

รายงานการวิจัยฉบับที่ 141

เรื่อง

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการ
เป็นศูนย์กลางที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของนิสิตที่มีภาวะอ้วน

The Effect of Health Behavior Modification based on
Client Center Program to Self – Care Behavior of Obese Students



จัดทำโดย

รศ.ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

และ อ.ดร.อนันต์ มalarัตน์

ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รายงานการวิจัยฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนทุนงบประมาณเงินรายได้
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประจำปี 2555

เมษายน 2556

คำนำ

งานวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของนิสิตที่มีภาวะอ้วน” ได้รับการสนับสนุนทุนงบประมาณเงินรายได้จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ให้ดำเนินการเพื่อพัฒนาสุขภาพของนิสิตของมหาวิทยาลัย โดยคณะผู้วิจัยได้ให้ความสนใจ ในการตรวจสอบประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยมีพื้นฐานมาจากความเชื่อว่าบุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ดีและยั่งยืน จะต้องมาจากปัจจัยทางจิตและสังคม โดยผ่านกระบวนการรู้คิด ที่ได้จากกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนหรือกระบวนการกลุ่ม มาช่วยให้นิสิตได้ใช้พลังศักยภาพภายในตนหรือปัจจัยภายในด้านจิตใจของนิสิตเอง เป็นแรงขับเคลื่อนให้นิสิตนั้นทำกิจกรรมเพื่อลดน้ำหนักด้วยตนเองเป็นหลักให้สำเร็จผล โดยผ่านโปรแกรมที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น และผลพบว่า โปรแกรมนี้มีประสิทธิผลเป็นที่พอใจ ที่จะสามารถนำไปใช้ต่อไปในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับนิสิตอ้วนในกลุ่มอื่นได้

ทางสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ยินดีที่จะให้นักวิชาการ อาจารย์ นิสิตและผู้สนใจ จะนำแนวคิด เทคนิคและโปรแกรมนี้นำไปใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรคอ้วนของประชาชนทั่วไปได้ต่อไป จึงขอขอบคุณคณะผู้วิจัย คณะอาจารย์และนิสิตที่มีส่วนร่วมให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

รองศาสตราจารย์ ดร.ดุขฎิ โยเหลา
ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

สารบัญ

หน้า

บทที่ 1 บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย	3
ความสำคัญของการวิจัย	3
ขอบเขตของโครงการวิจัย	3
นิยามศัพท์เฉพาะ	4
นิยามเชิงปฏิบัติการ	4

บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม

ตอนที่ 1 ความสำคัญและสถานการณ์โรคอ้วน	7
ตอนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน	11
ตอนที่ 3 แนวคิดการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	22
ตอนที่ 4 เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง	31
ตอนที่ 5 ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ	37

ตอนที่ 6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย	43
------------------	----

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มประชากร	44
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	44
การออกแบบการวิจัยและตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัย	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	46
การเก็บรวบรวมข้อมูล	51
การวิเคราะห์ข้อมูล	52

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร	54
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน	55

บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย	67
อภิปรายผล	70
ข้อเสนอแนะ	75

เอกสารอ้างอิง

ภาคผนวก - ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูล	85
- แบบสอบถาม	88

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 การจำแนกค่าดัชนีมวลกายของผู้ใหญ่ในแถบเอเชีย	10
ตาราง 2 เปรียบเทียบการจัดการเรียนรู้ที่ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและผู้ให้บริการเป็นสำคัญ	36
ตาราง 3 แบบแผนการทดลองแบบแฟคตอเรียลเพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ร่วมของตัวแปรอิสระ	45
ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพและน้ำหนัก จำแนกตามกลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม) และ ระยะการทดลอง (ระยะการก่อนทดลองระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลอง 4 สัปดาห์)	54
ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรทางเดียวแบบวัดซ้ำของตัวแปรการรับรู้ความสามารถ ของตนเองการกำกับตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยพิจารณาตามระยะการทดลอง (ระยะก่อนทดลองระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์)	55
ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการวัดซ้ำจำแนกรายตัวแปร (การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเอง) โดยพิจารณาตามระยะการทดลอง(ระยะ ก่อนทดลองระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลอง 4 สัปดาห์)	56
ตาราง 7 แสดงผลการเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามระยะการทดลอง	57
ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการวัดซ้ำ ของน้ำหนักนิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลอง โดยพิจารณาตามระยะเวลาการทดลอง(ระยะก่อนทดลอง, ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที, ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์)	57
ตาราง 9 แสดงผลการเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยน้ำหนักของนักศึกษาตามระยะเวลาการทดลอง	58
ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรสองทางแบบวัดซ้ำของตัวแปรตาม(การรับรู้ ความสามารถของตนเองการกำกับตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเอง)โดยพิจารณาตามกลุ่ม การทดลอง (กลุ่มทดลอง, กลุ่มควบคุม) และระยะการทดลอง(ก่อนทดลอง, หลังทดลองทันที, หลังทดลอง 4 สัปดาห์)	58
ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวของการวัดซ้ำ จำแนกรายตัวแปร โดยพิจารณาตาม ระยะการทดลอง(ก่อนทดลอง - หลังทดลองทันที - หลังทดลอง 4 สัปดาห์)	59
ตาราง 12 ค่าเฉลี่ยน้ำหนักนิสิตหลังทดลองโปรแกรมปรับพฤติกรรม ก่อนปรับแก้และหลังการปรับแก้	61
ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของการวัดซ้ำ ของน้ำหนักนิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลอง โดยพิจารณาตามระยะเวลาการทดลอง(ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที, ระยะหลังทดลอง เสร็จสิ้น 4 สัปดาห์)เมื่อควบคุมน้ำหนักของนิสิตก่อนเข้าร่วมโปรแกรมปรับพฤติกรรม	61
ตาราง 14 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับ ตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีจำแนกตามกลุ่มตัวอย่างที่มี เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน	62

สารบัญตาราง -ต่อ-

หน้า

ตาราง 15 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรแบบสามทาง (three-way MANOVA) ของ คะแนนเฉลี่ยรวมของ 3 ตัวแปร คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการทดสอบปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างกลุ่มทดลอง-ควบคุม เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม	63
ตาราง 16 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรแบบสามทาง (three-way MANOVA) ของ คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมการดูแล สุขภาพ ในการทดสอบปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างกลุ่มทดลอง-ควบคุม เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม	64
ตาราง 17 ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการแจกแจง (Normal distribution) ของตัวแปร	85
ตาราง 18 ผลการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของเมทริกซ์ความแปรปรวน-แปรปรวนร่วมด้วยวิธี Box's M test สำหรับการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร	85
ตาราง 19 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามด้วยวิธี Bartlett's Test of Sphericity สำหรับการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร	85
ตาราง 20 ผลการทดสอบ Compound Symmetry	86
ตาราง 21 ผลการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนของการรับรู้ความสามารถของ ตนเองการกำกับตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในแต่ละช่วงเวลาทุกตัวด้วยวิธี Levene's test ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	86
ตาราง 22 ค่าความสัมพันธ์รายคู่และผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร การรับรู้ ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในแต่ละช่วงเวลา	87

สารบัญภาพประกอบ

หน้า

ภาพประกอบ 1 การกำกับตนเอง	27
ภาพประกอบ 2 หลักการสำคัญของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	34
ภาพประกอบ 3 กระบวนการกลุ่ม	35
ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย	43
ภาพประกอบ 5 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพของนิสิตที่มีภาวะอ้วน เปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง และระยะเวลาการทดลองระหว่างหลังทดลอง เสร็จสิ้นทันทีกับหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์	60



ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการ เป็นศูนย์กลางที่มีต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของนิสิตที่มีภาวะอ้วน

โดย รศ.ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง

และ อ.ดร.อนันต์ มลารัตน์

บทคัดย่อ

การวิจัยวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลตนเอง และน้ำหนักตัวของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังจากการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและกลุ่มที่มีลักษณะทางจิตสังคมแตกต่างกันของนิสิตที่มีภาวะโภชนาการเกิน ($BMI > 25 \text{ kg/m}^2$) ได้จากการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random Sampling) ได้นิสิต 30 คน จากนิสิตคณะสหเวชศาสตร์เข้ากลุ่มควบคุมและนิสิต 29 คนจากคณะพลศึกษาเข้ากลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางโดยใช้กระบวนการกลุ่มและแนวคิดการมีส่วนร่วมจำนวน 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูล 3 ครั้งจากแบบสอบถามประมาณค่า 6 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ของครอนบาคระหว่าง .81-.94 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความแปรปรวนหลายตัวแปรแบบวัดซ้ำ (3 way MANOVA with Repeated Measures, MANCOVA)

ผลวิจัยพบว่า เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้ 1) นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 53.90, 55.93 และ 55.69) การกำกับตนเอง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 136.03, 138.34 และ 146.42) และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 71.74, 71.18 และ 75.89) ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Multivariate F test = 0.478, F = 5.758, p < 0.00) และระยะการทดลองมีขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.239 ส่วนน้ำหนักตัว (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 75.89, 71.18 และ 71.74 ตามลำดับ) ต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (F=7.136, df=2, p=0.02) และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.203 2) นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Multivariate F test=4.250, df=3, p=.009) และภายหลังทดลองนิสิตในกลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่านิสิตในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (F=142.190, df=1, p=.026) 3) ไม่พบปฏิสัมพันธ์ร่วมแบบสามทางระหว่างโปรแกรมฯ การสนับสนุนทางสังคม และเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพแต่พบปฏิสัมพันธ์ร่วมสองทาง ในกลุ่มนิสิตที่มีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพสูงเมื่อเข้าโปรแกรม จะมีการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเองและพฤติกรรมดูแลสุขภาพสูงกว่านิสิตกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Multivariate F test=6.107, p=.001) และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .272

คำสำคัญ: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถ การกำกับตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ

ดัชนีมวลกายนักศึกษาที่มีภาวะอ้วน

The Effect of Health Behavior Modification based on Client Center Program to Self – Care Behavior of Obese Students

By Assoc. Prof. Dr. Ungsinun Intarakamhang
And Dr. Anan Malarat

Abstract

The objectives of this experimental research were to examine the effectiveness of Health Behavior Modification based on Client Center Program (HBMCCP) and to study behavior change in relation to self – efficacy, self- regulation, self-care behavior , and body weight among experimental stages. The sample of study was 59 undergraduate students in health science field , who were selected by cluster random sampling and assigned 29 participated in HBMCCP for 8 weeks all activities as the experimental group, and 30 students as the controlled one. Data collection were conducted 3 times; before program, immediately after program and after program for 4 weeks by 6 scale – questionnaires which had high reliability (Cronbach's alpha-coefficient between .81 to .94). The stratified variables were social psychological variable consisted of positive attitude to health behavior and social support. Data were analyzed 3 way MANOVA and MANCOVA with repeated measures.

According to research hypotheses, results show that 1) Obese students in experimental group who were trained with HBMCCP had self – efficacy (mean = 53.90, 55.93, and 55.69), self- regulation (mean = 136.03, 138.34 ,and 146.42) and self-care behavior (mean = 71.74, 71.18, and 75.89) in stages of immediately after program and after program for 4 weeks higher scores at .05 of statistical significant level than before program (Multivariate F test = 0.478, F = 5.758, p < 0.00) and experimental stages had effect to behaviors (Effect size = 0.239), and had body weight (mean = 75.89, 71.18, and 71.74 respectively) lower scores at .05 of statistical significant level than before program (F = 7.136, df = 2, p = 0.02) and experimental stages had effect to body weight (Effect size = 0.203), 2) Obese students in experimental group had self – efficacy, self- regulation and self-care behavior in stages of immediately after program and after program for 4 weeks higher scores at .05 of statistical significant level than obese students in control group (Multivariate F test = 4.250, df = 3, p = .009), and had body weight lower than obese students in control group after program (F = 142.190, df = 1, p = .026), and 3) There were no three - way interaction among positive attitude to health behavior, social support and HBMCCP. Although, There were two- way interaction between positive attitude to health behavior and HBMCCP. (Multivariate F test = 6.107, p = .001) by effect size = .272.

Keywords: health behavior modification, self-efficacy, self- regulation, self-care behavior, Body Mass Index, obese students

บทสรุปผู้บริหาร

เรื่อง “ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการ
เป็นศูนย์กลางที่มีต่อพฤติกรรมและการดูแลตนเองของนิสิตที่มีภาวะอ้วน”

โดย รศ.ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง

และ อ.ดร.อนันต์ มาลารัตน์

การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลตนเอง และน้ำหนักตัวของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังจากการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและกลุ่มที่มีลักษณะทางจิตสังคมแตกต่างกัน

โดยทำการศึกษาในประชากร นิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือมีรอบเอวมากกว่า 32 นิ้วในนิสิตหญิง และ 36 นิ้วในนิสิตชาย โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒและมีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามที่ เนเมตและคณะ (Nemet, Barkan, Epstein, Friedland, Kowen, & Eliakim, 2005) แนะนำ คือ อย่างน้อย 11 คนต่อกลุ่ม เพื่อพบการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก และ 18 คนต่อกลุ่มเพื่อพบการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และที่ระดับอำนาจของการทดสอบเท่ากับ 90% แต่ผู้วิจัยใช้เลือกจำนวน 30 คน เพื่อให้ครอบคลุมต่อการค้นพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งน้ำหนักตัว ใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random Sampling) พร้อมจับฉลากทั้งกลุ่มเพื่อเข้ากลุ่มทดลองได้นิสิตจากคณะแพทยศาสตร์ และกลุ่มควบคุมได้นิสิตคณะสหเวชศาสตร์ และเป็นไปตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ คือ นิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (WHO, IASO; & IOTF, 2000) 2) มีความสมัครใจและได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมการวิจัย 3) ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัย และ 4) ไม่เคยได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อดำเนินโปรแกรมเสร็จสิ้น มีนิสิตที่เข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดโครงการ จำนวน 59 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1989) ได้แก่ การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ และการใช้คำพูดชักจูง แนวคิดกำกับตนเอง (Bandura, 1989) ได้แก่ กระบวนการสังเกตตนเอง กระบวนการตัดสินใจ และการแสดงปฏิกิริยากับตนเอง และแนวคิดการเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Rogers, 1977) โดยใช้กระบวนการกลุ่มและแนวคิดการมีส่วนร่วม พัฒนาเป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยมีตัวแปรที่ศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ เป็นตัวแปรจัดกระทำ ได้แก่ 1.1) โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง 1.2) ไม่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 1.3) ตัวแปรจัดประเภท เป็นตัวแปรทางจิตสังคม ได้แก่ เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม

2. ตัวแปรตาม คือ 2.1) การรับรู้ความสามารถของตน 2.2) การกำกับตนเอง 2.3) พฤติกรรมดูแลสุขภาพ และ 2.4) น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม

สมมติฐานการวิจัย

1. นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลอง มีการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนทดลอง
2. นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลอง มีน้ำหนักตัว ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนทดลอง
3. นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ สูงกว่ากลุ่มควบคุม
4. นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัว ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
5. นิสิตที่มีลักษณะจิตสังคมต่างกันเมื่อเข้ารับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะมีการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ แตกต่างกัน

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลเชิงพรรณนาของตัวแปร พบว่า
 - 1.1 มีนิสิตที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ที่เข้าร่วมโครงการได้ตลอดมีจำนวน 59 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน
 - 1.2 การเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของคะแนน การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ และน้ำหนักตัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้
 - การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในกลุ่มทดลอง พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามระยะการทดลอง ก่อนทดลอง หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะของทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ที่ลดลงเล็กน้อย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 53.90, 55.93 และ 55.69) ในขณะที่ กลุ่มควบคุม มีการรับรู้ความสามารถของตนเองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 50.77, 51.40 และ 51.47)
 - การกำกับตนเอง ในกลุ่มทดลอง พบว่า ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นตามลำดับ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 136.03, 138.34 และ 146.42) ในขณะที่ กลุ่มควบคุม มีการกำกับตนเอง เพิ่มขึ้นบางระยะ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 126.73, 130.63 และ 130.53)
 - พฤติกรรมดูแลตนเอง ในกลุ่มทดลอง พบว่า ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นตามลำดับ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 103.72, 110.55 และ 116.90) ในขณะที่ กลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมดูแลตนเองคงที่ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 103.00, 101.20 และ 103.00)
 - น้ำหนักตัว ในกลุ่มทดลองมี พบว่า ค่าเฉลี่ยมีแนวโน้มลดลงตามระยะการทดลอง โดยในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะก่อนทดลอง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 71.74, 71.18 และ 75.89) ในขณะที่ กลุ่มควบคุม มีน้ำหนักตัวแนวโน้มคงที่ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 68.01, 67.93 และ 67.41)

2. ผลการทดสอบตามสมมติฐาน ด้วยสถิติการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Repeated Measures ANOVA, Repeated Measures ANCOVA, k-way MANOVA with Repeated Measures และ three-way MANOVA ทั้งนี้ก่อนทดสอบสมมติฐาน ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยทำการตรวจสอบความเป็นอิสระของคะแนนจากการที่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ได้รับคัดเลือกเข้ามาอย่างเป็นอิสระโดยการสุ่มเข้ากลุ่มรับการทดลองตามรูปแบบการทดลองที่กำหนดไว้ในแต่ละกลุ่มจึงไม่ละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นในข้อนี้ ด้านการแจกแจงของตัวแปรว่ามีลักษณะเป็นการแจกแจงเป็นปกติหรือไม่ (Normal distribution) โดยพิจารณาความเบ้ (Skewness) ความโด่ง (Kurtosis) ควบคู่กับการทดสอบโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk พบว่า ตัวแปรมีการแจกแจงแบบปกติที่ระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 ด้านความเป็นเอกพันธ์ของเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วม (Homogeneity of variance-covariance matrices) ด้วย Box's M test ผลการวิเคราะห์พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าไม่มีความแตกต่างของเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของตัวแปรตามในแต่ละกลุ่ม ด้านความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม ด้วย Bartlett's Test of Sphericity พบว่าตัวแปรตามทั้ง 3 ตัว ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังได้วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มของตัวแปรตามได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในระยะก่อนเริ่มโปรแกรมการทดลอง เพื่อศึกษาความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนทดลอง ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยของตัวแปรทั้ง 3 ของกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม มีความเท่าเทียมกันก่อนเริ่มโปรแกรมการทดลอง จึงสรุปได้ว่า ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของเทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้น เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติทดสอบ จึงทำการทดสอบ ได้ผลเป็นไปตามสมมติฐานดังต่อไปนี้

2.1 นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลอง มีการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Multivariate F test = 0.478, $F = 5.758$, $p < 0.00$) และระยะการทดลองมีขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.239 แสดงว่าผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ที่มีต่อ พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมทั้ง 3 ตัวแปรเปลี่ยนไปตามระยะเวลาการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพรายตัวแปร พบว่า 1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันตามระยะการทดลองมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=18.257$, $df=2$, $p=0.00$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.395 2) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($F=1.180$, $df=2$, $p=0.315$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.040 และ 3) การการกำกับตนเอง ($F=2.220$, $df=2$, $p=0.118$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.073 แสดงว่าผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ที่มีต่อ พฤติกรรมดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญที่ .05 แต่สำหรับ การรับรู้ความสามารถของตนเองและการกำกับตนเอง ไม่เปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

2.2 นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลอง มีน้ำหนักตัว ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=7.136$, $df=2$, $p=0.02$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.203 แสดงว่า ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ที่มีต่อน้ำหนักของนิสิตเปลี่ยนไปตามระยะเวลาการทดลอง (น้ำหนักตัว หลังสิ้นสุดทดลองและหลังทดลอง 4 สัปดาห์ เท่ากับ 75.886, 71.179 และ 71.741 กิโลกรัม ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยน้ำหนักของนิสิต ตามระยะเวลาการทดลอง พบว่านิสิตที่มีภาวะอ้วน และได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก ระหว่างระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์ กับระยะก่อนทดลอง และระหว่างระยะหลังทดลองทันที กับระยะก่อนทดลอง แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก ระยะก่อนทดลอง เท่ากับ 75.886 กิโลกรัม ระยะหลังทดลองทันที เท่ากับ 71.179 กิโลกรัม และระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์ เท่ากับ 71.741 กิโลกรัม

จึงสรุปได้ว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 2

2.3 นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ สูงกว่ากลุ่มควบคุม พบว่า อิทธิพลหลักของกลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลอง, กลุ่มควบคุม) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Multivariate F test = 4.250, $df=3$, $p=.009$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.188 แสดงว่านิสิตที่อยู่กลุ่มการทดลองที่แตกต่างกัน (กลุ่มทดลอง, กลุ่มควบคุม) มีค่าคะแนนเฉลี่ยตัวแปรตาม แตกต่างกัน และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวสองทางแบบวัดซ้ำ (two-way ANOVA with repeated measures) ของตัวแปรตามที่ละตัวแปร พบว่า

- การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีเพียงอิทธิพลหลักของกลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม) เท่านั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=56.1$, $df=1$, $p=.021$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .76 ซึ่งแสดงว่านิสิตที่อยู่กลุ่มการทดลองต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน
- การกำกับตนเอง มีอิทธิพลปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มการทดลองและระยะเวลาการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอิทธิพลหลักของกลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=4.699$, $df=1$, $p=.34$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .090 ซึ่งแสดงว่านิสิตที่อยู่กลุ่มการทดลองต่างกัน มีการกำกับตนเองแตกต่างกัน และอิทธิพลหลักของระยะเวลาการทดลอง (ก่อนทดลอง - หลังทดลองทันที - หลังทดลอง 4 สัปดาห์) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=3.281$, $df=1$, $p=.047$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .054 ซึ่งแสดงว่าระยะเวลาการทดลองที่ต่างกัน ส่งผลให้นิสิต มีการกำกับตนเองแตกต่างกัน

- พฤติกรรมดูแลสุขภาพ ผลการวิเคราะห์พบว่า อิทธิพลหลักของกลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม) และอิทธิพลหลักของระยะเวลาการทดลอง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($F=12.336$, $df=1$, $p=0.01$ และ $F=13.044$, $df=2$, $p=.00$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .178 และ .186 ตามลำดับ พบอิทธิพลปฏิสัมพันธ์อิทธิพลปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มการทดลองและระยะเวลาการทดลอง ($F=12.215$, $df=2$, $p=.00$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .188 แสดงว่าผลของกลุ่มทดลองที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เปลี่ยนไปตามระยะเวลาการทดลอง จึงสรุปได้ว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 3

2.4 นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัว ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีน้ำหนักหลังทดลองทันทีน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($67.918-71.086 = -3.168$) และ พบว่ากลุ่มทดลองมีน้ำหนักหลังทดลอง 4 สัปดาห์น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

- นิสิตที่มีลักษณะเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพและมีการสนับสนุนทางสังคม ต่างกันเมื่อเข้ารับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมทั้ง 3 ตัวแปรภายหลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาเฉพาะรายตัวแปรพบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน ส่วนการมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกัน ส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Multivariate F test=6.107, p=.001) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .272

- ผลการศึกษาปฏิสัมพันธ์แบบสองทาง ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการสนับสนุนทางสังคม, โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพและปฏิสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

- พบผลมีปฏิสัมพันธ์แบบสองทาง สำหรับปัจจัยด้านเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการกำกับตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=12.201$, $df=1$, $p=.001$ และ $F=13.722$, $df=1$, $p=.001$ ตามลำดับ) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .193, .212 ตามลำดับ ซึ่งแสดงว่านิสิตที่มีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน (กลุ่มสูง-กลุ่มต่ำ) จะมีรับรู้ความสามารถของตนเอง และการกำกับตนเอง แตกต่างกัน ส่วนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ พบว่าเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ มีอิทธิพลต่อตัวแปรดังกล่าวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

- พบผลเฉพาะรายตัวแปรปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีอิทธิพลต่อการพฤติกรรมดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=4.979$, $df=1$, $p=.030$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .089 ซึ่งแสดงว่า นิสิตที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน (กลุ่มสูง-กลุ่มต่ำ) จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพแตกต่างกัน ส่วนตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการกำกับตนเอง พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีอิทธิพลต่อตัวแปรดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **จึงสรุปได้ว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 5 บางส่วน** เฉพาะตัวแปร เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพเท่านั้นที่มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับโปรแกรม

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ

1. หน่วยงานกำกับการทำงานด้านสุขภาพ ควรให้ความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพด้าน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของบุคลากรทางสุขภาพหรือผู้สนใจ เช่น หน่วยงานส่งเสริมสุขภาพตามโรงพยาบาลต่างๆ เป็นต้น ด้วยกระบวนการฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มข้นที่เน้นการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางแท้จริง และส่งเสริมให้ใช้เครือข่ายทางสังคม กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน หรือกระบวนการกลุ่มช่วยในการกำกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและสมาชิกกลุ่มให้มีความต่อเนื่อง พร้อมให้การเสริมแรง สร้างแรงจูงใจจากบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อยืนยันผลวิจัยที่เป็นเทคนิคสำคัญที่จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ทั้งในกลุ่มประชากรกลุ่มเล็กและกลุ่มใหญ่ในพื้นที่ต่าง ๆ ในหน่วยงาน โรงเรียนหรือแม้แต่มหาวิทยาลัย

2. หัวใจสำคัญที่ทำให้โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประสบความสำเร็จอีกประการหนึ่ง นอกเหนือจากศักยภาพของผู้ให้บริการ ก็คือ การให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมของผู้รับบริการ ดังนั้น ก่อนที่จะดำเนินการจัดกิจกรรม หรือ จัดโครงการ จะต้องมีการสำรวจถึงสภาพปัญหาบริบทที่เป็นจริงของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ผู้ให้บริการจะได้รู้และเข้าใจวิถีชีวิตของผู้รับบริการ ให้มากที่สุด เพื่อการเป็นพวกเดียวกันอย่างกลมกลืน และได้รับความไว้วางใจมาสู่การกำหนดแผน กิจกรรม ดำเนินการและกำกับติดตามให้บรรลุผลสำเร็จร่วมกัน ทั้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ถึงจะส่งผลทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการเห็นความสำคัญของการเข้าร่วมกิจกรรม และทำให้โครงการประสบความสำเร็จได้

3. ในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นเรื่องของหน่วยงานที่เห็นความสำคัญในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของบุคคลในส่วนที่อยู่ในกำกับดูแลของหน่วยงาน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ มหาวิทยาลัยผู้บริหารคณะและอาจารย์ผู้สอนเห็นความสำคัญ จึงทำให้โครงการประสบความสำเร็จได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับนโยบายหลักของคณะทางด้านสุขภาพที่นิสิตควรเป็นแบบอย่างทางด้านสุขภาพที่ดีให้กับนิสิตคณะอื่นได้ จึงได้รับความเห็นชอบ ความร่วมมือจากผู้บริหารคณะและอาจารย์ผู้สอนเป็นอย่างดี

4. จากผลวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับการได้รับโปรแกรมฯ แต่ เจตคติที่ดีต่อสุขภาพมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับการได้รับโปรแกรมฯ ดังนั้น ก่อนการทดลองผู้จัดโปรแกรมควรเปิดรับสมัครผู้เข้าร่วมโปรแกรมเฉพาะกลุ่มที่สมัครใจและมีความรู้สึก เห็นคุณค่าและพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ให้บรรลุความสำเร็จ ในการลดน้ำหนักได้ มาเข้าโปรแกรมฯ จะช่วยให้โปรแกรมนี้นำสำเร็จได้มาก

ขึ้น หรือ ในการจัดกิจกรรมควรเน้นกิจกรรมการสร้างเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพก่อนในช่วงแรก โดยใช้กิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือกระบวนการกลุ่มได้ โดยอาจไม่จำเป็นต้องเสริมด้วยกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคม ใช้วิธีปล่อยให้เป็นธรรมชาติใช้เพียงการเสริมแรงจากผู้จัดโครงการหรือเพื่อนสมาชิกในกลุ่มก็เพียงพอสำหรับกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่

5. มหาวิทยาลัยซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยสุขภาพ ควรหันมาให้ความสำคัญกับกิจกรรมเสริมหลักสูตรด้วยการเสริมสร้างสุขภาพของนิสิตอย่างจริงจังและต่อเนื่องอย่างน้อย 8 สัปดาห์ เพื่อบรรลุความสำเร็จสำหรับนิสิตที่มีภาวะโภชนาการเกิน และเสริมแรงด้วยการสร้างโมเดลแบบอย่างนิสิตที่ทำได้สำเร็จ ได้ด้วยพลังใจของตนเอง เมื่อจบจากสถาบันฯ มีความภาคภูมิใจมีบุคลิกภาพหรือมีภาพลักษณ์ทางสุขภาพที่ดี ซึ่งมหาวิทยาลัยนอกจากจะผลิตคนเก่ง ผลิตแรงงานที่มีคุณภาพทั้งทางสติปัญญาเท่านั้น แต่เป็นการผลิตนิสิตที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วนทั้งด้านสังคม อารมณ์ คุณธรรมและสุขภาพที่ดี ให้กับสังคมไทยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการออกแบบกิจกรรมครั้งต่อไป ควรเสริมด้วยกิจกรรมการสร้างเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพในกิจกรรมแรก ๆ และควรวัดการเปลี่ยนแปลงของเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพร่วมด้วย
2. ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นนิสิตเฉพาะสาขาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อได้ตระหนักและเห็นความสำคัญที่เป็นผลจากความคาดหวังของสังคมที่ต่อนิสิตกลุ่มนี้ที่ต้องเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ ดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไป อาจศึกษาเปรียบเทียบกับนิสิตในกลุ่มสาขาอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ เพื่อพิจารณาว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางจะมีประสิทธิผลกับกลุ่มนิสิตที่ไม่เคยมีความรู้ด้านสุขภาพมาก่อน ได้ผลดีเช่นกันหรือไม่
3. ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาประสิทธิผลเฉพาะโปรแกรมเดียวคือที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไป อาจจะออกแบบงานวิจัยที่ศึกษาเปรียบเทียบกับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยเทคนิคการเรียนรู้อื่น ๆ ที่หลากหลายได้ เช่น กิจกรรมรายบุคคล กิจกรรมที่เน้นการสอนการให้ความรู้ กิจกรรมทางออนไลน์อย่างเดียว เป็นต้นดังนั้นจึงควรศึกษาในกลุ่มทดลองหลายกลุ่ม
4. ในการวิจัยเชิงทดลอง สามารถศึกษา ร่วมกับการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ร่วมด้วย ดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไป อาจศึกษาสาเหตุปัจจัยอื่น ๆ ที่ผู้วิจัยไม่ได้จัดกระทำ ร่วมกับปัจจัยที่เป็นโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยจัดกระทำขึ้นว่า มีผลต่อ พฤติกรรมสุขภาพด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ ไปพร้อมกันได้ เพื่อตอบโจทย์การวิจัยได้กว้างขึ้น และใกล้เคียงกับสภาพที่เป็นจริงในบริบท

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2005) ได้ระบุว่าในปี พ.ศ. 2548 ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง 35 ล้านคน ซึ่งมีค่าประมาณ 2 เท่าของผู้ที่เสียชีวิตจากโรคติดต่อทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 17 ในปี พ.ศ. 2558 โดยเฉพาะโรคอ้วนกำลังมีการระบาดที่เป็นสากลทั่วโลก ซึ่งความชุกของภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในสหรัฐอเมริกาซึ่งถือว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยเสี่ยงหนึ่งปัจจัย หรือร่วมกัน จากการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ บริโภคอาหารที่มีพลังงานเกิน กินผักผลไม้ไม่พอ ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า และความเครียด (WHO, 1995: 1- 45) และเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของคนทั่วโลก ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยหลักที่นำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อชีวิต เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคกระดูกพรุน โรคข้อและเส้นเอ็น และโรคหลอดเลือดแข็งและอุดตันเป็นภาวะที่มีผลต่ออัตราการตายโดยรวม (Eugene & Bcisaubin, 1984: 794 - 797) นอกจากนี้ ภาวะอ้วน ยังมีความสัมพันธ์กับโรคทางเดินหายใจผิดปกติชนิดเรื้อรัง โรคเกี่ยวกับถุงน้ำดี โรคผิดปกติทางจิต และความเครียดจากการกลั่นแกล้งไม่ได้ ซึ่งถือว่าเป็นการระบาดที่ต้องได้รับการดูแลอย่างทันที่ (Arthur, 2005: 103 - 113) และจากการสำรวจสุขภาพแห่งชาติและภาวะโภชนาการ (National Health and Nutrition Examination Survey: NHANES) เพื่อศึกษาแนวโน้มและความชุกของค่าดัชนีมวลกายจากน้ำหนักและส่วนสูง ตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยพบความชุกของผู้ใหญ่ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ในอเมริกาในปี ค.ศ. 1999-2000, 2001-2002, 2003-2004, 2005-2006, และ 2007 - 2008 เท่ากับ 64.5 65.7 66.3 67.0 และ 68.0 ตามลำดับ จะเห็นว่าแนวโน้มภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นทุกปี และเมื่อเปรียบเทียบกับย้อนหลังประมาณ 20 ปี โดยในปี ค.ศ. 1999 - 2000 พบว่า ความชุกของคนอเมริกามีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร้อยละ 64.5 โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 36 ในปี ค.ศ. 1976 - 1980 นั่นคือ 59 ล้านคนของผู้ใหญ่ในอเมริกันอยู่ในกลุ่มนี้มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ (Katherine M. & et.al., 2010) เมื่อศึกษาเฉพาะในกลุ่มเยาวชนพบว่า มีนักเรียนอเมริกันจำนวนมากถึง 32 เปอร์เซ็นต์ที่ยังคงมีปัญหาเรื่องโรคอ้วนหรือภาวะน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ ในสหรัฐอเมริกา ยังพบว่าร้อยละ 10-20 ของทารกที่อ้วนจะยังคงอ้วนในวัยเด็ก ร้อยละ 40 ของเด็กอ้วนจะยังคงอ้วนในวัยรุ่นและร้อยละ 75-80 ของวัยรุ่นที่อ้วนจะยังคงอ้วนเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ และจากการศึกษาความชุกของโรคอ้วนในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกปี ค.ศ. 2004 พบว่าประเทศไทยมีอัตราการความชุกของโรคอ้วนสูงถึงร้อยละ 50 คิดเป็นลำดับที่ 5 จากทั้งหมด 14 ประเทศ รองจากประเทศออสเตรเลีย มองโกเลีย วานูอาตูและฮ่องกง (กองสถิติสาธารณสุข, 2550)

ส่วนสถานการณ์โรคอ้วนของคนไทยจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - 2552 พบว่า เกือบ 3 ใน 10 คนของผู้ชายไทย และ 4 ใน 10 คนของผู้หญิงไทยอยู่ในเกณฑ์อ้วน (BMI > 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 ปี 2546 - 2547 พบว่า ความชุกของภาวะอ้วนมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในผู้หญิงความชุกเพิ่มจากร้อยละ 34.4 เป็นร้อยละ 40.7 ส่วนในผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ 22.5 เป็นร้อยละ 28.4 ซึ่งจากผลการสำรวจยังพบว่าในกรุงเทพมหานครมีความชุกภาวะอ้วนสูงที่สุดถึงร้อยละ 44.20 รองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามลำดับ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2547, 2552) และจากรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (2550) พบว่า คนมีน้ำหนักเกินและอ้วนรวมกันร้อยละ 19.1 (8.8 ล้านคน) และผู้ที่อ้วนร้อยละ 3.7 (1.7 ล้านคน) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.

2548 ที่พบคนไทยที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 16.1 (7.3 ล้านคน) และผู้ที่อ้วนร้อยละ 3.0 (1.4 ล้านคน) และยังพบว่าในกรุงเทพมหานครมีน้ำหนักเกินและอ้วนถึงร้อยละ 25.9 และผู้ที่อ้วนถึงร้อยละ 6.0 เช่นเดียวกันทั้งนี้นายแพทย์สมยศ ตีระศมี อธิบดีกรมอนามัย ระบุชัดเจนว่า ขณะนี้เยาวชนไทยมีภาวะอ้วนและลงพุงเพิ่มมากขึ้น โดยในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา พบกลุ่มที่น่าวิตกที่สุดก็คือกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยพบว่าเพศหญิงทั่วประเทศมีรอบเอวเกิน 80 เซนติเมตร สูงถึงร้อยละ 58 ส่วนเพศชายมีรอบเอวเกิน 90 เซนติเมตรร้อยละ 34 และเด็กไทยอายุ 2-18 ปี จำนวน 17.6 ล้านคน เป็นโรคอ้วนร้อยละ 8 กลุ่มวัยรุ่น 13-18 ปี ร้อยละ 9 เป็นวัยที่เป็นโรคอ้วนมากที่สุด ทั้งนี้โรคอ้วนในวัยเด็กเป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพหลายระบบ ร้อยละ 30 - 80 ของเด็กเหล่านี้จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ยังคงอ้วน (ตุลย์ ณ ราชดำเนิน, 2553 จาก ข่าวสด (รอบบ่าย) ฉบับวันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2553 <http://pr.trf.or.th/index.php>)

จากผลการสำรวจเบื้องต้นนิสิตปริญญาตรี ที่มีแนวโน้มของความเสี่ยงในการออกกำลังกายมากกว่า นิสิตสาขาอื่น ดังเช่นนิสิตคณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ในปีงบประมาณ 2554 ที่ผ่านมา สำรวจจำนวน 220 คน พบว่า มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ (BMI > 23 kg/m²) จำนวน 75 คนคิดเป็นร้อยละ 34.09 คน ซึ่งนับว่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยของความชุกของประชากรน้ำหนักเกินและอ้วนในกรุงเทพมหานคร

จากข้อมูลสถิติเกี่ยวกับโรคอ้วนคนไทยข้างต้นแสดงว่าคนไทยยังไม่เห็นความสำคัญของการดูแลเอาใจใส่ในสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ ยังมีปัญหาเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจนก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ คือ โรคอ้วน ซึ่งจะส่งผลตรงก่อให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเกาต์ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้อเสื่อม และโรคมะเร็งบางชนิด เป็นต้น ซึ่งผลกระทบจากโรคเหล่านี้ทำให้เกิดการสูญเสียทั้งเวลา ค่าใช้จ่าย ศักยภาพในการทำงานของบุคคล การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรรวมทั้งการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพในการพัฒนาประเทศ อันเป็นการสูญเสียที่ประมาณค่าไม่ได้ ดังนั้น ป้องกันและควบคุมการเกิดภาวะโภชนาการเกินจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกันปัญหาดังกล่าว(ปราณีต ผ่องแผ้ว, 2539)

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังให้ความสนใจและใช้ความพยายามในการลดภาวะความรุนแรง ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมุ่งไปที่การควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ลดการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา จัดการอารมณ์ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ ลดอาหารหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักผลไม้ ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) ควบคุมป้องกันโรคอ้วนตลอดจน การสร้างสิ่งแวดล้อม และกำหนดมาตรการทางกฎหมาย เพื่อให้เป็นปัจจัยเอื้อต่อการควบคุมวิถีชีวิต (นิตยา พันธุเวช และ นุชรี อาบสุวรรณ, 2552) โดยโรคอ้วนนี้เป็นผลเนื่องมาจากการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และขาดการออกกำลังกาย ทำให้พลังงานในร่างกายไม่สมดุลกันระหว่างการได้รับเข้ามากับการใช้ไป ซึ่งควรมีการปรับเปลี่ยนทั้งพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อให้มีการใช้พลังงานให้สมดุลกัน ฉะนั้นแนวทางการควบคุมและแก้ไขจึงควรมีการแก้ไขที่พฤติกรรมคือต้องหาสาเหตุและป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมนั้นโดยหยุดยั้งพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์เข้ามาทดแทน โดยผู้รับบริการโรคอ้วนต้องมีความพอใจ และเข้าใจประโยชน์ของพฤติกรรมนั้นรวมทั้งต้องมีความตั้งใจและให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและคงสภาพที่ดีได้ตลอดไป (จุฬารัตน์ รุ่งพิสุทธิพงษ์และคณะ, 2537 และสุชาดา มะโนทัย, 2541) ดังนั้น ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client-Center) จากทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ทำให้มองเห็นทัศนคติของการมองมนุษย์ของผู้ให้คำปรึกษา ที่ยึดผู้รับคำปรึกษามากกว่าผู้ให้คำปรึกษา ด้านการเป็นศูนย์กลาง การให้ความสำคัญ การมุ่งเน้น และการตัดสินใจของกระบวนการให้คำปรึกษา โดยให้ความสำคัญแก่สัมพันธภาพแหล่งเบื้องต้นเพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของผู้รับคำปรึกษา มองถึงความสำคัญของเจตคติผู้ให้คำปรึกษามากกว่าเทคนิคในการส่งผลต่อสัมพันธภาพการให้คำปรึกษา และเน้นปัญหาด้านอารมณ์และความรู้สึก ซึ่งประกอบไปด้วยแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้เกิดความร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติและร่วมรับผิดชอบซึ่งจะทำให้มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทาง

และเป้าหมายที่กำหนดไว้ และช่วยพัฒนาผู้รับบริการให้เกิดคุณลักษณะที่พึงประสงค์ทั้งในด้านความรู้ ความสามารถ เจตคติ ทักษะ รวมทั้งสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ส่งเสริมให้รับฟัง ความคิดเห็นของผู้อื่น ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการแก้ปัญหา ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและนำไปสู่ การปฏิบัติในชีวิตจริงได้ (Rogers, 1977) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรม การดูแลตนเองและน้ำหนักในนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะอ้วน ($BMI > 25 \text{ kg/m}^2$) ข้อมูลที่ได้ จากการวิจัยครั้งนี้จะทำให้ทราบรูปแบบหรือวิธีการที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค อ้วนให้กับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปกำหนดนโยบายและแนวทางในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของคนไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายเพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางมีวัตถุประสงค์ย่อย คือ

1. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง และ พฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังจากการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะหลัง ทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและกลุ่มที่มีลักษณะทางจิตสังคมแตกต่างกัน
2. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของน้ำหนักตัวของของนิสิตในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังจากการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความสำคัญของการวิจัย

1. ได้รูปแบบหรือวิธีการที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการรับรู้ ความสามารถ การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ และดัชนีมวลกาย เพื่อป้องกันโรคอ้วนให้กับ กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปกำหนดนโยบายและแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน การแก้ไขปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของคนไทย
2. หน่วยบริการทางสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาล คลินิก ศูนย์สาธารณสุขชุมชน สามารถนำ รูปแบบหรือวิธีการที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนโปรแกรมพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญไป ปรับใช้เป็นกลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริม และป้องกันโรคอ้วนให้กับบุคลากรใน หน่วยงาน ประชาชนในวงกว้างและระยะยาวต่อไป
3. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วน ได้แนวทางเพิ่มขึ้นในการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพตนเองเพื่อเป็นต้นแบบด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขยายผลให้ครอบครัวและเพื่อนต่อไป

ขอบเขตของโครงการวิจัย

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ นิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ คือ นิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒและมีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรที่เข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดโครงการ จำนวน 59 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

ในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้จำนวนตามที่ เนเมตและคณะ (Nemet, Barkan, Epstein, Friedland, Kowen, & Eliakim, 2005) แนะนำ คือ อย่างน้อย 11 คนต่อกลุ่ม เพื่อพบการ เปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก และ 18 คนต่อกลุ่มเพื่อพบการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 และที่ระดับอำนาจของการทดสอบเท่ากับ 90% แต่ผู้วิจัยใช้เลือกจำนวน 30 คน เพื่อให้ครอบคลุมต่อการค้นพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งน้ำหนักตัว

