม่มาสู่บุตรคือ ความสัมพันธ์ระหว่างบิดากับมารดาที่ทำนายสภาพเครียดในครอบครัวจากการรับรู้ของบุตรได้สอดคล้องตามทฤษฎีคุณภาพและความมั่นคงในชีวิตสมรส (งามตา วรินทร์านนท์, 2553)

พฤติกรรมสุขภาพ: องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดความหมายของคำว่าสุขภาพ ครอบคลุม 3 มิติ สำคัญคือ ร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยกำหนดค่านิยามของสุขภาพว่า หมายถึง สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย สังคม และจิตใจประกอบกัน ไม่ใช่แต่เพียงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความพิการ และ Pender (1996) กล่าวว่า สุขภาพหมายถึง การบรรลุเป้าหมายสูงสุดของชีวิตของบุคคล โดยผ่านทางพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย การดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพและมีความสัมพันธ์ที่พึงพอใจกับผู้อื่น ในขณะที่ต้องการปรับตัว เพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงและสมดุลกับสิ่งแวดล้อม ส่วน Murry และ Zentner (1989) ให้ความหมายสุขภาพว่า เป็นภาวะความผาสุกของบุคคลที่สามารถปรับตัวทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณและสังคมในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอกเพื่อคงเสถียรภาพและความสุขเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของบุคคลและเป้าหมายทางวัฒนธรรมเป็นแนวคิดสำคัญทางด้านสุขภาพหนึ่งที่ใช้ในการอธิบายถึงพฤติกรรมของปัจเจกในการตรวจสอบ ดูแลสุขภาพของตนเองให้อยู่ในภาวะที่เหมาะสม เป็นต้น

แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง: แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ได้มีนักวิชาการในสายงานการพยาบาลได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ในเชิงพฤติกรรม ดังเช่น Orem (1991) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองว่า เป็นพฤติกรรมที่มุ่งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action and Goal Oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ พอจะสรุปได้ดังนี้ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ และระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ และจำแนกพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมี 3 ลักษณะ คือ 1) การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Universal Self Care) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลที่ไปปฏิบัติเพื่อประคับประคองกระบวนการดำรงชีวิตและสนับสนุนให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างปกติสุขหรือเป็นการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการตามกระบวนการ 2) การดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental Self Care) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของแต่ละบุคคลในแต่ละระยะของวงจรชีวิต ได้แก่ การเข้าสู่ภาวะการตั้งครรภ์ การเป็นมารดา เป็นต้น รวมทั้งเหตุการณ์ที่อาจมีผลกระทบในทางลบต่อกระบวนการพัฒนา ซึ่งได้แก่การรักษาสมดุลของโครงสร้างของร่างกายและจิตใจ ให้เกิดภาวะที่สมบูรณ์และการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันอันตรายจากสิ่งแวดล้อมที่อาจจะมีผลกระทบต่อการพัฒนาการของมนุษย์ และ 3) การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self Care) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเมื่อเกิดเจ็บป่วย เป็นการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาและขจัดอาการที่เบี่ยงเบนไปจากภาวะสุขภาพ อันอาจมีผลกระทบถึงจิตใจอารมณ์ เป็นการช่วยควบคุมสภาพของโรคมให้ลุกลาม ตลอดจนการแพร่กระจายของโรคไปสู่ผู้อื่น เป็นต้น

แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพ: การวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรค และคุณภาพชีวิต โดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดที่ได้มาจากการสังเคราะห์และผสมผสานหลายทฤษฎีของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้นำเสนอโมเดลตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (A Logic Model for Analyzing

Studies of Health Literacy) เป็นโมเดลเส้นทางอิทธิพลเชิงสาเหตุ (Causal Pathway Model) ที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยและผลลัพธ์ด้านสุขภาพทั้งภายในบุคคลและสภาพแวดล้อม เช่น คุณภาพชีวิต การคงอยู่ในพฤติกรรมสุขภาพ ทักษะการกำกับตนเอง เจตคติ บรรทัดฐานทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตน ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นต้น (Berkman et al., 2012)

ผู้วิจัยประยุกต์โมเดลดังกล่าวร่วมกับทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัว (The Individual and Family Self-Management Theory, IFSMT) (Ryan & Sawin, 2009) มีรากฐานมาจากทฤษฎีเชิงระบบมาพัฒนาเป็นโมเดลในการวิเคราะห์สาเหตุของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Outcome) ทั้งระยะสั้น (Proximal Outcome) และระยะยาว (Distal Outcome) (วัดจากพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตและความผาสุก) โดยมีตัวแปรด้านกระบวนการ (Process) คือ ความเชื่อและทักษะ เช่น การรับรู้ความสามารถของตน ทักษะการกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า ทฤษฎีนี้มีความครอบคลุมและสามารถนำมาปรับใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและครอบครัว จึงได้มีการนำมาปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของชุมชนในกิ่งเมืองและกิ่งชนบทที่นำไปสู่สภาวะครอบครัวซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่มาจากสาเหตุสามมิติ คือ บริบท (Context) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome)

จิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะครอบครัว: จิตวิทยาเชิงบวก นับเป็นสาขาหนึ่งในจิตวิทยาที่เป็นการทำความเข้าใจ อธิบาย และจัดการกับพฤติกรรมมนุษย์ที่ซับซ้อนได้ดีที่สุดโดยเฉพาะในทางเชิงป้องกันเพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งให้เกิดความหย่อนตัวของคนให้ต่อต้านกับอาการเจ็บป่วยทางจิตที่มนุษย์เราสามารถเรียนรู้ เพื่อสร้างคุณภาพชีวิตของตน และชุมชนได้ (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, 2002) ทั้งนี้ Snyder และ Lopez (2007: 428) ได้นิยามจิตวิทยาเชิงบวกว่า หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลในแง่ดีส่วน Luthans, Youssef, & Avolio (2007) ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมองค์กรได้พัฒนาแนวคิดการศึกษาพฤติกรรมองค์กรเชิงบวก (Positive Organization Behavior) และให้ความหมายว่าเป็นคุณลักษณะด้านบวกของแต่ละบุคคลที่มีความเฉพาะเจาะจง สามารถวัดและพัฒนาได้เพื่อนำมาใช้ในเชิงจิตบุคคลให้มีประสิทธิภาพในการทำงานและการดำเนินชีวิต วัดจาก 5 คุณลักษณะได้แก่ 1) การรับรู้ความสามารถของตน 2) ความหวัง 3) การมองโลกในแง่ดี 4) ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และ 5) เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ ทั้งนี้ จากผลการศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่า เจตคติด้านบวกของบุคคลมีความสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสทั้งเพศหญิงและชาย จึงได้นำมาศึกษาเรียนรู้ในกลุ่มจิตวิทยาเชิงบวกพร้อมด้วยที่หมายถึง ความรู้เชิงประเมินค่าเห็นประโยชน์ต่อการกระทำเพื่อสุขภาพที่ดีและความรู้สึกพอใจในตัวเองบุคคลที่รักสุขภาพหรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการกระทำในด้านสุขภาพ

บรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรม หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่คนในสังคมชุมชนนั้นยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติและกำหนดว่าอะไรควรกระทำและอะไรไม่ควรกระทำหรือควรยอมรับหรือไม่ควรยอมรับเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะครอบครัว บรรทัดฐานทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญตัวหนึ่งของความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมและพฤติกรรมตามแผน ของ Ajzen (2011) ซึ่งทฤษฎีได้อธิบายบรรทัดฐานทางสังคมนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ บุคคลที่ใกล้ชิดกับตนในสังคมมีความเชื่อ มีค่านิยม มีความต้องการ

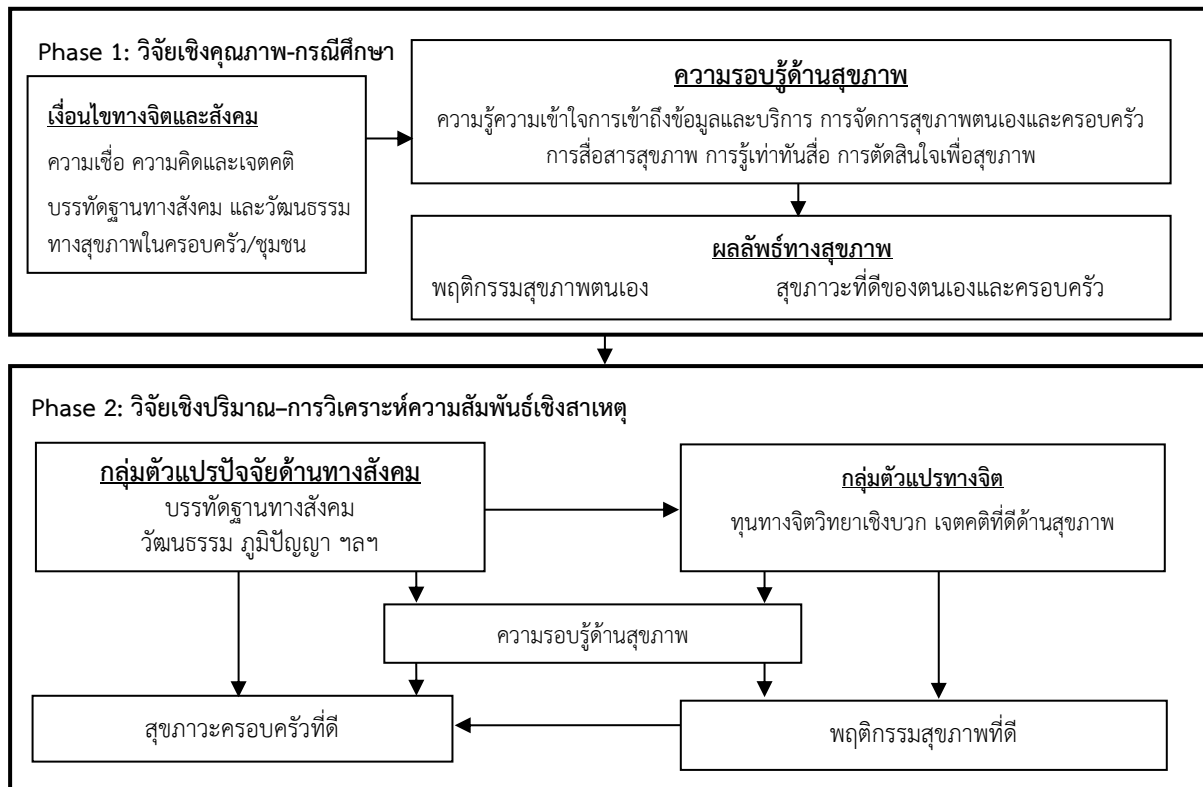
ให้ตนกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรม และมีแรงจูงใจที่จะคล้อยตามบุคคลใกล้เคียงนั้น ซึ่งบรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรม สำหรับในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงประกอบด้วย 1) การรับรู้ถึงความเชื่อด้านสุขภาพของคนในชุมชนที่ยึดถือกันมานาน 2) ค่านิยมตามภูมิปัญญาท้องถิ่น และ 3) การรับรู้ถึงการกระทำที่เป็นแบบอย่างของครอบครัวที่จะทำตามหรือไม่ทำตาม

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การกระทำอย่างต่อเนื่องที่เป็นการใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญา และทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000; 2008) และ Manganello (2008) ที่ได้นำเสนอแนวคิด โมเดลความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับกลุ่มเสี่ยง (Conceptual model of health literacy as a risk) ที่ประกอบด้วยการวัด 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน วัดจากการเข้าถึงข้อมูลและความรู้ความเข้าใจ 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ วัดจากทักษะการสื่อสาร และการจัดการตนเอง 3) ระดับวิจารณ์ญาณวัดจากการรู้เท่าทันสื่อและทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพที่ดี

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ แบ่งปัจจัยได้เป็น 3 ระดับ คือ ปัจจัยระดับบุคคล ระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และระดับสังคม สำหรับปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ 1) ความรู้ ประกอบไปด้วยการรู้หนังสือทั่วไป 2) คุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น การศึกษา เพศ อายุ อาชีพ รายได้ วัฒนธรรม ภาษา ร่างกาย เป็นต้น 3) ความเชื่อและเจตคติ 4) พฤติกรรมความเสี่ยงทางสุขภาพ 5) ทักษะและความสามารถส่วนบุคคล และ 6) พฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาริบทของชุมชนด้วยการสำรวจเพื่อค้นหาอิทธิพลเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพตามโครงสร้างตัวแปรที่ได้มาจากโมเดลตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ (Berkman et al., 2012) และทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัว (IFSMT) (Ryan & Sawin, 2009) ร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดตัวแปรสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพที่ดี โดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อทำความเข้าใจสาเหตุสำคัญที่จะส่งผลพฤติกรรมสุขภาพอันจะนำไปสู่สุขภาพที่ดีของประชาชนในชุมชนถึงเมืองอันนำไปสู่การวางแผนการกิจกรรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ตรงกับปัญหาของบริบทพื้นที่ที่ตั้งแสดงในภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 อิทธิพลทางจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง

วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมวิธี แบบสำรวจตามลำดับ (Creswell & Clark, 2011) แบ่งขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นการดำเนินการเพื่อตอบโจทย์วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อทำความเข้าใจบริบททางจิตวิทยาสุขภาพครอบครัวและชุมชนที่เป็นสาเหตุเงื่อนไขของพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวจากข้อมูลสาธารณสุขตำบล และการลงพื้นที่ศึกษาสภาพจริงของชุมชนกึ่งเมือง ตำบลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นกรณีศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลักและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการบรรยายให้เห็นถึงคุณลักษณะทางจิตและพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่เป็นเงื่อนไขต่อการมีสุขภาวะที่ดีภายในครอบครัวตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ได้แก่ คู่สมรสที่มีสุขภาพดีรักสุขภาพและอาศัยอยู่ร่วมกันอย่างน้อย 10 ปี โดยเลือกกรณีศึกษาแบบยึดจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นหลัก (Purposeful Sampling) (ชาย โพธิ์สิตา, 2552) จำนวน 2 คู่ รวม 4 คน และผู้ให้ข้อมูลรอง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ผู้นำชุมชน และ อสม.รวม 6 คน รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 10 คน

ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ เป็นการดำเนินการเพื่อตอบโจทย์วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 และ 3 เพื่อค้นหาขนาดและทิศทางอิทธิพลทางจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวที่ดีโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง และ

เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาพครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มสมรสในชุมชนกึ่งเมืองระหว่างคู่สมรสเพศหญิง 200 คน กับเพศชาย 213 คน รวมจำนวน 413 คน จากประชากรใน 7 ตำบล ได้แก่ ตำบลบางผึ้ง ตำบลเขาหิน ตำบลบางปะกง ตำบลท่าข้าม ตำบลท่าสะอ้าน ตำบลหนองจอกและตำบลพินนา ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม มาตรฐานค่า 4 ระดับ จำนวน 6 ชุดรวม 69 ข้อ และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามตามวัตถุประสงค์การวิจัย ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป คุณภาพของแบบวัดทุกด้านมีความเชื่อมั่นสูง ประกอบด้วย 1) สุขภาพครอบครัว 12 ข้อ ค่า 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 เป็นตัวเลือกถ้าตอบถูกได้ 1 และตอบผิดได้ 0 คะแนน ส่วนด้านอื่นๆ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากระดับไม่จริงเลยถึงจริงที่สุด 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

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาระยะที่ 1: การวิจัยเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกรณีศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่า รวมถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในรายงานการนำเสนอข้อมูล ผู้วิจัยจึงไม่เปิดเผยชื่อจริง รวมทั้งสถานที่ปฏิบัติงานจริงของกรณีศึกษา ผู้วิจัยใช้นามสมมติแทนชื่อจริงของกรณีศึกษา ผลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษาผู้ให้ข้อมูล นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ระดับการศึกษาสูงสุด คือ ปริญญาโท จำนวน 1 คน ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 4 คน มัธยมศึกษาตอนต้น 2 คน และอนุปริญญาตรีอย่างละ 1 คน ส่วนอาชีพส่วนใหญ่ ค้าขายและรับจ้างเท่ากัน 3 คน รองลงมาอาชีพรับราชการทำสวนและเลี้ยงปลา ตามลำดับ

2. ด้านจิตและพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวและชุมชน พบว่า คู่สมรสในชุมชนที่มีสุขภาพดีและรักสุขภาพได้ให้เหตุผลถึงการมีสุขภาพดีได้เพราะ 1) ให้ความสำคัญใส่ใจกับสุขภาพตนเองไม่ต้องการเป็นภาระโรคให้กับลูกหลาน จึงต้องหมั่นดูแลสุขภาพตนเองและใช้ชีวิตอยู่กับธรรมชาติ 2) กลัวเป็นโรคเบาหวาน จึงอ่านหนังสือและเชื่อฟังหมออนามัยที่แนะนำให้ระมัดระวังคอยดูแลสุขภาพตนเอง 3) ลดความเครียดจากการไหว้พระ 4) เป็นคนท้องถื่นเกิดในชุมชนจึงได้รับการเลี้ยงดูจากพ่อแม่โดยกินอาหารในท้องถื่น 5) ประกอบอาหารรับประทานเองที่ทำได้จากแหล่งในชุมชน เช่น ปลา และเก็บผักที่มีอยู่ตามธรรมชาติ เช่น ผักบุ้ง ตำลึง ดอกแค เป็นต้น 6) มีการออกแรงในการทำงานรับจ้างในชีวิตประจำวันนั้นเป็นการออกกำลังกายไปด้วย 7) การดูแลรักษาสุขภาพส่วนใหญ่พึ่งการรักษาจากสถานอนามัยใกล้บ้านและพูดคุยกับเพื่อนบ้านในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นต้น

3. ด้านสภาพแวดล้อมในชุมชนที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ได้ให้ข้อมูลว่า 1) มีการจัดกิจกรรมในชุมชนในด้านสุขภาพคือโครงการตรวจสุขภาพ

ประจำปี 2) มีการใช้ป้ายโฆษณาณรงค์เรื่องการลดการกินอาหารรสจัด อันตรายของโรคหลอดเลือดสมอง 3) มีการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย เช่น การเต้นแอโรบิค การเต้นซูลาฮูป เป็นต้น 4) มีการจัดงานประจำปีทางศาสนา เช่น บวช ทำสมาธิ ทำบุญตักบาตรตามประเพณี เป็นต้น 5) มีการรณรงค์ให้เด็กกินอาหารให้ครบถ้วนป้องกันการขาดสารอาหาร ให้กินให้พอดี 6) มีการบอกข่าวแจ้งข่าวทางด้านสุขภาพ ด้วยการบอกเล่าต่อกัน อ่านจากเอกสาร ใช้หอกระจายข่าว 7) มีการติดป้ายรณรงค์ตามศาลาในชุมชนเพื่อแจ้งเตือนข่าวสารทางสุขภาพ 8) ใช้การสื่อสารทางวิทยุท้องถิ่น 9) กลุ่มแกนนำสุขภาพปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพให้เป็นอย่างดีอย่างแก่คนในชุมชน

สรุปสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนแห่งนี้ได้ 2 สาเหตุหลัก คือ 1) สาเหตุด้านบุคคล 2) สาเหตุด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การถ่ายทอดจากสถาบันครอบครัว มีความรู้ในการดูแลด้านสุขภาพ มีช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงจากชุมชนชนบทเป็นชุมชนกึ่งเมือง มีอาชีพที่เปลี่ยนไปตามสภาพแวดล้อม เป็นต้น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 2: การวิจัยเชิงปริมาณ