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ คือ นิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (WHO, IASO; & IOTF, 2000)
2. มีความสนใจและได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมการวิจัย
3. ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัย
4. ไม่เคยได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรในงานวิจัยนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ เป็นตัวแปรจัดกระทำ ได้แก่
 - 1.1 โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
 - 1.2 ไม่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 - 1.3 ตัวแปรจัดประเภท เป็นตัวแปรทางจิตสังคม ได้แก่ เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม
3. ตัวแปรตาม คือ
 - 3.1 การรับรู้ความสามารถของตน
 - 3.2 การกำกับตนเอง
 - 3.3 พฤติกรรมดูแลสุขภาพ
 - 3.4 น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม

นิยามศัพท์เฉพาะ

นิสิตที่มีภาวะอ้วน หมายถึง นิสิตระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ผ่านการประเมินด้วยการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง มีภาวะน้ำหนักเกินวัดจากค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index - BMI) ที่มาจากการคำนวณด้วยสูตร น้ำหนักตัวใช้หน่วยเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงที่ใช้หน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง และถ้าพบว่า ค่าดัชนีมวลกายของทั้งนิสิตเพศหญิง และเพศชาย 25 กก./ม² ขึ้นไป แสดงว่ามีภาวะอ้วน

นิยามเชิงปฏิบัติการ

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง หมายถึง ชุดกิจกรรมที่จัดโดยเปิดโอกาสให้นิสิตผู้เข้าร่วมโปรแกรมเป็นผู้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองทุกขั้นตอน ได้ดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกันตั้งแต่ วางแผน กำหนดเป้าหมายความสำเร็จในการเข้าร่วมกิจกรรมด้วยกัน และร่วมรับผิดชอบกับการปฏิบัติกิจกรรม รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการทำกิจกรรมที่จะนำไปสู่เป้าหมายเพื่อลดน้ำหนักของตนเองและทุกคนภายในกลุ่มย่อยของตนเอง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่ม โดยมีกิจกรรมเริ่มตั้งแต่

1. การละลายพฤติกรรม ประเมินความคาดหวัง และทักษะ เปิดใจยอมรับและกำหนดข้อตกลงร่วมกันโดยแทรกกิจกรรมสเกด คือ สก๊ตสิ่งกระตุ้นที่ทำให้หิว สเกดคือ สเกดใจไม่ให้กินอาหารมากเกินไป และสเกดคือ สเกดให้เพื่อน ๆ ในกลุ่มไม่ให้กินอาหารมากเกินไป
2. กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ แบ่งกลุ่มละ 5 คนเลือกผู้นำทีม สมาชิกกลุ่มย่อยคัดเลือกตัวแทนกลุ่มละ 1 คน ให้สมาชิกแนะนำตนเองเพื่อสร้างความคุ้นเคยกันเล่าประสบการณ์แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะอ้วน สมาชิกช่วยกันชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินค่าดัชนีมวลกาย ถ่ายภาพก่อนทำกิจกรรมด้วยตนเอง

3. สมาชิกภายในกลุ่มร่วมกันกำหนดเป้าหมาย วางแผนในการลดน้ำหนักของตนเองด้วยการกำหนดเมนูอาหารเพื่อให้ได้แคลอรีที่เหมาะสมกับการลดน้ำหนักของตนเอง และกำหนดชนิด รูปแบบและวิธีการออกกำลังกายเพื่อเผาผลาญพลังงานให้เหมาะสมกับการลดน้ำหนักให้ได้ตามเป้าหมาย

4. สมาชิกในกลุ่มช่วยกันฝึกลงบันทึกการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและพฤติกรรม 3 อ ประชุมกลุ่มติดตามความก้าวหน้าผลการลดน้ำหนักด้วยการชั่งน้ำหนัก ประเมินพฤติกรรมสุขภาพจากสมุดคู่มือบันทึกซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม และบูรณาการความรู้ของกลุ่มย่อยโดยการอภิปรายกลุ่มใหญ่

5. สมาชิกภายในกลุ่มช่วยกันฝึกการกำกับตนเองด้านอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด สมาชิกภายในกลุ่มฝึกทักษะการเลือกชนิด ปริมาณของอาหารในการลดน้ำหนักที่เหมาะสมกับตนเองจากประสบการณ์จริง และตรวจสอบความถูกต้องและเสนอแนะภายในกลุ่ม

6. ฝึกทักษะการทำงานร่วมกันโดยการระดมสมอง ค้นหาปัญหาอุปสรรควิธีการแก้ปัญหา ทบทวนเป้าหมายและวางแผนเพื่อลดน้ำหนักต่อภายในกลุ่มและปรับปรุงพัฒนาพร้อมการฝึกจิตเพิ่มพลังชีวิต

7. สมาชิกภายในกลุ่มให้กำลังใจและกัน ชื่นชมแสดงความคิดเห็น แสดงความยินดีกับสมาชิก และช่วยกันกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ ส่งอีเมล และเฟสบุ๊ก แบบเพื่อนช่วยเพื่อน ในลักษณะเป็นแบบคู่หู มีการติดตามเยี่ยมเยียน พูดคุยปัญหาอุปสรรคภายในกลุ่ม ให้รางวัลกับผู้ประสบความสำเร็จ ประเมินผลโดยสมาชิกในกลุ่ม รวม 12 สัปดาห์

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำใดๆ ของนิสิตที่มีมุ่งกระทำให้ตนเองมีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมตนเองที่นำไปสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ที่ดีโดยอาศัยการสนับสนุนจากบุคคล สังคมและสภาพแวดล้อมที่จัดกระทำขึ้นให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและในการวัดต้องเน้นที่พฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้หรือวัดได้เป็นสำคัญ วัดจาก **พฤติกรรมสุขภาพ 3Self** หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกัน รักษาควบคุมสุขภาพตนเองให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติสุข โดยการมีสุขภาพร่างกายจิตใจอารมณ์ที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านสุขภาพ ในการวัดพฤติกรรมสุขภาพครั้งนี้วัดจากลักษณะทางจิตและพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self-efficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง (Self-regulation) และการดูแลสุขภาพตนเองได้ด้วย (Self-care) รายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพ หมายถึง นิสิตที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ว่าตนเองมีความเชื่อมั่นที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเองให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ และคนที่รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยและจะประสบความสำเร็จในที่สุด และวัดจากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ของ อังศิรินทร์ อินทรกำแหง (2552) และของ สุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) รวมจำนวน 12 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 โดยให้คะแนนจาก ระดับความเป็นจริงที่ปรากฏของความเชื่อมั่นในตนเอง จากจริงที่สุดให้ 6 คะแนน ถึง ไม่จริงเลย ให้ 1 คะแนน และผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง สูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า

2. การกำกับตนเอง หมายถึง การแสดงออกถึงการกระทำของนิสิตที่เข้าร่วมโปรแกรม มีการสังเกตด้วยตนเองถึงพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายและวางแผนในการกระทำที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อาจกระทำด้วยการจดบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง กระตุ้นเตือนตนเองให้กระทำอย่างต่อเนื่องให้บรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดีตามที่ตนเองได้ตั้งเป้าหมายไว้ และวัดจากแบบสอบถาม การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองปรับปรุงจากแบบวัดของ อังศิรินทร์ อินทรกำแหง (2552) และ สุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) รวมจำนวน 31 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81 โดยให้คะแนนจาก ระดับความเป็นจริง

ในการกระทำพฤติกรรมตนเอง จากปฏิบัติมากที่สุดให้ 6 คะแนน ถึง ไม่ได้ปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน และผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่ามีการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง สูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า

3. การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดก็ตามของนิสิตที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่ได้เริ่มปฏิบัติด้วยตนเองในด้านการเข้ารับการตรวจสุขภาพเป็นประจำ การแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และความเครียด รวมถึงการพักผ่อนโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อบำรุงรักษาชีวิต ให้มีภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน เป็นการกระทำอย่างมีแบบแผนเป็นขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีการกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ร่างกาย จิตใจ และพัฒนาการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นไปถึงเป้าหมายของแต่ละบุคคล วัดจากแบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง พัฒนาจากแบบวัดของ สุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) และจำปี ประสิทธิ์ชัย (2548) รวมจำนวน 28 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ เท่ากับ .81 โดยให้คะแนนจาก ระดับความเป็นจริงในการกระทำพฤติกรรมตนเอง จากปฏิบัติมากที่สุดให้ 6 คะแนน ถึง ไม่ได้ปฏิบัติเลยให้ 1 คะแนนและผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่ามีการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า

เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ปริมาณการรับรู้ของนิสิตที่คำนึงถึงคุณค่าโดยตระหนักถึงประโยชน์และโทษของการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของตนเอง และความรู้สึกชื่นชอบ พึงพอใจในการที่จะปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพและรูปร่างที่ดีสมส่วน พร้อมทั้งจะกระทำพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองทั้งในการควบคุมอาหาร การเคลื่อนไหวออกกำลังกายและการจัดการอารมณ์ให้ผ่อนคลายความตึงเครียดเพื่อมีสุขภาพจิตที่ดี วัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นรวมจำนวน 18 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 โดยให้คะแนนจาก จากระดับไม่จริงเลย ให้ 1 ถึง จริงมากที่สุดให้ 6 โดยผู้ตอบได้คะแนนสูงแสดงว่ามีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่นิสิตที่เข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรับรู้ว่ามีบุคคลรอบข้างที่เกี่ยวข้องกับตนเองที่ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่การแพทย์ บุคคลในครอบครัว และเพื่อน ได้ให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ เพื่อเป็นการเพิ่มความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้ประสบความสำเร็จตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ ซึ่งในแต่ละกลุ่มผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้รับบริการ วัดจากลักษณะที่ได้รับการสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรับรู้ว่ามีเจ้าหน้าที่การแพทย์/บุคคลในครอบครัวและเพื่อน ได้พูดจาเพื่อให้กำลังใจในการดำเนินโครงการสุขภาพทั้งต่อตนเอง รับรู้ว่ามีบุคคลเหล่านี้มีเชื่อมั่นในความสามารถของตน ให้การยอมรับการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ตลอดจนให้เกียรติในการปฏิบัติปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตน 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรับรู้ว่ามีเจ้าหน้าที่การแพทย์/บุคคลในครอบครัวและเพื่อน ของตนได้พยายามที่จะแสวงหาข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตน และมีความเต็มใจที่จะให้ข้อเสนอแนะวิธีการดูแลสุขภาพ เสนอแนะแหล่งทรัพยากรต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพ ตลอดจนให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับผลการดูแลสุขภาพของตน และ 3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร หมายถึง ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรับรู้ว่ามีเจ้าหน้าที่การแพทย์/บุคคลในครอบครัวและเพื่อน ได้ให้การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ สถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพของตน แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมพัฒนาจากแนวคิดของ เฮาส์และคานท์ (House & Kahn, 1985: 201) และแบบวัดของ ศิริภรณ์ สุขศีลล้าเลิศ (2550: 94) รวมจำนวน 23 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94 โดยให้คะแนนจาก จากระดับไม่จริงเลย ให้ 1 ถึง จริงมากที่สุด ให้ 6 โดยผู้ตอบที่ได้คะแนนสูง แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยนี้ คณะผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำเสนอด้วยข้อต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ความสำคัญและสถานการณ์โรคอ้วน

ตอนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคอ้วน

ตอนที่ 3 แนวคิดการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ

การกำกับตนเอง

การดูแลตัวเอง

ตอนที่ 4 เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

ตอนที่ 5 ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคม

เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ตอนที่ 6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตอนที่ 1 ความสำคัญและสถานการณ์ของโรคอ้วน

โรคอ้วน เป็นภัยเงียบที่คุกคามสุขภาพของคนในยุคปัจจุบันและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญที่กำลังระบาดในหลายประเทศทั่วโลก ทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศพัฒนาแล้ว องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่าภาวะอ้วนเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรคที่ทำให้เสียชีวิตได้ง่ายขึ้น เพราะโรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิต โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคนิ่วในถุงน้ำดี และโรคมะเร็งบางชนิด (ศุภวรรณ มโนสุนทร, 2548) ซึ่งสาเหตุของการตายในคนอ้วนส่วนใหญ่นั้นเกิดจากโรคหัวใจและหลอดเลือดกับโรคเบาหวาน ในปี ค.ศ. 2002 พบชาวตะวันตกที่มีภาวะอ้วนป่วยเป็นโรคเบาหวาน 16 ล้านคน และคาดว่าจะมีแนวโน้มที่คนอ้วน จะป่วยเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 43 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2025 (WHO, 2003) จากรายงานความสัมพันธ์ของโรคอ้วนกับโรคต่างๆ ในคนที่มีความดัชนีมวลกาย แตกต่างกัน ระหว่างปี 1988 – 1994 พบว่าในผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป จะมีปัญหาสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น และเพิ่มขึ้นตามค่าดัชนีมวลกาย ตัวอย่างเช่น ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นจาก 25 เป็น 40 จะพบโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากร้อยละ 2.38 เพิ่มขึ้นร้อยละ 19.89 โรคหลอดเลือดหัวใจ จากร้อยละ 6.87 เพิ่มขึ้นร้อยละ 19.22 โรคความดันโลหิตสูงจากร้อยละ 23.26 เพิ่มขึ้นร้อยละ 63.16 และโรคข้อเข่าอักเสบจากร้อยละ 5.22 เพิ่มขึ้นร้อยละ 19.22 โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มจากร้อยละ 23.26 เพิ่มขึ้นร้อยละ 63.16 และข้อเข่าอักเสบจากร้อยละ 5.22 เพิ่มขึ้นร้อยละ 17.19 เป็นต้น (นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์, 2546) นอกจากนี้ ยังพบว่า ในเพศหญิง ถ้ามีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานประมาณร้อยละ 40 จะมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งในมดลูก มะเร็งรังไข่ และมะเร็งเต้านมมากขึ้น และถ้าเป็นผู้ชายจะมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งต่อมลูกหมากได้มากกว่าคนที่มือน้ำหนักตัวปกติ (กมลพรรณ เมฆวรุฒิ และอัมพร ชัยสิริรัตน์, 2544) สอดคล้องกับ คณะทำงานจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศ ไทย (2549) ที่กล่าวว่าภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และมะเร็ง ภาวะอ้วนจึงมีผลทำให้สุขภาพจะลดลงจากการเกิดโรคเรื้อรัง มีผลต่อคุณภาพชีวิตและความสูญเสียทางเศรษฐกิจเนื่องจากเพิ่มค่าใช้จ่ายทางสุขภาพและการสูญเสียสุขภาพจากภาวะพิการและการตายก่อนวัยอันควร ในปี 2547 ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้สูญเสียสุขภาพ

(Disability Adjusted Life Years (DALYs) Loss) เป็นอันดับที่ 2 ในผู้หญิง และเป็นอันดับ 6 ในผู้ชายไทย และ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) กล่าวว่า ภาวะอ้วน จะมีความเสี่ยงต่อโรคและสภาวะต่อไปนี้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไขมันในเลือดผิดปกติ โรคของถุงน้ำดี มีการหยุดหายใจเป็นพักๆในขณะนอนหลับ และปัญหาเกี่ยวกับการหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิต กระดูกข้ออักเสบ มะเร็งเต้านม มะเร็งมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่ ไต และต่อมลูกหมาก ปัญหาทางจิต มีความไม่สะดวกในการประกอบกิจกรรม มีภาวะเจริญพันธุ์เสื่อม

จะเห็นได้ว่าในคนที่มีภาวะอ้วนนั้น มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ มากมายที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และยังมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นตามค่าดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ความอ้วนเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ที่ควรได้รับการแก้ไขทั้งในระดับโลก ประเทศ และชุมชนทุกพื้นที่ รวมทั้งควรมีการรณรงค์ให้คนที่ยังไม่ประสบปัญหา ได้ใส่ใจตนเองด้วยการป้องกันโรคอ้วน เพื่อลดความเสี่ยงจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากโรคอ้วน

สถานการณ์ของโรคอ้วน

ปัจจุบันพบว่า ความชุกของโรคอ้วนนั้น มีแนวโน้มสูงขึ้น ทุกกลุ่มอายุ ทั้งเด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่ โดยเฉพาะกลุ่มวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีความชุกของโรคอ้วนสูงกว่าวัยอื่นๆ องค์การอนามัยโลกได้รายงานในปี 2005 ประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทั่วโลกมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน 1,600 ล้านคน และมีประมาณ 400 ล้านคน ที่มีภาวะอ้วนและคาดว่าในปี 2015 นี้จะมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานเพิ่มเป็น 2,300 ล้านคน และมีประมาณ 700 ล้านคน ที่มีภาวะอ้วน (WHO, 2004) และจากการศึกษาความชุกและแนวโน้มโรคอ้วนของผู้ใหญ่ในประเทศสหรัฐอเมริกาจากปี 1988 - 1994 จนถึง 2007 -2008 จากการสำรวจสุขภาพแห่งชาติและภาวะโภชนาการ (National Health and Nutrition Examination Survey: NHANES) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวโน้มและความชุกของภาวะอ้วนค่าดัชนีมวลกายจากน้ำหนักและส่วนสูง ตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร จากการสำรวจในปี 2007 - 2008 พบว่า ผู้ใหญ่ในอเมริการ้อยละ 68.0 มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรโดยในปี 1999 - 2000 พบว่า ความชุกของคนอเมริกามีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร ร้อยละ 64 โดยเพิ่มขึ้นร้อยละ 14 จากปี 1988 - 1994 และเพิ่มขึ้น ร้อยละ 36 จากปี 1976 - 1980 และประมาณ 59 ล้านคนในผู้ใหญ่อเมริกันอยู่ในกลุ่มนี้มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ และ จากการสำรวจในปี 2007 - 2008 พบว่า มีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นจากปี 1988 - 1944 ถึง ร้อยละ 23 โดยพบว่าชุกของผู้ใหญ่ในอเมริกาในปี 1999-2000, 2001-2002, 2003-2004, 2005-2006 และ 2007 - 2008 ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ดังนี้ 64.5 65.7 66.3 67.0 และ 68.0 (Katherine & et.al, 2010)

ส่วนสถานการณ์โรคอ้วนของคนไทยจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - 2552 พบว่า เกือบ 3 ใน 10 คนของผู้ชายไทย และ 4 ใน 10 คนของผู้หญิงไทยอยู่ในเกณฑ์อ้วน (BMI > 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจฯ ครั้งที่ 3 ปี 2546 - 2547 พบว่า ความชุกของภาวะอ้วนมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในผู้หญิงความชุกเพิ่มจากร้อยละ 34.4 เป็นร้อยละ 40.7 ส่วนในผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ 22.5 เป็นร้อยละ 28.4 ซึ่งจากผลการสำรวจยังพบว่าในกรุงเทพมหานครมีความชุกภาวะอ้วนสูงที่สุดถึงร้อยละ 44.20 รองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามลำดับ และจากรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (2550) พบว่า คนมีน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 19.1 (8.8 ล้านคน) และภาวะอ้วนร้อยละ 3.7 (1.7 ล้านคน) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2548 ที่พบคนไทยที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 16.1 (7.3 ล้านคน) และผู้ที่มีอ้วนร้อยละ 3.0 (1.4 ล้านคน) และยังพบว่าในกรุงเทพมหานครมีน้ำหนักเกินและอ้วนถึงร้อยละ 25.9 และมีภาวะอ้วนถึงร้อยละ 6.0 และจากการศึกษาความชุกของโรคอ้วนในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกปี 2004 พบว่าประเทศไทยมีอัตราการความชุกของโรคอ้วนสูงถึงร้อยละ 50 คิดเป็นลำดับ

ที่ 5 จากทั้งหมด 14 ประเทศ รองจากประเทศออสเตรเลีย มองโกเลีย วานูอาตูและฮ่องกง (กองสถิติสาธารณสุข, 2550)

จากสถานการณ์โรคอ้วนคนไทยก็มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เป็นภาระต่อเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและกระทบต่อการใช้ชีวิตในสังคม ทั้งส่วนบุคคลและในระดับประเทศนับเป็น การสูญเสียทรัพยากรบุคคลและสูญเสียคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบกับองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ภาวะโรคอ้วนเป็นโรคระบาดของโลก (World Wide Epidemic) ซึ่งเป็นภัยใหญ่ที่สุดของศตวรรษและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน และยังเป็นโอกาสดีที่โรคอ้วนสามารถป้องกันและแก้ไขได้ ถ้าตระหนักในปัญหาสุขภาพเหล่านี้แล้วตั้งแต่ปี ค.ศ. 1997 (WHO, 2003)

ความหมายและวิธีประเมินโรคอ้วน

ความอ้วน ไม่ได้ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสรีระและเพียงความสวยงามเท่านั้นแต่ความอ้วนยังส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของคำว่าโรคอ้วนหลายท่านดังนี้ โรคอ้วนในคนเอเชียจะมีเกณฑ์ในการประเมินแตกต่างจากคนซีกโลกตะวันตกเนื่องจากดัชนีมวลกายในการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นอย่างมากเมื่อค่ามากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งโรคอ้วน (Obesity) เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งเกิดจากการที่มีปริมาณไขมันในร่างกาย (Body Fat) มากกว่าปกติ จนมีผลกระทบต่อสุขภาพ (WHO, 2004)เช่นเดียวกับแทนและคณะ (Tan, Ma, Wai ; & et.al, 2004) ที่ให้คำจำกัดความของโรคอ้วนในคนเอเชียคือ คนที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และทรูท (Treuth & et.al, 2000) ได้อธิบายไว้ว่าความอ้วนเกิดจากความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับเข้าไปมากและพลังงานที่ร่างกายใช้น้อย พลังงานที่เหลือจึงถูกสะสมในรูปไขมัน

สำหรับในประเทศไทยมีผู้ให้ความหมายของโรคอ้วนไว้ดังนี้ คือ กำพล ศรีวัฒนกุล (2543) ได้อธิบายไว้ว่าโรคอ้วน หมายถึง ภาวะที่มีการสะสมไขมันส่วนเกินจนเป็นอันตรายต่อสุขภาพและจะเกิดเมื่อได้รับปริมาณสารอาหารมากกว่าพลังงานที่ถูกใช้ไป และกฤษฎา ศิรามพูน (2549) กล่าวว่า โรคอ้วน คือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับน้ำหนักมาตรฐานต่อความสูงหรือบุคคลที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เช่นเดียวกับ พรหมมิตร เมธากาญจนศักดิ์ (2548) ได้อธิบายไว้ว่าน้ำหนักตัวมากกว่าปกติในคนเอเชียนั้น ได้จากการนำค่าดัชนีมวลกายที่คำนวณได้มาเทียบตามเกณฑ์สำหรับคนเอเชียโดยค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 25 หรือสูงกว่าถือว่าอ้วน

สรุปได้ว่า โรคอ้วน หมายถึง สภาวะที่ร่างกายมีปริมาณไขมันสะสมในร่างกายมากเกินไปจนเกินความต้องการเกิดจากการได้รับสารอาหารมากเกินไปที่ร่างกายจะนำไปใช้ประโยชน์ได้หมด และถูกเก็บสะสมไว้ในส่วนต่างๆ ของร่างกายในรูปของไขมันจนทำให้ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

การประเมินภาวะอ้วน

การประเมินภาวะอ้วนมีหลายวิธีดังนี้

1. อัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพก (Waist – Over – Hip Circumference Ratio) ทำได้โดยการวัดเส้นรอบเอวที่บริเวณสะดือ และเส้นรอบสะโพกที่ส่วนนูนที่สุดของสะโพกเส้นรอบเอวเป็นดัชนีที่คาดคะเนไขมันในช่องท้อง และไขมันในร่างกายทั้งหมด ส่วนเส้นรอบสะโพกให้ข้อมูลด้านมวลกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกบริเวณสะโพก สำหรับค่าอัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพกที่ใช้ในการตัดสินโรคอ้วนในผู้ชายไทยและผู้หญิงไทยคือเกณฑ์ของบอร์นทอร์ป (Bjorntorp) : ผู้ชายที่มีอัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพกมากกว่า 1.0 และผู้หญิงที่มีอัตราส่วนนี้มากกว่า 0.8 จัดเป็นผู้ที่เป็นโรคอ้วนลงพุง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

2. การวัดเส้นรอบเอว ขนาดของรอบเอวบ่งชี้ถึงปริมาณไขมันหน้าท้อง เป็นบริเวณที่ไขมันส่วนเกินมาจับเกาะ สามารถพยากรณ์การเกิดโรคอ้วนได้โดยเฉพาะ โรคอ้วนลงพุง กองโภชนาการ (2550) ได้แนะนำวิธีการวัดรอบเอวดังนี้ อยู่ในท่ายืนตรงใช้สายวัดวัดรอบเอวผ่านสะดือ อ่านค่าในช่วงหายใจออก

โดยให้สายวัดแนบกับลำตัวอยู่ในแนวขนานกับพื้นไม่รัดแน่น การแปลผลการประเมินเส้นรอบเอว คือ ในผู้ชายวัดเส้นรอบเอวได้เท่ากับหรือมากกว่า 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้ว และผู้หญิงวัดเส้นรอบเอวได้เท่ากับหรือมากกว่า 80 เซนติเมตรหรือ 32 นิ้ว หมายถึง อ้วนลงพุง

3. การคำนวณดัชนีมวลกาย (Body mass Index : BMI) เป็นหน่วยมาตรฐานสากลที่ใช้จำแนกเพื่อประเมินน้ำหนักของร่างกายว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีน้ำหนักน้อยเกินไป หรือน้ำหนักตัวมากเกินไปหรือเป็นโรคอ้วนซึ่งค่าดังกล่าวนิยมใช้ในการคำนวณอย่างแพร่หลายเนื่องจากคำนวณง่าย และสะดวกในการวัด คำนวณได้จาก

$$\text{ดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$$

แต่ค่าดัชนีมวลกายที่จะนำมาใช้อ้างอิงว่าอ้วนหรือไม่นั้น คงไม่สามารถใช้ตัวเลขเดียวกันทั่วโลกได้ เพราะชาวยุโรปจะมีโครงสร้างร่างกายใหญ่กว่าชาวเอเชีย ดังนั้น ค่าดัชนีมวลกายของชาวยุโรปจึงใช้เกณฑ์ที่ค่อนข้างสูง กล่าวคือจะถือว่าอ้วนเมื่อดัชนีมวลกายมากกว่า 29.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร ส่วนชาวเอเชีย จะถือว่าอ้วนคือดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/ เมตร ชาวเอเชียซึ่งมีโครงสร้างร่างกายที่เล็กกว่าชาวอเมริกาและยุโรป ดังนั้น คนแถบเอเชีย เช่น คนไทย จีน ญี่ปุ่น เกาหลี ฟิลิปปินส์ ควรใช้ค่าดัชนีมวลกายที่แตกต่างจากยุโรปและอเมริกาดังแสดงในตาราง 1 (WHO ; IASO; & IOTF, 2000 ; & กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548; & พรหมินทร์ เมธาภิญญาจันต์, 2548 ; & บุญยง กสันต์ ดุลยจินดา, 2544)

ตาราง 1 การจำแนกค่าดัชนีมวลกายของผู้ใหญ่ในแถบเอเชีย

จำแนก	ค่าดัชนีมวลกาย(กิโลกรัม/ตารางเมตร)	ความเสี่ยงที่จะเกิดโรค
น้ำหนักตัวน้อย	< 18.5	เพิ่มขึ้น
น้ำหนักตัวปกติ	18.5 – 22.9	ปกติ
น้ำหนักตัวเกิน	≥ 23.0	
ท้วม	23.0 – 24.9	เสี่ยงเพิ่มขึ้น
อ้วนระดับ 1	25.0 – 29.9	เสี่ยงปานกลาง
อ้วนระดับ 2	≥ 30.0	เสี่ยงสูงขึ้น

ที่มา : WHO, IASO; & IOTF (2000). The Asia-Pacific Perspective: redefining obesity and its treatment. The International Obesity Task Force.

สาเหตุและกลไกของการเกิดโรคอ้วน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วน ได้แก่ กรรมพันธุ์ซึ่งถ่ายทอดจากพ่อและแม่ และสิ่งแวดล้อม คือ การดำเนินชีวิตทั้งการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร คนอ้วนมักรับประทานอาหารไม่ถูกลักษณะ รับประทานอาหารมันหรือหวานมาก รับประทานอาหารจุบจิบ และขาดการออกกำลังกาย ถ้ารับประทานอาหารมากกว่าที่ร่างกายใช้แต่มีการออกกำลังกายบ้างอาจทำให้อ้วนช้าลง แต่ถ้าขาดการออกกำลังกายร่างกายจะสะสมไขมันไว้ตามส่วนต่างๆ ของร่างกายทำให้อ้วนได้ คนอ้วนมักมีความกังวลกับรูปร่างจึงส่งผลกระทบต่อด้านอารมณ์และจิตใจ ซึ่งมีคนจำนวนมากที่รับประทานอาหารขึ้นกับสภาพอารมณ์และจิตใจขณะนั้นเช่น เพื่อดับความแค้น กลุ้มใจ กังวลใจ เข้าทำนองดีใจหรือเสียใจก็กินและเพศหญิงมีโอกาสอ้วนได้มากกว่าเพศชาย (สุรัตน์ โคมินทร์, 2549) และ นาทาชา เดชดำรงคุณ (2549) กล่าวว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคอ้วน คือ ลักษณะทางพันธุกรรม ยีน ระบบต่างๆ ในร่างกายแต่ละคน เพศ กล้ามเนื้อของผู้ชายมากกว่าผู้หญิง อายุที่มากขึ้นการเผาผลาญพลังงานลดลง สภาวะทางจิตใจ อารมณ์ดี เศร้า มีการแสดงออกแตกต่างกัน บางคนดับทุกข์โดยการรับประทานอาหาร บางคนเศร้าหมองก็รับประทานอาหารไม่ได้ สุขภาพ อ้วนหมุ่ในร่างกายนี้อาจมีผลต่ออัตราการเผาผลาญด้วย ระดับฮอร์โมนในร่างกายเช่น

ฮอร์โมนไทรอยด์ที่เกี่ยวข้องกับการเผาผลาญพลังงาน การใช้ยา ผลบางอย่างจากยา เช่น ยาคุมกำเนิด ยา รับประทานยา หรือฮอร์โมนบางชนิดและชนิดของอาหารพลังงานที่ได้รับจากอาหาร สอดคล้องกับ พิมลพรพรรณ อนันต์กิจไพศาล (2549) และ อรุณี ตั้งเผ่า (2544) กล่าวว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วนมี 2 ปัจจัย คือ กรรมพันธุ์หรือสิ่งแวดล้อม จากกรรมพันธุ์ที่ได้รับประกอบกับวิธีการเลี้ยงดูและการดำเนินชีวิตจาก ครอบครัวมักได้รับแรงผลักดันจากพฤติกรรมในวัยเด็กอย่างมากทั้งที่รู้ตัวและที่ไม่รู้ตัวเมื่อเป็นผู้ใหญ่ พันธุกรรมหรือสิ่งที่ได้รับจากบรรพบุรุษมียืนเป็นตัวกำหนดความจุของเซลล์ไขมัน และการกระจายของไขมันทั่วร่างกาย คนที่อ้วนตอนเด็กมีแนวโน้มเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนถึงแม้ว่าตอนเด็ก หากไม่มีไขมันส่วนเกินเข้าไปสะสมก็ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนได้ สำหรับปัจจัยสิ่งแวดล้อม แบ่งเป็น 2 ปัจจัย คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารเร็วเกินไปจนขาดการยั้งคิด การรับประทานอาหารมากเป็นครั้งคราว การรับประทานมากในมื้อเย็น งดอาหารมื้อเช้า รับประทานบ้างในมื้อกลางวัน พอมีมื้อเย็นรับประทานมากหรือรับประทานติดต่อกันเป็นเวลานานจนถึงเวลานอน การเสียดายอาหารเหลือและพฤติกรรมการใช้พลังงานกิจกรรมต่างๆ ในภาวะปกติ งานประจำที่ทำในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกาย

จากการประมวลเอกสาร ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคอ้วนจะเห็นว่าจะเกิดจากปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ คือ กรรมพันธุ์ เพศ อายุ และระบบฮอร์โมน และปัจจัยที่ควบคุมได้ คือ การบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และความเครียด รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่มีต่อวิถีชีวิตของคนนั้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ จะศึกษาปัจจัยที่ควบคุมได้ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดในการป้องกันโรคอ้วน

หลักการควบคุมโรคอ้วนและน้ำหนักเกินทำได้โดยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย โดยให้ลดพลังงานจากอาหารที่รับประทานและเพิ่มการออกกำลังกาย การลดอาหารเพื่อการลดน้ำหนักที่ได้ผลมากที่สุดในระยะยาวคือการลดพลังงานจากอาหารที่ควรได้รับประมาณวันละ 500-1,000 แคลอรี การลดน้ำหนักในระยะยาวที่จะได้ผลดีนั้นจำเป็นที่จะต้องมีการออกกำลังกายร่วมด้วย เป้าหมายที่เหมาะสมในการลดน้ำหนักคือการลดน้ำหนักในช่วง 6-12 เดือน ให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 5-10 ของน้ำหนักตัวเริ่มต้น พบว่าทำให้ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของโรคหัวใจและหลอดเลือดได้แก่ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ระดับไตรกลีเซอไรด์ลดลง และระดับเอช-ดีแอลโคเลสเตอรอลเพิ่มขึ้น (National Institutes of Health, 1998 : 2)

จากการประมวลเอกสารสรุปได้ว่าโรคอ้วน หมายถึง สภาวะที่ร่างกายมีปริมาณไขมันสะสมในร่างกายมากเกินไปจนความต้องการเกิดจากการได้รับสารอาหารมากเกินไปที่ร่างกายจะนำไปใช้ประโยชน์ได้หมด และถูกเก็บสะสมไว้ในส่วนต่างๆ ของร่างกายในรูปของไขมันจนทำให้ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งเกิดจากปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้และปัจจัยที่ควบคุมได้ สิ่งแวดล้อมที่มีต่อวิถีชีวิตของคนนั้น โดยวิธีที่นิยมประเมินภาวะอ้วน คือ การวัดดัชนีมวลกาย ซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายและสะดวกในการปฏิบัติ

ตอนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วน

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การกระทำของบุคคลเพื่อป้องกันตนให้ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดโดยมีกิจกรรมเป็นตัวกำหนดเพื่อให้บุคคลกระทำซึ่งมีจุดมุ่งหมายในการรักษาสุขภาพให้ปลอดภัยจากโรคภัยเบียดเบียน (อุบล เลี้ยววาริน, 2534: 30 – 31 อ้างอิงจาก Parson, 1958: 176 - 177; & Lawcrence Green, 1970) และจิรัชศักดิ์ เจริญพันธ์และเฉลิมพล ต้นสกุล (2549) และ เฉลิมพล ต้นสกุล (2543) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง คุณสมบัติต่างๆของบุคคล อาทิ เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์ความรู้อื่นๆ ซึ่งรวมถึง ลักษณะบุคลิกภาพ อารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย และรูปแบบพฤติกรรมที่ปรากฏเด่นชัด การกระทำ

และลักษณะนิสัย ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการส่งเสริม การฟื้นฟู และป้องกันสุขภาพ สอดคล้องกับอังคินันท์ อินทรกำแหง (2552:11) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออกและท่าทีที่จะกระทำ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะคือ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพและการงดเว้นไม่กระทำ หรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ และธนวรรณ อัมสมบุญ (2549) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำการปฏิบัติของบุคคลต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของตนเองครอบครัว และชุมชน และกูด (Good, 1973 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537: 162-185) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายนอกและภายในของบุคคลพฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติได้และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้แต่วัดได้ว่ามีพฤติกรรมเกิดขึ้น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532: 75) แบ่งประเภทพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. พฤติกรรมป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับรถยนต์ เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น การซักถามถึงอาการของตน การแสวงหาการรักษา การหลบหนีจากสังคมการเพิกเฉย เป็นต้น

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค (Sick - Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่ทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น เป็นต้น

จากการประมวลเอกสารสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำของบุคคลที่จะลดและป้องกันโรคอ้วน โดยมีการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับดัชนีมวลกาย คือ การมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด (ประณีต ผ่องแผ้ว, 2539)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

การบริโภคอาหาร หมายถึง การแสดงออกของบุคคลทั้งที่สังเกตเห็นได้และสังเกตไม่ได้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร โดยมีความสัมพันธ์กับสิ่งอื่นๆ ได้แก่ ความเชื่อ ความนิยมในการบริโภคอาหาร เป็นความเข้าใจและประสบการณ์ที่ได้รับถ่ายทอดและสะสมกันมา โดยมีจะมีเหตุผลหรือข้ออ้างอิงเป็นคำอธิบายถึงผลของความเชื่อนั้นๆ ซึ่งอาจจะจริงหรือไม่ก็ได้ (สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ, 2533: 1-9) สอดคล้องกับวิณะ วีระไวทยะ และสง่า ดามาพงษ์ (2541:22) กล่าวว่า การบริโภคอาหาร หมายถึง การนำอาหารเข้าสู่ร่างกาย เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย เป็นความเชื่อถือ เป็นข้อห้าม หรือข้อบังคับแนะนำที่ถือปฏิบัติในสังคมจนกลายเป็นบริโภคนิสัย และศิริลักษณ์ สีนวาลย์ (2533:86) ให้ความหมายพฤติกรรมบริโภค หมายถึง เรื่องของลักษณะการรับประทานอาหารว่ารับประทานอะไร รับประทานอย่างไร มากหรือน้อย บ่อยหรือไม่ในรอบวันหรือเดือน มีระเบียบมารยาทการรับประทานอาหารเป็นอย่างไร เป็นต้น และ แซนเจอร์ (Sanjur, 1982 ; & Suitor, Crowley, 1984) กล่าวว่า พฤติกรรมบริโภคอาหาร หมายถึง สิ่งที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติในการเลือกหาอาหารมาบริโภคและนำอาหารไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย ซึ่งมีความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐาน 4 ปัจจัย คือ การบริโภคอาหาร ความชอบอาหาร ความเชื่อเกี่ยวกับอาหารและปัจจัยเกี่ยวกับสังคมวัฒนธรรม

ดังนั้นสรุปได้ว่าการบริโภคอาหาร หมายถึง การแสดงออกของบุคคล การกระทำหรือปฏิบัติในการรับประทานอาหาร ความถนัดในการบริโภค ลักษณะนิสัย และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติต่อการบริโภคอาหารเกี่ยวกับปริมาณและคุณค่าของอาหารที่ได้รับ ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม

ปัญหาการได้รับสารอาหารเกิน (Over Nutrition) เป็นต้นเหตุนำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับอาหาร (Non Communicable Chronic Degenerative Diet Related Diseases) ได้แก่

โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและโรคเมตบอลิกต่างๆ ซึ่งมักเกิดกับวัยผู้ใหญ่ วัยกลางคน วัยหนุ่มสาวในประเทศที่พัฒนาแล้ว สาเหตุของการเกิดโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับอาหาร เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ อาหารเป็นตัวกำหนดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค โดยเฉพาะในวัยทำงานที่มีพฤติกรรมการบริโภคไขมันประเภทอิ่มตัวสูง เกลือ น้ำตาลมาก ประกอบกับวิถีชีวิตที่มีการออกกำลังกายน้อย ใช้แรงงานต่ำ รวมทั้งมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และความเครียด เป็นต้นเหตุให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเมตบอลิก ซึ่งเป็นสาเหตุการตายสองอันดับแรก (สาคร ธนสมิตต์, 2545: 25)

ดังนั้น การบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการทั้งปริมาณและคุณภาพเพื่อให้มีภาวะโภชนาการดี ควรรับประทานอาหารให้สมดุลและปริมาณอาหารแต่ละกลุ่มให้พอเหมาะในแต่ละวัน ผู้หญิงควรได้รับพลังงานวันละ 1600 กิโลแคลอรี ผู้ชาย ควรได้รับพลังงานวันละ 2000 กิโลแคลอรี (วนิชา กิจวรพัฒน์, 2550)

ปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคอาหาร

การบริโภคอาหารส่วนบุคคลขึ้นอยู่กับความรู้ ความเชื่อ อุปนิสัย ความชอบ และการตอบสนองของร่างกาย เช่น รูป รส กลิ่น สี ความหิว ความอิ่มซึ่งพฤติกรรมบางอย่างเป็นวิวัฒนาการมาโดยกำเนิด แต่ส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมเรียนรู้บนพื้นฐานจิตวิทยา การเอื้ออำนวยทางเศรษฐกิจของครอบครัว และสิ่งแวดล้อม จนกลายเป็นบริโภคนิสัยส่วนบุคคล (ยั้งยง เทาประเสริฐ, 2536: 326-331) และกรมอนามัย (2544) ได้กำหนดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหาร โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

1. ปัจจัยภายนอก หรือปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ ขนาดครอบครัวและลักษณะของครอบครัว การปฏิบัติของบิดามารดา กลุ่มเพื่อน ขนบธรรมเนียมประเพณี สังคม ค่านิยม สื่อ อาหารด่วน ทันใจ ค่านิยมการรับประทานอาหาร ความรู้เรื่องโภชนาการ และประสบการณ์ส่วนบุคคล

2. ปัจจัยภายใน หรือปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความต้องการทางด้านร่างกาย คุณลักษณะนิสัยเฉพาะตัว ภาพลักษณ์ของตนเอง ค่านิยมและความเชื่อส่วนบุคคล สุขภาพ ความชอบของอาหาร ความหมายของอาหาร และพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคมซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหาร ทั้งปัจจัยด้านจิตวิทยา ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมต่างก็เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันกับวิถีการดำเนินชีวิตที่จะนำไปสู่การบริโภคอาหารของแต่ละบุคคลตามสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคล แต่ละวัย

จากการประมวลเอกสาร พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลนั้นๆ ปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ความถี่ในการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหารและการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ได้รับอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการประเมินความถี่ในการรับประทานอาหารเนื่องจากเป็นวิธีการที่ประเมินได้ง่าย สะดวก ไม่สร้างความลำบากให้ผู้ตอบมากนัก และเป็นการประเมินสารอาหารที่ได้รับระยะยาว

พฤติกรรมที่มีกิจกรรมทางกาย

ความหมายของการมีกิจกรรมทางกาย

การมีกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) หมายถึง การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย ที่เกิดจากการทำงานกล้ามเนื้อลายซึ่งทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มจากขณะพัก แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) การเคลื่อนไหวร่างกายในงานอาชีพ เช่น หาบขนมขาย ขนของ ถีบสามล้อ เกี่ยวข้าว ฯลฯ 2) การเดินทางจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง เช่น เดินไปทำงาน ถีบจักรยานไปทำงาน เดินไปทำธุระ เดินขึ้นบันได ฯลฯ 3) การทำกิจกรรมในเวลาว่าง เช่น เดินเล่น เดินทางไกล ปั่นเขา ถีบจักรยาน วาดรูป ลีลาศ รำมวยจีน เล่นโยคะ เป็นต้น (Pate JAMA, 1995:273; & U.S. Department of health and human services, 1996 ; & Bouchard; & Shephard, 1994 อ้างอิงใน Seefeldt; Malina ; & Clark, 2002: 144) และ โรเบิร์ตและคณะ (Gaspersem; Power; & Christenson, 1985 cited in Robetr;& et.al.,

1993: 349 – 369 ; & Dipietro; et.al., 1993:628 – 642 ; & Burns, 1996) กล่าวว่า การมีกิจกรรมทางกาย คือ การเคลื่อนไหวร่างกายที่เกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อโครงสร้าง ส่งผลให้มีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นมากกว่าระดับปกติ ประกอบด้วย การทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก การเดิน และการเคลื่อนที่ของร่างกาย เช่นเดียวกับแพนเดอร์ (Pender, 2002) กล่าวว่า การมีกิจกรรมทางกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายแล้วทำให้มีการหดตัวของกระดูกและกล้ามเนื้อ ทำให้การใช้พลังงานเพิ่มมากกว่าปกติ และ วิศาล คันธารัตนกุล (2542) ได้ให้ความหมายของกิจกรรมทางกายว่า การเคลื่อนไหวหรือทำงานของส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยใช้กล้ามเนื้อโครงสร้างและทำให้มีการใช้พลังงานของร่างกาย สอดคล้องกับ ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) กล่าวว่า การมีกิจกรรมทางกาย คือ การเคลื่อนไหวร่างกายโดยอาศัยการทำหน้าที่ของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีการเผาผลาญพลังงานเกิดขึ้น และเป็นการเคลื่อนไหวที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับร่างกาย

การมีกิจกรรมทางกายเป็นองค์ประกอบที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการดำเนินชีวิตอยู่อย่างปกติสุข การมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ หรือการดำเนินชีวิตอย่างกระฉับกระเฉงมีชีวิตชีวา จะส่งผลให้มีสุขภาพร่างกายดี โดยประโยชน์ของการมีกิจกรรมทางกายที่พอเพียงและสม่ำเสมอมีดังนี้ 1) ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ชนิด Coronary และภาวะการนำเลือดไปเลี้ยงสมอง 2) ทำให้ความดันโลหิตลดต่ำลง หรือควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 3) ลดคอเลสเตอรอลในเลือด และควบคุมระดับไขมันในเลือด 4) ทำให้การเผาผลาญอาหารภายในเซลล์ต่างๆ ของร่างกายเป็นไปอย่างรวดเร็ว หัวใจและปอดได้ทำงานมากขึ้น ช่วยให้มีปริมาณอาหารได้มากขึ้นและยังช่วยย่อยอาหารอีกด้วย 5) ช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น อารมณ์แจ่มใส 6) ช่วยเพิ่มความหนาแน่นของมวลกระดูก และช่วยป้องกันโรคกระดูกพรุน 7) ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมตาบอลิก 8) ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดต้องพึ่งอินซูลิน 9) ช่วยควบคุมน้ำหนักตัว และมีรูปร่างสมส่วน 10) ช่วยป้องกันโรคกระดูกอักเสบ 11) ช่วยให้เกิดความยืดหยุ่นและการทำงานประสานกันของอวัยวะทำให้ลดความเสี่ยงในการที่จะล้ม (Davison ; & Grant, 1993 ;และ มงคล แผงสาเคน, 2541: 109 – 110)

ข้อเสนอแนะการมีกิจกรรมทางกายที่เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ คือ การเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งส่งผลให้เกิดการเผาผลาญพลังงานมากขึ้น เช่น การเดินเร็วๆ การเล่น ทำความสะอาดบ้าน เต้นรำ เดินขึ้นบันได ล้วนเป็นการเคลื่อนไหวเพื่อสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกายเพื่อป้องกันโรคจะต้องกระทำด้วยความแรงระดับปานกลางอย่างน้อย 30 นาทีทุกวัน (สมชาย ลีทองอิน, 2545: 29-30) สอดคล้องกับวิทยาลัยกีฬาวissenschaftแห่งอเมริกา (American College of Sport Medicine : ACSM., 2006) ได้สนับสนุนให้มีการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายและออกรายงาน Report of Surgeon General : Physical Activity and Health ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 พบว่ากิจกรรมทางกายทุกอย่างล้วนเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกายเป็นพื้นฐานที่สำคัญของสุขภาพ ปริมาณกิจกรรมทางกายขั้นต่ำ (Dose-Response) ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ในที่นี้หมายถึง ลดปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากภาวะโภชนาการที่ไม่ดี คือการปฏิบัติกิจกรรมทางกายด้วยความแรงระดับปานกลาง สะสมเป็นระยะเวลาอย่างน้อยวันละ 30 นาที อย่างน้อย 5 วันหรือเกือบทุกวันต่อสัปดาห์ หรือมีการใช้พลังงานออกไปเพิ่มขึ้นจากภาวะปกติอย่างน้อยวันละ 150 กิโลแคลอรี (1000 กิโลแคลอรีต่อสัปดาห์) เช่นเดียวกับ และศูนย์ควบคุมโรคแห่งอเมริกา (Center for Disease Control and Prevention, 1996) ได้เสนอข้อแนะนำสำหรับการเคลื่อนไหวที่เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ คือ การมีกิจกรรมทางกายที่ความหนักระดับปานกลางอย่างน้อย 30 นาที อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรือ มีกิจกรรมทางกายที่ระดับหนักอย่างน้อย 20 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์และการออกกำลังกายนอกจากจะมีผลดีต่อการลดน้ำหนักตัวแล้ว ยังพบว่า ทำให้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้นด้วย. การออกกำลังกายควรจะทำทุกวันอย่างน้อยวันละ 30 นาทีด้วยความแรงของการออกกำลังกายที่เหมาะสม (Moderate intensity) นอกจากนี้การออก

กำลังภายในระยะเวลาสั้นๆครั้งละ 10-15 นาที เช่น การเดินเร็วๆ การทำงานบ้าน แต่ทำบ่อยๆวันละหลายครั้งก็พบว่ามิประโยชน์เช่นกัน (Thompson; & et al., 2003; 107:3109-16.)

การมีกิจกรรมทางกายอาจสรุปได้ว่า การมีกิจกรรมทางกาย หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลนั้นๆ มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ เพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ เช่น การเล่นกีฬา การทำงานบ้าน การเดินเร็ว การวิ่ง เป็นต้น ซึ่งการเคลื่อนไหวร่างกายดังกล่าวต้องมีความสม่ำเสมอ มีความหนัก และระยะเวลาที่เพียงพอต่อการควบคุมน้ำหนักให้ปกติ

พฤติกรรมจัดการความเครียด

ความเครียด

ความเครียด (Stress) เป็นสภาวะการณ์หนึ่งของชีวิตที่มนุษย์ทุกคนไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียด โพลค์แมน และลาซาลัส (Folkman & Lazarus, 1990:55) กล่าวถึง ความเครียดว่าความเครียดไม่ได้ขึ้นกับบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม แต่ปัจจัยด้านบุคคลและด้านสิ่งแวดล้อมต่างๆ มีปฏิสัมพันธ์กัน หมายถึง มนุษย์จะต้องอาศัยสิ่งแวดล้อมต่างๆ ในการดำรงชีวิต สิ่งแวดล้อมเหล่านี้มีผลกระทบที่คุกคามต่อร่างกายและจิตใจ เป็นสภาวะที่บุคคลรับรู้หรือประเมินโดยผ่านกระบวนการทางความคิดอยู่ตลอดเวลา ซึ่งหากเหตุการณ์นั้นเกินขีดความสามารถหรือทรัพยากรที่มีอยู่และทำให้รู้สึกว่าเป็นสิ่งคุกคามที่เป็นอันตราย สอดคล้องกับ แนโรว์ และบุชเชลล์ (Narrow & Buschle, 1987: 12; & Como, 1990: 5) ได้กล่าวเสริมว่าความเครียด เป็นภาวะหรืออาการแสดงออกที่เกิดจากร่างกายและทางจิตใจ มีพฤติกรรมต่างๆ ที่ตอบสนองและปรับตัวต่อสิ่งเร้าภายในหรือสิ่งเร้าภายนอกที่เข้ามารบกวนความสมดุลในชีวิต โดยพฤติกรรมดังกล่าวนี้ กรมสุขภาพจิต (2546:7- 8; สิริภรณ์ หันพงศ์กิตติกุล, 2542 :12-13; & ศัลยา คงสมบูรณ์เวช, 2551) กล่าวว่า ความเครียด เป็นความรู้สึกกระวนกระวายใจ เป็นภาวะตื่นตัวของจิตใจ เป็นปฏิกิริยาของร่างกายและจิตใจเมื่อเผชิญกับสถานการณ์หรือความกดดัน โดยไม่สามารถแก้ไขได้ และหากมีความเรื้อรังก็ทำให้การทำงานของร่างกายและจิตใจผิดปกติ เนื่องจากสภาพการณ์ที่ไม่พึงพอใจ ความปรารถนาที่ไม่ได้รับการตอบสนองหรือเป็นไปอย่างอื่นที่ผิดไปจากเป้าหมายที่คาดหวังหรือต้องการ ซึ่งเป็นประเด็นของภาวะจิตใจและอารมณ์ความรู้สึก มีผลต่อการทำลายทางด้านร่างกายและจิตใจ จนเป็นอาการแสดงหรือพฤติกรรมต่าง ๆ อย่างชัดเจน อันเป็นผลจากสาเหตุความเครียด ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลเสียทางด้านสรีระได้เนื่องจากความเครียดมีผลต่อฮอร์โมนกลูคาгонที่จะส่งผลให้มีการเก็บไขมันไว้ในร่างกายจนเกิดความอ้วนได้

จากความหมายของความเครียดดังกล่าว พอสรุปได้ว่า ความเครียด เป็นภาวะทั้งร่างกายและจิตใจที่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งคุกคามต่าง ๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายด้าน ซึ่งได้แก่ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ความเครียดจึงมีผลต่อความอ้วนของบุคคลนั้นๆ อย่างมาก เมื่อเกิดความเครียดทำให้บุคคลมีการปรับตัวและจัดการกับความเครียด ตามแนวคิดทฤษฎีต่างๆ เกี่ยวกับการจัดการความเครียด ดังต่อไปนี้

ความหมายของการจัดการความเครียด

การจัดการความเครียด คือ พฤติกรรมที่จัดกระทำเพื่อควบคุมความเครียดเป็นการเผชิญหรือการจัดการความเครียด (Coping) (Lazarus, 1984:74) สอดคล้องกับเมเนแกน (Menaghan, 1982 : 220 - 222 ; Garland & Bush, 1982 : 6) กล่าวว่า การจัดการกับความเครียด หมายถึง วิธี นิสัย หรือแนวทางที่บุคคลใช้เผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ เป็นไปได้ทั้ง การปฏิเสธ การถอยหนี ยอมรับ หรือต่อสู้ เพื่อควบคุมเหตุการณ์นั้น และคาร์เรนเบิร์ก (Kallenberg & Davis, 1980: 353; Clarke, 1984: 10; & Crider & et.al., 1983 : 497) กล่าวว่า การจัดการความเครียด หมายถึง กระบวนการปฏิบัติการ การกระทำ ความคิด ทั้งขณะมีจิตสำนึกและภายใต้จิตไร้สำนึกที่บุคคลพยายามที่จะทำให้ความเครียดลดลงหรือขจัดให้หมดไป กระบวนการเหล่านี้จะประกอบด้วยพฤติกรรมที่เปิดเผยและซ่อนเร้นหลายอย่างด้วยกัน และเป็นสิ่งที่บุคคลกระทำภายหลังที่ได้พยายามใช้กลไกในการป้องกันตัวทางจิตแล้วไม่สามารถกำจัดภาวะคุกคามได้

และ บาร์ออน (Bar-on, 1997) ได้ให้ความหมายของการจัดการความเครียดว่าเป็นความสามารถในการทำงานภายใต้ความกดดันได้ มีความอดทนต่อความเครียดและควบคุมอารมณ์ได้ดี มีความสามารถในการต่อต้านเหตุการณ์ร้ายๆ หรือสถานการณ์ที่มีความกดดันโดยไม่มีอาการเหนื่อย แต่กลับเพิ่มการจัดการความเครียดในทางบวก สามารถรับมือกับสิ่งต่างๆ ด้วยเทคนิคและวิธีการต่างๆ เพื่อขจัดความเครียดทั้งหลายได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในที่ทำงานและที่บ้าน ตลอดจนมีความสามารถในการยืดเวลาที่จะแสดงความยินดีปรีดาได้ สอดคล้องกับดาเรย์ (Darley & et.al., 1981: 432; สุดารัตน์ หนูหอม, 2544 อ้างอิงจาก Ignatavicius & Bayne, 1991; และ อารยา ด่านพานิช, 2542) ได้ให้ความหมายการจัดการความเครียดว่า เป็นพฤติกรรมหรือความคิดที่บุคคลที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการรับรู้สถานการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยผ่านกระบวนการทางความคิดเพื่อควบคุมสาเหตุของความเครียดหรือควบคุมความรู้สึกเครียด บุคคลจะใช้สติปัญญาในการเลือกวิธีการเผชิญความเครียดที่เคยใช้แล้วประสบความสำเร็จในอดีต บุคคลจะแสดงพฤติกรรมในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งหรือหลายรูปแบบที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิด จิตใจ และอารมณ์ในขณะนั้น ต่อสิ่งที่มาคุกคามหรือเหตุการณ์ที่ทำให้ตึงเครียดเพื่อขจัดหรือบรรเทาเหตุการณ์ตึงเครียดนั้น ถ้ากลวิธีนี้ใช้แล้วไม่ประสบความสำเร็จบุคคลจะคัดเลือกวิธีอื่นต่อไป และบุคคลที่มีประสิทธิผลต้องสามารถจัดการความเครียดเป็นอย่างดี (Schermerhorn, 1988: 539)

จากความหมายของการจัดการความเครียดทั้งหมดที่กล่าวมา สามารถสรุปได้ว่า การจัดการความเครียด หมายถึง การที่บุคคลทำให้ความเครียดลดลงหรือขจัดให้หมดไป เพื่อรักษาภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจและป้องกันหรือลดความทุกข์ทรมานเมื่อถูกรบกวนจากสิ่งที่มากระตุ้น โดยบุคคลจะใช้สติปัญญา ความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมที่แสดงออก จากประสบการณ์ของการจัดการความเครียด

รูปแบบการจัดการความเครียด

การแก้ปัญหาเป็นความพยายามทางปัญญาและพฤติกรรมของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดยั้ง เพื่อจัดการกับความต้องการหรือข้อเรียกร้องจากภายในและภายนอกที่บุคคลประเมินว่าเกินความสามารถที่ตนจะรับได้ หรือเป็นภาวะที่คุกคามต่อความเป็นอยู่ของบุคคลจากความหมายการจัดการความเครียด แสดงให้เห็นว่า การแก้ปัญหามีลักษณะเป็นกระบวนการ (Process) คือ 1) การแก้ปัญหามีความเกี่ยวข้องกับการประเมินหรือการรับรู้ของบุคคลในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ซึ่งบุคคลจะเกิดความเครียดมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลประเมินสิ่งที่ต้องใช้ (Demands) ในสถานการณ์นั้นอย่างไร และประเมินสิ่งที่ตนมีอยู่ (Resource) เพื่อแก้ปัญหาในสถานการณ์หนึ่งมากน้อยเพียงใด ทั้งนี้ความแตกต่างจากการรับรู้หรือการประเมินของบุคคล จึงทำให้บุคคลที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกันมีความเครียดต่างกัน 2) การแก้ปัญหามีลักษณะเป็นพลวัตรหรือเคลื่อนไหวตลอดเวลา การแก้ปัญหามิใช่การตอบสนองแบบครั้งเดียว แต่ทุกครั้งที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์บุคคลจะพยายามปรับเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหาย่อยเสมอ 3) การแก้ปัญหามีเป้าหมายเป็นที่ยึด การแก้ปัญหหรือการปรับตัวเป็นการกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตนต้องการ และนอกจากนี้ยังได้กล่าวถึง การจำแนกวิธีการแก้ปัญห (Coping Effort) ออกเป็น 2 วิธี คือ 1) แบบมุ่งจัดการกับปัญหา (Problem - Focused Coping) เป็นวิธีการที่บุคคลพยายามจัดการกับสภาพการณ์ที่เป็นสาเหตุของความเครียดให้คลี่คลายลงโดยพยายามทำความเข้าใจปัญหา สาเหตุและหาทางออกที่เป็นไปได้ กลวิธีที่ใช้อาจปรับเปลี่ยน แก้ไขที่สถานการณ์หรือพฤติกรรมของผู้อื่นหรืออาจปรับเปลี่ยนแก้ไขที่ตัวบุคคลเอง 2) แบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotion-Focused Coping) เป็นวิธีการที่บุคคลใช้กระบวนการทางปัญญา เพื่อจัดการหรือควบคุมอารมณ์หรือความทุกข์ที่เกิดจากเหตุการณ์ให้คลี่คลายลง วิธีการที่ใช้อาจเป็นการมองปัญหาในทางบวก (ณัฐกานต์ ทองสนธิ, 2549: 12-16 อ้างอิงจาก Lazarus & Folkman, 1984: 141-163)

ทั้งนี้การจัดการความเครียดของบุคคลย่อมแตกต่างกัน โดยบุคคลจะมีวิธีการจัดการกับความเครียดอย่างไร และจะแก้ปัญหานั้นๆ ได้สำเร็จมากน้อยเพียงไรนั้น ลาซารัสและโฟล์คแมน (ณัฐกานต์ ทองสนธิ, 2549: 12 - 16 อ้างอิงจาก Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่าขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีต่อ

ความสามารถในการจัดการความเครียดหลายด้านอาทิเช่น 1) ความเชื่อในทางบวก (Positive Believe) คือ ความเชื่อในความสามารถของตน ซึ่งบุคคลที่เชื่อในความสามารถของตนมักจะใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา ส่วนบุคคลที่เชื่อความสามารถนอกตนจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ 2) ทักษะในการแก้ปัญหา (Problems - Solving Skills) บุคคลที่สามารถแสวงหาความรู้ ข้อมูลต่างๆ สามารถใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล รวมทั้งคิดวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ได้ดี เป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้ดียิ่งขึ้น 3) แหล่งทรัพยากรทางด้านวัตถุ (Material Resource) บุคคลที่มีทรัพย์สินหรือสิ่งของต่างๆ ที่บุคคลมีทางเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้มากขึ้น โดยโมเนต (Monet & Lazarus, 1977: 360; Goosen & Bush, 1979: 54) กล่าวว่า พฤติกรรมที่ใช้ในการจัดการความเครียดเป็นความพยายามที่เป็นทั้งการกระทำที่เห็นชัดเจนและการกระทำที่ซ่อนอยู่ภายในจิตใจ เพื่อที่จะจัดการกับความต้องการของสิ่งแวดล้อมกับความต้องการภายในตน และจัดการกับความขัดแย้งของสิ่งเหล่านั้น ซึ่งต้องใช้พลังและทรัพยากรมากมาย หรือเป็นกลไกที่บุคคลใช้เพื่อรักษาภาวะสมดุลของจิตใจเมื่อถูกรบกวน เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ละพฤติกรรมจะประกอบด้วยการสนองต่อสิ่งแวดล้อม ที่ช่วยให้บุคคลควบคุมความเครียดได้ รวมทั้งขบวนการทางจิตที่เสริมสร้างความสำเร็จในการปรับตัวต่อภาวะเครียด

จากการประมวลเอกสารสรุปว่าการจัดการความเครียด หมายถึงการที่บุคคลทำให้ความเครียดลดลงหรือขจัดให้หมดไป เพื่อป้องกันหรือลดความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความเครียด และมีดัชนีมวลกายปกติ โดยบุคคลจะใช้สติปัญญาในการเลือกวิธีการจัดการความเครียดที่เคยใช้แล้วประสบความสำเร็จในอดีต ตามแนวคิดการจัดการความเครียดของลาซาลัส (Lazarus, 1984) ซึ่งแบ่งการจัดการความเครียดไว้ 2 วิธีคือ 1) แบบมุ่งจัดการกับปัญหา 2) แบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งผู้ที่มีการจัดการความเครียดที่ดีก็จะส่งผลให้มีภาวะโภชนาการที่ดีตามไปด้วย

การวัดพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาของจำปี ประสิทธิ์ชัย (2548) ได้สร้างแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ การบริโภค ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.77 กิจกรรมทางกาย ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.86 และการผ่อนคลายความเครียด ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.58 ซึ่งมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบอัตราส่วน ประเมินค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ และสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) ได้สร้างแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรกรมอนามัย ได้แก่ การบริโภคอาหาร ประกอบด้วยข้อคำถาม การบริโภคอาหาร ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89 กิจกรรมทางกาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.87 และการจัดการความเครียด 10 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.78 และวัชรารัตน์ ภูมิภูเขียว (2552) ได้สร้างแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการอำเภอหนองบัว จังหวัดเลย แบบสอบถามมีทั้งหมด 20 ข้อ และมีค่าความเชื่อมั่น 0.84 ข้อคำถามประเมินค่า 3 ระดับ อุดมศักดิ์ แสงวานิช (2546) ได้สร้างแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ แบบสอบถามมีทั้งหมด 25 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.80 แบบสอบถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “ปฏิบัติมากที่สุด” จนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับแบบสอบถามจากของจำปี ประสิทธิ์ชัย (2548) สุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) และวัชรารัตน์ ภูมิภูเขียว (2552) อุดมศักดิ์ แสงวานิช (2546) ให้เหมาะสมกับกลุ่มที่เข้ารับบริการโรคอ้วนโดยมีมาตราประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “ปฏิบัติมากที่สุด” จนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” ถ้าผู้ตอบได้คะแนนมากกว่าแสดงถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่าแสดงถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่า

ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพกับโรคอ้วน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับดัชนีมวลกาย คือ การรับประทานอาหารเกินความต้องการในกลุ่มไขมัน คาร์โบไฮเดรตและขาดการมีกิจกรรมทางกาย รวมทั้งพฤติกรรมเฉพาะบุคคล ประกอบด้วย นิัยการรับประทานอาหาร กิจกรรมประจำวัน การจัดการกับความเครียด เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ การควบคุมสิ่งเร้า การแก้ไขปัญหา การใช้ยา การใช้สารเสพติด การจัดการกับสถานการณ์ใน อนาคต และการปฏิบัติซ้ำๆ จนเกิดปัญหาสุขภาพเกิดโรคเรื้อรังซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติมาเป็นระยะ เวลานาน และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ครอบครัว และคนรอบข้างซึ่งส่งผลต่อการมีวิถีชีวิตของคน นั้นๆ (Spiegel, 1998) สอดคล้องกับ ศัลยา คงสมบูรณ์เวช (2551 และ กรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข, 2548) กล่าวว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อดัชนีมวลกายประกอบด้วย 1) ปัจจัยที่ควบคุมได้คือกระทำการ หรือกิจกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวันจนเกิดความเคยชินโดยบางกิจกรรมส่งผลให้อ้วน เช่น การไม่ออกกำลังกาย นั่งทำงานที่โต๊ะเป็นเวลานานทำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย การเลือกรับประทานอาหารที่มี ไขมันสูงและการรับประทานอาหารเกินความต้องการของร่างกาย ด้านความเครียด ซึ่งส่งผลต่อจิตใจและ อารมณ์ บางคนใช้การรับประทานอาหารเพื่อระบายอารมณ์แก้อาการซึมเศร้า และเมื่อมีภาวะเครียด ร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล ยิ่งหลั่งมากไขมันก็จะถูกเก็บสะสมมากโดยเฉพาะในส่วนท้อง การนอน หลับพักผ่อนหากพักผ่อนไม่เพียงพอจะมีผลต่อระดับฮอร์โมนที่ควบคุมความอยากอาหารทำงานแปรปรวน ทำให้หิวมากขึ้นและรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นได้มีผลกระทบต่อการเผาผลาญพื้นฐานลดระดับการใช้ พลังงานในร่างกาย 2) ปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ คือ กรรมพันธุ์ เพศ อายุ และรวมทั้งอัตราการเผาผลาญ พลังงานขณะพักและสุพิจา วงศ์จันทร์ (2554) ได้ศึกษาอิทธิพลของลักษณะทางจิต ลักษณะสถานการณ์ที่ มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของบุคลากรกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลงานวิจัยของพจมาน มุสิกสาร (2547) ได้ศึกษาการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และภาวะโภชนาการของผู้ชายวัยทองในชุมชนหนองแขงตาขู 5 เขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า การบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ สมลักษณ์ นิยม สกุล และคณะ (2543) ได้ศึกษาผลกระทบของการบริโภคอาหารต่อภาวะโภชนาการของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ชนบทจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การบริโภคอาหารของหญิงวัยเจริญพันธุ์ชนบทมีผลกระทบต่อภาวะ โภชนาการทั้งลักษณะผอมและภาวะน้ำหนักเกิน จึงควรปรับปรุงการบริโภคอาหารในปริมาณที่เหมาะสม และคุณภาพมาก

จากการศึกษาวิจัยของธรรณ ลิมาชน (2549) ได้ศึกษากิจกรรมทางกายและภาวะสุขภาพของ พยาบาลวิชาชีพวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีกิจกรรม ทางกายแตกต่างกันมีดัชนีมวลกายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ อารี รัตน์ สุขโข (2546) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ การมีกิจกรรมทางกายของสตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานที่อยู่ใกล้เขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการ ควบคุมตนเอง ทำให้สตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทางกายให้ดีขึ้น ส่งผลให้มีภาวะโภชนาการดีขึ้น ซึ่งเป็นผลดีต่อสุขภาพโดย ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นผลตามมาจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

จากการศึกษาของ สุภาศ เพ็ชรนิล (2548) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการ ของคนวัยทำงาน ตำบลเชิงกลัด อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี พบว่า สำหรับพฤติกรรมความเครียดมี ความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการจากเกณฑ์ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และสัดส่วนเอวต่อสะโพก และศุภ จิรา สืบสีสุข (2548) ได้ศึกษาภาวะโภชนาการและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า พยาบาลวิชาชีพมี ความเครียดร้อยละ 83.5 และ 1 ใน 5 ของพยาบาลวิชาชีพมีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ และ 1 ใน 10 มีภาวะโภชนาการเกิน พบว่าแบบแผนการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ ดังนั้นควรส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โดยการกระตุ้นให้พยาบาลเห็นผลเสียของ ภาวะทุพโภชนาการ ส่งเสริมการบริโภคอาหารให้ได้พลังงานและสารอาหารที่พอเพียงกับความต้องการของ

ร่างกายและสมดุลกับการเคลื่อนไหวและลดแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพคือ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง การสูบบุหรี่และการได้รับรับควันบุหรี่เป็นประจำ การจัดการความเครียด การพักผ่อนหย่อนใจ และการนอนหลับพักผ่อน เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาโภชนาการและสุขภาพพยาบาลวิชาชีพ และไฟโรจน์ ลีฬหกุล และคณะ (2541) ได้ทำศึกษาภาวะโภชนาการและแบบแผนสุขภาพผู้ใหญ่ก่อนเกษียณอายุการทำงาน ซึ่งแบบแผนสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อภาวะโภชนาการและสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า แบบแผนสุขภาพและภาวะโภชนาการมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ ดังนั้นควรมีการปรับแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายที่สม่ำเสมอ และการจัดการความเครียดที่ดี จะช่วยทำให้มีภาวะโภชนาการและสุขภาพที่ดีขึ้น

จากการประมวลเอกสารเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพพบว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วนประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามของสพิซซา วงศ์จันทร์ (2554) และจำปี ประสิทธิ์ชัย (2548) โดยแบบสอบถามเป็นมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เคยปฏิบัติเลย” จนถึง “ปฏิบัติเป็นประจำ”

ตอนที่ 3 แนวคิดการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นหนึ่งในแนวคิด 3 ประการของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา ซึ่งประกอบด้วย แนวคิดของการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning) แนวคิดของการควบคุมตน (Self-control) และแนวคิดของการรับรู้ความสามารถของตน ในระยะแรกแบนดูราเสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถของตนเอง (Efficacy Expectation) โดยให้ความหมายว่า เป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตน ในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม แต่ต่อมา แบนดูราได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-efficacy) โดยที่แบนดูรานี้ไม่ได้กล่าวถึงคำว่า คาดหวังอีกเลย (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549: 47-60) โดย แบนดูรา (Bandura, 1997) มีความเชื่อว่ามนุษย์มีความกระตือรือร้นที่จะควบคุมสภาพแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อชีวิตของเขา แต่เขาไม่เห็นด้วยกับนักทฤษฎีที่กล่าวว่าความต้องการที่จะควบคุมเป็นแรงขับที่มีมาแต่กำเนิดของมนุษย์ เขาเห็นว่ามนุษย์ทุกคนอย่างน้อยก็พยายามที่จะมีอิทธิพลต่อสิ่งที่มีผลกระทบต่อชีวิตเขา ซึ่งไม่ได้แสดงว่าเป็นแรงจูงใจที่มีมาแต่กำเนิดของมนุษย์และก็ได้หมายความว่าความควบคุมจะเป็นเป้าหมายสุดท้าย เขาเชื่อว่าการที่มนุษย์ใช้วิธีการควบคุมสิ่งแวดล้อมที่ได้มาซึ่งผลลัพธ์ที่พึงปรารถนา และป้องกันผลลัพธ์ที่ไม่พึงปรารถนามีคุณค่ามหาศาลและจะเป็นแหล่งจูงใจที่สำคัญของมนุษย์ต่อไปในบรรดากลไกของการกระทำอย่างตั้งใจเพื่อให้บังเกิดผลบางประการไม่มีกลไกใดสำคัญไปกว่าความเชื่อในความสามารถของตน แม้ว่าความรู้และทักษะจะเป็นสิ่งจำเป็นต่อการปฏิบัติงานให้บรรลุผลได้แต่ก็ยังไม่เพียงพอเพราะบุคคลมักไม่ปฏิบัติให้ดีที่สุด แม้เขาจะรู้ว่าต้องทำอะไรบ้าง ถ้าเขาไม่เชื่อว่าตนมีความสามารถพอที่จะกระทำ (Bandura, 1986 อ้างใน วิลาสลักษณ์ ชั่ววลี, 2542) และการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดก็ด้วยการรับรู้ความสามารถของตน ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลได้ดีกว่าผลของการกระทำในครั้งที่ผ่านมา (สฤญญา กฤษณะเศรษฐี, 2542:18 อ้างอิงจาก Pajares, 1997 :3)

ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตน

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-efficacy) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1997 : 3) แบนดูรามีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละ

สภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน แบบดูลาเห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพการณ์นั้นๆ นั่นเอง นั่นคือถ้าเรามีการรับรู้ว่ามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้น คนที่รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549: 47-60) และวิลาสลักษ์ ชววลลิต (2542) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลว่าบุคคลจะมีวิธีการกระทำอย่างไร มีความพยายามเพียงใด อดทนต่ออุปสรรคและความล้มเหลวได้มากน้อยเพียงใด มีแบบแผนการคิดที่จะขัดขวางหรือให้กำลังใจตนเอง มีความเครียดเพียงใดในการจัดการกับเหตุการณ์ที่ยากลำบาก เป็นต้น

สรุปได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อการรับรู้การรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำพฤติกรรมสุขภาพและความมั่นใจของบุคคลว่าสามารถกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้มากน้อยเพียงใด และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อความพยายามในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถใช้นำนายพฤติกรรมของบุคคลได้

อิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนที่มีต่อพฤติกรรม

การรับรู้ความสามารถของตนจะเป็นตัวกำหนดตัวหนึ่งว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมอย่างไร มีแบบแผนในการคิดอย่างไรและมีการตอบสนองทางด้านอารมณ์อย่างไรเมื่ออยู่ในสภาพการณ์ที่ต้องใช้ความพยายามสูง การรับรู้ความสามารถของตนจึงเป็นตัวกำหนดในเรื่องต่อไปนี้

กระบวนการรู้คิด (Cognitive Process) การรับรู้ความสามารถของตนมีผลกระทบต่อแบบแผนการคิดที่สามารถส่งเสริมหรือบั่นทอนผลการปฏิบัติงานได้ บุคคลจะตีความสถานการณ์และคาดการณ์ในอนาคตอย่างไรก็ขึ้นอยู่กับว่าเขามีความเชื่อในความสามารถของตน อย่างไร คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถสูงจะมองสถานการณ์ที่เขาพบว่าเป็นโอกาส เขาจะมองภาพความสำเร็จและให้เป็นสิ่งที่นำทางการกระทำของเขาส่วนคนที่ตัดสินว่าตนเองด้อยความสามารถตีความสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนว่าเป็นความเสี่ยง และมีแนวโน้มจะมองเห็นภาพความล้มเหลวอยู่ในอนาคต การคิดในทางลบของผู้ที่รู้สึกว่าตนด้อยความสามารถจะทำลายแรงจูงใจในตนเองและทำลายผลการปฏิบัติงานด้วยเพราะเป็นการยากที่บุคคลจะประสบความสำเร็จถ้ายังมีความสงสัยในความสามารถของตนอยู่

กระบวนการจูงใจ (Motivation Process) ความสามารถที่จะจูงใจตนเองและกระทำตามที่ตั้งเป้าหมายจะมีพื้นฐานมาจากกระบวนการคิด ขณะที่คาดการณ์ในอนาคตจะทำให้เกิดแรงจูงใจและการควบคุมการกระทำของตนเองได้ กล่าวถึงสิ่งที่คิดเอาไว้ล่วงหน้าจะถูกเปลี่ยนให้เป็นสิ่งจูงใจและการกระทำซึ่งจะถูกควบคุมด้วยกระบวนการกำกับตนเองแรงจูงใจส่วนใหญ่ของมนุษย์เกิดจากการคิด และความเชื่อในความสามารถของตนก็จะมีบทบาทสำคัญในการคิดที่เป็นพื้นฐานของแรงจูงใจ บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองและตั้งเป้าหมายไว้สูงจะมีแรงจูงใจในการกระทำและจะปฏิบัติงานได้ดีกว่าคนที่สงสัยในความสามารถของตนเอง

กระบวนการด้านความรู้สึก (Affective Process) การรับรู้ความสามารถของตนสามารถมีผลกระทบต่อประสบการณ์ทางอารมณ์โดยผ่านการควบคุมตนเองทางด้านความคิดการกระทำ และความรู้สึก ในด้านการคิด ความเชื่อในความสามารถของตนมีอิทธิพลต่อความสนใจและการตีความเหตุการณ์ในชีวิตที่อาจให้ความรู้สึกในทางบวกหรือทางลบได้ และมีผลต่อการรับรู้ที่ตนมีความสามารถที่จะควบคุมความคิดทางลบที่เกิดขึ้นได้หรือไม่ด้วย ด้านการกระทำ การรับรู้ความสามารถของตนจะจัดการกับสภาวะอารมณ์โดยการส่งเสริมการกระทำที่มีประสิทธิผลเพื่อเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในลักษณะที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ได้ ส่วนด้านความรู้สึก จะเกี่ยวข้องกับการรับรู้ที่ตนสามารถทำให้สภาวะทางอารมณ์ของตนที่ไม่ดีให้ดีขึ้นได้หรือไม่

กระบวนการเลือก (Selection Process) บุคคลมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงกิจกรรมและสภาพการณ์ที่เขาเชื่อว่ายากเกินความสามารถของเขา และบุคคลจะกระทำกิจกรรมและเลือกสิ่งแวดล้อมที่เขาแน่ใจว่ามีความสามารถของเขา และบุคคลจะกระทำกิจกรรมและเลือกสิ่งแวดล้อมที่เขาแน่ใจว่ามีความสามารถที่จะจัดการได้ ผู้ที่ยังมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะเลือกกิจกรรมที่ยังมีความท้าทาย กระบวนการทั้งสี่ที่กล่าวมานี้โดยปกติจะทำงานร่วมกันมากกว่าแยกจากกันในการดำเนินการกำกับพฤติกรรมมนุษย์

แหล่งที่มาของการรับรู้ความสามารถของตน

แบนดูรากล่าวว่าการรับรู้ความสามารถของตนเกิดจาก 4 แหล่งที่สำคัญต่อไปนี้

การประสบความสำเร็จจากการกระทำ (Enactive Mastery Experience) การประสบความสำเร็จในการกระทำนี้เป็นแหล่งที่มีอิทธิพลมากที่สุด เพราะเป็นประสบการณ์ความสำเร็จที่แท้จริงของบุคคล ความสำเร็จทำให้ประเมินตนเองสูง ส่วนความล้มเหลวบ่อยๆ ทำให้ประเมินความสามารถของตนเองต่ำลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าความล้มเหลวหลายครั้งนั้นเกิดก่อนที่บุคคลได้สร้างความรู้สึกว่าตนมีความสามารถอย่างดีแล้ว

การสังเกตตัวแบบ (Vicarious Experience) การที่เห็นบุคคลอื่นที่คล้ายคลึงกับตน ประสบความสำเร็จ ก็สามารถเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนได้ คือ บุคคลจะเห็นว่าตนก็มีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมในทำนองเดียวกันนั้นได้สำเร็จเช่นเดียวกัน และการที่สังเกตผู้อื่นที่เห็นว่ามี ความสามารถใกล้เคียงกับตนล้มเหลวทั้งๆที่เขาได้พยายามมากแล้วก็จะทำให้การตัดสินใจความสามารถของตนต่ำลงได้

การพูดชักจูง (Verbal Persuasion) การพูดชักจูงเป็นวิธีการที่ใช้กันอย่างแพร่หลายที่จะทำให้บุคคลเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมให้สำเร็จได้ การพูดชักจูงที่ได้ผลมากขึ้นจะต้องเป็นเรื่องที่เป็นไปได้ การพูดชักจูงในเรื่องที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง อาจทำลายความรู้สึกของผู้ฟังว่าตนมีความสามารถได้และทำให้ผู้ชักจูงไม่ได้รับความเชื่อถือ

สภาวะทางกายและอารมณ์ (Physiological and Affective State) บุคคลมักใช้ข้อมูลทางกายและอารมณ์ในการประเมินความสามารถของตน เช่น การตื่นเต้นมากเกินไปทำให้ทำกิจกรรมได้ไม่ดี บุคคลจะคาดการณ์ว่าตนทำได้สำเร็จเมื่อสภาวะทางกายปกติหรือไม่เครียด หรือเหนื่อยอ่อน

การตัดสินใจความสามารถนี้จะต้องผ่านกระบวนการรู้คิด (Cognitive Processing) กล่าวคือ บุคคลจะมีการคัดเลือก ชั่งน้ำหนัก และบูรณาการ ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ บางคนจะบวกข้อมูลเรื่องความสามารถของตนเข้าด้วยกัน คือ ถ้ายังมีหลายตัวบ่งชี้ก็ยิ่งเชื่อว่าตนมีความสามารถ ส่วนบางคนก็จะรวมในลักษณะของการคูณ คือให้น้ำหนักแก่สิ่งบ่งชี้บางตัวมากกว่าบางตัว เพราะแหล่งบ่งชี้ถึงความสามารถแต่ละแหล่งนอกจากจะให้ข้อมูลมากขึ้นแตกต่างกันแล้ว ยังให้ข้อมูลที่เชื่อถือได้มากขึ้นแตกต่างกันด้วย ความสามารถในการตระหนักได้อย่างชัดเจนถึงแหล่งที่ให้ข้อมูลความสามารถ ความสามารถในการให้น้ำหนักความสำคัญของข้อมูล และความสามารถในการรวมข้อมูลต่างๆ เข้าด้วยกันจะดีขึ้น ถ้าบุคคลมีทักษะในการจัดกระทำกับข้อมูลเพิ่มขึ้น ซึ่งทักษะดังกล่าว ได้แก่ ความตั้งใจ ความจำ การอ้างอิงถึง และการบูรณาการ เพื่อการสร้างมโนทัศน์เรื่องความสามารถของตน

ผลของการรับรู้ความสามารถของตน

แบนดูรา (Bandura, 1986 : 393 – 395) ได้กล่าวถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าจะเป็นตัวกำหนดหรือมีผลต่อบุคคลในเรื่องต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการเลือก (Choice Behavior) ในชีวิตประจำวันนั้นบุคคลจะต้องตัดสินใจอยู่ตลอดเวลาว่า เขาจะต้องกระทำพฤติกรรมใดและต้องทำอีกนานเท่าใด รวมทั้งต้องตัดสินใจเลือกกิจกรรมต่างๆ การที่บุคคลตัดสินใจว่าจะแสดงพฤติกรรมใดในสภาพการณ์ใด ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง บุคคลสามารถหลีกเลี่ยงงานและสภาพการณ์ที่เขาเชื่อว่ายากเกินความสามารถ

ของเขา และบุคคลจะเลือกทำกิจกรรมที่แน่ใจว่า เขามีความสามารถที่จะทำงานให้สำเร็จได้ (Bandura, 1997 & Schunk, 1981) บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะเลือกทำงานที่มีลักษณะท้าทาย มีแรงจูงใจในการพัฒนาความสามารถของตนให้มีความก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ในความสามารถแห่งตนเองต่ำ มักจะหลีกเลี่ยงงาน ท้อถอย ขาดความมั่นใจในตนเอง ซึ่งเป็นการปิดโอกาสที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเอง อย่างไรก็ตามบุคคลที่ประเมินความสามารถของตนเองสูงเกินไปก็มักจะประสบความล้มเหลวในการทำงาน และส่งผลให้เกิดความเครียด ความผิดหวัง และรู้สึกถึงความล้มเหลวนี้เป็นสิ่งที่เลวร้าย ไม่สามารถแก้ไขได้ ส่วนบุคคลที่ประเมินความสามารถของตนเองต่ำกว่าที่เป็นจริง มักจะขาดความพยายาม และความมุ่งมั่นในการทำงาน และมีความสงสัยเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ดังนั้น ถ้าบุคคลประเมินความสามารถของตนเองถูกต้อง จะส่งผลต่อการเลือกกิจกรรม ทำให้การกระทำนั้นมีโอกาสประสบความสำเร็จสูง และในการประเมินความสามารถของตนเองที่ดี ต้องประเมินสูงกว่าที่บุคคลนั้นสามารถที่จะทำได้เล็กน้อยจึงจะทำให้บุคคลทำกิจกรรมที่ยากพอเหมาะและท้าทายความสามารถ

2. การใช้ความพยายามและความยืนหยัดในการทำงาน (Effort Expenditure and Persistence) การรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคลนั้น เป็นตัวกำหนดว่า เขาจะต้องใช้ความพยายามมากเท่าไร และต้องใช้ความมุ่งมั่นพยายามที่จะเผชิญหน้ากับอุปสรรคต่างๆ หรือประสบการณ์ที่ไม่พึงพอใจไปอีกนานเท่าใด (Bandura, 1986) เมื่อเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ บุคคลซึ่งมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะมีความกระตือรือร้น และจะใช้ความพยายามความมุ่งมั่นในการทำงานนานกว่าคนที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (Bandura & Cervone, 1983) และการที่บุคคลใช้ความพยายามและความมุ่งมั่นในการทำงานอย่างเต็มที่ตลอดเวลา เขาก็มีแนวโน้มที่จะทำงานได้ประสบความสำเร็จสูง

3. แบบแผนของความคิดและการตอบสนองทางอารมณ์ (Thought Patterns and Emotion Reaction) การตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลจะมีอิทธิพลต่อกระบวนการคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ของบุคคลในระหว่างที่กระทำพฤติกรรม และมีผลต่อการคาดคะเนเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในภายภาคหน้าของเขา บุคคลซึ่งรู้ว่าตนเองมีความสามารถสูงจะมีความพยายามและเอาใจใส่ในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ มาก และเมื่อพบกับอุปสรรคต่างๆ บุคคลก็จะกระตุ้นตนเองให้ใช้ความพยายามมากยิ่งขึ้น ส่วนบุคคลที่รู้ว่าตนเองมีความสามารถต่ำมีแนวโน้มที่จะมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อตนเองทางลบ เช่น ไม่มีความสุข มีความหวาดหวั่น มีความเครียดสูง และเขาจะกระทำพฤติกรรมต่างๆ อย่างไม่เต็มความสามารถอันจะส่งผลให้บุคคลประสบกับความล้มเหลวในการกระทำพฤติกรรมมากยิ่งขึ้น จากการศึกษาของคอลลิน (Collin, 1982) พบว่า ในการแก้ปัญหาที่ยากๆ นั้นนักเรียนที่มีการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถสูงมักจะอนุมานสาเหตุของความล้มเหลวว่าเกิดจากการขาดความพยายาม ส่วนนักเรียนที่มีการรับรู้ว่าตนมีความสามารถต่ำจะอนุมานสาเหตุของความล้มเหลวว่าเกิดจากการขาดความสามารถ