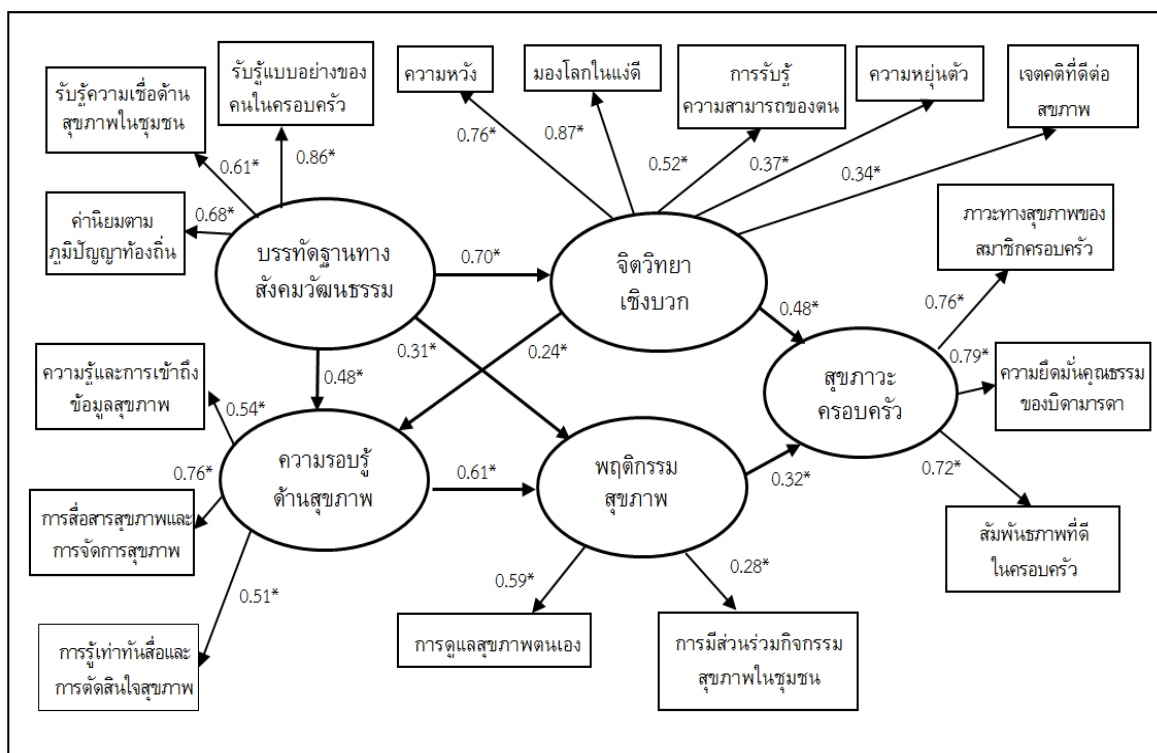
1. ข้อมูลทั่วไปของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมืองรวมจำนวน 413 คน พบว่าส่วนใหญ่ 1) เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 51.6 เพศหญิง ร้อยละ 48.4 2) มีอายุอยู่ในช่วง 48-59 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 41.2 รองลงมาอยู่ในช่วง 36-47 ปี ร้อยละ 29.5 3) มีระยะเวลาการอยู่กันกับคู่สมรส เป็นเวลา 11-20 ปี มากที่สุดร้อยละ 27.8 โดยอาศัยอยู่ด้วยกันตลอด ร้อยละ 79.9 4) การศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 32.2 รองลงมาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 23.7 และ 5) อาชีพพนักงานโรงงาน/บริษัท/เอกชน มากที่สุด ร้อยละ 33.7 รองลงมา มีอาชีพค้าขาย/ทำธุรกิจ ร้อยละ 17.2

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัย

2.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม ที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรส 1) ในกลุ่มรวม ($n=413$) พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่พัฒนาขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2=95.23$, $df=78$, $p\text{-value}=0.09$, $\chi^2/df=1.22$, $RMSEA=0.02$, $SRMR=0.03$, $GFI=0.96$, $CFI=1.00$, $NFI=0.99$) และปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 72.0 ทำนายสุขภาวะครอบครัวได้ร้อยละ 51.0 และ 2.20) 2) ในกลุ่มเพศชาย ($n=213$) พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่พัฒนาขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 61.0 ทำนายสุขภาวะครอบครัวได้ร้อยละ 48.0 และ 3) ในกลุ่มเพศหญิง ($n=200$) พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่พัฒนาขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 46.0 ทำนายสุขภาวะครอบครัวได้ร้อยละ 48.0 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

2.2 ผลการวิเคราะห์ค่าอิทธิพลของตัวแปรเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อตัวแปรผล 2 ตัว คือ สุขภาวะครอบครัว กับพฤติกรรมสุขภาพในรูปแบบความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 ดังนี้

- 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 มีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความรู้ด้านสุขภาพ จิตวิทยาเชิงบวกและพฤติกรรมสุขภาพ ($*p < 0.05$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.57
- 3) ตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพ ($*p < 0.05$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.19 ส่วนตัวแปรจิตวิทยาเชิงบวก มีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ($*p < 0.05$)
- 4) ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพมากที่สุดคือ ความรู้ด้านสุขภาพ (ค่า β เท่ากับ 0.61, $*p < 0.05$) รองลงมา คือ บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม (ค่า β เท่ากับ 0.31, $*p < 0.05$)
- 5) ผลวิเคราะห์อิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ตัวแปรบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความรู้ด้านสุขภาพ ($*p < 0.05$) โดยมีค่า β เท่ากับ 0.40 จิตวิทยาเชิงบวกมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความรู้ด้านสุขภาพ ($*p < 0.05$) โดยมีค่า β เท่ากับ 0.15 ดังผลการประมาณค่าความสัมพันธ์ ได้แก่ ค่าอิทธิพลทางตรงทางอ้อมและอิทธิพลรวม ในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุในกลุ่มรวมดังภาพประกอบ 2 และตาราง 1



* $p < 0.05$

ภาพประกอบ 2 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม ที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมืองในกลุ่มรวม

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล (β) ของตัวแปรสาเหตุไปยังตัวแปรผลภายในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมืองของกลุ่มรวม (n=413)

ตัวแปร	ความรู้ด้านสุขภาพ ($R^2 = 0.45$)			จิตวิทยาเชิงบวก ($R^2 = 0.49$)			พฤติกรรมสุขภาพ ($R^2 = 0.72$)			สุขภาวะ ครอบครัว ($R^2 = 0.51$)		
	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*
$\chi^2 = 95.23$, $df = 78$, $p\text{-value} = 0.09$, $\chi^2/df = 1.22$, $RMSEA = 0.02$, $SRMR = 0.03$, $GFI = 0.96$, $CFI = 1.00$, $NFI = 0.99$												