4. เป็นสิ่งที่กำกับผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมมากกว่าเป็นสิ่งที่ทำนายพฤติกรรม (Humans as Producer rather than simply Foretellers of Behavior) นั่นคือ บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงมักจะเป็นคนที่พยายามกระทำพฤติกรรมและจะยอมรับผลต่างๆที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน จะเลือกการกระทำที่มีลักษณะท้าทาย และจะใช้ความพยายามอย่างมาก เพื่อให้การกระทำนั้นบรรลุเป้าหมาย แม้ว่าในบางครั้งการกระทำนี้จะประสบความล้มเหลวบ้างก็ตาม เขาก็จะไม่ท้อถอยและจะไม่อ้างว่าเป็นเรื่องโชคชะตา แต่เขาจะให้เหตุผลของความล้มเหลวที่เกิดขึ้นว่า เป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จต่อไป ซึ่งต่างจากบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ มักจะเป็นคนที่ไม่ค่อยกระทำพฤติกรรมจะรอให้ความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการกระทำเป็นไปตามความเชื่อหรือคำทำนายและมักจะหลีกเลี่ยงการกระทำที่มีลักษณะยากๆ ขาดความพยายามมีความทะเยอทะยานต่ำและมีความเครียดสูง

การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับการกระทำพฤติกรรมของบุคคลคือถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งสูง และมีแนวโน้มกระทำพฤติกรรมนั้นสูงด้วย ในทางตรงข้าม ถ้าบุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมนั้นต่ำหรืออาจไม่ทำพฤติกรรมนั้นเลย (Bandura, 1986: 395 – 399)

การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

แบนดูรา (Bandura, 1986) ได้กล่าวถึงการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองว่า มี 2 ขั้นตอน คือ ขั้นแรกประเมินความเชื่อมั่นของบุคคลว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จหรือไม่ ขั้นที่สองให้ประเมินระดับความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น เครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองมี 2 รูปแบบ คือ แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยทั่วไป และแบบวัดที่ใช้วัดการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยเฉพาะเจาะจงในพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ทั้งนี้การที่เลือกใช้แบบวัดแบบใดขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้ใช้และพฤติกรรมที่ต้องการวัด และการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถวัดได้จาก ความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่มีความแตกต่างกันใน 3 มิติ คือ (Bandura, 1977: 84 -85)

1. มิติตามขนาดหรือตามระดับ (Level) หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นของบุคคลในการกระทำกิจกรรมซึ่งจะผันแปรตามความยากง่ายของงานที่จะกระทำ บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่ำหรือขีดความสามารถทำงานได้เฉพาะเรื่องง่ายๆ หากถูกมอบหมายให้ทำกิจกรรมที่ยากเกินความสามารถก็จะส่งผลให้บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองต่ำ ขาดความมั่นใจ และมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงที่จะทำงานที่ยากนั้น

2. มิติความแข็งแกร่ง (Strength) หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลในการประเมินกำลังความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ บุคคลที่มีระดับความแข็งแกร่งสูงจะมีความเชื่อมั่น และพยายามกระทำกิจกรรมนั้นๆ หรือเกิดความมั่นใจว่าสถานการณ์นั้นไม่ยากเกินความสามารถของตนเองที่จะกระทำได้ ส่วนบุคคลที่ประเมินกำลังความสามารถตนเองในระดับต่ำเมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรคจะทำให้ขาดความพยายามและเลิกกระทำไปในที่สุด

3. มิติความเป็นสากล (Generality) หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในความสำเร็จที่เคยประสบในอดีต และสามารถนำเอาทักษะจากประสบการณ์นั้นมาใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความคล้ายคลึงกันในต่างสถานการณ์ได้

ลีและบอบโก (Lee & Bobko, 1994 : 364 – 369) ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวทฤษฎีของแบนดูราพบว่าวิธีการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4 วิธีคือ

1. การวัดความเข้มหรือความมั่นใจ (Self – efficacy Strength) เป็นวิธีที่นำมาใช้วัดการรับรู้ความสามารถของตนเองมากที่สุด วิธีการวัดทำได้โดยการถามผู้ตอบถึงความมั่นใจว่าเขาสามารถปฏิบัติที่มีความยากของงานเพิ่มขึ้นได้เพียงใด ข้อคำถามมักมีลักษณะให้ประเมินความมั่นใจจากไม่มีความมั่นใจ (0) จนถึงมีความมั่นใจเต็มที่ (10) หรืออาจทำได้โดยใช้มาตราส่วนแบบอื่นก็ได้ เช่น จากระยะ 0 ถึง ระยะ 100 เป็นต้น

2. การวัดระดับความยาก (Self – efficacy Magnitude) เป็นวิธีที่นิยมนำมาใช้วัดการรับรู้ความสามารถของตนเองรองลงมา วิธีการวัดจะทำได้โดยการถามผู้ตอบว่าเขาสามารถปฏิบัติงานที่กำหนดให้ที่ยากขึ้นได้หรือไม่ ซึ่งข้อคำถามมักจะมีลักษณะเป็นมาตราส่วนชนิดใช่/ไม่ใช่ (yes/no Scale) คำตอบ ใช่ จะมีคะแนน 1 คำตอบไม่ใช่จะมีคะแนน 0 ดังนั้น หากได้คะแนนสูงแสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง

3. การวัดแบบผสม คือ การวัดที่ใช้ทั้งความมั่นใจ และระดับความยาก พบว่า มีการวิจัยจำนวนหนึ่งที่ใช้การวัดแบบผสมนี้ โดยช่องหนึ่งเป็นแบบใช่ /ไม่ใช่ ส่วนอีกช่องหนึ่งจะเป็นมาตราส่วน

ประเมินค่าหรือใช้ประเมินเป็นร้อยละ การรวมคะแนนจะทำได้โดยการรวมคะแนนของความมั่นใจ เฉพาะข้อที่ผู้ตอบว่าใช้ในการวัดระดับความยาก พบว่า เป็นการวัดที่สอดคล้องกับแนวความคิดของแบนดูรามากที่สุด

4. การวัดความเข้มหรือความมั่นใจ โดยใช้ข้อคำถามเพียงข้อคำถามเดียวเกี่ยวกับงานที่กำหนดแล้วให้ผู้ตอบประเมินค่าระดับความมั่นใจของตนเองต่อการทำงานที่กำหนดนั้น ซึ่งวิธีนี้เรียกว่า One – Item Confidence Rating

จากการศึกษาแบบวัดของดรูนิ ดลรัตน์การ (2545) ที่ได้สร้างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของกล้ามเนื้อของผู้ใหญ่ในวัยกลางคน โดยการดัดแปลงจากกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) มีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.88 และ นิศารัตน์ เขตวรณ (2543) ได้ใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ซึ่งแปลมาจากแบบสอบถามกลวิธีที่ประชาชนใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของเลฟและโอเวนมีข้อคำถามจำนวน 29 ข้อลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.95 น้ำฝน ทองตันไตรย์ (2541) ได้สร้างแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนโดยลักษณะแบบประเมินมีความเฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.83

สรุปได้ว่า ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินแบบเฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ซึ่งส่วนใหญ่สร้างโดยการดัดแปลงมาจากแนวคิดของซีเรอร์และแมตด็อกซ์ และดัดแปลงมากจากกรอบแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1986) ข้อคำถามจะมีลักษณะเฉพาะเจาะจงกับเรื่องที่จะศึกษา และประยุกต์ใช้แบบสอบถามของ ดรูนิ ดลรัตน์การ (2545) นิศารัตน์ เขตวรณ (2543) และน้ำฝน ทองตันไตรย์ (2541) ดังนั้นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยใช้ คือ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 6 ระดับ “ทำได้และมั่นใจที่สุด” จนถึง “ทำไม่ได้” เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “ทำได้และมั่นใจที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงตามลำดับจนถึง “ทำไม่ได้” จะได้ 1 คะแนน ถ้าผู้ตอบได้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่า ถ้าผู้ตอบได้คะแนนต่ำกว่าแสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามที่ ริวิชา หงส์โรจนภักย์ (2545) ได้ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมน้ำหนักเกินในสตรีวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดเชียงราย ที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25 ถึง 29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกระดัดปานกลางกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในสตรีวัยกลางคนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้น หากบุคคลกรที่มีสุขภาพมีการสนับสนุนให้สตรีวัยกลางคนมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้สูงขึ้นก็จะส่งผลให้มีภาวะอ้วนลดลง และ ศศิธร อุตสาหกิจ (2550) ได้ศึกษาการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายในสตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่าการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกายลดลง และสุภามิตร นามวิชา (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตจังหวัดสมุทรปราการพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและไฟโรจน์ พัวพันธุ์ และเพลินจิต คันธรจนาจารย์ (2551) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนัก

เกินในหญิงวัยกลางคน อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในภาพรวมมีระดับปานกลางรวมทั้งทางด้านการปฏิบัติตนในการควบคุมอาหารและด้านการมีกิจกรรมทางกาย แต่ยังพบว่าหญิงวัยกลางคนส่วนมากยังมีปัญหาในเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูงพบว่าหญิงวัยกลางคนจำนวนมากประสบปัญหาทางด้านภาวะน้ำหนักตัวเกินแต่การควบคุมน้ำหนักตัวให้ได้ผลจำเป็นต้องอาศัยพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดี และการรับรู้ความสามารถแห่งตนจะช่วยให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนซึ่งอาจนำไปสู่การปฏิบัติตนที่เหมาะสมได้ และดรูณี ดลรัตน์ภัทร (2545) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่วัยกลางคน พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักและการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักในกลุ่มผู้ใหญ่วัยกลางคนได้ร้อยละ 28.4 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001 และ การศึกษาของ แอนนิซี และ โกจารา (Annesi & Gorjala, 2010) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการกำกับตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของใช้ทักษะการกำกับตนเองด้วยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกายที่เกิดจากพฤติกรรมรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย พบว่า การกำกับตนเองของพฤติกรรมออกกำลังกายและการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

แนวคิดการกำกับตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ (Self-regulation)

ความหมายของการกำกับตนเอง

การกำกับตนเอง หมายถึง กระบวนการที่บุคคลปฏิบัติและสนับสนุนต่อพฤติกรรมจากความรู้ความเข้าใจและอารมณ์ความรู้สึกที่มุ่งไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ด้วยตนเองอย่างเป็นระบบ และ สารานุกรมนานาชาติทางการศึกษา (The international encyclopedia of education) เล่มที่ 9 (Husen & Postlethwait, 1994: 5400 อ้างอิงใน กนิษฐา จันทรฉาย, 2549) ได้นิยาม การกำกับตนเอง ว่าหมายถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตเพื่อไปสู่ความมุ่งหมายของแต่ละคนอย่างยืดหยุ่นด้วยตัวของตัวเอง ชุงค์ (Schunk, 1991: 348 อ้างอิงใน กนิษฐา จันทรฉาย, 2549) และชุงค์ และซิมเมอร์แมน (Schunk & Zimmerman, 1997: 195-208 อ้างอิงใน กนิษฐา จันทรฉาย, 2549) ได้นิยามการกำกับตนเองว่า หมายถึง กระบวนการที่กระตุ้นและสนับสนุนต่อความรู้ความเข้าใจพฤติกรรมและความพอใจเพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ในที่สุด และซินะพัฒน์ ชื่นแดชม (2542: 15) ได้นิยาม การกำกับตนเอง ว่าหมายถึง การใช้กลวิธีซึ่งได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การวางแผน การดำเนินการติดตามผล ทั้งในด้านพฤติกรรม ด้านความรู้ ความเข้าใจ และด้านแรงจูงใจของตนเอง เพื่อให้บรรลุถึงสิ่งที่มุ่งหวังได้ด้วยตนเอง

สรุปได้ว่า การกำกับตนเอง หมายถึง การแสดงออกถึงการกระทำโดยการสังเกตพฤติกรรม การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกาย พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายและวางแผนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้มีดัชนีมวลกายตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อาจกระทำด้วยการจดบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง กระตุ้นเตือนตนเองให้กระทำอย่างต่อเนื่องให้บรรลุถึงการมีดัชนีมวลกายลดลงตามที่ตนเองได้ตั้งเป้าหมายไว้

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการกำกับตนเอง

สารานุกรมนานาชาติทางการศึกษา (The international encyclopedia of education) เล่มที่ 9 (Husen & Postlethwait, 1994: 5400) ได้กล่าวถึงการกำกับตนเองว่ามีแนวคิดเชิงทฤษฎีที่อธิบายถึงการกำกับตนเองอยู่ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มแนวคิดของลูเรีย (Luria) ไววอตสกี (Vygotsky) และ ลีออนเทียฟ (Leontief) ซึ่งอธิบายว่า การกำกับตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาการมนุษย์และได้รับอิทธิพลมาจากสังคมและวัฒนธรรมโดยผ่านกระบวนการเสริมสร้างคุณลักษณะของตนเอง (Internalization) อิทธิพลดังกล่าวจะผ่านกลไกทางจิตใจขั้นพื้นฐาน (Basic Psychological Mechanisms) แล้วเปลี่ยนรูปเป็นระบบสัญลักษณ์ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบขั้นสูงของจิตใจต่อไป

2. กลุ่มแนวคิดของ แคนเฟอร์ และคณะ (Kanfer and His Associaters) ซึ่งพัฒนารูปแบบเชิงการประมวลสารสนเทศของการกำกับตนเองขึ้นรูปแบบนี้อธิบายว่าการกำกับตนเองมีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ การติดตามตนเอง (Self – monitoring) การประเมินตนเอง (Self – evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self – reinforce)

3. กลุ่มแนวคิดของแอสคูห์ล (Ach and Kuhl) ซึ่งอธิบายว่าการกำกับตนเองเกี่ยวข้องกับ ความตั้งใจ (Willpower) และกำลังใจ (Volitional)

แนวคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับการกำกับตนเองทั้ง 3 กลุ่มดังกล่าว แนวคิดของกลุ่มที่เชื่อว่าการกำกับตนเอง ได้รับอิทธิพลจากสังคมเป็นกลุ่มที่ได้รับความนิยมอย่างมากมีทฤษฎีที่กล่าวถึงการกำกับตนเองในกลุ่มนี้หลายทฤษฎี ได้แก่

- 1) ทฤษฎีเชิงปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)
- 2) ทฤษฎีวัฒนธรรมเชิงสังคม (Sociocultural Theory)
- 3) ทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self – determination Theory)

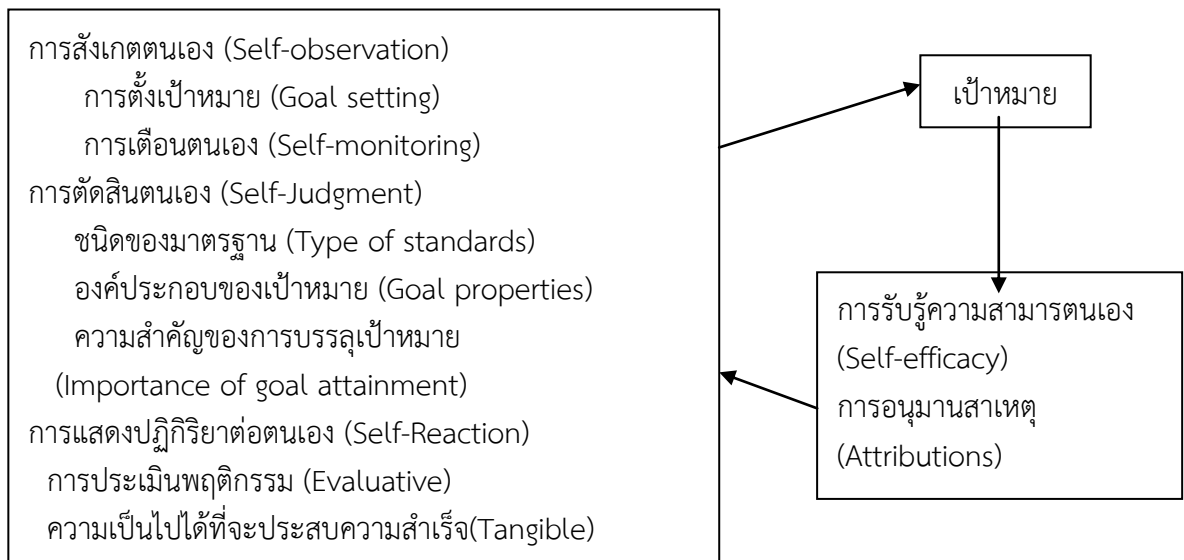
ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สนใจแนวคิดการกำกับตนเองจากทฤษฎีเชิงปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura (1986 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549: 54) ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ไม่ได้เป็นผลมาจากการเสริมแรงและการลงโทษจากภายนอกแต่เพียงอย่างเดียว แต่มนุษย์สามารถกระทำการบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง กระบวนการดังกล่าวนี้คือการกำกับตนเอง (Self – regulation)

การกำกับตนเอง (Self – regulation) เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งเป้าหมายสำหรับตนเอง และคิดกลวิธีให้บรรลุเป้าหมายด้วยตนเองบุคคลจะเป็นผู้ควบคุมกระบวนการนี้ด้วยตนเอง (Zimmerman, 1998: 1)

การกำกับตนเอง (Self – regulation) ประกอบด้วย 3 กระบวนการย่อยดังนี้ (Schunk and Zimmerman, 1994: 76-79)

1. การสังเกตตนเอง (Self-observation)
2. การตัดสินตนเอง (Self-judgment)
3. การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction)

ทั้งนี้ กระบวนการกำกับตนเองแสดงไว้ในภาพประกอบ 1 ดังต่อไปนี้



ภาพประกอบ 1 การกำกับตนเอง (Schunk, 1994: 76 อ้างอิงใน กนิษฐา จันทรฉาย, 2549)

สามารถอธิบายรายละเอียด ได้ดังนี้

1. การสังเกตตนเอง (Self-observation) หมายถึงความสนใจต่อลักษณะที่จำเพาะในพฤติกรรมของบุคคลอย่างพิถีพิถัน (Bandura, 1986 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนโน้ม, 2542: 54) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ประการ ได้แก่

1.1 การตั้งเป้าหมาย (goal setting) หมายถึงการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายหรือกำหนดเกณฑ์ในการแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง(อรอุมา จิรณิตกุล, 2544: 15) และแบนดูรา เสนอว่าการตั้งเป้าหมายในการกระทำพฤติกรรมให้มีประสิทธิภาพและสะดวกต่อการตัดสินหรือประเมินพฤติกรรมตนเองนั้นควรตั้งเป้าหมายให้มีลักษณะดังนี้ (Bandura, 1997a, 1986, 1988 อ้างใน จิตพัฒน์ สงบกาย, 2533)

1) ควรเป็นเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง คือบุคคลจะกำหนดเป้าหมายในการทำพฤติกรรมที่เจาะจงชัดเจนลงไปว่าเขาจะต้องทำพฤติกรรมอย่างไร หรือทำไร

2) ควรเป็นเป้าหมายที่มีลักษณะท้าทาย การตั้งเป้าหมายที่มีลักษณะท้าทายจะเป็นสิ่งกระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลใช้ความพยายามในการกระทำพฤติกรรมให้มากขึ้น

3) ควรเป็นเป้าหมายที่ระบุแน่ชัดและมีทิศทางในการกระทำแน่นอนโดยไม่มีทางเลือกได้หลายทางเช่นควรตั้งเป้าหมายว่า “วันนี้ฉันจะออกกำลังกาย 30 นาที” หรือตั้งว่า “สัปดาห์นี้ฉันจะรับประทานขนมขบเคี้ยวไม่เกิน 2 ซอง”

4) ควรเป็นเป้าหมายระยะสั้น การตั้งเป้าหมายระยะสั้นในการกระทำพฤติกรรมจะมีผลต่อแรงจูงใจเนื่องจากบุคคลจะพบกับความสำเร็จที่ตั้งไว้ง่ายและเร็วและเมื่อบุคคลประสบความสำเร็จในเป้าหมายที่ตั้งไว้ก็จะมีพลังพอใจและเป็นแรงจูงใจให้บุคคลพยายามกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายในระยะยาวเพิ่มมากขึ้น

5) ควรเป็นเป้าหมายที่อยู่ในระดับใกล้เคียงกับความเป็นจริงและสามารถปฏิบัติได้ไม่เป็นเป้าหมายที่มีลักษณะเพ้อฝันคือสูงหรือต่ำกว่าความเป็นจริงและเป้าหมายที่ต้องสามารถปฏิบัติได้

1.2 การเฝ้าตนเอง (Self-monitoring) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายที่เกิดขึ้นด้วยตนเองเพื่อเป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ตนเองกระทำ การเฝ้าตนเองจะทำให้บุคคลรู้ว่าตนเองกระทำพฤติกรรมในลักษณะใด ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล

ได้เนื่องจากบุคคลได้เห็นข้อมูลย้อนกลับแล้วก็จะทำให้เขารู้ว่าควรทำเช่นไรต่อไปเพื่อไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ

โคเมอร์ (Cormier, 1979 อ้างใน รุติพัฒน์ สงบกาย, 2533: 10) ได้เสนอขั้นตอนในการเตือนตนเองให้มีประสิทธิภาพไว้ดังนี้

1. จำแนกเป้าหมายให้ชัดเจนว่าจะต้องสังเกตพฤติกรรมอะไร
2. กำหนดเวลาที่จะสังเกตและบันทึกพฤติกรรม
3. กำหนดวิธีการบันทึกและเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกพฤติกรรม
4. ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง
5. แสดงผลการบันทึกพฤติกรรมตนเองเป็นกราฟ หรือแผนภาพ
6. วิเคราะห์ข้อมูลที่บันทึกเพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับและพิจารณาผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

นอกจากกระบวนการสังเกตตนเองที่กล่าวมาแล้ว แบนดูรา เสนอว่า ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการสังเกตตนเองอีกด้วย

1. เวลาที่ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง คือ บุคคลจะต้องทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองทันทีที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องแม่นยำและต่อเนื่อง (Bandura, 1986)

2. การให้ข้อมูลย้อนกลับจะทำให้บุคคลทราบว่าตนกระทำพฤติกรรมเป็นอย่างไรเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ถ้าเป็นไปตามเป้าหมายบุคคลก็ควรจะมีกำลังใจสังเกตมากขึ้น แต่ถ้าหากไม่เป็นไปตามเป้าหมายบุคคลก็จะค้นหาแนวทางแก้ไขให้ดีขึ้นต่อไป (Agras, Leitenberg; & Barlow, 1968 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมัน, 2542: 57)

3. ระดับของแรงจูงใจการที่บุคคลมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนก็จะมี การตั้งเป้าหมายและพยายามสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนมากกว่าบุคคลที่มีแรงจูงใจต่ำ (Nelson, 1997 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมัน, 2542: 57)

4. คุณค่าของพฤติกรรมที่สังเกต พฤติกรรมใดก็ตามที่บุคคลเห็นว่ามีคุณค่าต่อตนเองเขาก็จะให้ ความสนใจในการสังเกตมากกว่าพฤติกรรมที่เขาไม่เห็นคุณค่า (Kanfer, 1970 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมัน, 2542: 57)

5. ความสำเร็จและความล้มเหลวของพฤติกรรมที่สังเกต การที่บุคคลกระทำพฤติกรรมแล้วได้รับ ความสำเร็จบุคคลก็จะให้ความสนใจสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเองมากกว่าพฤติกรรมที่เขากระทำ แล้ว มักล้มเหลว (Kischenbaum & Karoly, 1977 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมัน, 2542: 57)

6. ระดับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่สังเกต พฤติกรรมใดก็ตามที่บุคคลสามารถ ควบคุมได้ บุคคลก็จะสนใจสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเองมากกว่าพฤติกรรมที่เขาไม่สามารถ ควบคุมได้ (Johnson & White, 1971 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมัน, 2542: 57)

2. การตัดสินตนเอง (Self-Judgment) เป็นการเปรียบเทียบผลที่ได้รับจากการกระทำกับ เป้าหมายหรือมาตรฐานที่ตั้งไว้ การตัดสินตนเอง (Self – judgment) ขึ้นกับชนิดของมาตรฐาน (Type of Standards) องค์ประกอบของเป้าหมาย (Goal Properties) และความสำคัญของการบรรลุเป้าหมาย (Importance of Goal Attainment)

พฤติกรรมจะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวขึ้นอยู่กับมาตรฐานที่นำมาประเมิน ข้อมูลที่จะ นำมาเป็นมาตรฐานได้มาจากแหล่งต่างๆ เช่น การแสดงปฏิกิริยาทางสังคมต่อพฤติกรรมของบุคคล มาตรฐานของบุคคลอื่น การตั้งมาตรฐานที่ดีคือการตั้งพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงระบุอย่างชัดเจนมีแนวทาง ในการกระทำอย่างแน่นอนเป็นมาตรฐานที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงและสามารถปฏิบัติได้ หลังจากที่บุคคล นำมาตรฐานมาใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินมีแนวโน้มว่าพวกเขาจะนำมาตรฐานไปดัดแปลงใช้ในสภาพอื่นๆ

และมาตรฐานนั้นยังส่งผ่านจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่งด้วยตัวแบบและความสำเร็จทางสังคม เช่น เด็กดัดแปลงมาตรฐานของผู้ใหญ่มาใช้แล้วนำมาใช้กับเพื่อน (อรอุมา จิรณิตกุล, 2544: 18)

เมื่อเป้าหมายหรือมาตรฐานของพฤติกรรมใดไม่ได้รับการยอมรับหรือไม่มีความชัดเจนบุคคลก็จะใช้มาตรฐานไม่สมบูรณ์ซึ่งเกิดจากวิธีการเปรียบเทียบทางสังคมซึ่ง แบนดูรา (Bandura, 1986 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมัน, 2542: 59-62) กล่าวไว้ดังนี้

1. การเปรียบเทียบอ้างอิงทางสังคม (Social referential comparison) เมื่อบุคคลทราบผลการกระทำต่างๆ ของตนเองจากการวัดและการประเมินก็จะมีการเปรียบเทียบการกระทำของตนเองกับผู้อื่นด้วยเพื่อจะได้ทราบว่ากระทำของตนเองสูงหรือต่ำกว่าคนอื่นเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาการกระทำของตนเองให้ดีขึ้นในการประเมินการกระทำพฤติกรรมของตนเองโดยการเปรียบเทียบกับผู้อื่นนั้น บุคคลสามารถเลือกเกณฑ์ในการเปรียบเทียบได้ 4 ลักษณะคือ

1.1 การเปรียบเทียบกับบรรทัดฐานที่เป็นมาตรฐานของกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มอายุ กลุ่มระดับการศึกษา กลุ่มเพศหรือกลุ่มสภาพที่อยู่อาศัย เป็นต้น ซึ่งบรรทัดฐานของกลุ่มต่างๆ เหล่านี้ได้มาจากการที่มีผู้ทำการสำรวจและหาค่าเฉลี่ยของกลุ่มนั้นๆ จนเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปแล้วและบรรทัดฐานที่บุคคลนำมาใช้ในการเปรียบเทียบกับกระทำของตนเองจะต้องมีลักษณะคล้ายคลึงกับตนด้วย

1.2 การเปรียบเทียบกับตนเอง คือ การที่บุคคลเปรียบเทียบผลการกระทำของตนเองกับสิ่งที่เขาได้เคยกระทำมาแล้วหรือเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตนตั้งขึ้น ซึ่งการเปรียบเทียบกับตนเองนี้จะก่อให้เกิดความท้าทายจะทำให้บุคคลพยายามกระทำพฤติกรรมให้ดีกว่าครั้งที่ผ่านๆ มา เพราะถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมได้เท่ากับครั้งที่ผ่านๆ มา การกระทำระดับนั้นอาจจะไม่ก่อให้เกิดความท้าทายอีกต่อไป

1.3 การเปรียบเทียบกับสังคม คือ การที่บุคคลใช้ผลการกระทำของผู้อื่นมาใช้เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบกับผลการกระทำของตนเองซึ่งผลการกระทำของผู้อื่นนำมาใช้เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบนี้จะต้องเป็นบุคคลที่อยู่ในสภาพการณ์ที่เหมือนกันหรือคล้ายกันกับตน เช่น เพื่อนร่วมชั้น หรือผู้ร่วมงาน เป็นต้น

1.4 การเปรียบเทียบกับกลุ่ม คือ การที่บุคคลเปรียบเทียบผลการกระทำของตนเองกับค่าเฉลี่ยจากการกระทำของกลุ่มโดยบุคคลจะเปรียบเทียบผลการกระทำของตนเองอยู่ลำดับที่เท่าไรของกลุ่ม

2. คุณค่าของกิจกรรม องค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่งในกระบวนการตัดสินใจคือคุณค่าของกิจกรรม บุคคลจะสนใจตัดสินใจกระทำน้อยหากเขาพบว่ากิจกรรมนั้นมีคุณค่าต่อเขาน้อยหรือไม่ มีคุณค่าต่อเขาเลยและบุคคลจะใช้เวลาพยายามในการกระทำกิจกรรมนี้น้อย ในทางตรงกันข้ามบุคคลจะใช้เวลาพยายามมากในการทำกิจกรรมที่เขาพิจารณาว่าเป็นกิจกรรมที่มีคุณค่าต่อเขามาก ส่วนกิจกรรมที่มีคุณค่าปานกลางจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมน้อย เพราะจะไม่กระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมมากนัก คุณค่าของกิจกรรมนั้นขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของบุคคล กิจกรรมจะมีคุณค่าถ้าบุคคลเห็นคุณประโยชน์ที่จะได้รับ

3. การอนุมานสาเหตุของพฤติกรรม การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองขึ้นอยู่กับความรู้สึกที่ส่งผลต่อพฤติกรรม บุคคลมักจะภูมิใจเมื่อตนเองประสบความสำเร็จแล้วระบุสาเหตุว่าเป็นเพราะความสามารถและความพยายามแต่จะรู้สึกพึงพอใจกับงานไม่มากถ้าระบุสาเหตุว่าเป็นปัจจัยภายนอกเพราะคิดว่าความสำเร็จนั้นมิได้มาจากความสามารถและความพยายาม

3. การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self – reaction) เป็นกระบวนการสุดท้ายของกลไกการกำกับตนเอง กระบวนการนี้ทำหน้าที่ 2 ประการคือ

1) ทำหน้าที่ตอบสนองผลการประเมินพฤติกรรมของตนเอง จากกระบวนการตัดสินใจ ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมเป้าหมายได้เท่ากับหรือสูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้บุคคลจะแสดงปฏิกิริยาทางบวกต่อตนเองหรือให้รางวัลกับตนเอง แต่ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมต่ำกว่าเป้าหมายเขาจะแสดงปฏิกิริยาทางลบต่อตนเองหรือการลงโทษตนเอง หรืออาจไม่แสดงปฏิกิริยาต่อตนเองก็ได้

2) ทำหน้าที่เป็นตัวจูงใจสำหรับการกระทำพฤติกรรมของตนเอง ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายแล้วจะให้อะไรกับตนเอง

2.1 สิ่งจูงใจตนเองจากภายนอก ได้แก่ วัตถุสิ่งของที่สามารถจับต้องได้หรืออาจเป็นการให้เวลาอิสระกับตนเอง การกระทำที่ชอบหรือการกระทำกิจกรรมบันเทิงต่างๆ

2.2 สิ่งจูงใจตนเองจากภายในเป็นผลกรรมภายในที่บุคคลให้กับตนเองหลังจากที่ประเมินการกระทำพฤติกรรมของตนเองแล้วซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

- การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางบวก คือ การที่บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางบวกเมื่อกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น การยกย่อง ชื่นชมตนเอง เป็นต้น

- การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางลบ คือ การที่บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางลบเมื่อกระทำพฤติกรรมได้ต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น การตำหนิตนเอง การวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง ละอายใจ และการเสียใจ เป็นต้น

การที่บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางบวกนับว่าเป็นกลไกการส่งเสริมพฤติกรรมส่วนการแสดงปฏิกิริยาทางลบต่อตนเองนั้นเป็นกลไกป้องกันตนเองจากการที่ถูกสังคมหรือบุคคลภายนอกกลโหมเพราะเมื่อบุคคลลงโทษตนเองนั้นสามารถเป็นการระบายสิ่งที่ผิดพลาดที่ตนได้กระทำลงไปและจะกระทบกระเทือนจิตใจน้อยกว่าที่ถูกผู้อื่นลงโทษ

ปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการกำกับตนเอง แบนดูรา (Bandura, 1986: 369-372) กล่าวว่าปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการกำกับตนเองดังนี้

1. ประโยชน์ส่วนตัว (Personal Benefits) เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมกำกับตนเองแล้วบุคคลก็จะได้รับประโยชน์โดยตรงต่อตัวเขาเองเขาก็จะยึดมั่นต่อการกำกับตนเองจะทำให้กระบวนการกำกับตนเองคงอยู่ได้

2. รางวัลทางสังคม (Social Reward) การที่บุคคลมีพฤติกรรมกำกับตนเองแล้วบุคคลในสังคมให้การยกย่องชมเชย สรรเสริญ ให้เกียรติ ให้การยอมรับหรือให้รางวัลซึ่งการให้รางวัลทางสังคมเหล่านี้ก็จะมีส่วนช่วยให้กระบวนการกำกับตนเองของบุคคลคงอยู่ได้

3. การสนับสนุนจากตัวแบบ (Modeling Supports) บุคคลที่มีมาตรฐานในการกำกับตนเองเช่น การพูดจาไพเราะ หากได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คนอื่น ๆ รอบด้านล้วนแต่มีการพูดจาไพเราะด้วยกันคนที่พูดจาไพเราะทั้งหลายเหล่านี้จะมีส่วนช่วยเป็นตัวอย่างที่จะสนับสนุนซึ่งกันและกัน

4. ปฏิกิริยาทางลบจากผู้อื่น (Negative Sanctions) บุคคลที่พัฒนามาตรฐานในการกำกับตนเองขึ้นมาแล้วหากภายหลังให้รางวัลกับตนเองต่อพฤติกรรมที่ต่ำกว่ามาตรฐานก็จะทำให้บุคคลในสังคมแสดงปฏิกิริยาทางลบต่อตัวเขาปฏิกิริยาเหล่านี้จะส่งผลให้บุคคลย้อนกลับไปใช้มาตรฐานของเดิมของเขาอีก

5. การสนับสนุนจากสภาพแวดล้อม (Contextual Supports) บุคคลที่อยู่ในสภาพแวดล้อมซึ่งในอดีตเคยส่งเสริมให้ตนกำกับตนเองด้วยมาตรฐานระดับหนึ่งย่อมมีโอกาสกำกับตนเองด้วยมาตรฐานนั้นอีก บุคคลเช่นนี้มีแนวโน้มจะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่จะมีอิทธิพลให้ตนต้องลดมาตรฐานลงไป

6. การลงโทษตนเอง (Self - inflicted Punishment) จะเป็นหนทางช่วยให้บุคคลลดความไม่สบายใจจากการทำผิดมาตรฐานของตนได้และในหลายๆ กรณีก็เป็นการลดปฏิกิริยาทางลบจากผู้อื่นได้ แทนที่จะถูกคนอื่นเหล่านั้นลงโทษเอาโดยตรงคนส่วนมากจะมีความรู้สึกว่าการลงโทษตนเองมีความไม่พอใจน้อยกว่าการถูกผู้อื่นลงโทษและในบางกรณีการลงโทษตนเองก็เป็นการกระทำที่ได้รับการชมเชยจากผู้อื่น

การวัดการกำกับตนเอง

จากการวิจัยของกนิษฐา จันทรฉาย (2548) ได้สร้างแบบวัดการกำกับตนเองเกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียนประถมศึกษาโรงเรียนบำรุงวิทยานบุรี กรุงเทพมหานคร โดยแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ และเป็นแบบสอบถามประเมินค่า 3 ระดับ และมีค่าความเชื่อมั่น 0.66 และ วัชรภรณ์ ภูมิภูเขียว (2550) ได้สร้างแบบสอบถามการกำกับตนเองในการควบคุมน้ำหนัก โดยแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ และมีค่าความเชื่อมั่น 0.82 ซึ่ง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามของกนิษฐา จันทรฉาย (2548) และ วัชรภรณ์ ภูมิภูเขียว (2550) เพื่อให้เหมาะสมกับการวิจัยในครั้งนี้

ความสัมพันธ์ของการกำกับตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาของมิเชล (Michael, 2003) ได้ศึกษาการกำกับตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และป้องกันโรคอ้วนซึ่งวิถีชีวิตในการรักษาโรคอ้วนได้รวบรวมมาสนับสนุนข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นจำนวนมากโดยการป้องกันโรคอ้วนและการบำบัดรักษาที่มีความหลากหลายวิธีรวมกัน คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้ความรู้ โภชนาการ การออกกำลังกาย และ เทคนิคการสื่อสารระหว่างบุคคลซึ่งมีความสำคัญในการควบคุมน้ำหนัก แต่คนส่วนใหญ่มักจะปฏิบัติไม่ได้เนื่องจากสภาพแวดล้อม ดังนั้นการกำกับตนเองจะเป็นสิ่งที่คอยควบคุมอิทธิพลที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคอ้วนได้ และ กุสุมา สุริยา (2550) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนัก โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่ากลุ่มที่ได้รับการให้โปรแกรมการกำกับตนเองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวและค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายที่ลดลง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และวัชรภรณ์ ภูมิภูเขียว (2552) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการพัฒนาพฤติกรรมลดน้ำหนักของข้าราชการอำเภอเขาหัว จังหวัดเลย ซึ่งมีกิจกรรมการให้ความรู้ การใช้ตัวแบบจากวิดีโอ การแจกคู่มือการลดน้ำหนัก การสังเกตตนเองและประเมินพฤติกรรมตนเอง การฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายและการสาธิตอาหารเพื่อลดน้ำหนัก การวางแผนการลดน้ำหนัก กำหนดการลงโทษและการให้รางวัลแก่ตนเอง การให้รางวัล คำชมเชย และการให้กำลังใจ ฯลฯ ซึ่งกลุ่มที่ได้รับการกำกับตนเองมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ตอนที่ 4 เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

เทคนิคการเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

คณะวิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (วัฒนาพร ระงับทุกข์, 2542) มาใช้ในการสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง ในการวิจัยครั้งนี้โดยครูเปรียบเสมือนผู้ให้บริการ และนักเรียนเปรียบเสมือนผู้รับบริการ

การจัดกิจกรรมโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง คือ ผู้ให้บริการจะต้องให้โอกาสผู้เข้ารับบริการได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ขึ้นมาก ๆ ซึ่งกิจกรรมนั้นจะต้องมีลักษณะที่ช่วยให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมอย่าง active คือ ช่วยให้ผู้รับบริการมีความกระตือรือร้น มีความจดจ่อ ผูกพันกับสิ่งที่ทำกิจกรรมการเรียนรู้ที่มีคุณภาพสำหรับการจัดการเรียนการสอนโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมทางด้านร่างกาย สติปัญญา สังคม และอารมณ์ รวมทั้งการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ และการถ่ายโอนการเรียนรู้ที่ได้เพิ่มขึ้นมา (ทิตินา ขัมมณี, 2548: 15 – 26) และเป็นที่ยอมรับกันว่า การจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง คือ วิธีการสำคัญที่สามารถสร้างและพัฒนา ผู้รับบริการให้เกิดคุณลักษณะต่าง ๆ ที่ต้องการในยุคโลกาภิวัตน์ เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนที่ให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ ส่งเสริมให้ผู้รับบริการรู้จักเรียนรู้ด้วยตนเอง เรียนในเรื่องที่สอดคล้องกับความสามารถและความต้องการของตนเอง และได้พัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ ซึ่งแนวคิดการจัดการศึกษานี้เป็นแนวคิดที่มีรากฐานจากปรัชญาการศึกษาและทฤษฎีการเรียนรู้ต่างๆ ที่ได้พัฒนามาอย่างต่อเนื่องยาวนาน และเป็นแนวทางที่ได้รับการพิสูจน์ว่าสามารถพัฒนาผู้รับบริการให้มีคุณลักษณะที่ต้องการอย่างได้ผล (วัฒนาพร ระงับทุกข์, 2542 : 4)

การจัดการเรียนการสอนเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง หมายถึง การจัดกิจกรรมที่มุ่งจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับการดำรงชีวิต เหมาะสมกับความสามารถและความสนใจของผู้รับบริการ โดยให้ผู้รับบริการมี

ส่วนร่วมและลงมือปฏิบัติจริงทุกขั้นตอน จนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง (วัฒนาพร กระจับทุกข์, 2542 : 11) และ ญัฐวุฒิ กิจรุ่งเรือง และคณะ (2545 : 10) กล่าวว่า การจัดการสอนที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ หมายถึง การจัดการเรียนรู้ที่หลากหลายสอดคล้องกับความต้องการ ความสนใจ และความแตกต่างระหว่างบุคคล ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการกำหนดสาระที่จะเรียนรู้ ทำกิจกรรม และปฏิบัติจริง จนค้นพบข้อควรรู้ และวิธีการปฏิบัติด้วยตนเองและจากแหล่งเรียนรู้ที่หลากหลาย และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

หลักการพื้นฐานของแนวคิดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (วัฒนาพร กระจับทุกข์, 2542 : 7)

โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางมาใช้เป็นเทคนิคการสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในการวิจัยในครั้งนี้

1) ผู้รับบริการมีบทบาทต่อการเรียนรู้ของตน

ผู้รับบริการเป็นผู้เรียนรู้ บทบาทของผู้ให้บริการ คือ ผู้สนับสนุน (Supporter) และเป็นแหล่งความรู้ (Resource Person) ของผู้รับบริการ ผู้รับบริการจะรับผิดชอบตั้งแต่เลือกวางแผนสิ่งที่ตนจะเรียน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมในการเลือก และจะเริ่มต้นการเรียนรู้ด้วยตนเอง ด้วยการศึกษาค้นคว้ารับผิดชอบการเรียนตลอดจนการประเมินผลการเรียนรู้ด้วยตนเอง

2) เนื้อหาวิชามีความสำคัญและมีความหมายต่อการเรียนรู้

ในการออกแบบการเรียนรู้ ปัจจัยสำคัญที่จะต้องนำมาพิจารณาประกอบด้วย เนื้อหาวิชา ประสบการณ์เดิม และความต้องการของผู้รับบริการ การเรียนรู้ที่สำคัญและมีความหมายจึงขึ้นอยู่กับ สิ่งที่สอน (เนื้อหา และวิธีที่ใช้สอน (เทคนิคการสอน)

3) การเรียนจะประสบผลสำเร็จหากผู้รับบริการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอน

ผู้รับบริการจะได้รับความสุขสนุกสนานจากการเรียน หากได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ได้ทำงานร่วมกับเพื่อน ๆ ได้ค้นพบข้อคำถามและคำตอบใหม่ ๆ สิ่งใหม่ ๆ ประเด็นที่ท้าทายและความสามารถในเรื่องใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งการบรรลุความสำเร็จของงานที่พวกเขาริเริ่มด้วยตนเอง

4) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการ

การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในกลุ่มจะช่วยส่งเสริมความเจริญงอกงาม การพัฒนาความเป็นผู้ใหญ่ การปรับปรุงการทำงาน และการจัดการกับชีวิตของแต่ละบุคคล สัมพันธภาพที่เท่าเทียมกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันของผู้รับบริการ

5) ผู้ให้บริการ คือ ผู้อำนวยการความสะดวกและเป็นแหล่งความรู้

ในการจัดการเรียนการสอนแบบเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ผู้ให้บริการจะต้องมีความสามารถที่จะค้นพบความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ เป็นแหล่งความรู้ที่ทรงคุณค่าของผู้รับบริการและสามารถค้นคว้าหาสื่อวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ สิ่งสำคัญที่สุดคือความเต็มใจของผู้ให้บริการที่จะช่วยเหลือโดยไม่มีเงื่อนไข ผู้ให้บริการจะให้ทุกอย่างแก่ผู้รับบริการ ไม่ว่าจะเป็น ความเชี่ยวชาญ ความรู้ เจตคติ และการฝึกฝน โดยผู้รับบริการมีอิสระที่จะรับหรือไม่รับการให้นั้นก็

6) ผู้รับบริการมีโอกาสเห็นตนเองในแง่บวกที่แตกต่างจากเดิม

การจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มุ่งให้ผู้รับบริการมองเห็นตนเองในแง่บวกที่แตกต่างออกไป ผู้รับบริการจะมีความมั่นใจในตนเองและควบคุมตนเองได้มากขึ้น สามารถเป็นในสิ่งที่อยากเป็น มีวุฒิภาวะสูงมากขึ้น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อม และมีส่วนร่วมกับเหตุการณ์ต่าง ๆ มากขึ้น

7) การศึกษาคือการพัฒนาประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้รับบริการหลายๆ ด้านพร้อมกัน

การเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาผู้รับบริการหลายๆ ด้าน คุณลักษณะ ด้านความรู้ ความคิด ด้านการปฏิบัติและอารมณ์ความรู้สึกจะได้รับการพัฒนาไปพร้อมกัน

เทคนิคการจัดกิจกรรมที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

มีเทคนิคการจัดการเรียนการสอนอยู่มากมายหลายวิธีที่ส่งเสริม และให้ความสำคัญกับผู้รับบริการในฐานะศูนย์กลาง ซึ่งผู้ให้บริการสามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะกับลักษณะของผู้รับบริการ จุดประสงค์การเรียนรู้ และเนื้อหาหรือสาระการเรียนรู้ต่าง ๆ ซึ่งกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2543) ได้กล่าวไว้ว่า การจัดกิจกรรมที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เป็นการจัดกิจกรรมโดยให้ผู้รับบริการเป็นผู้ลงมือปฏิบัติ เป็นการเปลี่ยนบทบาทของทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ โดยผู้รับบริการจากการเป็นผู้รับการถ่ายทอดก็เป็นผู้รับและให้ข้อมูล และผู้ให้บริการก็เปลี่ยนเป็นผู้จัดประสบการณ์การเรียนรู้ วิธีการที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางที่สมบูรณ์ที่สุด คือ การมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่ม ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่มในการจัดกิจกรรมที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

เทคนิคเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2543 ; วัฒนาพร ระงับทุกข์. 2542)

องค์ประกอบของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

มีองค์ประกอบสำคัญอยู่ 4 ประการ คือ

1) ประสบการณ์ (Experiential Learning) เป็นขั้นตอนที่ผู้ให้บริการผู้สอนพยายามกระตุ้นให้ผู้รับบริการนำประสบการณ์เดิมของตนออกมาใช้ในการเรียนและแบ่งปันประสบการณ์ของตนกับเพื่อน ๆ ที่อาจมีประสบการณ์คล้ายหรือแตกต่างกัน

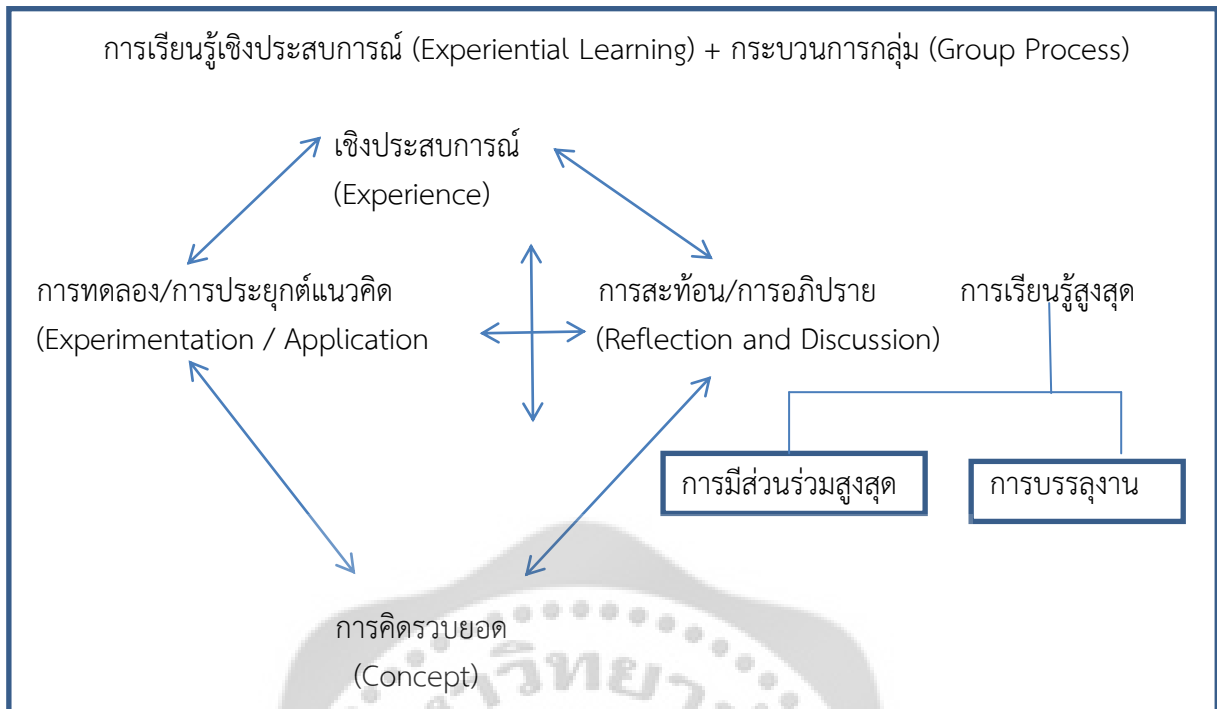
2) การสะท้อนความคิดและอภิปราย (Reflect and Discussion) เป็นขั้นตอนที่ผู้รับบริการได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเองแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งผู้ให้บริการจะเป็นผู้กำหนดประเด็นการวิเคราะห์ วิจารณ์ และผู้รับบริการได้รู้ถึงความคิด ความรู้สึกของคนอื่นที่แตกต่างไปจากตนเอง ซึ่งจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น และผลของการสะท้อนความคิดเห็นการอภิปรายจะทำให้ได้ข้อมูลสรุปที่หลากหลาย และผู้รับบริการได้เรียนรู้การทำงานเป็นทีม

3) ความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด (Understanding and Conceptualization) เป็นขั้นตอนการสร้างความเข้าใจและนำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอด อาจจะเกิดขึ้นโดยผู้รับบริการเป็นฝ่ายริเริ่มและผู้ให้บริการช่วยเติมแต่งให้สมบูรณ์ หรือผู้ให้บริการอาจนำทางแล้วผู้รับบริการสานต่อจนความคิดนั้นสมบูรณ์เป็นความคิดรวบยอด

4) การทดลองหรือการประยุกต์แนวคิด (Experimentation/Application) เป็นขั้นตอนที่ให้ผู้รับบริการนำเอาการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ในลักษณะหรือสถานการณ์ต่าง ๆ จนเกิดเป็นแนวทางปฏิบัติของผู้รับบริการเอง

ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้ง 4 ประการ จะเป็นอย่างพลวัตร โดยอาจเริ่มต้นจากจุดใดจุดหนึ่ง และความเคลื่อนย้ายไปมาระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนั้น ในแง่ของการเรียนการสอนจึงอาจเริ่มต้นที่องค์ประกอบใดก่อนก็ได้ แต่สำคัญที่การจัดกระบวนการให้ครบทุกองค์ประกอบ

หลักการสำคัญของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)



ภาพประกอบ 2 หลักการสำคัญของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2543; วัฒนาพร ระงับทุกข์, 2542 : 42)

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยหลักการเรียนรู้พื้นฐาน 2 อย่างคือ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2543 และวัฒนาพร ระงับทุกข์, 2542 : 43)

1) การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning)

เป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้รับบริการสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม มีลักษณะสำคัญ 5 ประการ ดังนี้

- 1.1 เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้รับบริการ
- 1.2 ก่อให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ ๆ ที่ท้าทายและต่อเนื่อง เป็นการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) คือ ผู้รับบริการต้องทำกิจกรรมตลอดเวลา ไม่ได้นั่งฟังการบรรยายอย่างเดียว
- 1.3 มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ
- 1.4 มีปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง
- 1.5 เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยการสื่อสารทุกรูปแบบ การพูดหรือ การเขียนการวาดรูป การแสดงบทบาทสมมติ ซึ่งเอื้ออำนวยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การวิเคราะห์และสังเคราะห์การเรียนรู้

2) การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process)

วิธีสำคัญที่ทำให้เกิดการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในทุก ๆ องค์ประกอบ คือ กระบวนการกลุ่ม ซึ่งจะเอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการได้แลกเปลี่ยนและแบ่งปันประสบการณ์ได้สะท้อนความคิดและอภิปราย ได้สรุปความคิดรวบยอด ตลอดจนได้ทดลองหรือประยุกต์แนวคิด กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมสูงสุดและทำให้บรรลุผลงานสูงสุด

กระบวนการกลุ่ม (Group Process)

$$\text{การเรียนรู้สูงสุด} \longrightarrow \text{มีส่วนร่วมสูงสุด} + \text{บรรลุลานสูงสุด}$$

(Maximum Participation) (Maximum Performance)

ภาพประกอบ 3 กระบวนการกลุ่ม (วัฒนาพร ระงับทุกข์, 2542 : 43)

การมีส่วนร่วมสูงสุด (Maximum Participation) ของผู้รับบริการขึ้นอยู่กับกรอบการออกแบบกลุ่ม ซึ่งมีตั้งแต่กลุ่มเล็กที่สุด คือ 2 คน จนถึงกลุ่มใหญ่ กลุ่มแต่ละประเภทมีข้อดีและข้อจำกัดต่างกัน ผู้รับบริการทุกคนควรมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบ ฉะนั้นผู้ให้บริการจึงต้องพิจารณาจำนวนผู้รับบริการ

การบรรลุลานสูงสุด (Maximum Performance) ถึงแม้ผู้สอนจะออกแบบกลุ่มให้ผู้รับบริการทุกคนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมแล้วก็ตาม แต่สิ่งที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งที่จะทำให้กลุ่มผู้รับบริการบรรลุลานสูงสุดได้คือ การออกแบบงาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้สอนจะต้องจัดทำเป็นใบงานที่กำหนดให้กลุ่มผู้รับบริการทำกิจกรรมให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ในแผนการสอน

การออกแบบกลุ่มเพื่อการมีส่วนร่วมสูงสุด

ผู้ให้บริการต้องพิจารณาออกแบบกลุ่มให้เหมาะสมกับผู้รับบริการ และกิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้ กลุ่มแต่ละประเภทมีข้อดีและข้อจำกัดดังต่อไปนี้

การออกแบบงานเพื่อบรรลุลานสูงสุด

แม้ว่าการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มที่หลากหลายจะช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมได้มาก แต่ก็ยังมีข้อจำกัดอยู่บ้าง เช่น ในเรื่องเวลาที่ใช้ ความลึกซึ้งหรือความหลากหลายในประเด็น การอภิปราย หัวใจสำคัญของการบรรลุลานสูงสุดจึงอยู่ที่การออกแบบงานซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ

1. กำหนดกิจกรรมที่ชัดเจนว่าจะให้ผู้รับบริการแบ่งกลุ่มอย่างไร เพื่อทำอะไร ใช้เวลามากน้อยเพียงไร เมื่อบรรลุลานแล้วให้ทำอะไรต่อ เช่น เตรียมเสนอผลงานหน้าชั้น
2. กำหนดบทบาทของกลุ่มหรือสมาชิกที่ชัดเจน โดยทั่วไปการกำหนดบทบาทในกลุ่มย่อย ควรให้แต่ละกลุ่มมีบทบาทที่แตกต่างกัน เมื่อมารวมเสนอในกลุ่มใหญ่จึงจะเกิดการขยายการเรียนรู้โดยใช้เวลาน้อยและไม่น่าเบื่อ การกำหนดบทบาทให้แต่ละกลุ่มทำงานยังรวมถึงการกำหนดบทบาทสมาชิกในกลุ่มด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

อังศินันท์ (Ungsinun, 2012) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักการ PROMISE ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในกลุ่มที่มีความเสี่ยงของโรคเมตาบอลิก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลักการ PROMISE ตามแบบจำลองชิป (CIPP Model) และศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองของผู้เข้าร่วมโครงการ และค่าดัชนีชี้วัดทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต และเส้นรอบเอว กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้บังคับบัญชา 30 โครงการ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโครงการ ผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต และเส้นรอบเอวลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และบุญร่วม แก้วบุญเรือง (2548) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิริน

ธรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มทดลอง 50 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ร่วมกับกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม โดยการประชุมกลุ่ม อภิปรายกลุ่ม แจกคู่มือการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เสนอตัวแบบ สาธิตและฝึกเดินแอโรบิกจากสื่อวีดิทัศน์และตัวแบบการกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ผลการวิจัย พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และมีค่าเฉลี่ยชีพจรขณะพักดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการประมวลเอกสารสรุปได้ว่า เทคนิคการเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง หมายถึง ผู้รับบริการเป็นผู้ลงมือปฏิบัติเองทุกขั้นตอนจนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีการวางแผน กำหนดเป้าหมาย และข้อตกลงในการร่วมกิจกรรมด้วยกัน โดยผู้รับบริการมีส่วนร่วมร่วมใจในการปฏิบัติ ร่วมรับผิดชอบ รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน รับฟังความเห็นของผู้อื่น ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่มในการที่จะนำไปสู่เป้าหมายเพื่อให้น้ำหนักลดลงของสมาชิกภายในกลุ่มและภาพรวมของกลุ่ม ผู้ให้บริการจะจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับความสามารถและความสนใจของผู้ให้บริการ

เมื่อเปรียบเทียบการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางกับการเน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้สามารถพิจารณาได้ชัดเจนขึ้นโดยจำแนกออกเป็น 4 ด้าน โดยสรุปดังตาราง 2 (สุนทนาพรหมบุญ, 2540: 11 – 12)

ตาราง 2 เปรียบเทียบการจัดการเรียนรู้ที่ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและผู้ให้บริการเป็นสำคัญ (สุนทนาพรหมบุญ, 2541)

เทคนิค	ผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง	ผู้ให้บริการเป็นสำคัญ
1. ด้านบทบาทผู้ให้บริการ	ผู้ถ่ายทอดความรู้	ผู้จัดการให้เกิดการเรียนรู้
2. ด้านหน้าที่ผู้ให้บริการ	ผู้ให้บริการพูดเป็นส่วนใหญ่ ผู้รับบริการพูดเป็นส่วนน้อย ผู้ให้บริการเตรียมสิ่งที่จะพูด ผู้ให้บริการสอนสิ่งที่ควรรู้	ผู้ให้บริการพูดเป็นส่วนน้อย ผู้รับบริการพูดเป็นส่วนใหญ่ ผู้ให้บริการเตรียมกิจกรรมและคำถามที่กระตุ้นให้ผู้รับบริการพูดและทำกิจกรรม ผู้ให้บริการสอนสิ่งที่ผู้ให้บริการรู้หรือไม่รู้ก็ได้
3. ด้านจุดมุ่งหมาย	เน้นเนื้อหาความรู้ ต่างคนต่างรับรู้	เน้นให้ผู้รับบริการคิดทำและแสดงออกเพื่อแก้ปัญหาและเพื่อการสร้างสรรค์ มุ่งเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นส่วนใหญ่
4. ด้านการวัดและประเมินผล	สอบถามรู้ ความจำ เป็นส่วนใหญ่	วัดและประเมินผลหลายด้าน เช่น ผลงานที่ทำ การมีส่วนร่วม

ตอนที่ 5 ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยทางจิต ได้แก่ เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ

เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ อาจแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งต่างๆในทางบวก คือ เห็นด้วย พอใจ ยอมรับหรือสนับสนุน หรือในทางลบ คือ ไม่เห็นด้วย ไม่พอใจ ไม่ยอมรับ หรือไม่สนับสนุน (พินดา พัฒนบมเมือง, 2545) สอดคล้องกับ พงวรรัตน์ ทวีรัตน์ (2540) ได้ให้ความหมายว่าเจตคติ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลอันเป็นผลเนื่องมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ และเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมสุขภาพต่อสิ่งต่างๆไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นไปในทางสนับสนุนหรือต่อต้านก็ได้ เช่นเดียวกับไอเซนและฟิชไบน์ กล่าวว่า เจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Attitude towards behavior) (Ajzen & Fishbein, 1980; อีระพร อูวรรณโณ, 2535: 255-265; ศิริวรรณ โพธิ์วัน, 2546: 24-26; อ้างใน พัชรี ดวงจันทร์, 2550: 36 - 39) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นว่าเป็นทางบวกหรือทางลบ หรือสนับสนุน-ต่อต้านการกระทำนั้นๆ โดยทั่วไปถ้าบุคคลมีเจตคติทางบวกมากเท่าใด ก็ควรมีเจตนาหนักแน่นที่จะกระทำพฤติกรรมมากเท่านั้น ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมีเจตคติทางลบมากเท่าใด ก็ควรมีเจตนาหนักแน่นที่จะไม่กระทำพฤติกรรมมากเท่านั้น ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2524 : 5 - 9) กล่าวว่า เจตคติ (Attitude) หมายถึง การที่บุคคลประเมินสิ่งหนึ่งสิ่งใดในลักษณะของความชอบหรือไม่ชอบ เจตคติจะรวมเอาความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อว่าเป็นประโยชน์หรือไม่โทษไว้ด้วย เจตคติของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้นจะประกอบด้วย 1) ความรู้เชิงประเมินค่า (Cognitive Component) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับวัตถุสิ่งของหรือเหตุการณ์ต่างๆ รวมทั้งความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งนั้นๆ ว่าดีหรือเลว มีประโยชน์หรือไม่โทษสูงต่ำเพียงใด และความรู้เชิงประเมินค่านี้อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลด้วย 2) ความรู้สึก (Affective Component) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลในลักษณะชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจต่อสิ่งนั้นๆ การที่บุคคลรู้ว่าสิ่งใดมีโทษ บุคคลนั้นก็จะมีรู้สึกไม่ชอบหรือเกลียดสิ่งนั้น ส่วนมากแล้วความรู้สึกพอใจของบุคคลต่อสิ่งนั้นๆ ด้วย 3) ความพร้อมที่จะกระทำ (Behavior Intention Component or Action Tendency Component) หมายถึง ความพร้อมที่จะแสดงออกมาในรูปของความช่วยเหลือ ให้การสนับสนุนหรือยอมรับในสิ่งที่ตนพอใจ หรือเห็นว่ามีประโยชน์ แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีความรู้สึกต่อสิ่งนั้นมีโทษเขาก็จะปฏิเสธและไม่สนับสนุนส่งเสริมสิ่งนั้น

องค์ประกอบของเจตคติ

เจตคติเป็นตัวแปรที่การวิจัยทางสาธารณสุขในปัจจุบันได้ให้ความสนใจศึกษา เนื่องจากมีการศึกษาพบว่า เจตคติเป็นตัวแปรหนึ่งที่จะทำนายพฤติกรรม ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาหรือเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้นได้ ปัจจุบันมีแนวคิดที่อธิบายองค์ประกอบเจตคติไว้ 3 แนวคิด ดังนี้ (เนืออน พินประดิษฐ์, 2541)

เจตคติมี 3 องค์ประกอบ แนวคิดนี้จะระบุว่าเจตคติมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านความรู้คิด (Cognitive Component) ประกอบด้วย ความเชื่อ ความรู้ ความคิดและความคิดเห็น 2) องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective Component) หมายถึง ความรู้สึกชอบ - ไม่ชอบ หรือท่าทางที่ดี - ไม่ดี 3) องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) หมายถึง แนวโน้มหรือความพร้อมที่บุคคลจะปฏิบัติ เจตคติมี 2 องค์ประกอบ แนวคิดนี้จะระบุว่า เจตคติมี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านความรู้คิด (Cognitive Component) 2) องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective Component) และเจตคติมี 1 องค์ประกอบ คือ อารมณ์ความรู้สึกในทางชอบหรือไม่ชอบที่บุคคลมีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด นอกจากนั้น เจตคดียังมีลักษณะอีก 2 ประการ คือ 1) มีทิศทาง (Direction) หมายถึง เจตคติของบุคคลที่มีทิศทางไปในทางบวกหรือลบ ดีหรือเลวพอใจหรือไม่พอใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสถานการณ์หนึ่งสถานการณ์ใด 2) เจตคติมีปริมาณ (Magnitude) หมายถึง ความเข้มหรือความรุนแรง กล่าวคือ บุคคลมีเจตคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดรุนแรงสูงหรือเจตคติต่ออีกสิ่งหนึ่งไม่รุนแรงหรือบางเบา ปริมาณ

เหล่านี้ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ของสิ่งของหรือสถานการณ์นั้น จึงควรจะวัดเจตคติตามองค์ประกอบ และคะแนนทิศทาง ตลอดจนความรุนแรงของเจตคติต่อสิ่งหนึ่ง

การวัดเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ

แบบวัดเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบวัดของอุบล เลี้ยววาริณ (2534) ที่สร้างแบบวัดเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เชิงประเมินค่าเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับจากจริงที่สุด ถึงไม่จริงเลย ควบคู่กันไป มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 และศศิธร ภูขยัน (2546) ได้สร้างแบบวัดเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับจากจริงที่สุด ถึงไม่จริงเลย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และอุดมศักดิ์ แสงวานิช (2546) ได้สร้างแบบวัดเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพเช่นเดียวกัน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับจากจริงที่สุด ถึงไม่จริงเลย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 และสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) ได้สร้างแบบสอบถามเจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลกรกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข มีข้อคำถาม 9 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ จาก จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย มีค่าความเชื่อมั่น 0.82

งานวิจัยเกี่ยวกับเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาของอุบล เลี้ยววาริณ (2534) ที่ได้ศึกษาความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาในกลุ่มผู้ทำงานในโรงงานและโรงพยาบาล พบว่า ตัวทำนายที่สำคัญที่สุดของพฤติกรรมสุขภาพ คือ เจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ และ ศศิธร ภูขยัน (2546) ได้ทำการศึกษาจิตลักษณะและปัจจัยสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า กลุ่มที่มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองสูง จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่ากลุ่มที่มีปัจจัยดังกล่าวต่ำ และวีรพล จันธิมา (2541) ได้ศึกษาลักษณะมุ่งอนาคตและควบคุมตน เจตคติต่อการออกกำลังกาย และพฤติกรรมออกกำลังกายของบุคลากรในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พบว่า เจตคติต่อการออกกำลังกายเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดของพฤติกรรมออกกำลังกาย โดยสามารถทำนายได้ ร้อยละ 45 และเจตคติต่อการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับเมอร์ดักและฮินซอ (Murdaugh ;& Hinshaw, 1986) ที่ทำการศึกษาลักษณะที่ส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า เจตคติต่อการออกกำลังกายจะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

สรุปได้ว่า เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การประเมินทางบวก-ลบ ของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นความรู้สึกโดยรวมของบุคคลในลักษณะชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้รับบริการภาวะอ้วน ซึ่งเจตคติเป็นตัวแปรสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลและเมื่อบุคคลมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมแล้วจะส่งผลต่อการการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า คนที่มีเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าแสดงว่ามีเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพดีกว่า คนที่มีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่าแสดงว่ามีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่า ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัดที่ปรับมาจากศศิธร ภูขยัน (2546) และอุดมศักดิ์ แสงวานิช (2546) และสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) โดยมีการปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับการศึกษาในครั้งนี้ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบวัดมาตราประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” มีข้อคำถามที่มีทั้งทางบวกและทางลบ

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคมนั้นถือเป็นสาเหตุด้านสถานการณ์หรือสาเหตุภายนอก เพราะการดำรงอยู่ของมนุษย์ในสังคมจำเป็นต้องมีการติดต่อสื่อสาร มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และความรู้สึกซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม การพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน

เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาวิจัยของไทเดน (เพชรา อินทรพานิช, 2536 อ้างอิงจาก Tiden, 1985) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอนามัย และเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะช่วยลดความเครียด สามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสมนำไปสู่การมีสุขภาพอนามัยที่ดี นอกจากนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายถึงชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีด้วย (William, 2000) สอดคล้องกับอิสราเอล (Israel, 1985:65-80) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นเสมือนแรงกระตุ้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์ และมีนักวิชาการหลายท่านกล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียด เพราะการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับนั้น จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีอารมณ์มั่นคง เกิดความรู้สึกมั่นใจในตัวเองและแก้ปัญหาได้ตรงจุด

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาทางพฤติกรรมสุขภาพทั้งสุขภาพจิตและสุขภาพกาย เพราะสาเหตุที่ว่าคนเราเกิดมาแล้วไม่ได้อยู่คนเดียวในสังคมต้องมีการติดต่อกับบุคคลอื่นเสมอ การติดต่อกันทำให้รู้จักกันทำให้เกิดความสัมพันธ์กับคนอื่นหลายคน จนกลายเป็นเครือข่ายทางสังคม (Social Network) ขึ้นซึ่งเครือข่ายทางสังคมเป็นเครือข่ายโยงใยที่แสดงให้เห็นว่าคนนั้นมีการติดต่อกับใครบ้าง เช่น กับคนในครอบครัวและญาติ เป็นต้น จากคนใกล้ชิดตัวขยายวงกว้างออกไปถึงเพื่อนบ้าน เพื่อนที่เรียนหนังสือด้วยกัน เพื่อนร่วมงาน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสมาชิกชมรม หรือสมาคมต่างๆ เป็นต้น

การได้ติดต่อกันและการได้สื่อสารกันทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร สร้างความสนิทสนมคุ้นเคยทำให้มีโอกาสเกื้อหนุนซึ่งกันและกันมีการช่วยเหลือกันบางครั้งบุคคลหนึ่งอาจจะเป็นฝ่ายให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น แต่บางครั้งอาจจะเป็นผู้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นด้วยการเกื้อกูลกันทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความมั่นคงปลอดภัย ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด ความไว้วางใจ ความใกล้ชิดสนิทสนม การได้เลื้อยดูช่วยเหลือ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการยอมรับ และเห็นคุณค่าและความผูกพัน (Kaplan & et.al., 1977: 50-51) สอดคล้องกับอิสราเอล (Israel, 1985:65-80) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมี 2 แนวทาง คือ 1) หมายถึง ความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานของสังคมในแต่ละคนซึ่งได้รับมาจากสิ่งแวดล้อมในสังคมของคนคนนั้น โดยได้รับการติดต่อสัมพันธ์กับคนในกลุ่มสังคม 2) หมายถึง ความสัมพันธ์ที่มีอยู่หรือหายไปของแหล่งซึ่งให้การสนับสนุน คือ บุคคลที่มีความสำคัญต่อคนคนนั้น สำหรับความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมที่บุคคลได้จากกลุ่ม และธอท์ส (Thoits, 1982: 147-148) ได้ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมว่า การที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้ จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น และเห็นว่าเป็นโมทัศน์หลายมิติ ซึ่งจะพิจารณามิติใดมิติหนึ่งไม่ได้ต้องพิจารณารวมกันทุกด้าน และเชลเฟอร์ (Shaefer, Coyne & Lazarus, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ประคับประคองจิตใจของคนในสังคม หมายถึง การแลกเปลี่ยนแหล่งประโยชน์ระหว่างผู้รับกับผู้ให้ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้รับมีความสุข และกอทเทล (Stewart, 1993 อ้างอิงจาก Gottfried, 1983) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัตถุหรือการกระทำที่ได้รับจากผู้ที่มีความใกล้ชิด เพื่อประโยชน์ด้านอารมณ์และพฤติกรรมต่อผู้รับ

จากการประมวลเอกสารสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับจากการสนับสนุนทางสังคมได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน ซึ่งเป็นผลทำให้ผู้รับปฏิบัติไปในทางที่ผู้ให้ต้องการ

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมและแบ่งประเภทไว้มากมีดังนี้

ธอท์ส (Thoits, 1986: 417) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภทคือ

1. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental Aid) หมายถึง การช่วยเหลือด้านแรงงาน อุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำให้อุบัติการณ์ได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่ที่รับผิดชอบได้ตามปกติ
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Aid) หมายถึง การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการแนะนำและข้อมูลย้อนกลับ (Feedback)
3. การให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socioemotional Aid) หมายถึง การให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ เห็นคุณค่าและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ไวส์ (Weiss, 1969 อ้างอิงจาก Diamond & Johns, 1983: 146) ได้กล่าวถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคมและผลของการขาดการสนับสนุนทางสังคมตามชนิดต่าง ๆ ดังนี้

1. การได้รับความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) เป็นสัมพันธภาพแห่งความใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกว่าเป็นที่รักและได้รับการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักได้รับจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส สมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะรู้สึกเดียวดาย
2. การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อื่น (Opportunity of Nurture) หมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบ ในการเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือผู้อื่นแล้วทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และพึงพอใจได้ ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้อุบัติการณ์รู้สึกชีวิตนี้ไร้ค่า
3. การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) หมายถึง การมีโอกาสได้เข้าร่วมในกิจกรรมสังคม ทำให้มีการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความห่วงใยซึ่งกันและกัน ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้อุบัติการณ์รู้สึกถูกแยกออกจากสังคม
4. การได้รับกำลังใจว่าเป็นผู้มีคุณค่า (Reassurance of Worth) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการเคารพ ยกย่อง และชื่นชม ที่สามารถแสดงบทบาททางสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้อุบัติการณ์รู้สึกขาดความเชื่อมั่นหรือไร้ประโยชน์
5. ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี (Sense of Reliable Alliance) การสนับสนุนจะได้มาจากครอบครัวหรือเครือญาติ ซึ่งมีความคาดหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือ ห่วงใยซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดจะทำให้บุคคลรู้สึกขาดความมั่นคงและถูกทอดทิ้ง
6. การได้รับการชี้แนะ (The Obtaining of Guidance) หมายถึง การได้รับความจริงใจช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารจากบุคคลที่ตนศรัทธา และเชื่อมั่นในช่วงที่บุคคลเผชิญกับความเครียด หรือภาวะวิกฤติ ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้อุบัติการณ์รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง

คอบบ์ (Cobb, 1976: 302) กล่าวถึงชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า ประกอบด้วย การสนับสนุน 3 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การให้ความรักและการดูแลเอาใจใส่ 2) การสนับสนุนด้านการให้การยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่ช่วยให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นคนมีค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น และ 3) การสนับสนุนด้านการได้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้อุบัติการณ์รู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

แหล่งการสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติกลุ่มสังคมแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน กลุ่มสังคมทุติยภูมิ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ (จริยา คมพาศน์, 2531:99) และอุบล นิวัติชัย (2537:285) ได้อ้างถึงแนวคิดของแคปแลน (Caplan) เกี่ยวกับการจัดกลุ่มบุคคล ซึ่งเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Spontaneous or Natural Supportive System) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 เป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง (Kin) ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อแม่ ลูก หลาน

ประเภทที่ 2 ได้แก่ ครอบครัวใกล้ชิด (Kith) ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จักคุ้นเคย คนที่ทำงาน

2. องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized Support) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกันเป็นหน่วย ชมรม สมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคม ผู้สูงอายุ เป็นต้น

3. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางวิชาชีพ (Professional Health Care Worker) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยอาชีพ

บราวน์ (จริยา คมพยัคฆ์, 2531:320 - 323 อ้างอิงจาก Brown, 1986: 4 - 9 & Mae Elveen, 1978 : 320-323) กล่าวว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญ และใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด รองลงมาจะเป็นกลุ่มญาติพี่น้องและกลุ่มเพื่อน แต่อย่างไรก็ตามความต้องการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆจะมีมากน้อยต่างกันขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการของบุคคลด้วย

การวัดการสนับสนุนทางสังคม

การสร้างเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคม สร้างบนพื้นฐานหลายๆ มิติของคำจำกัดความของการสนับสนุนของสังคมตามแนวคิดที่นักวิจัยแต่ละท่านยึดถือซึ่งแบบวัดการสนับสนุนของสังคมมีดังนี้ 1) Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างโดยนอร์เบ็คและคณะ (Norbeck, Linsey & Carrieri, 1981) ที่สร้างตามแนวคิดของแคท (Kahn, 1979) ซึ่งข้อคำถามประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการยืนยันรับรองพฤติกรรมของกันและกัน และด้านการให้ความช่วยเหลือ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ วัดได้ทั้งชนิดและปริมาณของการสนับสนุนของสังคม 2) The Personal Resource Questionnaire (PRQ) เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างโดยแบรนด์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1981) ที่สร้างจากแนวคิดของไวร์ (Weiss, 1974) แบ่งการวัดเป็น 2 ส่วน คือ PRQ 1 เป็นส่วนที่วัดจำนวนและชนิดของแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับและ PRQ 2 เป็นส่วนที่วัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ ด้านความใกล้ชิด ด้านการดูแลเอาใจใส่ ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม ด้านการได้รับการยอมรับ ด้านการได้รับคำแนะนำและช่วยเหลือลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ และ 3) Social Support Questionnaire (SSQ) เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างโดยเชียร์เฟอร์และคณะ (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) ประกอบด้วยการได้รับการสนับสนุน 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข่าวสารและด้านสิ่งของ และแบ่งการวัดเป็น 2 ส่วน คือ SSQ 1 เป็นส่วนที่วัดการสนับสนุนด้านสิ่งของ สามารถนับจำนวนสิ่งของที่ได้รับ SSQ 2 เป็นส่วนที่วัดการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และด้านข่าวสาร รวมทั้งแหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ คู่สมรส เพื่อนสนิท เครือญาติ เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Hanucharunkul, 1988)

โดยแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวที่สร้างโดยศศิธร ภูขยัน (2546) ได้ใช้แบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัวในการศึกษาจิตลักษณะและปัจจัยสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นแบบวัดที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และปัสสร กิมสุวรรณ (2546) ได้สร้างแบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อศึกษาจิตลักษณะและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพกาย และจิตของข้าราชการสูงอายุในมหาวิทยาลัยขอนแก่น ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ มีมาตรประเมิน 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” มีความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 และแบบวัดการสนับสนุนของครอบครัวของฉัตรแก้ว เกษมสำราญ (2549) ที่ใช้ในการศึกษาความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ บุคลิกภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.77 และกุสุมา สุริยา (2550) ได้ใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม

ลดน้ำหนัก โดยการประยุกต์ใช้แนวความคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู มีค่าความเชื่อมั่น 0.78 เป็นต้น และสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) ได้ศึกษาอิทธิพลของลักษณะทางจิต ลักษณะสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของบุคลากรกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นแบบสอบถามประเมินค่า 6 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.89

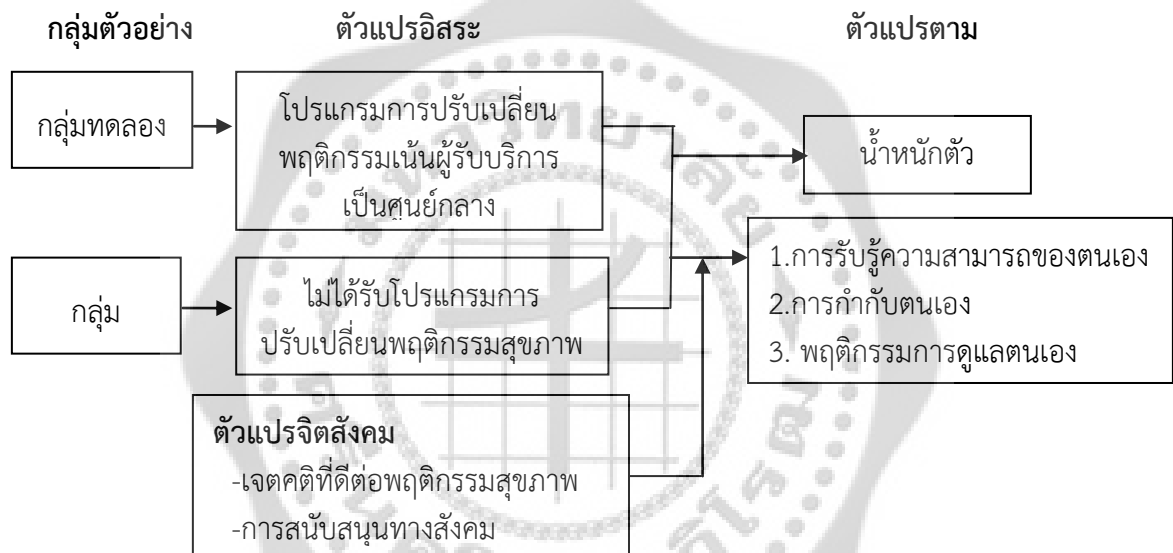
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาของคอบบ์และแคสเซล (Cobb, 1976: 300-313 & Cassel, 1974: 471 – 482 อ้างอิงใน อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2552:30) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยวัณโรค ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาด การสนับสนุนทางสังคมหรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม และการศึกษาในระดับวิทยายังพบว่า คนที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม จะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการติดโรคได้ง่ายเนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อ และมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงอีกด้วย และได้รายงานการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจร่างกายเป็นประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้น จึงเห็นได้ว่ามีรายงานการศึกษามากมายที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อสุขภาพ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพอนามัยของบุคคลโดยที่อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัวเพื่อนและเพื่อนบ้านช่วยให้มีอาการดีขึ้น นอกจากนี้การได้รับบริการจากแพทย์และพยาบาลสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้มากกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนน้อย ผลจากการขาดการสนับสนุนทางสังคมทำให้สภาวะจิตใจของบุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงทำให้มีผลกระทบต่ออารมณ์ของร่างกายและในที่สุดทำให้ภูมิต้านทานลดลงจึงทำให้เกิดโรคได้ง่ายและเจ็บป่วยบ่อยและมีอัตราตายสูงกว่าบุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และกุสุมา สุริยา (2550) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนัก โดยการประยุกต์ใช้แนวความคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการลดน้ำหนัก มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักคือ การมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหารและอารมณ์ของกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) ได้ศึกษาอิทธิพลของลักษณะทางจิต ลักษณะสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของบุคลากรกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับภาวะโภชนาการของบุคลากรกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 58.0 อย่างมีนัยสำคัญ

จากประมวลเอกสารสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับจากบุคคลหรือกลุ่มคนแล้วมีผลทำให้ผู้รับการสนับสนุนปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยให้ผู้รับมีพฤติกรรมส่งเสริมและป้องกันการเกิดภาวะอ้วนอย่างเหมาะสมและถูกต้อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาว์ (House, 1986) ซึ่งได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 3) การสนับสนุนด้านสิ่งของ อุปกรณ์ และเงินทอง โดยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และเจ้าหน้าที่ในโครงการมาใช้ศึกษาอิทธิพลทางจิตและสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกายของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยใช้แบบวัดที่ปรับมาจากแบบวัดของสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) โดยมีการปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับการศึกษาในครั้งนี้ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบวัดมาตราประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” มีข้อคำถามที่มีทั้งทางบวกและทางลบ

ตอนที่ 6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และดัชนีมวลภายในพนักงานนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีภาวะอ้วน ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1989) ได้แก่ การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ และการใช้คำพูดชักจูง แนวคิดกำกับตนเอง (Bandura, 1989) ได้แก่ กระบวนการสังเกตตนเอง กระบวนการตัดสินใจ และการแสดงปฏิกิริยากับตนเอง และแนวคิดการเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Rogers, 1977) โดยใช้กระบวนการกลุ่มและแนวคิดการมีส่วนร่วม โดยที่ผู้วิจัยต้องการทดสอบว่าการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การได้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หรือไม่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเป็นตัวแปรอิสระ จะส่งผลทำให้ตัวแปรตาม คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง การดูแลตนเอง และน้ำหนักตัว มีการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันหรือไม่ ดังแสดงในภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลอง มีการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนทดลอง
2. นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลอง มีน้ำหนักตัว ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนทดลอง
3. นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ สูงกว่ากลุ่มควบคุม
4. นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัว ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
5. นิสิตที่มีลักษณะจิตสังคมต่างกันเมื่อเข้ารับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะมีการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ แตกต่างกัน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลตนเอง และน้ำหนักตัวของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังจากการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและกลุ่มที่มีลักษณะทางจิตสังคมแตกต่างกัน คณะวิจัยจึงได้กำหนด ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัยไว้ ดังนี้

1. กลุ่มประชากร
2. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง
3. การออกแบบการวิจัยและตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัย
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. กลุ่มประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ นิสิตระดับปริญญาตรี ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย คณะพลศึกษา คณะพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ และคณะสหเวชศาสตร์ ที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 1 -3 ในมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องค์กร มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป และหรือมีรอบเอว 36 นิ้วในเพศชาย และ 32 นิ้วขึ้นไปในเพศหญิง รวมจำนวน 362 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ คือ นิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒและมีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ได้มาจากการสุ่มแบบสองขั้นตอน เริ่มจาก ขั้นตอนแรก ใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลาก ได้มา 2 คณะ ได้แก่ คณะพลศึกษา และคณะสหเวชศาสตร์ และเมื่อลงพื้นที่จริงเพื่อทำการตรวจวัดค่าดัชนีมวลกายและรอบเอว พบว่า มีนิสิตคณะพลศึกษา ที่มีคุณลักษณะที่ได้เป็นไปตามเกณฑ์จำนวน 36 คน และคณะสหเวชศาสตร์จำนวน 32 คน ดังนั้นในขั้นตอนที่สอง คณะวิจัยจึงใช้การสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) และจับฉลากได้นิสิตที่มีภาวะอ้วนของคณะพลศึกษา เป็นกลุ่มทดลอง และคณะสหเวชเป็นกลุ่มควบคุม โดยที่ การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้จำนวนตามที่เนเมตและคณะ (Nemet, Barkan, Epstein, Friedland, Kowen, & Eliakim, 2005) แนะนำ คือ อย่างน้อย 11 คนต่อกลุ่มเพื่อพบการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก และ 18 คนต่อกลุ่มเพื่อพบการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และที่ระดับอำนาจของการทดสอบเท่ากับ 90% แต่ผู้วิจัยใช้เลือกจำนวนไม่ต่ำกว่า 30 คน เพื่อให้ครอบคลุมต่อการค้นพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งน้ำหนักตัวและดัชนีมวลกาย ที่จำแนกกลุ่มย่อยตามตัวแปรจัดประเภทได้แก่ปัจจัยทางจิตสังคม

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ คือ นิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (WHO, IASO; & IOTF, 2000)
2. มีความสนใจและได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมการวิจัย
3. ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัย
4. ไม่เคยได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. ไม่สนใจหรือไม่มีความพร้อมเข้าร่วมกิจกรรม
2. ผู้ปกครองหรืออาจารย์ที่ปรึกษาไม่สามารถให้เข้าร่วมการวิจัย
3. เป็นผู้ป่วยบางและอ่อนแอ

ทั้งนี้ ในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากเป็นไปตามเกณฑ์ดังกล่าว คณะวิจัยได้รับหนังสือรับรองการทำวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่รับรอง SWUEC/EX50/2555 เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน 2555 รหัสโครงการ SWUEC-83/2555

สถานที่ศึกษาวิจัย และระยะเวลาศึกษาวิจัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องค์กรฯ นครนายก ระยะเวลาในการทำกิจกรรมการทดลองเป็นเวลาประมาณ 4 เดือน ช่วงปี พ.ศ. 2555 – 2556

3. การออกแบบการวิจัยและตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบแผนการวิจัยเชิงทดลอง แบบ Factorial Design ดังตาราง 3

ตาราง 3 แบบแผนการทดลองแบบแฟกตอเรียล เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ร่วมของตัวแปรอิสระ

กลุ่มตัวอย่าง	เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ	การสนับสนุนทางสังคม
กลุ่มทดลอง	สูง 15 คน	สูง 15 คน
	ต่ำ 14 คน	ต่ำ 14 คน
กลุ่มควบคุม	สูง 15 คน	สูง 15 คน
	ต่ำ 15 คน	ต่ำ 15 คน
รวม	59 คน	59 คน

การออกแบบแผนการทดลองและการวัด

ในการวิจัยตลอดโครงการ มีการวัดซ้ำ 3 ระยะคือระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันทีในสัปดาห์ที่ 8 และระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นการทดลองสัปดาห์ที่ 12 ดังนี้

Pretest	Treatment	Posttest 1	Posttest 2
กลุ่มทดลอง O1,A,S,B,BMI	X1	O2, B, Weight	O3 B, Weight
กลุ่มควบคุม O1,A,S,B,BMI	X0	O2, B, Weight	O3 B, Weight

O1 = การวัดก่อนทดลอง

O2 = การวัดหลังทดลองทันทีในสัปดาห์ที่ 8

O3 = การวัดหลังทดลองเสร็จสิ้นการทดลองสัปดาห์ที่ 12

X1 = การให้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

X0 = การไม่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

A = การวัดทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ
 S = การวัดการสนับสนุนทางสังคม
 B = การวัดพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self
 BMI = การประเมินค่าดัชนีมวลกาย
 Weight = การชั่งน้ำหนักหน่วยเป็นกิโลกรัม

ตัวแปรในงานวิจัยนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

ตัวแปรอิสระ คือ

1. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
2. ไม่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแต่ได้รับเอกสารความรู้
3. ตัวแปรทางจิตสังคม ได้แก่ เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพกับการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม คือ

1. การรับรู้ความสามารถของตน
2. การกำกับตนเอง
3. พฤติกรรมดูแลสุขภาพ
4. น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 2 แบบ

1. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

โดยมีการสร้างและพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและแนวคิดเทคนิคการเรียนรู้ด้วยการจัดกิจกรรมที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่ม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองและการกำกับตนเอง ในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง ซึ่งประกอบไปด้วย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นระหว่างสมาชิก การอภิปรายกลุ่ม การตั้งเป้าหมายร่วมกันหรือการตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง การฝึกปฏิบัติการเลือกรับประทานอาหาร การกะปริมาณอาหารที่ควรได้รับ การฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายตามชนิดที่สมาชิกเลือก การบันทึกการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ดังรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

กลุ่มทดลอง เข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี ความคุ้นเคย และไว้วางใจระหว่างสมาชิก
- 2) สร้างความตระหนัก และการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- 3) สร้างแรงจูงใจและเสริมสร้างพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- 4) สร้างแนวทางความรับผิดชอบต่อสุขภาพด้วยการวางแผนการกำกับพฤติกรรมตนเอง

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรม

- 1) ผู้วิจัยกล่าวสวัสดี ทักทาย แนะนำตนเอง
- 2) ละลายพฤติกรรม ประเมินความคาดหวัง และทักษะ เปิดใจยอมรับและกำหนดข้อตกลงในการร่วมกิจกรรม โดยแทรกกิจกรรมสเกด คือ สกัตสิ่งกระตุ้นที่ทำให้หิว สะกด คือ สะกดใจไม่ให้กินเกิน และสะกิด คือ สะกิดให้เพื่อนๆ ในกลุ่มช่วยไม่ให้กินเกิน

3) กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ แบ่งกลุ่มละ 5 คน สมาชิกกลุ่มย่อยคัดเลือกตัวแทนกลุ่มๆ ละ 1 คน สมาชิกแนะนำตนเองเพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รู้จักคุ้นเคยกัน สมาชิกกลุ่มเล่าประสบการณ์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะอ้วน

4) สมาชิกภายในกลุ่มช่วยกันชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินค่าดัชนีมวลกาย วัดเส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง บันทึกภาพถ่ายก่อนเข้าร่วมกิจกรรมด้วยตนเอง

5) สมาชิกภายในกลุ่มร่วมกันกำหนดเป้าหมาย วางแผนในการลดน้ำหนักของตนเองด้วยการกำหนดเมนูอาหารเพื่อให้ได้แคลอรีที่เพียงพอและเหมาะสมกับการลดน้ำหนัก และกำหนดโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก

6) สมาชิกภายในกลุ่มช่วยกันฝึกลงบันทึกการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและพฤติกรรม 3 อ.

7) นัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

อุปกรณ์

- 1) Flip Chat
- 2) เครื่องชั่งน้ำหนัก
- 3) สายวัด
- 4) แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง
- 5) แบบบันทึกน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง
- 6) เอกสารประกอบการวางแผนการลดน้ำหนัก
- 7) ตัวอย่างอาหารลดน้ำหนัก
- 8) คู่มือลดน้ำหนัก

ประเมินผล

- 1) สังเกตความสนใจและความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย
- 2) ผู้เข้าร่วมกิจกรรม 100 %
- 3) นิสิตบันทึกเป้าหมายการลดน้ำหนักได้ถูกต้อง

กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2)

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมในกิจกรรม
- 2) เพื่อสร้างเสริมพลังและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- 3) เพื่อสร้างความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรม

1) ประชุมกลุ่มติดตามความก้าวหน้าผลการลดน้ำหนักด้วยการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง ประเมินการดูแลสุขภาพตนเองจากคู่มือบันทึก

- 2) แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักของตนเองภายในกลุ่ม
- 3) รายงานผลงานกลุ่ม และบูรณาการความรู้ของกลุ่มย่อยโดยการอภิปรายกลุ่มใหญ่
- 4) สมาชิกภายในกลุ่มช่วยกันฝึกกำกับตนเองด้านอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการ

ความเครียด

5) ฝึกทักษะการกำหนดเมนูอาหารเพื่อให้ได้แคลอรีที่สมดุลในการลดน้ำหนักที่เหมาะสมสำหรับตนเอง และตรวจสอบความถูกต้องและเสนอแนะภายในกลุ่ม

6) กำหนดโปรแกรมการออกกำลังกาย

7) นัดหมายครั้งต่อไป

อุปกรณ์

- 1) Flip Chat
- 2) เครื่องชั่งน้ำหนัก
- 3) สายวัด
- 4) เอกสารคู่มือ ในเรื่องอาหารหลัก 5 หมู่ อาหารแลกเปลี่ยน ลักษณะอาหารลดน้ำหนัก อาหารที่ควรบริโภคและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับผู้ต้องการลดน้ำหนัก เทคนิคการรับประทานอาหารเพื่อลดน้ำหนัก

- 5) แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรมสุขภาพตนเอง
- 6) แบบบันทึกน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว
- 7) เอกสารประกอบการวางแผนการลดน้ำหนัก
- 8) คู่มือลดน้ำหนัก
- 9) ตัวอย่างอาหารลดน้ำหนัก
- 10) คู่มือการออกกำลังกาย

ประเมินผล

- 1) สังเกตความสนใจและความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย
- 2) น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว
- 3) นิสิตบันทึกพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้อง

กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3)

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง
- 2) เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและปรับแผนการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง
- 3) เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรม

- 1) สมาชิกภายในกลุ่มร่วมกันชั่งน้ำหนัก ฝึกคำนวณดัชนีมวลกาย วัดเส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน และครั้งที่ผ่านมาน้ำหนักภายในกลุ่ม
- 2) ฝึกการทำงานร่วมกันโดยมีการระดมสมอง ค้นหาปัญหาอุปสรรค วิธีแก้ไข และวางแผนเพื่อลดน้ำหนักภายในกลุ่ม
- 3) ฝึกประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองโดยเปรียบเทียบกับผลงานของกลุ่มอื่นเพื่อปรับปรุงพัฒนา
- 4) สมาชิกร่วมกันฝึกทักษะการออกกำลังกาย
- 5) สมาชิกร่วมกันฝึกทักษะการควบคุมและการจัดการความเครียด
- 6) นัดหมายครั้งต่อไป

อุปกรณ์

- 1) Flip Chat
- 2) เครื่องชั่งน้ำหนัก
- 3) สายวัด
- 4) แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรมสุขภาพตนเอง
- 5) แบบบันทึกน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง
- 6) เอกสารคู่มือประกอบการวางแผนการลดน้ำหนัก

ประเมินผล

- 1) สังเกตความสนใจและความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

- 2) น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว
- 3) นิสิตบันทึกพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้อง

กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4)

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อเสริมแรงโดยการฝึกจิตพัฒนาอารมณ์
- 2) เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและปรับแผนการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง
- 3) เพื่อกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ
- 4) เพื่อประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรม

- 1) สมาชิกภายในกลุ่มร่วมบันทึกและประเมินผล น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนังภายในกลุ่ม
- 2) การฝึกจิตเพิ่มพลังชีวิต
- 3) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการดูแลตนเองพร้อมช่วยกันตอบปัญหาสุขภาพซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม
- 4) สมาชิกร่วมกันประเมินปัญหาอุปสรรคเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ได้ผลและยั่งยืน
- 5) สมาชิกร่วมกันให้กำลังใจ ชื่นชมแสดงความยินดีและและให้รางวัลกับคนที่ประสบผลสำเร็จในช่วงแรก

6) สมาชิกภายในกลุ่มร่วมกันสรุปผลของกิจกรรมที่ได้ทำไปแล้วทั้งหมด เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานตามตัวแปรตาม

- 7) นัดหมายวันเก็บข้อมูลหลังทดลอง เพื่อติดตามผล

อุปกรณ์

- 1) Flip Chat
- 2) เครื่องชั่งน้ำหนัก
- 3) สายวัด
- 4) แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรมสุขภาพตนเอง
- 5) แบบบันทึกน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว
- 6) เอกสารคู่มือประกอบการวางแผนการลดน้ำหนัก

ประเมินผล

- 1) สังเกตความสนใจและความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย
- 2) น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว
- 3) นิสิตทุกคนบันทึกพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้อง

กิจกรรมครั้งที่ 5 – 8 (สัปดาห์ที่ 5 - 8)

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
- 2) เพื่อประเมินน้ำหนักตัว เส้นรอบเอว ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง และพฤติกรรมที่นำไปสู่การลดน้ำหนักตามเป้าหมาย

กิจกรรม

- 1) สมาชิกภายในกลุ่มร่วมกันกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ ส่งเมลล์ และ Facebook แบบเพื่อนช่วยเพื่อน สัปดาห์ละอย่างน้อย 1 ครั้ง
- 2) การติดตามเยี่ยมเยียน พูดคุยปัญหาอุปสรรคกับกลุ่ม
- 3) สมาชิกบันทึกและประเมินผล น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวภายในกลุ่มทุกสัปดาห์

อุปกรณ์

- 1) เครื่องชั่งน้ำหนัก
- 2) สายวัด
- 3) แบบสังเกตและบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ
- 4) แบบบันทึกน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว
- 5) เอกสารและคู่มือประกอบการวางแผนการลดน้ำหนัก

ประเมินผล

- 1) สังเกตความสนใจและความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย
- 2) น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว
- 3) นิสิตบันทึกพฤติกรรมสุขภาพถูกต้อง

กิจกรรมสัปดาห์ที่ 12 วัดและประเมินผลหลังเสร็จสิ้นการทดลองแล้ว 1 เดือน

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- 2) เพื่อสำรวจความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรม

- 1) สมาชิกบันทึกและประเมินผล น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง ภายในกลุ่ม
- 2) เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานตามตัวแปรตาม
- 3) ทำแบบประเมินความพึงพอใจภาพรวมของโปรแกรม สัมภาษณ์เกี่ยวกับผลของโปรแกรมเพื่อติดตามการปฏิบัติด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างในชีวิตประจำวันเพิ่มเติม
- 4) ร่วมสังสรรค์ และแจกรางวัลสมาชิกกลุ่มตามลำดับที่สามารถปฏิบัติได้สำเร็จทั้งระดับปัจเจกบุคคลและระดับกลุ่ม

อุปกรณ์

- 1) เครื่องชั่งน้ำหนัก
- 2) สายวัด
- 3) แบบสังเกตพฤติกรรมสุขภาพ
- 4) แบบบันทึกน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง
- 5) เอกสารประกอบการวางแผนการลดน้ำหนัก

ประเมินผล

- 1) นิสิตทุกคนเข้าร่วมกิจกรรม
- 2) น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว
- 3) แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มจาก การศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพ เจตคติ และการสนับสนุนทางสังคม มาสร้างขอบเขตโครงสร้างเนื้อหาและมาสร้างข้อคำถามโดยปรับปรุงจากแบบสอบถามที่มีผู้พัฒนาไว้แล้ว จากนั้นนำแบบสอบถามนั้นไปเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้กับนิสิตที่น้ำหนักเกินเกินซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างของ

การศึกษา จำนวน 50 คน มาทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540) ได้แบบสอบถามทั้งหมด 6 ฉบับ ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ น้ำหนักตัว เป็นกิโลกรัม และส่วนสูงเป็น เซนติเมตร

2.2 แบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ สุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) และจำปี ประสิทธิ์ชัย (2548) รวมจำนวน 28 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบัคทั้งฉบับ เท่ากับ .81 โดยให้คะแนนจาก ระดับความเป็นจริงในการกระทำพฤติกรรมตนเอง จากปฏิบัติมากที่สุดให้ 6 คะแนน ถึง ไม่ได้ปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน และผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า

2.3 แบบสอบถาม การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ปรับปรุงจากแบบสอบถามของ อังคินันท์ อินทรกำแหง (2552) และของ สุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) มีจำนวน 31 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบัค เท่ากับ .81 โดยให้คะแนนจาก ระดับความเป็นจริงในการกระทำพฤติกรรมตนเอง จากปฏิบัติมากที่สุดให้ 6 คะแนน ถึง ไม่ได้ปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน และผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่ามีการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง สูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า

2.4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ปรับปรุงจากแบบสอบถามของ อังคินันท์ อินทรกำแหง (2552) และของ สุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) มีจำนวน 12 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบัค เท่ากับ .89 โดยให้คะแนนจาก ระดับความเป็นจริงที่ปรากฏของความเชื่อมั่นในตนเอง จากจริงที่สุดให้ 6 คะแนน ถึง ไม่จริงเลย ให้ 1 คะแนน และผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง สูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า

2.5 แบบสอบถามเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ปรับปรุงมาจากแบบแบบสอบถามของ อังคินันท์ อินทรกำแหง (2555) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีจำนวน 18 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบัค เท่ากับ .93 โดยให้คะแนนจาก จากจริงมากที่สุด ให้ 6 ถึง ระดับไม่จริงเลย ให้ 1 โดยผู้ตอบที่ให้คะแนนสูง แสดงว่า มีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ตอบให้คะแนนต่ำกว่า

2.6 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมพัฒนาจากแนวคิดของ เฮาส์และคานท์ (House & Kahn, 1985: 201) และแบบวัดของ ศิราภรณ์ สุขศิลป์เลิศ (2550: 94) มีจำนวน 23 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบัค เท่ากับ .94 โดยให้คะแนนจาก จากจริงมากที่สุดให้ 6 ถึง ระดับไม่จริงเลย ให้ 1 โดยผู้ตอบที่ให้คะแนนสูง แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าผู้ที่ตอบให้คะแนนต่ำกว่า

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการก่อนทดลอง ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ติดต่อประสานงานและขอความร่วมมือจากกับหน่วยงานที่อยู่ในมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย และขอใช้สถานที่ในการประชาสัมพันธ์โครงการ

1.2 ติดต่อประสานงานกับผู้ประสานงานของหน่วยงานในมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทําวิจัย และขอความร่วมมือดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยร่วมกับมหาวิทยาลัย ทำการคัดเลือกนิสิตตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยผู้วิจัยเข้าแนะนำตัวพร้อมชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้เข้าร่วมโครงการจะได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมจะปฏิบัติตามปกติ จากนั้นจะอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ จะไม่มีผลกระทบ

ต่อการศึกษาที่ได้รับจากคณะ ข้อมูลทุกอย่างที่ได้รับจากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยผู้วิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายทันทีหลังจากผู้วิจัยเสร็จสิ้นการศึกษาอย่างสมบูรณ์ และนิสิตสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุด

1.4 เมื่ออธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างแล้ว สอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัยตามความสมัครใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อนิสิตตอบตกลงเข้าร่วมงานวิจัยให้นิสิตลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

1.5 จัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ต่างๆ

2. ระยะดำเนินการทดลอง ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

2.1 ระยะเก็บข้อมูลพื้นฐาน เป็นระยะที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรตามของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะดำเนินการก่อนการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นเวลา 1 สัปดาห์ ตัวแปรตามที่ต้องเก็บข้อมูลในระยะนี้ ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ และน้ำหนัก ซึ่งให้กลุ่มตัวอย่างชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ระยะนี้เก็บข้อมูลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.2 ระยะดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นระยะที่ผู้วิจัยให้นักเรียนในกลุ่มทดลองใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยการทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

2.3 ระยะติดตามผล แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

1) เป็นระยะที่ให้กลุ่มตัวอย่างยุติการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำการวัดข้อมูลตัวแปรตามหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที

2) ทำการวัดข้อมูลตัวแปรตามหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม 4 สัปดาห์ ตัวแปรตามที่ต้องเก็บข้อมูลในระยะนี้ ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและน้ำหนักตัว ซึ่งให้กลุ่มตัวอย่างชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ในระยะนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

3. ขันวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย 4 เดือน

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปและลักษณะพื้นฐานของตัวแปร วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย และค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ และน้ำหนักตัวในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร (MANCOVA) โดยกำหนดคะแนนก่อนทดลองเป็นตัวแปรร่วม

3. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ และน้ำหนักตัวภายในกลุ่มทดลองที่มีลักษณะจิตสังคมที่ต่างกันโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร (MANOVA)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมดูแลตนเองและน้ำหนักตัวของนิสิตในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังจากการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและกลุ่มที่มีลักษณะทางจิตสังคมแตกต่างกัน ซึ่งมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ตอนที่ 1 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร - ผลการวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปร

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

2.1 นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลอง มีการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนทดลอง

2.2 นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลอง มีน้ำหนักตัว ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนทดลอง

2.3 นิสิต ที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถ ของตน การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ สูงกว่ากลุ่มควบคุม

2.4 นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัว ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

2.5 นิสิตที่มีลักษณะเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพและมีการสนับสนุนทางสังคม ต่างกัน เมื่อเข้ารับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะมีการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ แตกต่างกัน

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

$\bar{X}$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
SD	หมายถึง	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
n	หมายถึง	จำนวนคนในกลุ่ม
df	หมายถึง	ระดับของความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
SS	หมายถึง	ผลรวมของกำลังสอง (Sum of Square)
MS	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยของกำลังสอง (Mean of Square)
p	หมายถึง	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ
Λ	หมายถึง	ค่าสถิติในการทดสอบความแปรปรวนหลายตัวแปร
Partial η^2	หมายถึง	ค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size)
F	หมายถึง	ค่าสถิติที่ได้จากการคำนวณความแปรปรวน
Multivariate F test	หมายถึง	ค่าสถิติที่ได้จากการคำนวณความแปรปรวนหลายตัวแปร

ตอนที่ 1 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร

1.1 ผลการวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จำนวน 59 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษาดังนี้

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ และน้ำหนัก จำแนกตามกลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม) และระยะการทดลอง (ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลอง 4 สัปดาห์)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=29)		กลุ่มควบคุม (n=30)		รวม (n= 30)	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง						
- ระยะก่อนทดลอง	55.93	1.08	50.77	1.47	53.31	7.47
- ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที	53.90	1.44	51.40	1.56	52.63	8.21
- ระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์	55.69	1.62	51.47	1.72	53.54	9.24
2. การกำกับตนเอง						
- ระยะก่อนทดลอง	136.03	3.66	126.73	3.68	131.34	20.31
- ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที	138.34	3.39	130.63	4.15	134.42	20.84
- ระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์	146.62	4.67	130.53	4.38	138.44	25.67
3. พฤติกรรมดูแลสุขภาพ						
- ระยะก่อนทดลอง	103.72	1.18	103.00	2.09	103.36	9.25
- ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที	110.55	2.05	101.20	1.76	105.80	11.29
- ระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์	116.90	2.57	103.00	1.63	109.83	13.48
4. น้ำหนักตัว						
- ระยะก่อนทดลอง	75.89	14.24	68.01	10.28	71.88	72.90
- ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที	71.18	12.74	67.93	10.61	69.52	11.72
- ระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์	71.74	13.28	67.41	9.17	69.03	11.60

จากตาราง 4 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนน การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ และน้ำหนัก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามระยะการทดลอง ถึงแม้ว่าในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 53.90) จะลดลงจากระยะก่อนทดลอง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 55.93) เล็กน้อย แต่ก็เพิ่มขึ้นมากกว่าระยะก่อนทดลอง ในระยะของการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 55.69) ส่วนในกลุ่มควบคุม การรับรู้ความสามารถของตนเองมีแนวโน้มคงมีตามระยะการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบความต่างระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมในทุกระยะการทดลอง

ด้านตัวแปรการกำกับตนเอง และตัวแปรพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามระยะการทดลองทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง ตัวแปรการกำกับตนเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 136.03, 138.34 และ 146.42 ตามลำดับ และตัวแปรพฤติกรรมดูแลสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 103.72, 110.55 และ 116.90 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบความต่างระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนการกำกับตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ทั้งสองตัวแปร พบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมในทุกระยะการทดลอง

ส่วนของตัวแปรน้ำหนัก พบว่าค่าเฉลี่ยมีแนวโน้มลดลงตามระยะการทดลอง โดยในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะก่อนทดลอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 71.74, 71.18 และ 75.89 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อการทดสอบสมมติฐาน

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Repeated Measures, Repeated Measures ANCOVA, k-way MANOVA with Repeated Measures และ 3-way MANOVA ทั้งนี้ก่อนทำการทดสอบสมมติฐานของการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับเทคนิคการวิเคราะห์ดังกล่าวข้างต้น โดยทำการตรวจสอบความเป็นอิสระของคะแนนจากการที่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ได้รับคัดเลือกเข้ามาอย่างเป็นอิสระโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลองตามรูปแบบการรูปแบบการทดลองที่กำหนดไว้ในแต่ละกลุ่มจึงไม่ละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นในข้อนี้ ด้านการแจกแจงของตัวแปรว่ามีลักษณะเป็นการแจกแจงเป็นปกติหรือไม่ (Normal distribution) โดยพิจารณาความเบ้ (Skewness) ความโด่ง (Kurtosis) ควบคู่กับการทดสอบโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk พบว่า ตัวแปรมีการแจกแจงแบบปกติที่ระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 ด้านความเป็นเอกพันธ์ของเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วม (Homogeneity of variance-covariance matrices) ด้วย Box's M test ผลการวิเคราะห์พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าไม่มีความแตกต่างของเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของตัวแปรตามในแต่ละกลุ่ม ด้านความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม ด้วย Bartlett's Test of Sphericity พบว่าตัวแปรตาม ทั้ง 3 ตัว ซึ่งได้แก่การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นได้แสดงในภาคผนวก)

นอกจากนี้ยังได้วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มของตัวแปรตาม ซึ่งได้แก่การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในระยะก่อนเริ่มโปรแกรมการทดลอง เพื่อศึกษาความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนทดลอง ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยของตัวแปรทั้ง 3 ของกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของกลุ่มของกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม มีความเท่าเทียมกันก่อนเริ่มโปรแกรมการทดลอง

จากผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของเทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติทดสอบ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการทดสอบสมมติฐานการวิจัยต่อไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 1 นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลอง มีการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนทดลอง

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way MANOVA with Repeated Measures) ของตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยพิจารณาตามระยะการทดลอง (ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์)

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilks's Lambda (Λ)	Multivariate F test	df	p	Partial η^2
ระหว่างระยะการทดลอง	0.478	5.758	6	0.00*	0.239

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างระยะการทดลอง (ระยะ ก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลอง 4 สัปดาห์) พบว่าอิทธิพลหลักของระยะการทดลองมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Multivariate F test = 0.478, $F = 5.758$, $p < 0.00$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.239 แสดงว่าผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ที่มีต่อตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เปลี่ยนไปตามระยะเวลาการทดลอง

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรของการวัดซ้ำจำแนกรายตัวแปร (MANOVA with Repeated Measures) (การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง) โดยพิจารณาตามระยะการทดลอง (ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลอง 4 สัปดาห์)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p	Partial η^2
การรับรู้ความสามารถของตนเอง						
ระหว่างกลุ่ม	3060.414	28	109.300			
ภายในกลุ่ม	1772.000	58	30.552			
ก่อนทดลอง-หลังทดลองทันที-หลังทดลอง 4 สัปดาห์	71.655	2	35.828	1.180	.315	.040
ความคาดเคลื่อน	1700.345	56	30.363			
การกำกับตนเอง						
ระหว่างกลุ่ม	15495.287	28	553.403			
ภายในกลุ่ม	24224.667	58	417.667			
ก่อนทดลอง-หลังทดลองทันที-หลังทดลอง 4 สัปดาห์	1779.885	2	889.943	2.220	.118	.073
ความคาดเคลื่อน	22444.782	56	400.800			
พฤติกรรมดูแลสุขภาพ						
ระหว่างกลุ่ม	6077.379	28	217.049			
ภายในกลุ่ม	6377.333	58	109.954			
ก่อนทดลอง-หลังทดลองทันที-หลังทดลอง 4 สัปดาห์	2517.057	2	1258.529	18.257	.000*	.395
ความคาดเคลื่อน	3860.276	56	68.933			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างระยะการทดลอง รายตัวแปร พบว่าตัวแปรพฤติกรรมดูแลสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันตามระยะการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=18.257$, $df=2$, $p=0.00$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.395 แสดงว่าผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ที่มีต่อตัวแปรการพฤติกรรมดูแลตนเอง เปลี่ยนไปตามระยะเวลาการทดลอง ส่วนตัวแปรที่ค่าเฉลี่ยแตกต่างกันตามระยะเวลาทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือตัวแปรรับรู้ความสามารถของตนเอง ($F=1.180$, $df=2$, $p=0.315$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.040 ตัวแปรการกำกับตนเอง ($F=2.220$, $df=2$, $p=0.118$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.073 แสดงว่าผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ที่มีต่อตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง ไม่เปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาการทดลอง

ตาราง 7 แสดงผลการเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามระยะเวลาการทดลอง

ระยะเวลาการทดลอง	mean	(A)	(B)	(C)
		103.72	110.55	116.90
ก่อนทดลอง (A)	103.72	-	6.828*	13.172*
หลังทดลองทันที (B)	110.55		-	6.348*
หลังทดลอง 4 สัปดาห์ (C)	116.90			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ตามระยะเวลาการทดลอง พบว่า นิสิตที่มีภาวะอ้วน และได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ระหว่างหลังทดลอง 4 สัปดาห์ กับก่อนทดลอง ระหว่างหลังทดลอง 4 สัปดาห์ กับหลังทดลองทันที และระหว่างหลังทดลองทันที กับก่อนทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อ 1 ผลลัพธ์ของการทดลองโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลตนเอง ให้ค่าเฉลี่ยรวมแตกต่างกันไปตามระยะเวลาการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น จึงสรุปได้ว่ายอมรับสมมติฐานการวิจัยข้อ 1

2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 2 นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลอง มีน้ำหนักในระยหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนทดลอง

ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการวัดซ้ำ (ANOVA with Repeated Measures) ของน้ำหนักนิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลอง โดยพิจารณาตามระยะเวลาการทดลอง (ระยะก่อนทดลอง, ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที, ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p	Partial η^2
ระหว่างกลุ่ม	13662.020	28	487.929			
ภายในกลุ่ม	1887.140	58	32.537			
ระยะเวลาการทดลอง	383.278	2	191.644	7.136	.002*	0.203
ความคลาดเคลื่อน	1503.854	56	26.855			
รวม	15549.452	86				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการวัดซ้ำของน้ำหนัก ตามระยะเวลาของการทดลอง พบว่า น้ำหนักของนิสิต มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันตามระยะเวลาการทดลอง (ระยะก่อนทดลอง, ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที, ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=7.136$, $df=2$, $p=0.02$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.203 แสดงว่าผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ที่มีต่อน้ำหนักของนิสิต เปลี่ยนไปตามระยะเวลาการทดลอง

ตาราง 9 แสดงผลการเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยน้ำหนักของนิสิตตามระยะเวลาการทดลอง

ระยะเวลาการทดลอง	mean	(A) 75.886	(B) 71.179	(C) 71.741
ก่อนทดลอง (A)	75.886	-	4.707*	4.145*
หลังทดลองทันที (B)	71.179		-	.562
หลังทดลอง 4 สัปดาห์ (C)	71.741			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยน้ำหนักของนักศึกษา ตามระยะเวลาการทดลอง พบว่านิสิตที่มีภาวะอ้วน และได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก ระหว่างระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์ กับระยะก่อนทดลอง และระหว่างระยะหลังทดลองทันที กับระยะก่อนทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก ระยะก่อนทดลอง เท่ากับ 75.886 กิโลกรัม ระยะหลังทดลองทันที เท่ากับ 71.179 กิโลกรัม และระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์ เท่ากับ 71.741 กิโลกรัม

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อ 2 น้ำหนักของนิสิต ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ภายหลังทดลองทันที และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ ให้ค่าเฉลี่ยน้ำหนักน้อยกว่าระยะก่อนเข้าร่วมการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น จึงสรุปได้ว่ายอมรับสมมติฐานการวิจัยข้อ 2

2.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 3 นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way MANOVA with Repeated Measures) ของตัวแปรตาม (การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง) โดยพิจารณาตามกลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลอง, กลุ่มควบคุม) และระยะทดลอง (ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที หลังทดลอง 4 สัปดาห์)

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilks's Lambda (Λ)	Multivariate F test	df	p	Partial η^2
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่มการทดลอง (A)	.812	4.250	3	.009*	.188
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาการทดลอง (B)	.644	4.793	6	.001*	.356
ปฏิสัมพันธ์ (A*B)	.621	5.282	6	.000*	.379

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่า อิทธิพลหลักของกลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลอง, กลุ่มควบคุม) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Multivariate F test =4.250, df=3, p=.009) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.188 แสดงว่านิสิตที่อยู่กลุ่มการทดลองที่แตกต่างกัน (กลุ่มทดลอง, กลุ่มควบคุม) มีค่าคะแนนเฉลี่ยรวมตัวแปรตาม (การรับรู้ความสามารถของตนเอง การ

กำกับตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง) แตกต่างกัน ด้านผลการวิเคราะห์ความแตกต่างภายในกลุ่มพบว่า อิทธิพลหลักของระยะเวลาการทดลอง (ก่อนทดลอง, หลังทดลองทันที, หลังทดลอง 4 สัปดาห์) พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 Multivariate F test =4.793, df=6, p=0.001) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.356 แสดงว่าในระยะเวลาที่แตกต่างกัน (ก่อนทดลอง, หลังทดลองทันที, หลังทดลอง 4 สัปดาห์) ส่งผลให้มีค่าคะแนนเฉลี่ยรวมตัวแปรตาม (การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง) แตกต่างกัน

ถึงแม้ว่าอิทธิพลหลักจะมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สามารถแปลความหมายของอิทธิพลดังกล่าวได้ เนื่องจากพบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลอง และระยะเวลาทดลอง มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 Multivariate F test =5.282, df=6, p=.000 และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .379 แสดงว่า ผลของกลุ่มการทดลองที่มีผลต่อตัวแปรตาม เปลี่ยนไปตามระยะเวลาการทดลอง ซึ่งผลดังกล่าวทำให้ไม่สามารถสรุปผลของกลุ่มการทดลองและระยะเวลาทดลองในการวิเคราะห์ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ต่อ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวสองทางแบบวัดซ้ำ (two-way ANOVA with repeated measures) ของตัวแปรตามทีละตัวแปร เพื่อพิจารณาอิทธิพลของกลุ่มการทดลองกับระยะเวลาทดลอง ที่มีต่อตัวแปรตาม แต่ละตัวแปร มีรายละเอียดการวิเคราะห์ ดังนี้

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวของการวัดซ้ำ จำแนกรายตัวแปร โดยพิจารณาตาม ระยะเวลาทดลอง (ก่อนทดลอง - หลังทดลองทันที - หลังทดลอง 4 สัปดาห์)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p	Partial η^2
การรับรู้ความสามารถของตนเอง						
ระหว่างกลุ่ม						
กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม (A)	694.168	1	694.168	4.699	.034*	.076
ความคาดเคลื่อน	8420.069	57	147.721			
ภายในกลุ่ม						
ก่อนทดลอง-หลังทดลองทันที-หลังทดลอง 4 สัปดาห์ (B)	27.684	2	13.842	.538	.585	.009
ปฏิสัมพันธ์ (A*B)	53.989	2	26.995	1.050	.353	.018
ความคาดเคลื่อน	2930.723	114	25.708			
การกำกับตนเอง						
ระหว่างกลุ่ม						
กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม (A)	540.666	1	540.666	56.14	.021*	.090
ความคาดเคลื่อน	54906.187	57	963.266			
ภายในกลุ่ม						
ก่อนทดลอง-หลังทดลองทันที-หลังทดลอง 4 สัปดาห์ (B)	1521.491	1.784	852.770	3.281	.047*	.054
ปฏิสัมพันธ์ (A*B)	580.135	2	290.067	1.251	.290	.021
ความคาดเคลื่อน	26436.182	114	499.54			
พฤติกรรมดูแลสุขภาพ						
ระหว่างกลุ่ม						
กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม (A)	2824.682	1	2824.682	12.336	.001*	.178
ความคาดเคลื่อน	13051.646	57	228.976			
ภายในกลุ่ม						
ก่อนทดลอง-หลังทดลองทันที-หลังทดลอง 4 สัปดาห์ (B)	1303.168	1.9	685.988	13.044	.000*	.186
ปฏิสัมพันธ์ (A*B)	1320.253	1.9	694.982	13.215	.000*	.188
ความคาดเคลื่อน	5694.809	114	49.954			

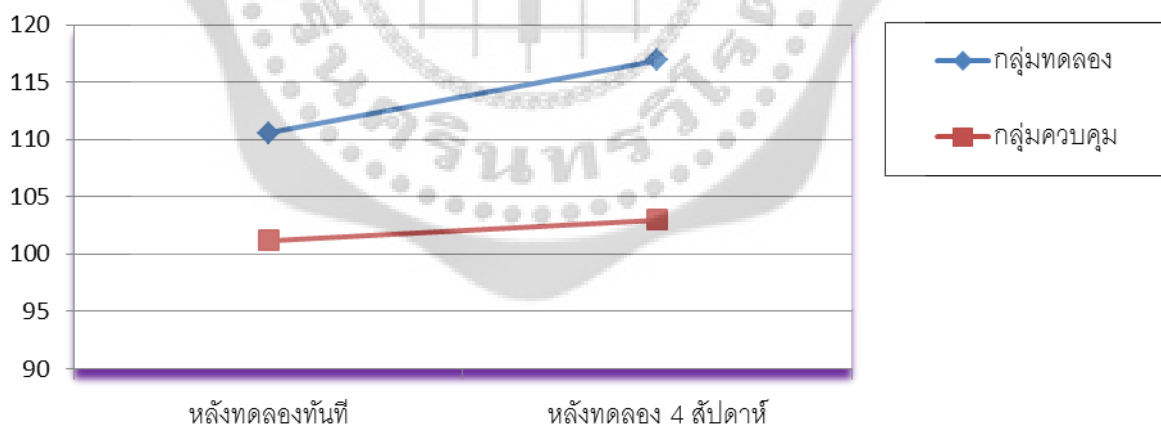
* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวของการวัดซ้ำจำแนกรายตัวแปร โดยพิจารณาตามระยะการทดลอง สามารถสรุปและแปลผลได้ดังนี้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลการวิเคราะห์ พบว่า มีเพียงอิทธิพลหลักของกลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม) เท่านั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=56.1$, $df=1$, $p=.021$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .76 ซึ่งแสดงว่านิสิตที่อยู่กลุ่มการทดลองต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ส่วนอิทธิพลหลักของระยะการทดลอง และปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มการทดลองและระยะการทดลอง พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าในระยะเวลาการทดลองที่ต่างกัน นิสิตมีการรับรู้ความสามารถของตนเองไม่แตกต่าง

ตัวแปร การกำกับตนเอง ผลการวิเคราะห์พบว่า อิทธิพลปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มการทดลองและระยะการทดลอง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอิทธิพลหลักของกลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=4.699$, $df=1$, $p=.34$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .090 ซึ่งแสดงว่านิสิตที่อยู่กลุ่มการทดลองต่างกัน มีการกำกับตนเองแตกต่างกัน และอิทธิพลหลักของระยะเวลาการทดลอง (ก่อนทดลอง - หลังทดลองทันที - หลังทดลอง 4 สัปดาห์) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=3.281$, $df=1$, $p=.047$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .054 ซึ่งแสดงว่าระยะเวลาการทดลองที่ต่างกัน ส่งผลให้นิสิต มีการกำกับตนเองแตกต่างกัน

พฤติกรรมดูแลสุขภาพ ผลการวิเคราะห์พบว่า อิทธิพลหลักของกลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม) และอิทธิพลหลักของระยะเวลาการทดลอง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($F=12.336$, $df=1$, $p=0.01$ และ $F=13.044$, $df=2$, $p=.00$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .178 และ .186 ตามลำดับ แต่ไม่สามารถแปลความหมายอิทธิพลหลักดังกล่าวได้ เนื่องจากพบอิทธิพลปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มการทดลองและระยะการทดลอง ($F=12.215$, $df=2$, $p=.00$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .188 แสดงว่าผลของกลุ่มทดลองที่มีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เปลี่ยนไปตามระยะเวลาการทดลอง

จากปฏิสัมพันธ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำเสนอกราฟเส้นแสดงระดับคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ตามภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ของนิสิตที่มีภาวะอ้วน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง และระยะเวลาการทดลองระหว่างหลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์

จากกราฟ แสดงอิทธิพลปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มการทดลอง กับระยะการทดลอง ที่มีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของนิสิตที่มีภาวะอ้วน พบว่าลักษณะของปฏิสัมพันธ์ แบบ ordinal Interaction Effect ซึ่งผลปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น จะทำให้เฉพาะขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (กลุ่มการทดลอง/ระยะการทดลอง) กับตัวแปรตาม (พฤติกรรมดูแลสุขภาพ) เปลี่ยนไปตามแต่ละค่าของตัวแปรอิสระอื่น (กลุ่มการทดลอง/ระยะการทดลอง) แต่การเปลี่ยนแปลงนั้น ไม่มากพอที่จะเปลี่ยนทิศทางของความสัมพันธ์ให้เป็นไป

ในทางตรงข้ามกันอย่างสิ้นเชิง การแปรผลจึงดูที่ผลนัยสำคัญที่ Main Effect (นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล, มปป) ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มการทดลองที่ต่างกัน ส่งผลให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพ ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จากกราฟแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ส่วนระยะการทดลองพบว่าระยะหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ สูงกว่าระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อ 3 ผลลัพธ์ของการทดลองโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลตนเอง ให้ค่าเฉลี่ยรวมแตกต่างกันไปตามกลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนั้น จึงสรุปได้ว่ายอมรับสมมติฐานการวิจัยข้อ 3

2.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 4 นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัว ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ยน้ำหนักนิสิตหลังทดลองโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนปรับแก้และหลังการปรับแก้ที่มีการควบคุมน้ำหนักก่อนทดลอง ด้วยสถิติ ANCOVA

ตัวแปรตาม	ค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลอง		ค่าเฉลี่ยกลุ่มควบคุม	
	ก่อนปรับ	หลังปรับ	ก่อนปรับ	หลังปรับ
หลังทดลองทันที	71.179	67.918	67.933	71.086
หลังทดลอง 4 สัปดาห์	71.741	68.293	66.407	69.740

จากตาราง 12 ค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่ปรับแล้วโดยใช้ค่าของตัวแปรร่วม (น้ำหนักก่อนเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) พบว่ากลุ่มทดลองมีน้ำหนักหลังทดลองทันทีน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($67.918-71.086 = -3.168$) และ พบว่ากลุ่มทดลองมีน้ำหนักหลังทดลอง 4 สัปดาห์น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($68.293-69.740 = -1.447$)

ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของการวัดซ้ำ ของน้ำหนักนิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลอง โดยพิจารณาตามระยะเวลาการทดลอง (ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์)เมื่อควบคุมน้ำหนักของนิสิตก่อนทดลองด้วยสถิติ Repeated Measures ANCOVA

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p	Partial η^2
ระหว่างกลุ่ม						
ตัวแปรร่วม (น้ำหนักก่อนทดลอง)	12269.985	1	12269.985	451.309	.000*	.890
กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม	142.190	1	142.190	5.230	.026*	.085
ความคลาดเคลื่อน	1522.504	56	27.188			
ภายในกลุ่ม						
ระยะเวลาการทดลอง	12.099	1	12.099	.486	.488	.009
ความคลาดเคลื่อน	1393.418	56	24.882			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของการวัดซ้ำ ของน้ำหนักนิสิต สามารถสรุปและแปลผลได้ดังนี้ ผลการวิเคราะห์ พบว่านิสิตในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีน้ำหนักเฉลี่ยรวมหลังทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=142.190$, $df=1$, $p=.026$ และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .085 แสดงว่านิสิตที่อยู่ในกลุ่มการทดลอง และในกลุ่มควบคุม ภายหลังทดลอง

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นผู้รับบริการมีน้ำหนักเฉลี่ยรวมแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาแยกตามระยะการทดลอง พบว่าน้ำหนักเฉลี่ยของนิสิต หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อ 4 ผลลัพธ์ของการทดลองโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ได้แก่ น้ำหนักตัวภายหลังทดลองโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางทันที และน้ำหนักตัวภายหลังทดลองโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง 4 สัปดาห์ ให้ค่าเฉลี่ยรวมแตกต่างกันในกลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสรุปได้ว่ายอมรับสมมติฐานการวิจัยข้อ 4

2.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 5 นิสิตที่มีลักษณะเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพและมีการสนับสนุนทางสังคม ต่างกันเมื่อเข้ารับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะมีการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ หลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีแตกต่างกัน

ตาราง 14 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที จำแนกตามกลุ่มตัวอย่างที่มีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน

ตัวแปรตาม	เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ	การสนับสนุนทางสังคม	กลุ่มทดลอง (n=29)			กลุ่มควบคุม (n=30)		
			$\bar{X}$	SD	n	$\bar{X}$	SD	n
1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	ต่ำ	ต่ำ	52.43	4.23	7	47.40	5.30	15
	ต่ำ	สูง	54.75	3.09	4	45.75	6.85	4
	สูง	ต่ำ	55.67	5.86	3	53.00	5.10	4
	สูง	สูง	57.93	6.46	15	59.57	8.62	7
2. การกำกับตนเอง	ต่ำ	ต่ำ	125.00	15.62	7	119.00	15.01	15
	ต่ำ	สูง	123.50	18.91	4	118.75	19.07	4
	สูง	ต่ำ	149.33	29.02	3	130.50	24.83	4
	สูง	สูง	142.00	17.13	15	145.71	17.88	7
3. พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	ต่ำ	ต่ำ	103.43	5.13	7	100.33	10.95	15
	ต่ำ	สูง	101.50	1.29	4	101.00	14.65	4
	สูง	ต่ำ	96.33	8.62	3	97.25	6.60	4
	สูง	สูง	105.93	6.37	15	112.71	8.81	7