DE หมายถึง อิทธิพลทางตรง (Direct effect) IE หมายถึง อิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect)

TE หมายถึง อิทธิพลโดยรวม (Total effect) * $p < 0.05$

2.3 ผลการเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมืองระหว่างคู่สมรสเพศหญิงกับเพศชาย ด้วยการวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลอิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมือง ระหว่างเพศชายและเพศหญิง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 3 และ 4 ดังนี้

1) จากผลการทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลอิทธิพลระหว่างเพศชายและเพศหญิง พบว่าไม่มีความแปรเปลี่ยนทั้งรูปแบบลักษณะโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในโมเดล และค่าพารามิเตอร์ในแต่ละเมทริกซ์ ระหว่างเพศชายและเพศหญิง หรือโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ทุกกลุ่มโดยโมเดลเป็นแบบเดียวกัน

2) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมืองระหว่างเพศชายและเพศหญิงโดยในการวิเคราะห์ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มเพศหญิงเป็นฐาน และให้กลุ่มเพศชายเป็นกลุ่มเปรียบเทียบผลการทดสอบพบว่า ตัวแปรแฝงที่พบค่าเฉลี่ยแตกต่างกันระหว่างเพศ (* $p < 0.05$) คือ ตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพเพียงตัวเดียว โดยเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าเพศชาย ส่วนตัวแปรแฝงอื่นนั้น พบว่าค่าเฉลี่ยไม่มีความแตกต่างกันระหว่างคู่สมรสเพศหญิงและเพศชาย

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบคลุมโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนกึ่งเมืองพบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลทั้งอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาวะครอบคลุมประกอบด้วยตัวแปร ดังนี้

1. จิตวิทยาเชิงบวก พบว่า มีอิทธิพลทั้งทางตรงต่อสุขภาวะครอบคลุม และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ จะเห็นได้ว่าจิตวิทยาเชิงบวกนั้นเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงอยู่ร่วมกันของคู่สมรสที่จะนำพาให้ครอบครัวนั้นมีสุขภาวะที่ดีได้ เพราะจิตวิทยาเชิงบวกเป็นการรับรู้ถึงความเชื่อมั่นในการพัฒนาสภาวะจิตใจทางบวกของบุคคลที่มีความตั้งใจ มีแนวทางชัดเจนเพื่อไปสู่เป้าหมาย มองสถานการณ์ต่าง ๆ ในด้านดีมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำงานต่าง ๆ ให้สำเร็จได้ แม้ว่าจะต้องเผชิญกับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ก็ตามซึ่งแนวคิดของทุนจิตวิทยาเชิงบวกนั้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ความหวัง การมองโลกในแง่ดี ความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และความหย่นตัว โดยทุกองค์ประกอบจะทำงานอย่างเป็นวงจรต่อเนื่องกันเกื้อหนุนการทำงานซึ่งกันและกัน (Luthans, 2002; Luthans, Youssef, & Avolio, 2007; Luthans, 2011) และในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาตัวแปรจิตวิทยาเชิงบวกที่มีรากฐานมาจากทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกหรือ PsyCap-Positive Psychological Capital โดยผู้วิจัยได้เพิ่มองค์ประกอบการวัดอีก 1 ตัวซึ่งได้มาจากการวิจัยเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 ร่วมด้วย คือ เจตคติที่ดีต่อสุขภาพจึงส่งผลให้ปัจจัยจิตวิทยาเชิงบวกนั้นมีความเข้มแข็งขึ้นที่จะมีอิทธิพลต่อสุขภาวะครอบคลุมที่วัดทั้งด้านกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณในเชิงคุณธรรม คือ 1) สุขภาวะด้านร่างกายและจิตใจของตนเองและคู่สมรส 2) ความยึดมั่นคุณธรรมของตนเองและคู่สมรส และ 3) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรสจึงส่งผลให้ผลวิจัยครั้งนี้ พบว่า จิตวิทยาเชิงบวกมีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะครอบคลุม (ค่า β เท่ากับ 0.48, $*p < 0.05$) และมีอิทธิพลทางอ้อม (ค่า β เท่ากับ 0.05) โดยมีอิทธิพลรวมอยู่ในระดับสูง (ค่า β เท่ากับ 0.53, $*p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของจิตวิทยาเชิงบวกบางตัวที่มีต่อตัวแปรผลในด้านสุขภาพและด้านความสุข ดังการศึกษาของศิริมล คำนวล (2552) ที่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี ความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรค และระดับความสุข โดยตัวแปรการมองโลกในแง่ดี และความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรค เป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายความสุขได้ร้อยละ 30.8 นอกจากนี้ ในงานวิจัยของอรพินทร์ ชูชม และคณะ (2555) ได้ศึกษาปัจจัยเชิงเหตุและผลของภูมิคุ้มกันทางจิตของเยาวชน พบว่า ปัจจัยทางจิตลักษณะ ประกอบด้วย ตัวแปรการควบคุมตนเองการมองโลกในแง่ดีและความเชื่ออำนาจในตนมีอิทธิพลทางบวกต่อภูมิคุ้มกันทางจิต และคุณภาพของเยาวชนและการดำรงชีวิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและผลวิจัยยังเสนอแนะว่า ถ้าภูมิคุ้มกันทางจิตทำหน้าที่เป็นทั้งปัจจัยที่ปกป้องภัยคุกคามต่าง ๆ ที่มีต่อบุคคลแล้วยังทำหน้าที่เป็นปัจจัยส่งเสริมหรือสนับสนุนให้บุคคลมีชีวิตที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐภูมิ อรินทร์ และคณะ (2556) ที่ศึกษาถึงการทำหน้าที่ตัวแปรคั่นกลางของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางจิต และพฤติกรรมการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดชายแดนใต้ พบว่า ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะทางจิต และยังพบว่าทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกทำหน้าที่เป็นตัวแปรคั่นกลางโดยส่งผ่านไปยังตัวแปรผลด้านสุขภาวะทางจิต เพราะแนวคิดของจิตวิทยาเชิงบวกนั้นได้มุ่งเน้น

ทำการศึกษาถึงศักยภาพ ความเข้มแข็ง และความเจริญงอกงามของบุคคลมากกว่าเรื่องทางพยาธิสภาพและความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ เป้าหมายของจิตวิทยาเชิงบวก คือ การพัฒนาคนให้มีความสุข (Sheldon & King, 2002) จึงกล่าวได้ว่า ในงานวิจัยครั้งนี้ จิตวิทยาเชิงบวกนับเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่จะสนับสนุนให้ครอบครัวทั้ง พ่อ แม่และลูก มีการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเช่นกัน และสอดคล้องกับผลวิจัยที่เกี่ยวข้อง Christopher และคณะ (2013) ที่ได้ศึกษาคุณลักษณะจิตวิทยาเชิงบวกในผู้ป่วยเบาหวานด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบ ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถของตนเองและความหยุนตัวมีความสัมพันธ์สูงต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น โดยผ่านตัวแปรคั่นกลางที่สำคัญ คือ พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การยึดมั่นในการรับประทานอาหารเบาหวาน การเพิ่มการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายการเพิ่มการกำกับระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองการยึดมั่นกับสุขภาพทางการแพทย์ ที่ส่งผลต่อด้านสุขภาพได้แก่ การควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดี การลดภาวะแทรกซ้อนของโรค การลดอัตราการตาย เป็นต้น จึงกล่าวได้ว่า จิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ

2. บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมพบว่า มีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะครอบครัว และมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ จะเห็นได้ว่าโมเดลเส้นทางอิทธิพลเชิงสาเหตุตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Berkman et al., 2012) ที่พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพ คือ คุณภาพชีวิตมีสาเหตุมาจากตัวแปรทางสังคมได้แก่ บรรทัดฐานทางสังคม (Social Norms) และโมเดลการจัดการตนเองและครอบครัว (The Individual and Family Self-Management Theory, IFSMT) ของ Ryan และ Sawin (2009) ที่กล่าวว่าปัจจัยนำเข้า คือ สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมได้แก่ วัฒนธรรมในชุมชน (Cultural) จะเป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมของบุคคลได้ ซึ่งทั้ง 2 โมเดลนั้น พบว่า ตัวแปรทางสังคมวัฒนธรรมนั้น จะเป็นสาเหตุทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและคุณภาพชีวิต โดยส่งผ่านความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และในโมเดลของ Ryan และ Sawin ยังกล่าวว่า หากบุคคลสามารถมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองและในครอบครัวได้ก็จะทำให้เกิดการมีครอบครัวเข้มแข็งได้ดังนั้น ในผลการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวข้างต้น และเป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) ของ Ajzen (2011) ด้วยว่า บรรทัดฐานทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางอ้อมที่สำคัญตัวหนึ่งของพฤติกรรม โดยส่งผ่านความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมซึ่งบรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรมในงานวิจัยนี้มีนิยามที่ครอบคลุมถึงแบบแผนพฤติกรรมที่คนในสังคมชุมชนนั้นยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติและกำหนดว่าอะไรควรกระทำและอะไรไม่ควรกระทำ หรือควรยอมรับหรือไม่ควรยอมรับ เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาวะครอบครัว ซึ่งผลวิจัยครั้งนี้ พบว่า บรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรม มีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะครอบครัว (ค่า β เท่ากับ 0.57, $*p < 0.05$) และมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ (ค่า β รวมเท่ากับ 0.71, $*p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จันทสุภาภ์ ไวยฤทธิ์ และฐาศุภร์ จันประเสริฐ (2556) พบว่า บรรทัดฐานทางสังคมมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมความรับผิดชอบที่ส่งผลต่อพฤติกรรมรับผิดชอบ และบรรทัดฐานทางสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความรับผิดชอบโดยรวม (ค่า β เท่ากับ 0.51)

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า มีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะครอบครัว และมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพจะเห็นได้จากนิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพว่า เป็นการกระทำอย่างต่อเนื่องที่เป็นการใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ ตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่ได้นำเสนอแนวคิด โมเดลความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงที่ประกอบด้วยการวัด 3 ระดับรวม 6 องค์ประกอบได้แก่ 1) ระดับพื้นฐานวัดจากการเข้าถึงข้อมูล (Access) และความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 2) ระดับปฏิสัมพันธ์วัดจากทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) และการจัดการตนเอง (Self-Management) 3) ระดับวิจารณ์ญาณวัดจากการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) และทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) ซึ่งผลการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นไปตามแนวคิดที่ว่าถ้าบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะมีแรงจูงใจที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้อย่างเหมาะสม (Nutbeam, 2008) สอดคล้องกับผลวิจัยของ Intarakamhang และ Kwanchuen (2016) การพัฒนาและนำเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพไปใช้กับกลุ่มคนไทยวัยผู้ใหญ่ จำนวน 4,401 คน พบว่า การดูแลรักษาสุขภาพตนเองซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพจะมีเพิ่มขึ้นได้ต้องมาจาก 3 เส้นทางหลัก เส้นทางที่ 1 เริ่มต้นมาจากการที่บุคคลมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพส่งผ่านมายังการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องด้วยน้ำหนักอิทธิพลเท่ากับ 0.49, 0.46, 0.24 และ 0.13 ตามลำดับ ส่วน เส้นทางที่ 2 เริ่มจาก การเข้าถึงข้อมูลและบริการส่งต่อมายังการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องด้วยน้ำหนักอิทธิพลเท่ากับ 0.71, 0.87, 0.46, 0.24 และ 0.13 ตามลำดับและเส้นทางที่ 3 เริ่มจากการเข้าถึงข้อมูลและบริการส่งตรงมายังรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ด้วยน้ำหนักอิทธิพลเท่ากับ 0.23, 0.70 ตามลำดับ นั้นแสดงว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Intarakamhang และ Intarakamhang (2017) ที่พัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาโมเดลเชิงสาเหตุของเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินจำนวน 2,000 คน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนได้รับอิทธิพลจากความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านทักษะทางปัญญาระดับพื้นฐาน ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ และทักษะการคิดวิจารณ์ญาณ ด้วยน้ำหนักอิทธิพลเท่ากับ 0.76, 0.97 และ 0.55 ตามลำดับ และยังมีการวิจัยที่สนับสนุนว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะ ซึ่งวัดจากองค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคมด้วย เช่นเดียวกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ Intarakamhang และ Kwanchuen (2016) ที่พบว่า ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพมีอิทธิพลทางอ้อมต่อตัวแปรการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมโดยผ่านตัวแปรการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องและการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ พบความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า มีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะครอบครัว (ค่า β เท่ากับ 0.19, $*p < 0.05$) และพบว่า มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง (ค่า β เท่ากับ 0.61, $*p < 0.05$) เช่นกัน

4. พฤติกรรมสุขภาพพบว่า มีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะครอบครัว (ค่า β เท่ากับ 0.32, $*p < 0.05$) จะเห็นได้ว่า ตามที่ WHO ได้มีคำประกาศให้ชาติสมาชิกทั่วโลก เน้นให้ประชาชนสามารถควบคุมสุขภาพได้ด้วยตนเองตามวิธีการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี (Well-being) ดังการศึกษาของ Sutipan และ Intarakamhang (2017) ได้ศึกษาความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยที่สำคัญตามลำดับที่มีต่อการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีคือ พฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Intarakamhang และ Kwanchuen (2016) ที่พบว่า พฤติกรรมการคงอยู่ในการดูแลสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมสุขภาพทางสังคม ด้วยค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.73 ($*p < 0.05$) ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งตามวัฏจักรของการดำรงชีวิตว่า บุคคลที่มีการกระทำพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องแล้วทั้งในปัจจุบันและระยะยาวก็ย่อมส่งผลให้บุคคลนั้นดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีทุกมิติและส่งผลให้สมาชิกครอบครัวมีสุขภาวะที่ดีได้จากการถ่ายทอดเรียนรู้และการเป็นแบบอย่างซึ่งกันและกันที่ดีต่อไป จะนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพของประชาชนและครอบครัวมีความเข้มแข็งอย่างยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. ข้อค้นพบจากผลวิจัยเชิงคุณภาพทำให้ได้ข้อเสนอมว่า หน่วยงานภาครัฐในท้องถิ่นควรให้การสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพในชุมชนมากขึ้นและต่อเนื่อง โดยกิจกรรมนั้นควรเน้นการจัดหาและใช้ทรัพยากรทางอาหารที่มีอยู่ในชุมชน เช่นเดียวกับทิศทางเศรษฐกิจพอเพียง การรณรงค์ให้ครอบครัว ชุมชน หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อดำรงรักษาวิถีชีวิตที่ดีแบบดั้งเดิมของชุมชนไว้ เช่น ปลูกผักผลไม้ เลี้ยงปลา ทำอาหารรับประทานเองอย่างเหมาะสม เป็นต้น

2. จากปัจจัยที่อิทธิพลสูงสุดต่อการมีสุขภาวะครอบครัวที่ได้นั้น คือ จิตวิทยาเชิงบวก รองลงมา คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น จึงเป็นบทบาทสำคัญของผู้ให้บริการสาธารณสุขในชุมชน ทั้งบุคลากรทางการแพทย์ และครูสุขศึกษาในโรงเรียนร่วมกันพัฒนาประชาชนในหมู่บ้านทั้งกลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัว โดยการจัดกิจกรรมสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวได้รับ 1) การพัฒนาจิตวิทยาเชิงบวก 2) การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ 3) การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและครอบครัว โดยจัดกิจกรรมให้บุคคลมีความรู้ความเข้าใจมีทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง ดูแลสมาชิกในครอบครัวและคนในชุมชนได้ในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของครอบครัวและชุมชนเองได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ถึงแม้ว่า บุคลากรสาธารณสุข ครู หรือบุคลากรภาครัฐจะย้ายหรือเปลี่ยนไปที่คนก็ตาม ครอบครัว ชุมชนก็จะมีสุขภาวะที่ดีได้ด้วยศักยภาพที่มีอยู่ของชุมชนเอง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการวิจัยพบว่า ทูทางจิตวิทยาเชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งทูทางจิตวิทยาเชิงบวกนั้น มุ่งเน้นที่การค้นหาจุดแข็งของบุคคล และผลการวิจัยหลายเรื่องได้แสดงให้เห็นว่ากระบวนการปรับเปลี่ยนที่วิจิตรโดยใช้จุดแข็งภายในตัวบุคคลจะช่วยลดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้ การพัฒนาให้เกิดทูทางจิตวิทยาเชิงบวกในบุคคลทั้ง 4 ด้าน คือ ความหยิ่งตัว ความหวัง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การมองโลกในแง่ดี รวมทั้งด้านเจตคติที่ดีต่อสุขภาพ ที่เพิ่มเติมในงานวิจัยนี้ให้เกิดขึ้นกับบุคคลในครอบครัวก็จะส่งผลให้บุคคลนั้นประสบผลสำเร็จในสิ่งที่ทำอยู่ เช่น การเรียน การทำงาน การแข่งขัน อีกทั้งยังเกิดพฤติกรรมทางบวกในการทำงานมีความพึงพอใจ มีความสุขในการทำงาน ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาหรือวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาเพื่อส่งเสริมคุณลักษณะทางจิตวิทยาเชิงบวกในบุคคล อาทิ การให้ปัจจัยกระตุ้น หรือการสร้างโปรแกรมพัฒนาจิตวิทยาเชิงบวก สร้างโปรแกรมการพัฒนาเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง สร้างโปรแกรมการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น โดยสามารถออกแบบงานวิจัยเชิงทดลอง หรืองานวิจัยปฏิบัติการร่วมกันของครอบครัว และชุมชน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). *รายงานประจำปี 2558 สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- คลังปัญญาไทย. (2552). *บทบาทหน้าที่ของครอบครัว*. สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2554 จาก <http://www.panyathai.or.th/>
- งามตา วรินทร์านนท์. (2553). *ชุดงานวิจัยเพื่อสร้างดัชนีคุณภาพชีวิตครอบครัวไทยและการประยุกต์ใช้ผลวิจัย*. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 16(1), 17-40.
- จันทสุภาภรณ์ ไวยฤทธิ์ และฐาศุภกร จันประเสริฐ. (2556). ปัจจัยจิตสังคมและการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมจากครอบครัวข้างที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรับผิดชอบของพนักงานขับรถเช่าในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา*, 5(1), 87-101.
- ณัฐวุฒิ อรินทร์, อรพินธ์ ชูชม, ดุษฎี โยเหลา และนำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล. (2556). การทำหน้าที่ตัวแปรต้นกลางของทูทางจิตวิทยาเชิงบวกที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางจิต และพฤติกรรมการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดชายแดนใต้. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 19(1), 99-117.
- ไทยโพสต์. (2554). *กินข้าวพร้อมหน้าลดปัญหาครอบครัวได้*. *ไทยโพสต์*. ฉบับวันที่ 27 กรกฎาคม 2554.
- ประเวศ วะสี. (2540). *พุทธเกษตรกรรมกับศาสนาสัญของสังคมไทย*. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคาม.

- ปาริชาติ เทพอารักษ์ และอมรารวรรณ ทิวถนอม. (2550). สุขภาวะของคนไทยจุดเริ่มต้นของความอยู่เย็นเป็นสุข. *วารสารเศรษฐกิจและสังคม*, 12-17.
- วิชัย เทียนถาวร. (2556). ระบบการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย: นโยบายสู่การปฏิบัติ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- ศิริมล คำนวล. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคและความสุข: กรณีศึกษาพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง. กรุงเทพฯ: ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ. (2552). *Happy คนทำงานมีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่ ชุมชนสมานฉันท์*. กรุงเทพฯ: แผนงานสุขภาวะองค์กรภาคเอกชน. สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2556 จาก https://www.set.or.th/sustainable_dev/th/sr/publication/files/Happy_Workplace.pdf
- สำนักงานการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2555). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)*. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.
- อรพินทร์ ชูชม, สุภาพร ธนะชานันท์ และทัศนาก ทอภักดี. (2555). ปัจจัยเชิงเหตุและผลของภูมิคุ้มกันทางจิตของเยาวชน. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 18(2), 1-15.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2559). การเตรียมพร้อมสู่การทำงานอาสาและการพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการจัดการสุขภาวะตนเองที่เกี่ยวข้องกับการทำงานอาสาของบุคลากรในมหาวิทยาลัย. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 22(2), 103-119.
- อาคม เต็มพิทยาไพสิฐ. (2554). *ประชาคมอาเซียน*. กรุงเทพฯ: เอกสารประกอบคำสอน.
- Ajzen I. (2011). The theory of planned behavior: reactions and reflections. *Psychology & Health*, 26(9), 1113-1127.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K.E., Halpern, D. J., Viera, A., Crotty, K., Holland, A., Brasure, M., Lohr, K. N., Harden, E., Tant, E., Wallace, Ina., & Viswanathan, M. (2011). *Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review*. RTI International–University of North Carolina Evidence-based Practice Center Research Triangle Park, North Carolina, AHRQ Publication.
- Christopher, M. C., Eleanor, E. B., Shannon, V. M., & Jeff, H. (2013). Positive Psychological Characteristics in Diabetes: A Review. *Current Diabetes Reports*, 13(6). DOI: 10.1007/s11892-013-0430-8.
- Creswell, J. W., & Clark V. L. P. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. Sage Publication.

- Fahey T., Keilthy P., & Polek E. (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
- Intarakamhang, U., & Intarakamhang, P. (2017). Health Literacy Scale and Causal Model of Childhood Overweight. *J Res Health Sci*, 17(1), e00368.
- Intarakamhang, U., & Kwanchuen, Y. (2016). The development and application of the ABCDE-health literacy scale for Thais. *Asian Biomedicine*, 10(6), 587–594. DOI: 10.5372/1905-7415.1006.527.
- Lam, D. W., & Le Roith, D. (2015). *Metabolic syndrome*. In De Groot L. J, Chrousos G., Dungan K., Feingold K.R., Grossman A., Hershman J.M., Koch C., Korbonits M., McLachlan R., New M., Purnell J., Rebar R., Singer F., Vinik A., editors. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.
- Lewis, R. A., & Spanier, G. B. (1979). *Theorizing about the quality and stability of marriage*. In W. R. Burr, R. Hill, F. I. Nye, & I. L. Reiss (eds.). Contemporary theories about the family, 2. (268-294). New York: The Free Press.
- Luthans, F. (2002). The need for and meaning of positive organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior Management*, 6, 695-706.
- Luthans, F. (2011). *Organizational behavior: An evidence-based approach*. (12th ed.). Boston, Mass.: McGraw-Hill/Irwin.
- Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. Oxford: Oxford University Press.
- Manganello, J. A. (2008). Health Literacy and Adolescents: A Framework and Agenda for Future research. *Health Education Research*, 23(5), 840-847. DOI: 10.1093/her/cym069.
- Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. doi: 10.1093/heapro/15.3.259.
- Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-8.
- Ryan, P., & Sawin, K. (2009). The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*. 217–225. On line version contains definitions, assumptions, and references and is available.

- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction *Journal of the American Psychological Association*, 55(1), 5-14.
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, Positive prevention, and positive therapy. In *Handbook of Positive Psychology* Edited by Snyder, C. R.; & Lopez, Shane J. pp. 3-9. Oxford University Press.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2007). *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- 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), 1-20.
- WHO. (1998). *Health promotion Glossar*. Geneva:WHO Publications.
- WHO. (2016). *The mandate for health literacy*. 9th Global Conference on Health Promotion. Shanghai. Retrieved on July 3, 2016 from <http://who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/health-literacy/en/>

Translated Thai References (ส่วนที่แปลรายการอ้างอิงภาษาไทย)

- Arin N., Choochom O., Yoelao D., & Suppareakchaisakul N. (2013). Function of Psychological Capital as a Mediator Affecting Psychological Outcomes and Work Performance among Public Health Officer in Southern Border Provinces. *Journal of Behavioral Science*, 19(1), 99-117.
- Choochom O., Tanachanan S., & Thongpukdee T. (2012). Antecedents and Consequences of Youths' Psychological Immunity. *Journal of Behavioral Science*, 18(2), 1-15.
- Intarakamhang U. (2016). Readiness Preparation to Volunteer Working and Causal Relationship Model Development of Self- Wellness Management Related to Volunteer Working of University staff. *Journal of Behavioral Science*, 22(2), 103-119.
- Kamnua S. (2009). *Relationships between optimism, adversity quotient and happiness: a case study of a private company*. Bangkok: Master of Arts, Department of Psychology, Thammasat University.
- Office of National Economic and Social Development. (2012). *National Economic and Social Development Plan Issue11 (2013-2016)*. Bangkok: The Office of The Prime Minister.
- Strategic and Planning Group, Bureau of Non-Communicable Disease. (2016). *Annual Report 2015 of Bureau of Non-Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of*

Public Health. Nonthaburi: The printing house of the Veterans Administration under the Royal Patronage.

Termpittayapaisith A. (2011). *Asean Community*. Bangkok: Doctrine.

Thai Health Promotion Foundation. (2009). *Happy, Workers are happy*. The work is good Community of solidarity. Bangkok: Healthy plan of private sector. Retrieved on March 12, 2013 from https://www.set.or.th/sustainable_dev/th/sr/publication/files/Happy_Workplace.pdf

Thai Post. (2011). *Eating rice together for reducing family problems*. Thai Post newspaper. Issue July 27, 2011.

Thai Wisdom. (2009). *Role of family*. Retrieved on June 10, 2011 from <http://www.panyathai.or.th/>

Thep-Arak P., & Thiwatanom A. (2007). The happiness of the Thai people, the beginning of peace. *Economic and Social Journal*, 12-17.

Tientavorn W. (2013). *Hypertension, Diabetes Prevention Monitoring System in Thailand: Policy toward Practice*. Nonthaburi: Ministry of Public Health.

Wasee P. (1997). *Buddhist agriculture and peace of Thai society*. Maha Sarakham: Srinakharinwirot University, Mahasarakham.

Vanindananda N. (2010). The research project on construction of multiple indicators of marital quality in the Thai families. *Journal of Behavioral Science*, 16(1), 17-40.

Viyaritt J., & Junprasert T. (2013). Psychosocial factors and social norm perceived: Association with to responsibility behavior of rental-car drivers in Bangkok. *Journal of Behavioral Science for Development*, 5(1), 87-101.