จากตาราง 14 พบว่า ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่มีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพสูงและได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในตนเองสูง โดยมีค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองเท่ากับ 57.93 กลุ่มควบคุมเท่ากับ 59.57 และยังมีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพสูงด้วย โดยมีค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองเท่ากับ 105.93 กลุ่มควบคุมเท่ากับ 112.71 ตามลำดับ แต่สำหรับตัวแปรการกำกับตนเอง ในกลุ่มทดลองจะมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในกลุ่มที่มีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพสูง และได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 149.33 และในกลุ่มควบคุมจะมีค่าเฉลี่ยสูงในกลุ่มที่มีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพสูง และได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 145.71

ตาราง 15 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรแบบสามทาง (three-way MANOVA) ของคะแนนเฉลี่ยรวมของ 3 ตัวแปร คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ในการทดสอบปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างกลุ่มทดลอง-ควบคุม เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรม สุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งความแปรปรวน	ค่าสถิติ Wilks's Lambda	Multivariate F test	p	Partial η^2
โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายในกลุ่ม				
- กลุ่มทดลอง - กลุ่มควบคุม	.897	1.882	.145	.103
- เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพสูง - ต่ำ	.172	6.107	.001*	.272
- การสนับสนุนทางสังคมสูง - ต่ำ	.904	1.725	.174	.096
ปฏิสัมพันธ์แบบสองทาง				
- โปรแกรม*เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ	.920	1.420	.248	.080
- โปรแกรม*การสนับสนุนทางสังคม	.963	.630	.599	.037
- เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ*การสนับสนุนทางสังคม	.889	2.034	.121	.111
ปฏิสัมพันธ์แบบสามทาง				
- โปรแกรม*เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ*การสนับสนุนทางสังคม	.970	.500	.684	.030

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 15 เมื่อพิจารณาเฉพาะตัวแปรพบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน ส่วนการมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกัน ส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Multivariate F test=6.107, p=.001) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .272

เมื่อพิจารณาความแปรปรวนแบบ 2 ทาง และ 3 ทาง พบว่า ไม่มีปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน เมื่อได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเองและพฤติกรรมดูแลสุขภาพ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 16 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรแบบสามทาง (three-way MANOVA) ของคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในการทดสอบปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างกลุ่มทดลอง-ควบคุม เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p	Partial η^2
โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่ม						
ทดลอง – กลุ่มควบคุม						
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	150.906	1	150.906	4.142	.047*	.075
- การกำกับตนเอง	445.431	1	445.431	1.389	.244	.027
- พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	12.321	1	12.321	.165	.686	.003
เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ						
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	444.530	1	444.530	12.201	.001*	.193
- การกำกับตนเอง	4399.219	1	4399.219	13.722	.001*	.212
- พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	22.153	1	22.153	.297	.588	.006
การสนับสนุนทางสังคม						
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	60.192	1	60.192	1.652	.204	.031
- การกำกับตนเอง	25.019	1	25.019	.078	.781	.002
- พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	370.793	1	370.793	4.979	.030*	.089
ปฏิสัมพันธ์แบบสองทาง						
โปรแกรม*เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ						
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	112.488	1	112.488	3.087	.085	.057
- การกำกับตนเอง	12.706	1	12.706	.040	.843	.001
- พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	81.904	1	81.904	1.100	.299	.021
โปรแกรม*การสนับสนุนทางสังคม						
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.074	1	.074	.002	.964	.000
- การกำกับตนเอง	376.953	1	376.953	1.176	.283	.023
- พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	45.408	1	45.408	.610	.439	.012
เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ*การสนับสนุนทางสังคม						
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	44.392	1	44.392	1.218	.275	.023
- การกำกับตนเอง	61.739	1	61.739	.193	.663	.004
- พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	468.349	1	468.349	6.289	.015*	.110
ปฏิสัมพันธ์แบบสามทาง						
โปรแกรม*เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ*การสนับสนุนทางสังคม						
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	45.591	1	45.591	1.251	.269	.024
- การกำกับตนเอง	301.913	1	301.913	.942	.336	.018
- พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	8.010	1	8.010	.108	.744	.002

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 16 ไม่พบปฏิสัมพันธ์ร่วมแบบสามทาง ระหว่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน เมื่อได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเองและพฤติกรรมดูแลสุขภาพ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผลการศึกษาปฏิสัมพันธ์แบบสองทาง พบว่า ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่าง

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการสนับสนุนทางสังคม, โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพและปฏิสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

แต่เมื่อพิจารณารายตัวแปร พบว่าตัวแปรกลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม) มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=4.142$, $df=1$, $p=.047$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .075 ซึ่งแสดงว่านิสิตที่อยู่ในกลุ่มการทดลองที่แตกต่างกัน จะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ส่วนตัวแปรการกำกับตนเอง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่ากลุ่มการทดลองไม่มีอิทธิพลต่อตัวแปรดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตัวแปรเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการกำกับตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=12.201$, $df=1$, $p=.001$ และ $F=13.722$, $df=1$, $p=.001$ ตามลำดับ) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .193, .212 ตามลำดับ ซึ่งแสดงว่านิสิตที่มีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน (กลุ่มสูง-กลุ่มต่ำ) จะมีรับรู้ความสามารถของตนเอง และการกำกับตนเอง แตกต่างกัน ส่วนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ พบว่าเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ไม่มีอิทธิพลต่อตัวแปรดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตัวแปรการได้รับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีอิทธิพลต่อการพฤติกรรมดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=4.979$, $df=1$, $p=.030$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .089 ซึ่งแสดงว่า นิสิตที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน (กลุ่มสูง-กลุ่มต่ำ) จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ แตกต่างกัน ส่วนตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการกำกับตนเอง พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีอิทธิพลต่อตัวแปรดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อ ผลลัพธ์ของการทดลองโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ควบคุม เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ให้ค่าเฉลี่ยรวมแตกต่างกันไปตามเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรกลุ่มการทดลอง และการสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีค่าเฉลี่ยรวมไม่แตกต่างกัน จึงสรุปได้ว่ายอมรับสมมติฐานการวิจัยข้อ 5 บางส่วน เฉพาะตัวแปรเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพเท่านั้นที่มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับโปรแกรม

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลตนเอง และน้ำหนักตัวของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังจากการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและกลุ่มที่มีลักษณะทางจิตสังคมแตกต่างกัน โดยทำการศึกษาในประชากร นิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือมีรอบเอวมากกว่า 32 นิ้วในนิสิตหญิง และ 36 นิ้วในนิสิตชาย โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒและมีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามที่ เนเม็ตและคณะ (Nemet, Barkan, Epstein, Friedland, Kowen, & Eliakim, 2005) แนะนำ คือ อย่างน้อย 11 คนต่อกลุ่ม เพื่อพบการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก และ 18 คนต่อกลุ่มเพื่อพบการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และที่ระดับอำนาจของการทดสอบเท่ากับ 90% แต่ผู้วิจัยใช้เลือกจำนวน 30 คน เพื่อให้ครอบคลุมต่อการค้นพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งน้ำหนักตัว ใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random Sampling) พร้อมจับฉลากทั้งกลุ่มเพื่อเข้ากลุ่มทดลองได้นิสิตจากคณะพลศึกษา และกลุ่มควบคุมได้นิสิตคณะสหเวชศาสตร์ และเป็นไปตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ คือ นิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (WHO, IASO; & IOTF, 2000) 2) มีความสนใจและได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมการวิจัย 3) ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัย และ 4) ไม่เคยได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อดำเนินโปรแกรมเสร็จสิ้น มีนิสิตที่เข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดโครงการ จำนวน 59 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1989) ได้แก่ การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ และการใช้คำพูดชักจูง แนวคิดกำกับตนเอง (Bandura, 1989) ได้แก่ กระบวนการสังเกตตนเอง กระบวนการตัดสินใจ และการแสดงปฏิกิริยากับตนเอง และแนวคิดการเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Rogers, 1977) โดยใช้กระบวนการกลุ่มและแนวคิดการมีส่วนร่วม พัฒนาเป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยมีตัวแปรที่ศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ เป็นตัวแปรจัดกระทำ ได้แก่ 1.1) โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง 1.2) ไม่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 1.3) ตัวแปรจัดประเภท เป็นตัวแปรทางจิตสังคม ได้แก่ เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม
2. ตัวแปรตาม คือ 2.1) การรับรู้ความสามารถของตน 2.2) การกำกับตนเอง 2.3) พฤติกรรมดูแลสุขภาพ และ 2.4) น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม

สมมติฐานการวิจัย

1. นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลอง มีการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนทดลอง
2. นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลอง มีน้ำหนักตัว ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนทดลอง
3. นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ สูงกว่ากลุ่มควบคุม

4. นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัว ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

5. นิสิตที่มีลักษณะจิตสังคมต่างกันเมื่อเข้ารับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะมีการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ แตกต่างกัน

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลเชิงพรรณนาของตัวแปร พบว่า

1.1 มีนิสิตที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ที่เข้าร่วมโครงการได้ตลอดมีจำนวน 59 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

1.2 การเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของคะแนน การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ และน้ำหนักตัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

- การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในกลุ่มทดลอง พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามระยะการทดลอง ก่อนทดลอง หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะของทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ที่ลดลงเล็กน้อย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 53.90, 55.93 และ 55.69) ในขณะที่ กลุ่มควบคุม มีการรับรู้ความสามารถของตนเองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 50.77, 51.40 และ 51.47)

- การกำกับตนเอง ในกลุ่มทดลอง พบว่า ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นตามลำดับ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 136.03, 138.34 และ 146.42) ในขณะที่ กลุ่มควบคุม มีการกำกับตนเอง เพิ่มขึ้นบางระยะ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 126.73, 130.63 และ 130.53)

- พฤติกรรมดูแลสุขภาพ ในกลุ่มทดลอง พบว่า ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นตามลำดับ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 103.72, 110.55 และ 116.90) ในขณะที่ กลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพคงที่ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 103.00, 101.20 และ 103.00)

- น้ำหนักตัว ในกลุ่มทดลองมี พบว่า ค่าเฉลี่ยมีแนวโน้มลดลงตามระยะการทดลอง โดยในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะก่อนทดลอง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 71.74, 71.18 และ 75.89) ในขณะที่ กลุ่มควบคุม มีน้ำหนักตัวแนวโน้มคงที่ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 68.01, 67.93 และ 67.41)

2. ผลการทดสอบตามสมมติฐาน ด้วยสถิติการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Repeated Measures ANOVA, Repeated Measures ANCOVA, k-way MANOVA with Repeated Measures และ three-way MANOVA ทั้งนี้ก่อนทดสอบสมมติฐาน ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตั้งต้นในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยทำการตรวจสอบความเป็นอิสระของคะแนนจากการที่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ได้รับคัดเลือกเข้ามาอย่างเป็นอิสระโดยการสุ่มเข้ากลุ่มรับการทดลองตามรูปแบบการทดลองที่กำหนดไว้ในแต่ละกลุ่มจึงไม่ละเมิดข้อตั้งต้นในข้อนี้ ด้านการแจกแจงของตัวแปรว่ามีลักษณะเป็นการแจกแจงเป็นปกติหรือไม่ (Normal distribution) โดยพิจารณาความเบ้ (Skewness) ความโด่ง (Kurtosis) ควบคู่กับการทดสอบโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk พบว่า ตัวแปรที่มีการแจกแจงแบบปกติที่ระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 ด้านความเป็นเอกพันธ์ของเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วม (Homogeneity of variance-covariance matrices) ด้วย Box's M test ผลการวิเคราะห์พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าไม่มีความแตกต่างของเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของตัวแปรตามในแต่ละกลุ่ม ด้านความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม ด้วย Bartlett's Test of Sphericity พบว่าตัวแปรตามทั้ง 3 ตัว ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังได้วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มของตัวแปรตามได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง

การกำกับตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในระยะก่อนเริ่มโปรแกรมการทดลอง เพื่อศึกษาความเท่าเทียมกันของกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนทดลอง ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยของตัวแปรทั้ง 3 ของกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของกลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม มีความเท่าเทียมกันก่อนเริ่มโปรแกรมการทดลอง **จึงสรุปได้ว่า** ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของเทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้น เป็นไปตามข้อมูลเบื้องต้นของสถิติทดสอบ จึงทำการทดสอบ ได้ผลเป็นไปตามสมมติฐานดังต่อไปนี้

2.1 นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลอง มีการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Multivariate F test = 0.478, $F = 5.758$, $p < 0.00$) และระยะเวลาการทดลองมีขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.239 แสดงว่าผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ที่มีต่อ พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมทั้ง 3 ตัวแปรเปลี่ยนไปตามระยะเวลาการทดลอง **ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1** และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพรายตัวแปร พบว่า 1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันตามระยะเวลาการทดลองมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=18.257$, $df=2$, $p=0.00$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.395 2) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($F=1.180$, $df=2$, $p=0.315$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.040 และ 3) การการกำกับตนเอง ($F=2.220$, $df=2$, $p=0.118$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.073 แสดงว่าผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ที่มีต่อ พฤติกรรมดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญที่ .05 แต่สำหรับ การรับรู้ความสามารถของตนเองและการกำกับตนเอง ไม่เปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

2.2 นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลอง มีน้ำหนักตัว ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=7.136$, $df=2$, $p=0.02$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.203 แสดงว่า ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ที่มีต่อน้ำหนักของนิสิตเปลี่ยนไปตามระยะเวลาการทดลอง (น้ำหนักตัวหลังสิ้นสุดทดลองและหลังทดลอง 4 สัปดาห์ เท่ากับ 75.886, 71.179 และ 71.741 กิโลกรัม ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยน้ำหนักของนิสิต ตามระยะเวลาการทดลอง พบว่านิสิตที่มีภาวะอ้วนและได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก ระหว่างระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์ กับระยะก่อนทดลอง และระหว่างระยะหลังทดลองทันที กับระยะก่อนทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก ระยะก่อนทดลอง เท่ากับ 75.886 กิโลกรัม ระยะหลังทดลองทันที เท่ากับ 71.179 กิโลกรัม และระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์ เท่ากับ 71.741 กิโลกรัม **จึงสรุปได้ว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 2**

2.3 นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ สูงกว่ากลุ่มควบคุม พบว่า อิทธิพลหลักของกลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลอง, กลุ่มควบคุม) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Multivariate F test = 4.250, $df=3$, $p=.009$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ 0.188 แสดงว่านิสิตที่อยู่กลุ่มการทดลองที่แตกต่างกัน (กลุ่มทดลอง, กลุ่มควบคุม) มีค่าคะแนนเฉลี่ยตัวแปรตามแตกต่างกัน และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวสองทางแบบวัดซ้ำ (two-way ANOVA with repeated measures) ของตัวแปรตามทีละตัวแปร พบว่า

- การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีเพียงอิทธิพลหลักของกลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม) เท่านั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=56.1$, $df=1$, $p=.021$) และขนาดอิทธิพล (Effect

size) มีค่าเท่ากับ .76 ซึ่งแสดงว่านิสิตที่อยู่กลุ่มการทดลองต่างกัน มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน

- การกำกับตนเอง มีอิทธิพลปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มการทดลองและระยะเวลาการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอิทธิพลหลักของกลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=4.699$, $df=1$, $p=.34$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .090 ซึ่งแสดงว่านิสิตที่อยู่กลุ่มการทดลองต่างกัน มีการกำกับตนเองแตกต่างกัน และอิทธิพลหลักของระยะเวลาการทดลอง (ก่อนทดลอง - หลังทดลองทันที - หลังทดลอง 4 สัปดาห์) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=3.281$, $df=1$, $p=.047$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .054 ซึ่งแสดงว่าระยะเวลาการทดลองที่ต่างกัน ส่งผลให้นิสิต มีการกำกับตนเองแตกต่างกัน

- พฤติกรรมดูแลสุขภาพ ผลการวิเคราะห์พบว่า อิทธิพลหลักของกลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม) และอิทธิพลหลักของระยะเวลาการทดลอง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($F=12.336$, $df=1$, $p=0.01$ และ $F=13.044$, $df=2$, $p=.00$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .178 และ .186 ตามลำดับ พบอิทธิพลปฏิสัมพันธ์อิทธิพลปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มการทดลองและระยะเวลาการทดลอง ($F=12.215$, $df=2$, $p=.00$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .188 แสดงว่าผลของกลุ่มทดลองที่มีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เปลี่ยนไปตามระยะเวลาการทดลอง จึงสรุปได้ว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 3

2.4 นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัว ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีน้ำหนักหลังทดลองทันทีน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($67.918-71.086 = -3.168$) และ พบว่ากลุ่มทดลองมีน้ำหนักหลังทดลอง 4 สัปดาห์น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($68.293-69.740 = -1.447$) และผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของการวัดซ้ำ ของน้ำหนักนิสิต สรุปได้ว่า นิสิตในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีน้ำหนักเฉลี่ยรวมหลังทดลอง แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=142.190$, $df=1$, $p=.026$ และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .085 แสดงว่านิสิตที่อยู่ในกลุ่มการทดลอง และในกลุ่มควบคุม ภายหลังทดลองโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นผู้รับบริการมีน้ำหนักเฉลี่ยรวมแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาแยกตามระยะเวลาการทดลอง พบว่าน้ำหนักเฉลี่ยของนิสิต หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม จึงสรุปได้ว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 4

- นิสิตที่มีลักษณะเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ต่างกันเมื่อเข้ารับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมทั้ง 3 ตัวแปรภายหลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาเฉพาะรายตัวแปรพบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการสนับสนุนทางสังคมที่ต่างกัน ส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน ส่วนการมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกัน ส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Multivariate F test= 6.107 , $p=.001$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .272 จึงสรุปได้ว่า

- ไม่พบปฏิสัมพันธ์ร่วมแบบสามทาง ระหว่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคม และเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน เมื่อได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเองและพฤติกรรมดูแลสุขภาพ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

- ผลการศึกษาปฏิสัมพันธ์แบบสองทาง ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการสนับสนุนทางสังคม, โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพและปฏิสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

- พบว่าตัวแปรกลุ่มการทดลอง (กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม) มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=4.142$, $df=1$, $p=.047$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .075 ซึ่งแสดงว่านิสิตที่อยู่ในกลุ่มการทดลองที่แตกต่างกัน จะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ส่วนตัวแปรการกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ พบว่ากลุ่มการทดลองมีอิทธิพลต่อตัวแปรดังกล่าวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

- พบผลมีปฏิสัมพันธ์แบบสองทาง สำหรับปัจจัยด้านเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการกำกับตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=12.201$, $df=1$, $p=.001$ และ $F=13.722$, $df=1$, $p=.001$ ตามลำดับ) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .193, .212 ตามลำดับ ซึ่งแสดงว่านิสิตที่มีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน (กลุ่มสูง-กลุ่มต่ำ) จะมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการกำกับตนเอง แตกต่างกัน ส่วนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ พบว่าเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ มีอิทธิพลต่อตัวแปรดังกล่าวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

- พบผลเฉพาะรายตัวแปรปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีอิทธิพลต่อการพฤติกรรมดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=4.979$, $df=1$, $p=.030$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) มีค่าเท่ากับ .089 ซึ่งแสดงว่า นิสิตที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน (กลุ่มสูง-กลุ่มต่ำ) จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพแตกต่างกัน ส่วนตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการกำกับตนเอง พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีอิทธิพลต่อตัวแปรดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **จึงสรุปได้ว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 5 บางส่วน** เฉพาะตัวแปร เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพเท่านั้นที่มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับโปรแกรม

อภิปรายผล

จากผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อ 1 – 4 ซึ่งมาจากวัตถุประสงค์การวิจัยที่ต้องการศึกษาเพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลตนเอง และน้ำหนักตัวของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังจากการทดลองเสร็จสิ้นทันที เป็นการทดสอบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางนั้น มีประสิทธิผลที่ทำให้ พฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้านได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนที่สูงขึ้นไปตามระยะการทดลองตั้งแต่ก่อนทดลอง หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ ตามลำดับ ในกลุ่มทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าโปรแกรม และพบผลการทดสอบด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรแบบวัดซ้ำ (MANOVA with Repeated Measures) การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมหลายตัวแปรแบบวัดซ้ำ (MANCOVA with Repeated Measures) เป็นไปตามสมมติฐานทั้ง 4 ข้อ ได้แก่ 1) นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลอง มีการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลอง 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนทดลอง 2) นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลอง มีน้ำหนักตัว ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนทดลอง 3) นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ สูงกว่ากลุ่มควบคุม และ 4) นิสิตที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัว ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

แสดงว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและน้ำหนักตัวของนิสิตที่เข้าโปรแกรมลดลงได้ ($p < .05$) ได้ผลเช่นเดียวกับผลวิจัยของ รัชดาพรรณ ลิมาชาน (2549) ที่พบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่มีกิจกรรมทางกายแตกต่างกันจะมีดัชนีมวลกายที่แตกต่างกัน ($p < .05$) และ อารีรัตน์ สุขโข (2546) ที่พบผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการควบคุมตนเอง ทำให้สตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายได้ดีขึ้นจึงช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นผลตามมาจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน นอกจากนี้ เมื่อพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นส่งผลให้น้ำหนักตัวมีการเปลี่ยนแปลงลดลงเช่นกัน ดังผลวิจัยของ สุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) ได้ศึกษาอิทธิพลของลักษณะทางจิต ลักษณะสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของบุคลากร กระทรวงสาธารณสุขพบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกาย ($p < .05$)

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณากิจกรรมในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในงานวิจัยครั้งนี้ จะเน้นกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมโปรแกรม และกิจกรรมกลุ่มแบบเพื่อนช่วยเพื่อน ด้วยการย้าด้วยการใช้คำ สะกด สะกิด และสกด ที่แสดงถึง การรับรู้ความสามารถตนเองหรือเชื่อมั่นว่าตนเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเอง มีการกำกับพฤติกรรมตนเองและให้เพื่อช่วยกำกับร่วมด้วย พร้อมการใช้ทักษะในการทำกิจกรรม 3 อ คือควบคุมอาหาร การออกกำลังกายสม่ำเสมอและการจัดการความเครียด ซึ่งตรงกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคลนั้น เป็นตัวกำหนดให้เขาต้องใช้ความพยายามมากเท่าไร และต้องใช้ความมุมานะที่จะเผชิญหน้ากับอุปสรรคต่างๆ และการที่บุคคลใช้ความพยายามและความมุมานะในการทำงานอย่างเต็มที่ตลอดเวลา เขาก็มีแนวโน้มที่จะทำงานได้ประสบความสำเร็จสูง (Bandura & Cervone, 1983) โดยผ่านกระบวนการรู้คิด (Cognitive Process) จะมองภาพความสำเร็จและให้เป็นสิ่งที่น่าทางการกระทำของเขา จึงพบผลในงานวิจัยครั้งนี้ว่ามีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมทั้งในระยะหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และยังคงพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้านอยู่ภายหลังทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ทั้งที่นักวิจัยไม่มีกิจกรรมใดนอกจากกระตุ้น ให้การเสริมแรงผ่านทางเครือข่ายสังคมออนไลน์ facebook การกำกับเพื่อนช่วยเพื่อน และการตั้งรางวัลเพื่อเป็นการจูงใจให้กระทำพฤติกรรม เหตุที่พบผลเช่นนี้แสดงว่า กิจกรรมการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญนั้น ทำให้นิสิตนั้นได้ตระหนักเห็นความสำคัญและทำพฤติกรรมสุขภาพต่อเนื่องจาก นิสิตได้เห็นแบบอย่างเพื่อนในกลุ่มที่ทำสำเร็จ และประสบการณ์ตนเองที่ผ่านมามีทั้งที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะที่เข้าร่วมโปรแกรมนั้นมีผลให้น้ำหนักตัวลดลงเรื่อย ๆ จึงกระทำพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดน้ำหนักได้ โดยการชักจูงกันนัดกันไปออกกำลังกาย และมีการเตือนกันในการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เป็นต้น เช่นเดียวกับผลวิจัยของ ดร.ณิ ดลรัตน์ภัทร (2545) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่ พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักและการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักในกลุ่มผู้ใหญ่ได้ร้อยละ 28.4 ($p < .05$) และตรงกับผลวิจัยของ อังคินันท์ (Ungsinun, 2012) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักการ PROMISE ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในกลุ่มที่มีความเสี่ยงของโรคเมตาบอลิก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้หลักการ PROMISE ตามแบบจำลองชิป (CIPP Model) และศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองของผู้เข้าร่วมโครงการ และค่าดัชนีชี้วัดทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต และเส้นรอบเอว กลุ่มตัวอย่างคือผู้บังคับบัญชา 30 โครงการ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโครงการผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต และเส้นรอบเอวลดลงต่ำกว่าก่อนเข้า

ร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และบุญร่วม แก้วบุญเรือง (2548) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มทดลอง 50 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม โดยการประชุมกลุ่ม อภิปรายกลุ่ม แจกคู่มือการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เสนอตัวแบบ สาธิตและฝึกเดินแอโรบิกจากสื่อวีดิทัศน์และตัวแบบการกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ผลการวิจัย พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และมีค่าเฉลี่ยชีพจรขณะพักดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนตัวแปร การกำกับตนเอง พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปตามโปรแกรมและระยะเวลาการทดลอง แสดงว่าโปรแกรมที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญที่จัดให้มีกิจกรรม สะกิด โดยให้เพื่อนช่วยเพื่อนในการสังเกตและกระตุ้นเตือนเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม จึงส่งผลให้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนี้มีประสิทธิผลต่อการกำกับตนเองและมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวที่ลดลงเป็นไปตามเป้าหมายของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรม ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ ชุงค์ และซิมเมอร์แมน (Schunk & Zimmerman, 1997: 195-208 อ้างอิงใน กนิษฐา จันทรฉาย, 2549) ที่กล่าวว่า การกำกับตนเองว่า เป็น กระบวนการที่กระตุ้นและสนับสนุนต่อความรู้ความเข้าใจพฤติกรรมและความพอใจเพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ในที่สุด และชินะพัฒน์ ชื่นแด่ชุม (2542: 15) ได้กล่าวว่าในการใช้กลวิธีด้วยการตั้งเป้าหมาย การวางแผน การดำเนินการติดตามผล ทั้งในด้านพฤติกรรม ด้านความรู้ ความเข้าใจ และด้านแรงจูงใจของตนเอง จะส่งผลให้บรรลุถึงสิ่งที่มุ่งหวังได้ด้วยตนเอง เป็นไปตามแนวคิด การกำกับตนเอง (Schunk, 1994: 76 อ้างอิงใน กนิษฐา จันทรฉาย, 2549) ที่มีการตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ด้วยการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายหรือกำหนดเกณฑ์ในการแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง การเตือนตนเอง (Self-monitoring) ด้วยการให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มและให้ตนเองคอยสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง และเมื่อกระทำพฤติกรรมเป้าหมายได้แล้ว จะให้เพื่อนสมาชิกกล่าวชื่นชม ยกย่อง พร้อมให้รางวัล ได้ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของมิเชล (Michael, 2003) ได้ศึกษาการกำกับตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและป้องกันโรคจะช่วยให้ป้องกันโรคอ้วนและบำบัดรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ประกอบกับใช้เทคนิคการสื่อสารระหว่างบุคคลซึ่งมีความสำคัญในการควบคุมน้ำหนักของ ดังนั้นการกำกับตนเองจะเป็นสิ่งที่คอยควบคุมอิทธิพลที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคอ้วนได้ ซึ่งได้ผลเช่นเดียวกับการวิจัยของ จาคิกิ (Jakici, 2003) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องการออกกำลังกายเพื่อศึกษาโรคอ้วน ผลการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการควบคุมน้ำหนักซึ่งอาจจะมีมากกว่าการเลือกรับประทานอาหาร เพราะว่าการออกกำลังกายจะมีประสิทธิภาพในการควบคุมน้ำหนักเมื่อควบคุมพลังงานจากสารอาหารที่รับประทานเข้าไปด้วย ในการวิจัยดังกล่าว ได้ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ประยุกต์มาจากแนวคิดการกำกับตนเอง โดยให้แพทย์ทำการกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่มีโรคอ้วนให้เริ่มออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ (วันละ 30 นาที ใน 5 วันต่อสัปดาห์) โดยที่แพทย์จะเป็นส่วนหนึ่งในการกำกับพฤติกรรมด้วยการโทรศัพท์ไปสอบถามถึงการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบกับการให้ที่บ้านที่สุขภาพเพื่อเป็นการเตือนตนเอง มีการเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินตามสภาพจริง ทั้งนี้เป็นเพราะว่าการออกกำลังกายในระดับนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้จากภายนอก ผลการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมน้ำหนักได้ และสามารถควบคุมน้ำหนักในระยะยาวต่อไปด้วยการออกกำลังกาย 300 นาทีต่อสัปดาห์ (วันละ 60 นาที ใน 5 วันต่อสัปดาห์) ผลการทดลองดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการการควบคุมตนเองทั้งจากภายในและ

ภายนอกสามารถที่จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ และความสำเร็จที่ได้รับทราบนั้นจะเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้เกิดการเพิ่มพฤติกรรม และงานวิจัยของ กุสุมา สุริยา (2550) ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมลดน้ำหนัก โดยการประยุกต์ใช้แนวความคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า กลุ่มที่เข้าโปรแกรมการกำกับตนเองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวและค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายที่ลดลง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($P < 0.05$) และสอดคล้องกับผลวิจัยของ วัชรภรณ์ ภูมิภูเขียว (2552) ด้วยเช่นกัน ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการพัฒนาพฤติกรรม การลดน้ำหนักของข้าราชการอำเภอหนองบัวลำภู จังหวัดเลย ซึ่งมีกิจกรรมการให้ความรู้ การใช้ตัวแบบจากวิดีโอ การแจกคู่มือการลดน้ำหนัก การสังเกตตนเองและประเมินพฤติกรรมตนเอง การฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยตนเอง มีการวางแผนการลดน้ำหนัก กำหนดการลงโทษและการให้รางวัลแก่ตนเอง การให้รางวัลคำชมเชย และการให้กำลังใจ ฯลฯ ซึ่งกลุ่มที่ได้รับการกำกับตนเองจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและดัชนีมวลกายลดลง ($P < 0.05$)

จากที่คณะวิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวความคิดการเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (วัฒนาพร กระจับทุกข์, 2542) มาใช้ในการสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้านได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยการให้โอกาสผู้เข้ารับบริการได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ที่มากที่สุด ซึ่งกิจกรรมนั้นจะต้องมีลักษณะที่ช่วยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม (Participatory Learning) อย่าง active คือ กระตุ้นให้ผู้เรียนมีความกระตือรือร้น มีความจดจ่อ ผูกพันกับสิ่งที่ทำกิจกรรมการเรียนรู้ที่มีคุณภาพ ทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา สังคม และอารมณ์ พร้อมมีการถ่ายโอนการเรียนรู้ซึ่งกันและกันได้เพิ่มขึ้นจากประสบการณ์ (Experiential Learning) ที่ทุกคนไปปฏิบัติในการทำพฤติกรรม 3 ข้อ ควบคุมอาหาร ออกกำลังกายและจัดการอารมณ์ พร้อมมีการสะท้อนความคิดและอภิปรายร่วมกัน (Reflect and Discussion) เมื่อมาประชุมร่วมกันและสื่อสารผ่าน facebook (ศิลา แหมมณี, 2548: 15 - 26) ซึ่งจากแนวคิดรากฐานจากปรัชญาการศึกษาและทฤษฎีการเรียนรู้ ที่ทำให้ผู้เรียนได้พัฒนาตนเองมีความต่อเนื่องยั่งยืนกว่าและเป็นแนวทางที่ได้รับการพิสูจน์ว่าสามารถพัฒนาผู้ให้บริการให้มีคุณลักษณะที่ต้องการอย่างได้ผล (วัฒนาพร กระจับทุกข์, 2542 : 4) และในงานวิจัยครั้งนี้ได้มีการจัดการเรียนการสอนเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ที่สอดคล้องกับการดำรงชีวิต เหมาะสมกับความสามารถและความสนใจของนิสิตผู้รับบริการ โดยให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมและลงมือปฏิบัติจริงทุกขั้นตอน จนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ได้ปฏิบัติจริง (วัฒนาพร กระจับทุกข์, 2542 : 11) และ ณัฐวุฒิ กิจรุ่งเรือง และคณะ (2545 : 10) จนค้นพบข้อควรรู้และวิธีการปฏิบัติด้วยตนเองและจากแหล่งเรียนรู้ที่หลากหลายที่แสวงหาและประสบการณ์ จึงสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ต่อเนื่องไม่เฉพาะช่วงเวลาที่มาพบปะกันในวันประชุมเท่านั้น จึงทำให้ผลการติดตามพฤติกรรม 3 ด้านและน้ำหนักตัวยังคงมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นทั้งระยะสิ้นสุดการทดลองทันทีและระยะหลังทดลอง 4 สัปดาห์ เมื่อเทียบกับคะแนนพฤติกรรมและน้ำหนักตัวก่อนทดลอง

จากผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อ 5 ที่ว่า นิสิตที่มีลักษณะจิตสังคมต่างกันเมื่อเข้ารับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะมีการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งมาจากวัตถุประสงค์ที่ว่า กลุ่มนิสิตที่มีลักษณะทางจิตสังคม (เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม) แตกต่างกันเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะมีส่งผลให้การรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ และน้ำหนักตัวต่างกัน พบผลว่า สนับสนุนสมมติฐานบางส่วน นั่นคือไม่พบปฏิสัมพันธ์ร่วมสามทางของปัจจัยทางจิตและสังคมกับโปรแกรมฯ ที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเองและพฤติกรรมดูแลสุขภาพ แต่พบผลปฏิสัมพันธ์สองทางเฉพาะปัจจัยทางจิต ได้แก่ เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับโปรแกรมฯ ที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ แสดงว่า นิสิตที่มีเจตคติที่ดีต่อ

พฤติกรรมสุขภาพสูงเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมแล้วจะส่งผลให้การรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นกว่านิสิตที่มีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพต่ำและเข้าโปรแกรมฯ เป็นไปตามทฤษฎีเชิงปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1986 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549: 54) ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ไม่ได้เป็นผลมาจากการเสริมแรง และการลงโทษจากภายนอกแต่เพียงอย่างเดียวหรือปัจจัยทางสังคมเท่านั้น แต่มนุษย์สามารถกระทำพฤติกรรมบางสิ่งบางอย่างด้วยการควบคุมความคิด ความรู้สึก ของตนเองหรือปัจจัยทางจิต เช่นเดียวกับ แนวคิดของลูเรีย (Luria) ไววอตสกี (Vygotsky) และ ลีออนเทียฟ (Leontief) ซึ่งอธิบายว่า ในการพัฒนาการมนุษย์ได้รับอิทธิพลมาจากสังคมและวัฒนธรรมโดยผ่านกระบวนการเสริมสร้างคุณลักษณะของตนเอง (Internalization) อิทธิพลดังกล่าวจะผ่านกลไกทางจิตใจขั้นพื้นฐาน (Basic Psychological Mechanisms) แล้วเปลี่ยนรูปเป็นระบบสัญลักษณ์ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบขั้นสูงของจิตใจต่อไป และในงานวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาปฏิสัมพันธ์ร่วมของคุณลักษณะทางจิตร่วมด้วยได้แก่ เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งหมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ อาจแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งต่างๆในทางบวก คือ เห็นด้วย พอใจ ยอมรับหรือสนับสนุน หรือในทางลบ คือ ไม่เห็นด้วย ไม่พอใจ ไม่ยอมรับ หรือไม่สนับสนุน (พินดา พัฒนบณเมือง, 2545) เป็น ความรู้สึกของบุคคลอันเป็นผลเนื่องมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ และเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดง พฤติกรรมสุขภาพต่อสิ่งต่างๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นไปในทางสนับสนุนหรือต่อต้านก็ได้ เช่นเดียวกับไอเซนและฟิชไบน์ กล่าวว่า เจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Attitude towards behavior) (Ajzen & Fishbein, 1980; ธีระพร อวรรณโณ, 2535: 255-265; ศิริวรรณ โพธิ์วัน, 2546: 24-26; อ้างใน พัชรี ดวงจันทร์, 2550: 36 - 39) เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นว่าเป็น ทางบวกหรือทางลบ หรือสนับสนุน-ต่อต้านการกระทำนั้นๆ โดยทั่วไปถ้าบุคคลมีเจตคติทางบวกมากเท่าใด ก็ควรมีเจตนาหนักแน่นที่จะกระทำพฤติกรรมมากเท่านั้น ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมีเจตคติทางลบมากเท่าใด ก็มีเจตนาที่หนักแน่นที่จะไม่กระทำพฤติกรรมมากเท่านั้น ดวงเดือน พันธุมนาวัน (2524 : 5 - 9) สอดคล้องกับการศึกษาของ อุบล เลี้ยววาริณ (2534) ที่ได้เห็นความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาในกลุ่มผู้ทำงานในโรงงานและ โรงพยาบาล พบว่า ตัวทำนายที่สำคัญที่สุดของพฤติกรรมสุขภาพ คือ เจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ และ ศศิธร ภูษัยัน (2546) ได้ทำการศึกษาจิตลักษณะและปัจจัยสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า กลุ่มที่มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองสูง จะ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่ากลุ่มที่มีปัจจัยดังกล่าวต่ำ และวีรพล จันธิมา (2541) ได้ศึกษา ลักษณะมุ่งอนาคตและควบคุมตน เจตคติต่อการออกกำลังกาย และพฤติกรรมออกกำลังกายของ บุคลากรในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พบว่า เจตคติต่อการออกกำลังกายเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดของ พฤติกรรมออกกำลังกาย โดยสามารถทำนายได้ ร้อยละ 45 และเจตคติต่อการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้อง กับเมอร์ดักและฮินซอ (Murdaugh ;& Hinshaw, 1986) ที่ทำการศึกษาลักษณะที่ส่งผลต่อการกระทำ พฤติกรรมสุขภาพ พบว่า เจตคติต่อการออกกำลังกายจะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคมนั้นถือเป็นสาเหตุด้านสถานการณ์หรือสาเหตุภายนอก เพราะการดำรงอยู่ของมนุษย์ในสังคมจำเป็นต้องมีการติดต่อสื่อสาร มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และความรู้สึกซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม การพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาวิจัยของไทเดน (เพชรา อินทรพานิช, 2536 อ้างอิงจาก Tiden, 1985) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพอนามัย และเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

อย่างเพียงพอจะช่วยลดความเครียด สามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสมนำไปสู่การมีสุขภาพอนามัยที่ดี นอกจากนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายถึงชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีด้วย (William, 2000) สอดคล้องกับอิสราเอล (Israel, 1985:65-80) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นเสมือนแรงกระตุ้น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์ และมีนักวิชาการหลายท่านกล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียด เพราะการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับนั้น จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีอารมณ์มั่นคง เกิดความรู้สึกมั่นใจในตัวเองและแก้ปัญหาได้ตรงจุด และกุสุมา สุริยา (2550) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนัก โดยการประยุกต์ใช้แนวความคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการลดน้ำหนักมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักคือ การมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหารและอารมณ์ ของกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) ได้ศึกษาอิทธิพลของลักษณะทางจิต ลักษณะสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของบุคลากรกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของบุคลากรกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 58.0 อย่างมีนัยสำคัญ

จากผลวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งได้ผลเช่นเดียวกับงานวิจัยครั้งนี้ เมื่อพิจารณาเฉพาะรายตัวแปร (Main Effect) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.05 ($F\text{-test} = 4.979, p = .03$) แต่เมื่อพิจารณาการปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งแบบสองทางและสามทาง พบว่า ไม่พบผลปฏิสัมพันธ์ร่วมของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับโปรแกรมฯ ที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ นั้นแสดงว่า นิสิตทั้งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับนิสิตที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเมื่อเข้าร่วมโปรแกรม ก็จะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และน้ำหนักตัวไม่แตกต่างกัน ดังนั้นโปรแกรมนี้จึงไม่จำกัดเฉพาะกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเท่านั้น จึงจะช่วยส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น อาจเป็นเพราะโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพครั้งนี้ เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและเน้นให้ผู้เข้าโปรแกรมดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองเป็นหลักดังนั้น นิสิตที่สามารถกระทำพฤติกรรมลดน้ำหนักได้อย่างต่อเนื่องต้องเป็นผลมาจากปัจจัยภายในหรือคุณลักษณะทางจิตที่เป็นแรงขับเคลื่อนให้นิสิตกระทำพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ

1. หน่วยงานกำกับการทำงานด้านสุขภาพ ควรให้ความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพด้าน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของบุคลากรทางสุขภาพหรือผู้สนใจ เช่น หน่วยงานส่งเสริมสุขภาพตามโรงพยาบาลต่างๆ เป็นต้น ด้วยกระบวนการฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อย่างเข้มข้นที่เน้นการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางแท้จริง และส่งเสริมให้ใช้เครือข่ายทางสังคม กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน หรือกระบวนการกลุ่มช่วยในการกำกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและสมาชิกกลุ่มให้มีความต่อเนื่อง พร้อมให้การเสริมแรง สร้างแรงจูงใจจากบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อยืนยันผลวิจัยที่เป็นเทคนิคสำคัญที่จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ทั้งในกลุ่มประชากรกลุ่มเล็กและกลุ่มใหญ่ในพื้นที่ต่าง ๆ ในหน่วยงาน โรงเรียนหรือแม้แต่มหาวิทยาลัย

2. หัวใจสำคัญที่ทำให้โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประสบความสำเร็จอีกประการหนึ่ง นอกเหนือจากศักยภาพของผู้ให้บริการ ก็คือ การให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมของผู้รับบริการ ดังนั้น ก่อนที่จะดำเนินการจัดกิจกรรม หรือ จัดโครงการ จะต้องมีการสำรวจถึงสภาพปัญหาบริบทที่เป็นจริงของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อที่ผู้ให้บริการจะได้รู้และเข้าใจวิถีชีวิตของผู้รับบริการ ให้มากที่สุด เพื่อการเป็นพวก

เดียวกันอย่างกลมกลืน และได้รับความไว้วางใจมาสู่การกำหนดแผน กิจกรรม ดำเนินการและกำกับติดตาม ให้บรรลุผลสำเร็จร่วมกัน ทั้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ถึงจะส่งผลทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการเห็น ความสำคัญของการเข้าร่วมกิจกรรม และทำให้โครงการประสบความสำเร็จได้

3. ในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นเรื่องของหน่วยงานที่เห็นความสำคัญในการ เสริมสร้างคุณภาพชีวิตของบุคคลในส่วนที่อยู่ในกำกับดูแลของหน่วยงาน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ มหาวิทยาลัย ผู้บริหารคณะและอาจารย์ผู้สอนเห็นความสำคัญ จึงทำให้โครงการประสบความสำเร็จได้ ซึ่งมีความ สอดคล้องกับนโยบายหลักของคณะทางด้านสุขภาพที่นิสิตควรเป็นแบบอย่างทางด้านสุขภาพที่ดีให้กับนิสิต คณะอื่นได้ จึงได้รับความเห็นชอบ ความร่วมมือจากผู้บริหารคณะและอาจารย์ผู้สอนเป็นอย่างดี

4. จากผลวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับการได้รับโปรแกรมฯ แต่ เจตคติที่ดีต่อสุขภาพมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับการได้รับโปรแกรมฯ ดังนั้น ก่อนการทดลองผู้จัดโปรแกรมควรเปิดรับ สมัยผู้เข้าร่วมโปรแกรมเฉพาะกลุ่มที่สมัครใจและมีความรู้สึก เห็นคุณค่าและพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรม สุขภาพตนเอง ให้บรรลุความสำเร็จ ในการลดน้ำหนักได้ มาเข้าโปรแกรมฯ จะช่วยให้โปรแกรมนี้อาจสำเร็จได้ มากขึ้น หรือ ในการจัดกิจกรรมควรเน้นกิจกรรมการสร้างเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพก่อนในช่วงแรก โดยใช้กิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือกระบวนการกลุ่มได้ โดยอาจไม่จำเป็นต้องเสริมด้วยกิจกรรมการ สนับสนุนทางสังคม ใช้วิธีปล่อยให้เป็นธรรมชาติใช้เพียงการเสริมแรงจากผู้จัดโครงการหรือเพื่อนสมาชิกใน กลุ่มก็เพียงพอสำหรับกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่

5. มหาวิทยาลัยซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยสุขภาพ ควรหันมาให้ความสำคัญกับกิจกรรมเสริมหลักสูตร ด้วยการเสริมสร้างสุขภาพของนิสิตอย่างจริงจังและต่อเนื่องอย่างน้อย 8 สัปดาห์ เพื่อบรรลุความสำเร็จ สำหรับนิสิตที่มีภาวะโภชนาการเกิน และเสริมแรงด้วยการสร้างโมเดลแบบอย่างนิสิตที่ทำสำเร็จ ได้ด้วย พลังใจของตนเอง เมื่อจบจากสถาบันฯ มีความภาคภูมิใจมีบุคลิกภาพหรือมีภาพลักษณ์ทางสุขภาพที่ดี ซึ่งมหาวิทยาลัยนอกจากจะผลิตคนเก่ง ผลิตแรงงานที่มีคุณภาพทั้งทางสติปัญญาเท่านั้น แต่เป็นการผลิต นิสิตที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วนทั้งด้านสังคม อารมณ์ คุณธรรมและสุขภาพที่ดี ให้กับสังคมไทยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการออกแบบกิจกรรมครั้งต่อไป ควรเสริมด้วยกิจกรรมการสร้างเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ ในกิจกรรมแรก ๆ และควรวัดการเปลี่ยนแปลงของเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพร่วมด้วย

2. ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นนิสิตเฉพาะสาขาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อได้ ตระหนักและเห็นความสำคัญที่เป็นผลจากความคาดหวังของสังคมที่ต่อนิสิตกลุ่มนี้ที่ต้องเป็นแบบอย่างที่ดี ด้านสุขภาพ ดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไป อาจศึกษาเปรียบเทียบกับนิสิตในกลุ่มสาขาอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับด้าน สุขภาพ เพื่อพิจารณาว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางจะมี ประสิทธิภาพกับกลุ่มนิสิตที่ไม่เคยมีความรู้ด้านสุขภาพมาก่อน ได้ผลดีเช่นกันหรือไม่

3. ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาประสิทธิภาพเฉพาะโปรแกรมเดียวคือที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป อาจจะออกแบบงานวิจัยที่ศึกษาเปรียบเทียบกับโปรแกรมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพด้วยเทคนิคการเรียนรู้อื่น ๆ ที่หลากหลายได้ เช่น กิจกรรมรายบุคคล กิจกรรมที่เน้น การสอนการให้ความรู้ กิจกรรมทางออนไลน์อย่างเดียว เป็นต้นดังนั้นจึงควรศึกษาในกลุ่มทดลองหลายกลุ่ม

4. ในการวิจัยเชิงทดลอง สามารถศึกษาเกี่ยวกับการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ร่วมด้วย ดังนั้น ในการวิจัย ครั้งต่อไป อาจศึกษาสาเหตุปัจจัยอื่น ๆ ที่ผู้วิจัยไม่ได้จัดกระทำ ร่วมกับปัจจัยที่เป็นโปรแกรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยจัดกระทำขึ้นว่า มีผลต่อ พฤติกรรมสุขภาพด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา สุขภาพ ไปพร้อมกันได้ เพื่อตอบโจทย์การวิจัยได้กว้างขึ้น และใกล้เคียงกับสภาพที่เป็นจริงในบริบท

เอกสารอ้างอิง

- กมลพรรณณ์ เมฆวรวุฒิ และอัมพร ชัยศิริรัตน์.(2544).คลินิกคนอ้วน.กรุงเทพฯ: อัลฟ่าพับลิชชิ่ง.
- กนิษฐา จันทรฉาย.(2549).การกำกับตนเองเพื่อการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียนประถมศึกษา โรงเรียน บำรุงวิทยายนบุรี กรุงเทพมหานคร.วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2548). คู่มือแนวทางการดูแลรักษาโรคอ้วน.กรุงเทพฯ:ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต. (2546). ความเครียดของคนไทย : การศึกษาระดับชาติปี 2546.นนทบุรี: ปิยะนันท์พับลิชชิ่ง.
- กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.(2550).สถิติสาธารณสุขประจำปี 2550. กรุงเทพฯ: องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองโภชนาการ.(2550). โรคอ้วนลงพุง.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก.
- กุสุมา สุริยา. (2550). ประสิทธิภาพของโปรแกรมลดน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้แนวความคิดการกำกับตนเองร่วมกับ แรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภูจังหวัดหนองบัวลำภู. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- คณะกรรมการจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย. (2549). สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่าง ประเทศ. กระทรวงสาธารณสุข.
- จุฬารณ รุ่งพิสุทธิพงษ์, อรสา พันธักดิ์, อังรา บุญทวี,ไสวรินทร์ กุลพงษ์. (2537). การรักษาโรคอ้วนโดย การแก้ไขพฤติกรรม. ว.โภชนบำบัด. 5(2): 38-44.
- จินตนา บิลมาศ.(2529). คุณลักษณะของข้าราชการพลเรือน. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการ ข้าราชการพลเรือน.
- จารุพรรณ ลีละยุทธโยธิน.(2544). ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมพัฒนาบุคลากร ความไว้วางใจในหัวหน้า หอผู้ป่วย การทำงานในทีมการพยาบาลกับประสิทธิผลของหัวหน้าหอผู้ป่วย การทำงานในทีมการ พยาบาลกับประสิทธิผลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร.วิทยานิพนธ์ บริญญามหาบัณฑิต. สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จำปี ประสิทธิ์ชัย. (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการ พยาบาลโรงพยาบาลรามารามอิตี. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิตสาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2542). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วน สามัญนิติบุคคลสหประชาพานิชย์.
- จิตติพัฒน์ สงบกาย. (2533). ผลของการกำกับตนเองต่อความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองและ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาคณิตศาสตร์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. วิทยานิพนธ์ปริญญา ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐกานต์ ทองสนธิ. (2549). การศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุบางลักษณะที่มีต่อยุทธวิธีการเผชิญปัญหา ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดชลบุรี.วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิตสาขาการวิจัยและสถิติ การศึกษา.กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย.มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ณิชพัฒน์ ชีระพลเศรษฐ์.(2552). ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคอ้วน และพฤติกรรมในการควบคุมและลด น้ำหนักของนักศึกษาหึงระดับอุดมศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.การศึกษาอิสระปริญญาวิทยา ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์ความงามและสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ดร.ณิ ดลรัตน์ภัทร. (2545). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่วัยกลางคน*. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น. (2542). *ผลของการใช้โปรแกรมฝึกการกำกับตนเองต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนวรรณ อัมสมบุรณ์. (2549). *แนวคิดการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ*. เอกสารประกอบการสอน นิสิตปริญญาโท. สาขาสุศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- นิตยา พันธุระย และนุชรี อาบสุวรรณ. (2552). *ประเด็นรณรงค์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2552*. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- น้ำฝน ทองตันไทรย์.(2541). *การรับรู้ความสามารถของตนเองและการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในวัยรุ่นหญิง*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญนุช เกษมสันต์ ดุลยจินดา.(2544). *อ้วน โรคที่รักษาและควบคุมได้* (ม.ป.ท.: ม.ป.พ.).
- บุศรินทร์ ประกอบธรรม. (2548). *ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณอายุในจังหวัดชลบุรี*. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปภัสนร กิมสุวรรณวงศ์. (2546). *จิตลักษณะและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพกาย และพฤติกรรมสุขภาพจิตของข้าราชการสูงอายุ ในมหาวิทยาลัยขอนแก่น*. ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2536). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา*. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ
- ปราณีต ผ่องแผ้ว. (2539). *โภชนศาสตร์ชุมชน : ในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงภาวะเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว*. กรุงเทพฯ: ลิฟวิง ทรานส์ มีเดีย.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2536). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา*. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ
- พจมาน มุสิกะสาร.(2547). *การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและภาวะโภชนาการของผู้ชายวัยทองในชุมชนหนองแวงตาชู 5 เขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น*. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรหมินทร์ เมธากัญจนศักดิ์.(2548,กรกฎาคม – กันยายน). *แนวทางการลดน้ำหนักเพื่อการมีสุขภาพดี*. วารสารศูนย์บริการวิชาการ. 13(3) ; 10 - 16
- พรรณราย พิทักษ์เจริญ.(2543). *จิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและจิตของข้าราชการสูงอายุ*. ปริญญาโท ศศ.ป. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาบริหารศาสตร์.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. สำนักทดสอบการศึกษาและจิตวิทยา. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พัชรี ดวงจันทร์ (2550). *ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนและดัชนีมวลกายในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนสาธิตกรุงเทพมหานคร*. ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิตสาขาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พัศกรณ เปี้ยนสงค์. (2550). *ปัจจัยทางชีวสังคมและจิตลักษณะบางประการที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน บริษัทการบินไทย จำกัด (มหาชน)*. บัณฑิตวิทยาลัย สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- ไพโรจน์ พัวพันธุ์ และเพลินจิต คันธรณาจารย์. (2551,เม.ย. – มิ.ย.). ความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะ
 แห่ตนกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในหญิงวัยกลางคน อำเภอบ้านดุง จังหวัด
 อุดรธานี.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2(2). (ฉบับเสริม 5) .
- ยิ่งยง เทาประเสริฐ. (2536). การสื่อสารทางโภชนาการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม:การปรับเปลี่ยน
 พฤติกรรมการกินในอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ: ที.พี.พรินท์.
- รวิชา หงส์โรจนภาคย์. (2545) .การรับรู้สมรรถภาพแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินใน
 สตรีวัยกลางคน. วิทยานิพนธ์ พย.ม. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุจิเรข พิษิตานนท์. (2546). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฉลาดเลือกกินของนักเรียนวัยรุ่น
 ตอนปลาย. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิตสาขาพัฒนาสังคม.สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- กรมควบคุมโรค.(2548). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2548.
 สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค(2550). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2550.
 สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- รัชดาวรรณ ลิมาขาน. (2549). กิจกรรมทางกายและภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวิทยาลัย
 แพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล วิทยาศาสตร์บัณฑิตสาขาสุขศึกษา. บัณฑิต
 วิทยาลัย กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วรรัตน์ สุขคุ้ม. (2551). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่อ
 พฤติกรรมการบริโภคขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิณะ วีระไวยะ และสง่า ดามาพงษ์. (2541).พฤติกรรมการบริโภคอาหาร.กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การ
 ทหารผ่านศึก.
- วนิชา กิจวรพัฒน์ .(2550). โรคอ้วนลงพุงภัยเงียบที่คุณคาดไม่ถึง. กองโภชนาการ กรมอนามัย
 กระทรวงสาธารณสุข.
- วารินทร์ ปุยทอง. (2547). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขต
 องค์การบริหารส่วนตำบลวังดั่ง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี.บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาศาสตร์
 มหาบัณฑิตสาขาสุขศึกษา. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- วัชรภรณ์ ภูมิภูเขียว. (2552).ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีขั้นตอน
 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการพัฒนาพฤติกรรมการลดน้ำหนักของข้าราชการ อำเภอนาแห้ว
 จังหวัดเลย.สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิต
 วิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิลาสลักษณ์ ชั่ววัลลี (2542). ผลของรางวัลภายนอกและการรับรู้ความสามารถของคนที่ต่อแรงจูงใจ
 ภายในของนักเรียน.รายงานการวิจัยฉบับที่ 81 สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรี
 นครินทรวิโรฒ.
- ศศิธร ภูยั่น. (2546). จิตลักษณะและปัจจัยสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง
 ของพยาบาลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา
 การศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศศิธร อุตสาหกิจ.(2550). ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุม
 น้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายในสตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วิทยานิพนธ์พยาบาล
 มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน.มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ศุภวรรณ มโนสุนทร. (2548). ผลกระทบของภาวะอ้วนต่อภาระโรคในประเทศไทย.วารสารวิชาการ
 สาธารณสุข. 14 (2) : 337 – 334.

- ศิริลักษณ์ สีนธวาลัย. (2533). *การพัฒนาผลิตภัณฑ์ทางโภชนาการ*. คณะอุตสาหกรรมเกษตร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. กรุงเทพฯ.
- ศิริมา วงศ์แหลมทอง. (2542). *ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศัลยา คงสมบูรณ์เวช. (2551). *กินอย่างไรไม่อ้วนไม่มีโรค*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : อมรินทร์สุขภาพ.
- สมชาย ลีทองอิน. (2545). *ขยับกายสบายชีวี. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ:องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2549). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หน้า 59-60.
- สมลักษณ์ นิมสกุล และคณะ. (2543). *ผลกระทบของการบริโภคอาหารต่อภาวะโภชนาการของหญิงวัยเจริญพันธุ์มารชนบจังหวัดเชียงใหม่*. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2547). *ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - 2547*. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2552). *ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - 2552*. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2539). *ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2538 - 2539*. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ.
- สาคร ธนนิมิตต์. (2545). *ผลกระทบของภาวะโภชนาการตลอดวงจรชีวิตของมนุษย์*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการโภชนาการ. 2544. เรื่องอาหารและโภชนาการเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพ ในโอกาสครบรอบ 25 ปี แห่งการก่อตั้งสถาบันวิจัยโภชนาการ ระหว่างวันที่ 21 – 23 มกราคม 2545 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ:สถาบันวิจัยโภชนาการและคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล :155 – 156.
- สิริภรณ์ หันพงศ์กิตติกุล. (2542). *แหล่งความเครียดในงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่*. เชียงใหม่ : พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุกัญญา กฤษณะเศรณี. (2542). *ผลของการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความจำต่อความเชื่อในความสามารถของตนเองและความสามารถในการระลึกตามลำดับของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ที่มีระดับสติปัญญาแตกต่างกัน*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาพัฒนาการ). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรุงเทพฯ
- สุดารัตน์ หนูหอม. (2544). *อิทธิพลของเขาวนอารมณ์ที่มีต่อความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของพยาบาล:ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศิริราช*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ. (2533, เมษายน-กันยายน). *พฤติกรรมการกินของคนไทย*. วารสารสุขภาพศึกษา.
- สุพิชชา วงศ์จันทร์. (2554). *อิทธิพลของลักษณะทางจิต ลักษณะสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของบุคลากรกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข*. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุภามิตร นามวิชา. (2549). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตจังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิตสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุภาค เพ็ชรนิล. (2550). *พฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของคนวัยทำงาน ตำบลเชิงกลัด อำเภอบางระจันจังหวัดสิงห์บุรี*. สารนิพนธ์. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สุจิต สุนทรธรรม. (2544). *แนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน การตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สุชาติ มะโนทัย.(2541). โรคอ้วน. *ว.วิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์*. 12 (1): 55-61.
- สุชาติ โสมประยูร ;& เอ็มอัณษา วัฒนบุรณนธ์. (2542). *การบริหารงานสุขศึกษาโรงเรียน*. กรุงเทพฯ : เอ บี เทรตติ้ง.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ.(2550). *รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2550*. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- อรพรรณ พรหมเชยธีระ. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนพยาบาล: กรณีศึกษาวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก*. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา.บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อรอุมา จิรณิตกุล. (2544). *ผลของการฝึกการกำกับตนเองที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาภาษาไทยของนักเรียนที่มีบุคลิกภาพต่างกัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2552). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก Promise Model*. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์.มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. สุขุมวิทการพิมพ์.
- อุบล นิวัติชัย.(2537).*หลักการพยาบาลจิตเวช*.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุบล เลี้ยววาริณ.(2534). *การศึกษาและอาชีพที่เกี่ยวข้องกับจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของชาวกรุงเทพฯ*. วิทยานิพนธ์การศึกษาดุสิตบัณฑิต.สาขาพัฒนศึกษาศาสตร์ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร
- อุดมศักดิ์ แสงวานิช.(2546). *ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อนุชิต สินจัตรัส.(2545). *การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการความเครียดของสตรีวัยกลางคนในครัวเรือนเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดขอนแก่น*.วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อารีย์รัตน์ สุขโข. (2546). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังกายของสตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานที่อยู่ใกล้เขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เอมอร โพธิ์ประสิทธิ์. (2548).*ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลบางแพ*.วิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสุขศึกษา.บัณฑิตวิทยาลัย.มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- Annesi and Gorjala. (2010), *Relations of self-regulation and self-efficacy for exercise and eating and BMI change:A field investigation BioPsychoSocial Medicine*. Atlanta, Georgia, USA.
- America College of Sports Medicine. (2006). *ACSM Guidelines for Exercise Testing and Prescription*.7th ed. Lippincott Williams & Wilkins.American College of Sports Medicine.
- Arthur,H. Rubenstein.MBBCH.(2005).*Obesity : A Modern Epidemic*.The American Clinical And Climatological Association. Retrieved May 15,2011, From <http://Pubmedcentral.gov/article-render.fcgi?tool=pmcentrez&rendertype>.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*.Englewood Cliffs,N.J.: Prentice Hall.

- Bandura, A. (1986). *Social Foundation of Thought and Action. : A Social cognitive theory*. New Jersey : Prentice – Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self- Efficacy : The exercise of control*. New York. W.H. Freeman.
- Bandura, A. ;& Cervone, D. (1983,May). Self – Evaluation and Self- Efficacy Mechanisms Governing the Motivational Effects of Goal System.*Journal of Personality and Social Psychology*. 45 : 1017 – 1028.
- Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. *Annals of Child Development*. 6: 1 – 60.
- Bloom S. Benjamine. (1975). *Toxomomy of Education Objective Handbook I, Cognitive Domain*. New York : David Mckay.
- Burns. (1996, September). New Recommendation for Physical Activity as A Mean of Health Promotion. *Nurse Practition*. 21 :18 – 19.
- Center for Disease Control and Prevention.(1996). Physical Activity for Everyone. Department of Health and Human Services. Available from <http://www.cdc.gov>.
- Clarke, Margaret.A. (1984, September). Stress and Coping : Constructs for Nursing. *Journal of Advance Nursing*. 24(9) : 3 – 13.
- Como, N.D. (1990). *Mosby 's Dictionary : Medical Nursing and Allied Health*. St. Louis ; The C.V. Mosby.
- Crider, Andrew B.; et.al. (1983). *Phychology*. London : Scott – Foresman.
- Darley, John M.; et.al.(1983). *Stress and Coping” Psychology*. Englewood Cliffs.New Jersey : Prentice – Hall.
- Devison, R.;& S.Grant. (1993). *Is Walking Sufficient Exercise for Health*. *Sports Medicine*. 16 (6): 369-373.
- Dipietro,L.; Carporson,C.J.; Ostfeld,A.D.;& Nadel,E.R. (1993). Survey for assessing physical Activity among older adults. *Medicine and Science in Sports & Exercise*. 25(5).
- Goosen,G.M. ;&Bush,H.A. (1979). Adaptation: A Feedback Process. *Advances in Nursing Science*. 1(8):27 – 32.
- Husen,Torsten and Postlethwaite,T. Neville. Editors-in-Chief. (1994). *The International Encyclopedia of Education*. Volome 6,Second Edition, Oxford:Program.
- Jakici, J.M. (2003). Exercise in the treatment of obesity. *Endocrinol Metabolin North Am*. 32(4), 967 – 980.
- Katherine, M ;& et.al. (Jan, 2010). Prevalence and Trends in Obesity Among US Adult, 1999 – 2008. *The Journal of American Medical Association*. National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention. Hyattsville, Maryland.
- Kelleberg,M.E.;& Davis A. (1980). *New Dimension in Mental Health Psyciatric Nursing*.New York . McGraw – Hill.
- Lazarus,RS. (1971).*Phycological Stress and Coping Process*. New York :McMraw. Hill Book.
- Lazarus, R. ;& S. Folkman. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Spring Publishing.
- Larzelere, R.; & Huston, T. (1980). The Dyadic Trust Scale: Toward Understanding Interpersonal Trust in Close Relationships. *Journal of Marriage and the Family*. 42: 595-604.

- Lee, C.; & P. Bobko. (1994, March). Self – Efficacy Beliefs Comparison of Five Measures. *Journal of Applied Psychology*. 79: 364 – 369.
- Lewicki, R.F.; & Bunker, B.B. (1996). *Developing and Maintaining Trust in Work Relationship*. In R.M. Kramer, and T. Tyler (eds). *Trust in Organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage. Pp. 119-124.
- Menghan, Elizabeth. (1982, July). Measuring Coping Effectiveness Panel Analysis of Material Problem and Coping Effort, *Journal of Health and Social Behavior*. 4(3) : 21 – 23.
- Michael R. Lowe. (2003, October). Self-Regulation of Energy Intake in the Prevention and Treatment of Obesity : Is It Feasible?. *Obesity Research*. Vol. 11 : 44S – 59s
- Michale, J. Gibney.; & et.al. (2002). *Human Nutrition*. Great Britain: Ashford Colour Press.
- Mischel, W. ; & Mischel, H., (1976). *A cognitive social-learning approach to morality and self-regulation*. In: Lekona, T., Editor, 1976 : 5
- Monet; Alan; & Richard, S. Lazarus. (1977). *Stress and Coping*. New York : Columbia University Press.
- Murdaugh, C., & Hinshaw. (1986, January-February). A.S. Theoretical model testing to identify personality Variables effecting preventive behaviors. *Nursing Research*, 35.
- Mayer, R. C.; Davis, J. H.; & Schoorman, F. D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20 (3), 709-734.
- Narrow, B.W.; & Buschle, K.B. (1987). *Fundamental of Nursing Practice* 2nd edition. New York : John Wiley.
- National Institutes of Health. (1998, September). *Clinical Guidelines of the Identification and Treatment of Overweight and Obesity in Adult*. NIH_Publication. No 98 - 4083
- Nemet, Barkan, Epstein, Friedland, Kowen, & Eliakim. (2005). Short-and Long-Term Beneficial Effects of a Combined Dietary-Behavioral-Physical Activity Intervention for the Treatment of Childhood Obesity. *Pediatrics*. 115: e443-e449.
- Palank, C.L. (1991, December). Determinants of Health – Promoting Behavior : A Review of Current Research. *Nursing Clinics of North America*. 26: 815-832.
- Pender, N.J.; & et.al. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. 4th (ed). USA: Peason Education.
- Richad P. Bagozzi. (Jun., 1992). The Self-Regulation of Attitude Intentions and Behavior. University of Michigan .*Social Psychology Quarterly*. 55(2), 178 – 204.
- Robert, M.K.; James, F.; Sallis, J.; & et.al. (1993). *Health and Human Behavior*. 6 : 349 – 369.
- Rogers, C.R. (1951). *Client – centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin
- Roger, C.R. (1951). *On Becoming a Person*. Boston: Houghton Mifflin
- Sanjur, D. (1982). *Social and Culture Perspectives in Nutrition*. United State: Prentice – Hall.
- Seefedth; MAlina; & Clark. (2002). Factor Affecting Levels of Physical Activity in Adult. *Spots Medicine*. 32(30) : 143 – 168.
- Schermerhon, J. R.; J. G. Hunt; & R. N. Osborn. (1988). *Managing Organizational Behavior*. New York : John Wiley.

- Spiegel, A. (1998). *Clinical Guidelines on The Identification, Education and Treatment of Overweight and Obesity in Adults*. The Evidence Report. National Institutes of Health. Department of Health & Human Service.
- Schunk, D.H. (1981, February). Modeling and Attributional Effects on Children's Achievement : A Self-Efficacy Analysis. *Journal of Educational Psychology*. 73 : 548 – 556.
- Sutor, C.J. Crowley, M.F. (1984). *Nutrition : Principle and Application in Health Promotion*. 2nd ed. Philadelphia : J.B., Lippincott.
- Thompson, J. et al. (2003). American Heart Association Council on Clinical Cardiology Subcommittee on Exercise, Rehabilitation and Prevention. American Heart Association Council on Nutrition physical Activity and Metabolism Subcommittee on Physical Activity. *Exercise and physical activity in the prevention and treatment of Atherosclerotic Cardiovascular Disease*. *Circulation*. 107 : 3109 – 3116.
- World Health Organization. (2000). *Obesity : Prevention and Managing the Global Epidemic*. Report of WHO Consultation on Obesity.
- World Health Organization; International Association for the Study of Obesity & Interagency Oncology Task Force. (2000). *The Asia-Pacific perspective: redefining obesity and its treatment*. Health Communications Australia.
- World Health Organization. (2003). *Obesity and Overweight*. Global Strategy on Diet, Geneva. WHO.
- World Health Organization. (2004). Expert Consultation Appropriate Body Mass Index for Asian Populations and Its Implication for Policy and Intervention Strategies. *Lancet*, (363), 157 – 163.
- World Health Organization. (2005). *Global Report. Preventing Chronic Diseases*. A Vital Investment. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1995). Physical Status The Use and Interpretation of Anthropometry. *The World Health Report*. 1(1) : 1 – 45.

ภาคผนวก

ตาราง 17 ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการแจกแจง (Normal distribution) ของตัวแปร

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ความเบ้	ความโด่ง	Shapiro Wilk (Sig)	ความเบ้	ความโด่ง	Shapiro Wilk (Sig)
ก่อนทดลอง						
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.659	-.413	.051	.729	.709	.359
- การกำกับตนเอง	-.078	-.637	.766	.309	-.265	.843
- พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	-.521	2.117	.039	.187	-.554	.247
- น้ำหนัก	.571	-.068	.069	1.047	.656	.012
หลังทดลอง						
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.368	-.418	.690	.326	.367	.393
- การกำกับตนเอง	.749	.601	.037	-.061	-.408	.882
- พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	.613	-.489	.057	-.017	.432	.492
- น้ำหนัก	.376	-.965	.084	1.150	1.086	.010
หลังทดลอง 4 สัปดาห์						
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	-.189	-.620	.614	.516	-.128	.177
- การกำกับตนเอง	1.067	2.539	.079	.305	-.682	.473
- พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	.511	-.821	.063	-.065	-.825	.543
- น้ำหนัก	.513	-.578	.199	1.216	1.427	.100

ตาราง 18 ผลการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของเมทริกซ์ความแปรปรวน-แปรปรวนร่วมด้วยวิธี Box's M test สำหรับการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร

การวิเคราะห์ MANOVA	Box's M	F	Sig.
	65.413	1.268	.136

ตาราง 19 ผลการทดสอบความความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม ด้วยวิธี Bartlett's Test of Sphericity สำหรับการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร

Bartlett's Test of Sphericity	ระยะก่อนทดลอง	ระยะหลังทดลอง เสร็จสิ้นทันที	ระยะหลังทดลอง เสร็จสิ้น 4 สัปดาห์
Approx. Chi-Square	39.038	57.889	75.189
df	3	3	3
Sig.	.000	.000	.000

ตาราง 20 ผลการทดสอบ Compound Symmetry

ตัวแปร	Epsilon						
	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.	Greenhouse-Geisser	Greenhouse-Geisser	Greenhouse-Geisser
พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	.896	6.177	2	.046	.905	.950	.500
การกำกับตนเอง	.828	10.592	2	.005	.853	.892	.500
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.957	2.477	2	.290	.959	1.000	.500

ตาราง 21 ผลการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนของการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพ ในแต่ละช่วงเวลาทุกตัวด้วยวิธี Levene's test ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรที่ศึกษา	F (Levene statistic)	df 1	df 2	Sig.
ก่อนทดลอง				
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	1.465	1	57	.231
- การกำกับตนเอง	.084	1	57	.773
- พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	10.261	1	57	.020
หลังทดลอง				
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.199	1	57	.657
- การกำกับตนเอง	2.160	1	57	.147
- พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	2.719	1	57	.105
หลังทดลอง 4 สัปดาห์				
- การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.135	1	57	.715
- การกำกับตนเอง	.184	1	57	.669
- พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	7.954	1	57	.070

ตาราง 22 ค่าความสัมพันธ์รายคู่และผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร การรับรู้ความสามารถ
ของตนเอง การกำกับตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพ ในแต่ละช่วงเวลา

ระยะการ ทดลอง	ตัวแปร	A1	B1	C1	A2	B2	C2	A3	B3	C3
ก่อนทดลอง	การรับรู้ความสามารถของตนเอง(A1)	1								
	การกำกับตนเอง (B1)	.605**	1							
	พฤติกรรมดูแลสุขภาพ (C1)	.406**	.304*	1						
หลังทดลอง ทันที	การรับรู้ความสามารถของตนเอง(A2)	.574**	.411**	.308*	1					
	การกำกับตนเอง(B2)	.516**	.571**	.372*	.755**	1				
	พฤติกรรมดูแลสุขภาพ(C2)	.328*	.258*	.498**	.389*	.382**	1			
หลังทดลอง 4 สัปดาห์	การรับรู้ความสามารถของตนเอง(A3)	.591**	.399**	.446**	.730**	.567**	.340*	1		
	การกำกับตนเอง(B3)	.514**	.398**	.347*	.609**	.669**	.262*	.753**	1	
	พฤติกรรมดูแลสุขภาพ(C3)	.313*	.160	.378**	.454**	.433**	.750**	.543**	.616**	1

** มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01, * มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05



แบบสอบถาม

ปัจจัยลักษณะทางจิต ลักษณะทางสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้มี 4 ชุด 6 ตอน ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้น

ตอนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ตอบ

ชุดที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ

ตอนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ

ชุดที่ 3 การกำกับตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ

ตอนที่ 3 การกำกับตนเอง

ชุดที่ 4 ข้อมูลลักษณะทางจิตเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ตอนที่ 4 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ตอนที่ 5 แบบวัดเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ชุดที่ 3 ข้อมูลลักษณะทางสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ตอนที่ 6 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ตอบ

คำชี้แจง โปรดเติมข้อมูลในช่องว่างและเลือกใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมาก

1. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
2. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
3. อายุ.....ปี

ข้อคำถามต่อไปนี้จะให้ท่านตอบคำถามที่เกี่ยวกับลักษณะทางจิต และลักษณะทางสถานการณ์ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ดิฉันขออธิบายว่า พฤติกรรมสุขภาพ คือ การกระทำที่ส่งเสริมให้มีน้ำหนักตัวลดลง ประกอบด้วยในการตอบคำถามในการศึกษาครั้งนี้จึงให้ท่านนึกถึงพฤติกรรมสุขภาพดังต่อไปนี้ การมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียด

ชุดที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

คำชี้แจง ขอให้พิจารณาข้อความต่อไปนี้ว่าตรงความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โปรดทำเครื่องหมาย ✓ เหนือวลี “ปฏิบัติมากที่สุด” “ปฏิบัติมาก” “ปฏิบัติค่อนข้างมาก” “ปฏิบัติค่อนข้างน้อย” “ปฏิบัติ น้อย” “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” เพียงแห่งเดียวในแต่ละประโยค *กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ*

1. ฉันนั่งทำงานทั้งวัน ไม่ค่อยได้ลุกเดินไปไหน

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

2. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นฉันพยายามแก้ไขปัญหาคือ

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

3. ฉันออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อซึม อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

4. ฉันรับประทานขนมหวานบ่อยๆ เช่น ทองหยอด ขนมชั้น ลอดช่อง รวมมิตร บัวลอย เป็นต้น

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

5. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นฉันจะหาแนวทางแก้ไขไว้หลายๆ ทาง

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

6. ฉันออกกำลังกายต่อเนื่องครั้งละประมาณ 30 นาที

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

7. ถึงแม้จะอ้วนแล้วแต่ฉันจะพยายามรับประทานอาหารให้หมดเพราะเสียดาย

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

8. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นฉันพยายามทบทวนว่ามีสาเหตุมาจากอะไรก่อนที่จะลงมือแก้ไข

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

9. ในวันที่ฉันไม่ได้ทำงาน ฉันมักใช้เวลาส่วนใหญ่นั่งๆ นอนๆ มากกว่าการเคลื่อนไหวร่างกาย

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

10. ฉันรับประทานนมกรุบกรอบหรือของว่างประเภทแป้งเสมอๆ

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

11. เมื่อจะจัดการแก้ไขปัญหาคือฉันจะคิดวางแผนและตั้งเป้าหมายเอาไว้ก่อนที่จะลงมือแก้ไข

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

12. ฉันทำงานบ้าน เช่น ซักผ้าด้วยมือ ถูบ้าน ล้างรถ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

13. ฉันเลือกรับประทานเฉพาะอาหารที่ปรุงด้วยการนึ่ง อบ ย่าง ตุ่น และต้ม

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

14. ฉันออกแรงทำงานบ้านจนรู้สึกเหนื่อย เหงื่อซึม ครั้งละอย่างน้อย 30 นาที

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

15. เมื่อมีปัญหาฉันจะหาสิ่งอื่นๆ ทำเพื่อให้ลืมปัญหาที่เกิดขึ้น

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

16. ฉันเดินแทนการนั่งรถ ในระยะทางสั้นๆ

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

17. ฉันเลือกรับประทานอาหารโดยคำนึงถึงคุณค่าอาหารที่มีต่อสุขภาพ

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

18. ฉันรับประทานอาหารประเภทไขมัน เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู เป็นประจำ

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

19. ฉันทำกิจวัตรประจำวันอย่างกระฉับกระเฉงจนรู้สึกเหนื่อย เหงื่อซึม อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

20. เมื่อฉันมีปัญหาเกิดขึ้น ฉันจะมองว่าปัญหาเป็นโอกาสให้ตัวฉันได้แสดงความสามารถ

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

21. ฉันรับประทานอาหารเพื่อให้มีท้องโดยไม่ได้นึกถึงประโยชน์เท่าไร

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

22. ฉันได้ออกแรงทำกิจวัตรประจำวันอย่างน้อยวันละ 30 นาที

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

23. ฉันเติมน้ำตาลในอาหารทุกครั้งที่ได้รับประทานอาหาร เช่น ก๋วยเตี๋ยว ราดหน้า เป็นต้น

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

24. ฉันปลอบใจตัวเองว่าจะสามารถผ่านพ้นความยุ่งยากต่างๆไปได้ด้วยดี

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

25. ฉันใช้เวลาในการรับประทานอาหารอย่างรวดเร็วทุกมื้อ

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

26. ฉันผ่อนคลายความเครียดด้วยการหางานอดิเรกทำ เช่น ปลุกต้นไม้ ฟังเพลง ดูทีวี เดินรำ ฯลฯ

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

27. ฉันรับประทานผักและผลไม้ที่มีกากใยสูง ที่ไม่หวานเป็นประจำ

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

28. ฉันพยายามตัดปัญหานั้นออกไปจากจิตใจและหันไปสนใจเรื่องอื่นแทน

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

ชุดที่ 3 การกำกับตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจง ขอให้พิจารณาข้อความต่อไปนี้ว่าตรงความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โปรดทำเครื่องหมาย ✓ เหนือวลี จริงที่สุด “จริง” “ค่อนข้างจริง” “ค่อนข้างไม่จริง” “ไม่จริง” “ไม่จริงเลย” เพียงแห่งเดียวในแต่ละประโยค กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการกำกับตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ

1. ฉันตั้งใจที่จะออกกำลังกายในแต่ละครั้งให้ได้ต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

2. การกำหนดเป้าหมายในการลดน้ำหนักช่วยให้ฉันบังคับตนเองได้

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

3. ฉันให้กำลังใจตนเองที่เมื่อออกกำลังกายได้ต่อเนื่องนานอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

4. ฉันเตือนตนเองให้ออกกำลังกายให้ได้อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

5. การควบคุมปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อสามารถทำให้ฉันลดน้ำหนักได้จริง

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

6. ฉันให้รางวัลตนเองเมื่อสามารถควบคุมอาหารได้ตามเป้าหมาย

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

7. ฉันหมั่นจดบันทึกอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

8. ฉันหมั่นเปรียบเทียบปริมาณการรับประทานอาหารกับเพื่อนก่อนตัดสินใจที่จะทานน้อยลง

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

9. การที่ฉันถูกเตือนจากเจ้าหน้าที่ในโครงการทำให้ฉันต้องควบคุมอาหารและออกกำลังกายให้ได้

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

10. ฉันตั้งใจดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน ชาวม กาแฟนมเพื่อลดน้ำหนัก

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

11. ฉันคิดจะเลิกรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์อีกต่อไป

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

12. ฉันกำหนดตนเองทุกครั้งที่รับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

13. ฉันตั้งใจควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ให้หงุดหงิดอยู่นาน

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

14. ถ้าฉันออกกำลังกายได้อย่างน้อยครั้งละ 30 นาทีจะช่วยให้ฉันลดน้ำหนักได้จริง

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

15. ฉันเสียใจทุกครั้งที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ฉุนเฉียวได้

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

16. ฉันคอยเตือนตัวเองไม่ให้เครียด

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

17. ฉันออกกำลังกายได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

18. การออกกำลังกายที่ผ่านมาของฉันทำให้ฉันสามารถผ่อนคลายความเครียดได้

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

19. ฉันตั้งใจจะนั่งสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

20. การที่ฉันหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน ทำให้น้ำหนักตัวลดลงได้จริง

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

2. ฉันชอบออกกำลังกายเพราะทำให้ฉันมีน้ำหนักลดลง

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

3. เมื่อฉันรู้สึกเครียดฉันจะเลือกที่จะออกกำลังกายเพื่อผ่อนคลายความเครียด

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

4. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เป็นสิ่งที่ช่วยให้ลดน้ำหนักได้

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

5. ฉันชอบรับประทานผักและผลไม้มากกว่าขนมหวาน

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

6. การควบคุมน้ำหนักตัวให้ไม่อ้วนหรือผอมเกินไปจะช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยลง

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

7. ฉันชอบรับประทานอาหารที่มีประโยชน์มากกว่าความอร่อย

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

8. ฉันเลือกที่จะออกกำลังกายให้ต่อเนื่องให้ได้อย่างน้อยวันละ 30 นาทีไม่ต่ำกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

9. การทำสมาธิ สวดมนต์เป็นวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่ฉันชอบทำ

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

10. เมื่อรู้สึกเครียดฉันจะเลือกรับประทานอาหารที่ชอบ ถึงแม้มันจะไม่มีประโยชน์ก็ตาม

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

11. การฝึกผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง ถือเป็นเรื่องดีที่ควรหมั่นฝึกฝน

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

12. การออกกำลังกายเป็นเรื่องน่าเบื่อ

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

13. ฉันเลือกที่จะรับประทานอาหารที่มีรสชาติอร่อยมากกว่าที่จะพิจารณาถึงประโยชน์ของอาหาร

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

14. การลดน้ำหนักให้ได้ผลไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายก็ได้

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

15. ฉันชอบดื่มน้ำอัดลมรสหวานเพราะรสหวานทำให้รู้สึกร่างกายสดชื่นกระปรี้กระเป่า

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด

16. ฉันเลือกที่จะรับประทานผลไม้แทนขนมหวานทุกวัน

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด

17. ฉันชอบรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการเพราะฉันจะรู้สึกปลอดภัยต่อสุขภาพ

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด

18. ฉันพยายามลดน้ำหนักด้วยการออกกำลังกาย

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด

ตอนที่ 5 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

1. ฉันมั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่โครงการได้อย่างเคร่งครัด

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด

2. ฉันมั่นใจว่าสามารถแบ่งตารางเวลาแต่ละวันในการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักได้

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด

3. ฉันมั่นใจว่าสามารถหาวิธีผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด

4. ฉันมั่นใจว่าสามารถเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหารของตนเองให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้นกว่าเดิม

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด

5. ฉันมั่นใจว่าสามารถควบคุมปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อได้พอดี

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด

6. ฉันมั่นใจว่าสามารถงดการรับประทานของจุบจิบระหว่างมื้ออาหารได้

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด

7. ฉันมั่นใจว่าสามารถจัดการกับอารมณ์ ขณะเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ที่ยุ่งยากได้

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด

8. ฉันมั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายให้ได้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด

9. ฉันมั่นใจว่าสามารถหาวิธีลดความเครียดได้ด้วยตนเอง

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด

10. ฉันมั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายได้ แม้ว่าฉันจะมีอุปสรรคขัดข้องก็ตาม

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

11. ฉันมั่นใจว่าสามารถผ่อนคลายความเครียดด้วยการนั่งสมาธิได้

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

12. ฉันมั่นใจว่าสามารถควบคุมการกินเพื่อให้น้ำหนักลดลงได้สัปดาห์ละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

ตอนที่ 6 การสนับสนุนทางสังคม

1. คนในครอบครัวทำให้ฉันรู้สึกอบอุ่น มั่นใจและมีความมุ่งมั่นในการลดน้ำหนัก

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

2. เจ้าหน้าที่ให้ความรู้ต่างๆ ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องแก่ฉัน

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

3. เพื่อนมักจะชวนฉันไปออกกำลังกายเสมอ

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

4. เจ้าหน้าที่ให้กำลังใจ เมื่อฉันเกิดความท้อแท้จากการพยายามลดน้ำหนัก

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

5. คนในครอบครัวเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการลดน้ำหนักของฉัน

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

6. เจ้าหน้าที่สนับสนุนเอกสารที่เกี่ยวกับสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพียงพอ

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

7. เพื่อนช่วยให้ฉันรู้สึกสบายใจขึ้นเมื่อฉันอยู่ในภาวะเครียดจากการเข้าร่วมโครงการ

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

8. เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกต้องเจ้าหน้าที่สามารถช่วย
 แก้ปัญหาหรือข้อสงสัยให้แกฉันได้

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

9. เจ้าหน้าที่พร้อมสละเวลาให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องกับฉันเมื่อต้องการ

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

10. เจ้าหน้าที่ทำให้ฉันไว้วางใจและสามารถพูดคุยปัญหาต่างๆ ได้

.....

- จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
 11. คนในครอบครัวค้นหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจากสื่อมาบอกฉัน

 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
 12. คนในครอบครัวจัดทำอาหารที่มีประโยชน์มาให้ฉันสม่ำเสมอ

 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
 13. คนในครอบครัวทำให้ฉันมั่นใจว่าสามารถลดน้ำหนักได้

 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
 14. ฉันมีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและประสบการณ์เกี่ยวกับการลดน้ำหนักกับเพื่อนเสมอ

 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
 15. เพื่อนพร้อมที่จะออกกำลังกายกับฉันเมื่อฉันต้องการ

 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
 16. เพื่อนมักจะช่วยให้กำลังใจในการลดน้ำหนักของฉัน

 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
 17. เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ฉันแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อมูลข่าวสาร และประสบการณ์เกี่ยวกับลดน้ำหนักตัวกับผู้รับบริการอื่นๆ เสมอ

 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
 18. ฉันได้รับการช่วยเหลืออื่นๆ ที่จำเป็นต่อการลดน้ำหนักของฉันจากเพื่อน

 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
 19. เพื่อนแนะนำวิธีการที่เป็นประโยชน์ต่อการลดน้ำหนัก

 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
 20. ฉันได้รับความสะดวกสบายในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจากเจ้าหน้าที่ในโครงการ

 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
 21. เจ้าหน้าที่ชื่นชมเมื่อเห็นฉันมีพฤติกรรมสุขภาพถูกต้อง

 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
 22. คนในครอบครัวสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการลดน้ำหนักของฉัน

 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
 23. ฉันมีเพื่อนที่ไว้วางใจและสามารถพูดคุยปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการได้

 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด