

รายงานการวิจัยฉบับที่ 143

เรื่อง

การวิเคราะห์เชิงสาเหตุแบบพหุระดับด้านจิตสังคมและพฤติกรรมของผู้ให้บริการ
และผู้รับบริการที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคอ้วน

(Multilevel Causal Analysis of Socio-Psychological and Behavior factors of Health
Providers and Clients affecting Risk Behaviors Modification with Obesity)

ผู้วิจัย

รศ.ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รายงานการวิจัยฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนทุนเงินรายได้ ปีงบประมาณ 2556

จาก สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

กรกฎาคม 2556

**การวิเคราะห์เชิงสาเหตุแบบพหุระดับด้านจิตสังคมและพฤติกรรมของผู้ให้บริการ
และผู้รับบริการที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคอ้วน**

โดย รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง

บทคัดย่อ

การวิจัยพหุระดับครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมในระดับผู้รับบริการและระดับผู้ให้บริการที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้รับบริการโรคอ้วน 2) ศึกษาผลปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับของปัจจัยในระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้รับบริการที่มีอิทธิพลต่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3) เพื่อค้นหาแนวทางการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ในกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (Proportion Stratified random sampling) ได้ผู้ให้บริการ 87 คน และผู้รับบริการ 412 คน ของหน่วยบริการโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครและผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มผู้ที่ประสบความสำเร็จในการให้บริการและรับบริการปรับพฤติกรรมสุขภาพรวม 8 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามวัด 5 ระดับ ที่มีค่าความเชื่อมั่นของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.810-0.975 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโมเดลเชิงเส้นแบบลดหลั่น (Hierarchical Linear Model-HLM) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลวิจัยพบว่า 1) ปัจจัยทางจิตสังคมในระดับผู้รับบริการ ได้แก่ 1.1) เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ มีค่าอิทธิพล (β) เท่ากับ .487, .274 และ .181 และร่วมกันทำนายการรับรู้ความสามารถตนเองได้ร้อยละ 49.40 1.2) เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพและการได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ มีค่าอิทธิพลเท่ากับ .656 และ .138 ตามลำดับ และร่วมกันทำนายการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 75.50 และ 1.3) เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการและการได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ มีค่าอิทธิพลเท่ากับ .401, .160 และ .123 ตามลำดับ และร่วมกันทำนายการดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 26.6, 2) ปัจจัยทางจิตสังคมและพฤติกรรมในระดับผู้ให้บริการ ได้แก่ 2.1) เชาว์สุขภาพ การบริหารโครงการ การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีมและเชาว์อารมณ์ของทีม ด้วยค่าอิทธิพลเท่ากับ .713, .660, .603 และ .567 ตามลำดับ และร่วมกันทำนายการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้รับบริการโรคอ้วน ได้ร้อยละ 71.30 2.2) การบริหารโครงการ และเชาว์สุขภาพ มีค่าอิทธิพลเท่ากับ .659, และ .531 ตามลำดับ และร่วมกันทำนายการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 51.60 และ 2.3) การบริหารโครงการ เชาว์อารมณ์ของทีมและเชาว์สุขภาพ มีค่าอิทธิพลเท่ากับ .709, .576 และ .499 ตามลำดับ และร่วมกันทำนายการดูแลสุขภาพตนเอง ได้ร้อยละ 77.30, 3) ไม่พบผลการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมข้ามระดับของปัจจัยทางจิตและทางสังคมระหว่างระดับกลุ่มผู้ให้บริการกับกลุ่มผู้รับบริการที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านของผู้รับบริการโรคอ้วน และ 4) แนวทางการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้สำเร็จได้นั้นส่วนใหญ่มุ่งสร้างแรงจูงใจในการเริ่มต้นเข้าโครงการและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว จากผู้ให้บริการและเพื่อนร่วมโครงการในการกำกับพฤติกรรมตนเองได้จนเป็นผลประสบความสำเร็จ

คำสำคัญ : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การวิเคราะห์พหุระดับ การรับรู้ความสามารถตนเองการกำกับ

พฤติกรรมสุขภาพตนเอง การดูแลสุขภาพตนเอง

Multilevel Causal Analysis of Socio-Psychological and Behavior factors of Health Providers and Clients affecting Risk Behavioral Modification with Obesity

By Ungsinun Intarakamhang

Abstract

The objectives of this mixed- methods research were to 1) determine the socio-psychological factors of health clients and providers level affecting risk behavioral modification with obesity, 2) investigate the cross level interaction of factors between in client and provider groups affecting risk behavioral modification and 3) search for the way of successful health behavioral modification. The samples were 87 health providers, 412 clients of hospitals in Bangkok by proportion stratified random sampling and 8 purposive role model persons for focus group. Data were collected by 5 rating scales questionnaire with its reliability coefficients of each measure ranged 0.8 -0.9 . Hierarchical Linear Model (HLM) was used to analyze the quantitative data and content analyze for qualitative data. Research results revealed that 1) In clients level founded that 1.1) attitude toward health behavior, health knowledge, and trustworthiness to provider had effect size = .487, .074 and .181 respectively and total factors could predict variance of self-efficacy at 49.40% 1.2) attitude toward health behavior , and support from providers had effect size = .656 and .138 and total factors could predict variance of self-regulation at 75.50% , and 1.3) attitude toward health behavior, trustworthiness to provider and support from providers had effect size = .401, .160 and .123 respectively, and total factors could predict variance of self- care at 26.6% , 2) In providers level founded that 2.1) health quotient, project management, support from colleagues, and team health quotient had effect size = .713, .660, .603 and .567 respectively and total factors could predict variance of self-efficacy at 71.30% 2.2) project management, and health quotient had effect size = .659 and .531 and total factors could predict variance of self-regulation at 51.60, and 2.3) project management, team health quotient and health quotient had effect size = .709, .576 and .499 respectively and total factors could predict variance of self-care at 77.30, 3) no cross level interaction of factors between in client and provider groups affecting risk behavioral modification. In addition, successful way of health behavioral modification were enhancing motivation for risk clients before program. The heads of program provided social support from families, team colleagues and health providers for supporting self- regulation of participants

Keyword: health behavioral modification, multilevel analysis, self-efficacy, self- regulation, self-care

คำนำ

งานวิจัย เรื่อง “การวิเคราะห์เชิงสาเหตุแบบพหุระดับด้านจิตสังคมและพฤติกรรมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคฮัน ” ได้รับการสนับสนุนทุนงบประมาณเงินรายได้จาก สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ให้ดำเนินการเพื่อตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบพหุระดับและค้นหาแนวทางการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยได้ให้ความสนใจในประเด็นของการค้นหาตัวแปรปัจจัยทั้งในระดับผู้ให้บริการกับระดับผู้รับบริการที่มีอิทธิพลต่อการปรับพฤติกรรมเสี่ยงของผู้รับบริการโรคฮัน โดยมีพื้นฐานมาจากความเชื่อว่า บุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ จะต้องมาจากปัจจัยทางจิตและสังคมโดยผ่านกระบวนการรู้คิดของบุคคลารสธารณสุขที่มีบทบาทเป็นผู้ดำเนิน โครงการและประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ต้องมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองร่วมด้วย จึงส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่นำมาสู่การลดน้ำหนักได้ดีและยั่งยืน และผลวิจัยที่พบในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้ให้บริการและประชาชนผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงโรคฮันเนื่องจากผู้วิจัยได้ขอยางงานวิจัยนี้เพื่อเป็นเอกสารคู่มือฉบับประชาชนในการปรับพฤติกรรมสุขภาพตนเองเผยแพร่ผ่านสื่อออนไลน์และแนบไว้ในภาคผนวกของรายงานฉบับนี้มาพร้อมนี้ด้วย

ทางสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ยินดีที่จะให้นักวิชาการ อาจารย์ นิสิตและผู้สนใจ จะนำแนวคิด และกรอบการวิจัยนี้ ไปใช้ในการวางแผนการจัดกิจกรรมเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรคฮันของประชาชนทั่วไปได้ต่อไป จึงขอขอบคุณ คณะวิจัย คณาจารย์และนิสิตที่มีส่วนร่วมให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

รองศาสตราจารย์ ดร.ศุภี โยเหลา

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

กรกฎาคม 2556

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย	4
ความสำคัญของการวิจัย	4
ขอบเขตของโครงการวิจัย	4
นิยามปฏิบัติการ	6
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	13
สถานการณ์ภาวะสุขภาพของคนไทย	14
โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง	16
แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)	18
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง (Health behavior Modification)	19
- การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ (Self-efficacy) กับพฤติกรรมสุขภาพ	21
- การกำกับตนเอง (Self-regulation) กับพฤติกรรมสุขภาพ	26
- การดูแลตัวเอง (Self-care)	31
พฤติกรรมกรรมการบริหาร โครงการสุขภาพตามหลัก PROMISE	35
การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ	41
ปัจจัยทางจิตที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับผู้ให้บริการ	42
- เชาว์สุขภาพ	42
- ความฉลาดทางอารมณ์ของทีม	48
- บทบาทผู้นำทีม	52
ปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับผู้ให้บริการ	55
- การสนับสนุนทางสังคม	55
- สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	59
ปัจจัยทางจิตที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับผู้รับบริการ	62
- ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน	62
- เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ	65
- ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการโครงการ	68
ปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับผู้รับบริการ	70
- การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	70
- การมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง	75
กรอบแนวคิดในการวิจัย	78

สารบัญ – ต่อ -

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	82
การเลือกกลุ่มประชากร	83
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	83
ตัวแปรสำหรับการวิจัย	85
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	85
การเก็บรวบรวมข้อมูล	86
การวิเคราะห์ข้อมูล	87
ผลสำเร็จและความคุ้มค่าของการวิจัยที่ได้รับ	89
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	91
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น เพื่อเป็นการตรวจสอบ	93
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์	97
ตอนที่ 3 แนวทางในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ	118
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	128
สรุปผลการวิจัย	131
การอภิปรายผล	136
ข้อเสนอแนะ	140
เอกสารอ้างอิง	142
ภาคผนวก - แบบสอบถาม	

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้รับบริการทั้ง 20 โครงการ (n=412)	93
ตาราง 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ให้บริการทั้ง 20 โครงการ (n=87)	94
ตาราง 3 ข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรที่ทำการศึกษาในระดับผู้รับบริการ (n=412)	95
ตาราง 4 ข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรที่ทำการศึกษาในระดับผู้ให้บริการ (n=20)	95
ตาราง 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระในระดับผู้รับบริการและตัวแปรตาม	96
ตาราง 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระในระดับผู้ให้บริการและตัวแปรตาม	97
ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์แบบจำลองไถ่เงื่อนไข อิทธิพลคงที่ (Fixed Effects) อิทธิพลเชิงกลุ่ม (Random Effects)ของการวิเคราะห์อิทธิพลภายในโครงการ (Pooled-Within Project Effect)	98
ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบอิทธิพลของปัจจัยระดับผู้รับบริการ ที่มีต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ	99
ตาราง 9 การประมาณค่าอิทธิพลของปัจจัยทางจิตสังคมและพฤติกรรมในระดับผู้ให้บริการที่มีต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ	101
ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบความแปรปรวนสัมประสิทธิ์อิทธิพลของปัจจัยระดับผู้รับบริการที่มีต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ	102
ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบผลปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรระดับผู้ให้บริการที่มีต่ออิทธิพลของปัจจัยระดับผู้รับบริการที่มีต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ	103
ตาราง 12 ผลการวิเคราะห์แบบจำลองไถ่เงื่อนไข อิทธิพลคงที่ (Fixed Effects) อิทธิพลเชิงกลุ่ม (Random Effects)ของการวิเคราะห์อิทธิพลภายในโครงการ (Pooled-Within Project Effect)	105
ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบอิทธิพลของปัจจัยทางจิตสังคมในระดับผู้รับบริการที่มีต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	106
ตาราง 14 การประมาณค่าอิทธิพลของปัจจัยระดับผู้ให้บริการที่มีต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	108
ตาราง 15 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบความแปรปรวนสัมประสิทธิ์อิทธิพลของปัจจัยระดับผู้รับบริการที่มีต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	109
ตาราง 16 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบผลปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรระดับผู้ให้บริการที่มีต่ออิทธิพลของปัจจัยระดับผู้รับบริการที่มีต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	110
ตาราง 17 ผลการวิเคราะห์แบบจำลองไถ่เงื่อนไข อิทธิพลคงที่ (Fixed Effects) อิทธิพลเชิงกลุ่ม (Random Effects)ของการวิเคราะห์อิทธิพลภายในโครงการ (Pooled-Within Project Effect)	112
ตาราง 18 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบอิทธิพลของปัจจัยระดับผู้รับบริการที่มีต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง	114

สารบัญตาราง - ต่อ -

หน้า

ตาราง 19 การประมาณค่าอิทธิพลของตัวแปรอิสระระดับผู้ให้บริการที่มีต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง	114
ตาราง 20 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบความแปรปรวนสัมประสิทธิ์อิทธิพลของปัจจัยระดับผู้รับบริการ ที่มีต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง	115
ตาราง 21 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบผลปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรระดับผู้ให้บริการที่มีต่ออิทธิพลของ ปัจจัยระดับผู้รับบริการที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	116



สารบัญภาพประกอบ

หน้า

ภาพประกอบ 1	แสดงการกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยทางพฤติกรรม (B) ปัจจัยสภาพแวดล้อม (E) และปัจจัยส่วนบุคคล (P) ที่มีผลต่อการเรียนรู้และการกระทำ (Bandura, 1997)	18
ภาพประกอบ 2	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	22
ภาพประกอบ 3	แนวคิดการจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก PROMISE	36
ภาพประกอบ 4	กรอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบพหุระดับด้านจิตสังคมและพฤติกรรมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่มีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการโรคอ้วน	81
ภาพประกอบ 5	สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	88
ภาพประกอบ 6	รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบพหุระดับด้านจิตสังคมและพฤติกรรมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ ของผู้รับบริการ โรคอ้วน	134
ภาพประกอบ 7	รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบพหุระดับด้านจิตสังคมและพฤติกรรมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่มีต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้รับบริการโรคอ้วน	134
ภาพประกอบ 8	รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบพหุระดับด้านจิตสังคมและพฤติกรรมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการ โรคอ้วน	134

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในปัจจุบันอยู่ในความสนใจภาคส่วนต่างๆอย่างต่อเนื่องและมีทิศทางว่าจะเพิ่มขึ้นอยู่ตลอดเวลา เพราะฐานความคิดหลักของสังคมเปลี่ยนไปจากเดิมที่เคยเชื่อว่าการพัฒนาทางเศรษฐกิจจะเป็นฐานของการพัฒนาในทุกด้านๆ มาเป็นการมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับทุนมนุษย์ โดยเฉพาะด้านการดูแลสุขภาพ การเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการเป็นคนเก่ง คนดี และการเป็นคนที่มีความสุข (ดุขฎิ สรวงจันทร์, 2545) ดังนั้น แนวโน้มนโยบายและงบประมาณด้านสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนในการส่งเสริมป้องกันเพิ่มมากขึ้น ทุกพื้นที่เร่งรณรงค์โครงการลดอ้วนลดพุงกันมาก แต่กลับพบว่าปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพด้าน 30 ที่ประกอบด้วย อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ในกลุ่มบุคคลช่วงอายุต่างๆ และยังพบว่ามีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน ดังผลการสำรวจพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2552 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) พบว่า กลุ่มเยาวชนและคนในวัยทำงานมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในแต่ละวันที่ไม่เหมาะสมเป็นจำนวนมาก เมื่อพิจารณาแยกในประเด็นการรับประทานอาหารพบว่า กลุ่มคนที่มีอายุช่วง 6 – 24 ปี รับประทานอาหารกลุ่มไขมันสูงมากถึงร้อยละ 20.00 รับประทานอาหารว่าง ขนมกรุบกรอบที่ไม่มีสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายมากถึงร้อยละ 49.10 ดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลมและเครื่องดื่มที่มีรสหวานมากถึงร้อยละ 34.10 กลุ่มคนวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 25 – 59 ปี มักทำงานกลับบ้านดึก จึงรับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อ รับประทานอาหารแบบเร่งรีบ และมือเย็นใกล้เวลานอน ซึ่งถือว่าไม่ถูกหลักโภชนาการมากถึงร้อยละ 8.40 ส่วนชนิดของอาหารมักนิยมรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมัน เช่น ผัด ทอด ซึ่งเป็นกลุ่มอาหารที่เพิ่มปริมาณไขมันให้กับร่างกายมากถึงร้อยละ 48.5 นิยมรับประทานอาหารจานด่วนตามแบบตะวันตก หรือ Fast Food มากถึงร้อยละ 85.80 คนไทยกินน้ำตาลเฉลี่ย 16 ช้อนชาต่อวัน ในขณะที่โดยค่าเฉลี่ยทั่วโลกอยู่ที่ 11 ช้อนชาต่อวัน และคนไทยนิยมกินอาหารนอกบ้านโดยเฉลี่ย 13 มื้อต่อสัปดาห์ ซึ่งสูงเป็นอันดับหนึ่งในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ นอกจากนี้ผลการสำรวจ National health examination survey ในปี พ.ศ.2534, พ.ศ.2539 และ พ.ศ.2547 พบว่า คนไทยการเสี่ยงต่อโรคอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20 เป็น 25 และ 34 ตามลำดับ จึงทำให้ประชากรไทยในปัจจุบัน 12 ล้านคนหรือ 1 ใน 6 กลายเป็นโรคอ้วน

นอกจากนี้ พฤติกรรมการดื่มสุราและสูบบุหรี่ของประชาชนทั่วไปในระหว่างเดือน สิงหาคม - ตุลาคมในปี พ.ศ. 2550 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ยังพบว่าประชาชนที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่มากถึง 10.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21.2 ของประชาชนทั่วประเทศ เมื่อศึกษาถึงพฤติกรรมการออกกำลังกายในปี พ.ศ. 2550 พบว่า ประชาชนที่มีอายุ 15 – 24 ปีออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพียงร้อยละ 29.3

ซึ่งนับว่าน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมด และประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกาย และยังมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมเฉพาะกลุ่ม นักกีฬาและเยาวชนเพียงเท่านั้น เมื่อพิจารณาถึงปัญหาสถานการณ์โรคภัยต่างๆ ที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของกลุ่มบุคคลวัยต่างๆ พบว่าผลกระทบด้านสุขภาพที่มีสาเหตุหลักมาจากภาวะอ้วนพบบมากที่สุด จากการศึกษาสถานการณ์สภาวะสุขภาพของคนไทย โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย (2549) ในประเด็นของโรคความดันโลหิตสูงพบว่า เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ซึ่งคนที่มีความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้นทุก 10 มิลลิเมตรปรอท จะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 ส่วนคนในเมืองมีโอกาสที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนที่อยู่ในชนบท และเป็นที่น่าตกใจว่าในกลุ่มคนโรคอ้วนมีความดันโลหิตสูงมากถึงร้อยละ 78.60 ที่ยังไม่ได้รับการตรวจรักษาและดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ

สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานนับเป็นโรคเรื้อรัง ที่พบบ่อยในกลุ่มประชากรไทยทำให้แต่ละปีประเทศต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมากในการดูแลสุขภาพพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากสถิติในช่วงตั้งแต่ พ.ศ. 2538 จนถึง พ.ศ. 2551 พบว่า อัตราการตายโรคเบาหวานสูงขึ้นตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2551 พบอัตราการตายโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 12.3 ซึ่งนับได้ว่าอยู่ในอัตราส่วนที่ค่อนข้างสูง (อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ, 2552) และสาเหตุสำคัญของเบาหวานชนิดที่ 2 มาจากโรคอ้วนในเด็ก ตามสถานการณ์โรคอ้วนในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าประชากรไทยมีอุบัติการณ์โรคอ้วนเพิ่มขึ้นถึง 130.6 % และจากงานวิจัยที่สำรวจเยาวชนอายุ 3-11 ปี ประมาณ 10,000 คน พบว่า เยาวชนไทยมีปัญหาเรื่องอ้วนมากถึง 13.6 % ซึ่งคาดว่าตัวเลขจริงน่าจะสูงกว่านี้ สาเหตุสำคัญที่คนไทยอ้วนมากขึ้นเพราะการบริโภคอาหารมากเกินไป ขาดการออกกำลังกายและมีภาวะเครียด (สมบุญ รุ่งพรชัย, 2552)

จากรายงานทางสุขภาพในรอบสิบปีที่ผ่านมา คนไทยมีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง และออกกำลังกายน้อยลง อัตราคนเป็นโรคอ้วน มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น ที่สำคัญคือคนส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวว่ามีอาการของโรคเหล่านี้ หลายประเทศจึงตื่นตัวต่อการรับมืออย่างเร่งด่วน ให้เรื่องของสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด โดยต้องกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะมิใช่จำกัดอยู่เพียงแค่เป็นภาระของรัฐ หรือกระทรวงสาธารณสุขอีกต่อไป ทุกฝ่ายทั้งภาครัฐ เอกชน นักวิชาการ และประชาชนร่วมเรียนรู้และแก้ไขปัญหาาร่วมกัน และสิ่งสำคัญที่สุดคือ การปลูกฝังมุมมองให้รับรู้ร่วมกันว่า "สุขภาพะ" ไม่ใช่แค่เรื่องของความเจ็บป่วยทั้งของตนเอง และคนรอบตัว สุขภาวะที่ดี จะต้องสร้างความสุขเชื่อมโยงถึงกัน คือการช่วยเหลือเกื้อกูล และพึ่งพาอาศัยแบบองค์รวมของทุกคนในสังคม (อำพล จินดาวัฒนะ, 2551) ดังนั้น คนไทยต้องปฏิบัติ วิธีคิดและความเชื่อใหม่ว่า "สุขภาพคือ เรื่องของคนทุกคน ไม่ใช่เพียงเรื่องของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล หรือการเจ็บไข้ได้ป่วยตามความเข้าใจเดิม ๆ แต่เป็นเรื่องของทุกคน ที่ช่วยกันสร้างความเข้าใจและการปฏิบัติที่ถูกต้องด้วย "การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง" ซึ่งเป็นการปรับวิถีชีวิตด้านสุขภาพด้วยตนเองนั่นเอง

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงนั้นเป็นการประยุกต์แนวคิดหลักการแห่งพฤติกรรมทางจิตวิทยา และหลักการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมเป็นรายบุคคล โดยเน้นที่พฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้ หรือวัดได้เป็นสำคัญ และในงานวิจัยครั้งนี้วัดจากพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้านคือการรับรู้

ความสามารถในการปรับพฤติกรรมตนเอง (Self-efficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-regulation) และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) และในการนำเสนอองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงครั้งนี้ อังศิณันท์ อินทรกำแหง (2552) ได้นำเสนอแนวทางการปรับพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก PROMISE เพื่อเป็นแนวทางให้บุคคลและหน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและประชาชนทั่วไป ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self นี้จะเกิดมาจากการบริหารจัดการของผู้จัดโครงการส่งเสริมสุขภาพได้นำแนวคิด PROMISE มาใช้ในการสร้างชุดกิจกรรมและบริหารจัดการโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงได้ประกอบด้วย 1) P – Positive reinforcement คือ หลักการเสริมแรงทางบวกให้แก่ผู้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ 2) R – Result base management คือ หลักการบริหารจัดการของผู้จัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของงาน 3) O – Optimism คือ ผู้จัดกิจกรรมและผู้รับการปรับพฤติกรรมมีการมองโลกในแง่ดี 4) M – Motivation คือ ผู้จัดกิจกรรมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้รับการปรับพฤติกรรมให้เริ่มต้นและดำเนินการต่อเนื่อง 5) I – Individual or Client center คือ ผู้จัดกิจกรรมต้องจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นหลัก และ 5) S – Self-esteem คือ หลักการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองให้ผู้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง และจากผลการวิจัยเพื่อการประเมินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 17 โครงการที่ดำเนินการโดย กลุ่มสถานศึกษาและสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ซึ่งพบว่า ตัวชี้วัดด้านสุขภาพต่างๆ ของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงรวมจำนวน 5,188 คน มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ค่าความดันโลหิต ค่าความยาวรอบเอว มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับที่ดีขึ้นหรือต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในกลุ่มที่มีภาวะอ้วนน้อยกว่า ($BMI < 24.5$) จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่า กลุ่มที่มีภาวะอ้วนมากกว่า ($BMI > 24.5$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจากผลการสัมภาษณ์ผู้จัดโครงการในเบื้องต้น พบว่าปัจจัยที่ทำให้การบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประสบความสำเร็จมาจากการสนับสนุนทรัพยากร นโยบายจากหน่วยงานต้นสังกัด มีทีมงานเข้มแข็งให้ความร่วมมือดี มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ความใส่ใจและการเป็นแบบอย่างของวิทยากร ผู้รับบริการเชื่อมั่นในบุคลากรการแพทย์ รูปแบบกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพน่าสนใจ และมีการให้รางวัล (อังศิณันท์ อินทรกำแหง, 2553)

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพื่อตอบปัญหาการวิจัยว่า 1) เพราะเหตุใดการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดอ้วนลงพุงของหน่วยงานภาคส่วนต่าง ๆ โดยเฉพาะสถานพยาบาลและสาธารณสุขได้ดำเนินการมาต่อเนื่องแต่กลับพบว่า แนวโน้มของคนที่มีภาวะอ้วนกลับเพิ่มขึ้นมาก 2) มีปัจจัยสำคัญอะไรที่ส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่ประสบความสำเร็จ 3) ตัวแปรใดเป็นตัวที่สำคัญที่จะนำมาสู่การลดอ้วน ได้สำเร็จ 4) ค้นหาตัวแปรที่สอดคล้องกันหรือเข้าใจตรงกันระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้จัดโครงการกับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนที่จะร่วมกันแก้ปัญหาไปสู่การปรับพฤติกรรมสุขภาพ 5) ความสำเร็จของการปรับพฤติกรรมสุขภาพนั้นมาจากผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงหรือจากตัวของผู้รับบริการเองเป็น

หลัก 6) ค้นหาแนวทางในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพสูงเพื่อเป็นต้นแบบให้กับรายบุคคลและหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนได้นำไปใช้

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมในระดับผู้รับบริการและระดับผู้ให้บริการที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มผู้รับบริการโรคอ้วน (ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองและการดูแลสุขภาพตนเอง)
2. เพื่อศึกษาผลปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับของปัจจัยระดับผู้ให้บริการและปัจจัยระดับผู้รับบริการที่มีต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ของผู้รับบริการ โรคอ้วน
3. เพื่อค้นหาแนวทางในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ

ความสำคัญของการวิจัย

1. ใด้องค์ความรู้เชิงวิชาการด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองที่บูรณาการของศาสตร์ทางจิตวิทยา ทางกายภาพเวชศาสตร์ สาธารณสุข ทางการศึกษาและสังคมวิทยา ที่ร่วมแก้ปัญหาด้านพฤติกรรมเสี่ยงโรคอ้วนของประชาชนที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอันเป็นปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจในระดับชาติ
2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วน ได้มีแนวทางเพิ่มขึ้นในการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงตนเองเพื่อเป็นต้นแบบด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ดียังขยายผลให้กับครอบครัวและเพื่อนร่วมงานต่อไป
3. ทราบถึงปัจจัยที่สอดคล้องกันระหว่างตัวผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ที่จะนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่ดีมีคุณภาพต่อไปในอนาคต
4. ทำให้หน่วยงานสถานพยาบาลที่ยังไม่สามารถดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงได้สำเร็จมีแนวทางในการปรับวิธีดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงแก่กลุ่มเสี่ยงมากขึ้น
5. หน่วยงานระดับนโยบาย เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ ได้แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพเพื่อกำหนดนโยบายได้ตรงกับสภาพปัญหาและปัจจัยความสำเร็จที่แท้จริงทั้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ขอบเขตของโครงการวิจัย

ประชากรระดับโครงการ ได้แก่ ผู้บริหารจัดการโครงการหรือผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ประกอบด้วย หัวหน้าโครงการและคณะทำงานหรือทีมงานที่มีบทบาทในการบริหารและให้บริการหลักในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนที่ได้ดำเนินโครงการแล้วเสร็จ ในช่วงปี พ.ศ.2553 – 2555 ที่ผ่านมา และได้รับทุนสนับสนุนในการดำเนินโครงการจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร มีจำนวนทั้งสิ้น 50 โครงการ มาจาก สถานพยาบาล

ภาครัฐและเอกชน ศูนย์สาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ในแต่ละโครงการจะมีคณะทำงานหรือผู้ให้บริการโครงการละ 4-5 คน

ประชากรระดับกลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ก่อนเข้าร่วมโครงการ (BMI>23) ที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงกับกลุ่มประชากรระดับโครงการในช่วงปี พ.ศ.2553 – 2555 ที่ผ่านมารวมจำนวนประมาณ 25,000 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มหลักคือ

กลุ่มตัวอย่างแรก ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเหตุแบบพหุระดับของปัจจัยจิตสังคมและพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคอ้วนตามสมมติฐานกับข้อมูลความคิดเห็นที่เก็บรวบรวมจากแบบสอบถามซึ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม โมเดลเชิงเส้นตรงระดับลดหลั่น (Hierarchical Linear Model - HLM) และใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล การปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อ 1 และ 2

ทั้งนี้ในการกำหนดขนาด **กลุ่มตัวอย่างกลุ่มแรก** เพื่อใช้ในการตรวจสอบรูปแบบตามสมมติฐานตามแนวคิดของ Saris และ Stronkhorst (1984:213-214 ;อ้างใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 54) กำหนดว่าข้อมูลในการวิเคราะห์โมเดลลิสเรล เป็นตัวแปรที่มีการแจกแจงปกติพหุนามทุกตัว ควรใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดเท่ากันหรือมากกว่า 100 และ Bonllen (1989: 268 ;อ้างใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542:54) เสนอแนะว่า เรื่องของขนาดกลุ่มตัวอย่างควรพิจารณาควบคู่ไปกับจำนวนพารามิเตอร์ที่ต้องการประมาณค่า ถ้ามีจำนวนมาก ควรจะต้องมีขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้นด้วย คณะผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กฎง่ายๆว่า อัตราส่วนระหว่างหน่วยตัวอย่าง และจำนวนพารามิเตอร์หรือตัวแปรควรจะเป็น 20 ต่อ 1 (Linderman, Merenda & Gold, 1980:163 & Weiss, 1972 ;อ้างใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542:54) ในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรวัดได้ที่ใช้ในการวิจัยรวมจำนวน 16 ตัวแปร จึงประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามข้อกำหนดนี้ได้ 320 คน ในงานวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์พหุระดับ ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจึงมีความสำคัญต้องมีขนาดพอ ถึงจะส่งผลต่อความเชื่อมั่นของรูปแบบการวิจัย และเพื่อให้การประมาณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีความเชื่อมั่นสูงและมีความมั่นใจในการตรวจสอบรูปแบบสมมติฐานควรใช้กลุ่มตัวอย่าง 300 คนขึ้นไป (Tabachnic & Fidell, 1996) สอดคล้องกับแนวคิดของแฮร์และคณะ (Hair et.al,1995) ที่เสนอแนะขนาดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 200 -300 คน และในการวิเคราะห์แบบพหุระดับ ชไนซ์เดอร์และโบสเกอร์ (Snijders & Bosker, 1999) แนะนำให้ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในระดับกลุ่มไม่น้อยกว่า 30 หน่วย ส่วนกลุ่มตัวอย่างระดับบุคคล ควรไม่น้อยกว่า 300 คนขึ้นไป ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ ชไนซ์เดอร์และโบสเกอร์ คือ **กลุ่มตัวอย่างระดับโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง 20 โครงการ** โดยมีผู้แสดงความคิดเห็นจากผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง 87 คน และกลุ่มตัวอย่างระดับผู้รับบริการในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคอ้วน จำนวน 412 คน จากที่เข้าร่วมโครงการใน 20 โครงการข้างต้น โดยใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Proportion stratified random sampling) ให้โครงการเป็นตัวแทนแบ่งชั้นและใช้การกำหนดสัดส่วนโครงการต่อจำนวนตัวอย่าง เท่ากับ 1: 20 จึงได้กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการอย่างต่ำ 400 คน

กลุ่มตัวอย่างที่สอง ใช้สำหรับการสัมภาษณ์กลุ่มเพื่อศึกษาแนวทางในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่ความสำเร็จสูงของการปรับพฤติกรรมกลุ่มโรคอ้วนและการกำหนดผู้ให้ข้อมูลจากเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนที่เข้าร่วมโครงการในช่วง 6 เดือนและมีความสำเร็จของน้ำหนักตัวลดลง ค่า BMI ลดลง รอบเอวลดลงสูงสุดของผู้เข้าร่วมโครงการและไม่เป็นความดันโลหิตสูง รวม 8 คน

นิยามปฏิบัติการ

1. กลุ่มเสี่ยงโรคอ้วน หมายถึง ประชาชนคนไทยที่ผ่านการประเมินตามแบบคัดกรองความเสี่ยงของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ และได้รับการประเมินว่าเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเกิดโรคต่างๆ โดยมีภาวะน้ำหนักเกิน วัดจากค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index - BMI) ที่มาจากการคำนวณด้วยสูตร น้ำหนักตัวใช้หน่วยเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงที่ใช้หน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง และถ้าพบว่า ค่าดัชนีมวลกายของผู้ใหญ่ ของเพศหญิง 23 กก./ม²ขึ้นไปและเพศชาย 25 กก./ม² ขึ้นไป แสดงว่ามีน้ำหนักเกินหรืออ้วน

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มโรคอ้วน หมายถึง การกระทำใดๆ เพื่อมุ่งให้บุคคลเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมตนเองที่นำไปสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ที่ดีโดยอาศัยการสนับสนุนจากผู้ให้บริการสุขภาพและจิตสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและในการวัดต้องเน้นที่พฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้ วัดจาก พฤติกรรมสุขภาพ 3Self ซึ่งเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน รักษาควบคุมสุขภาพตนเองให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติสุข โดยการมีสุขภาพร่างกายจิตใจอารมณ์ที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านสุขภาพ ในการวัดพฤติกรรมสุขภาพครั้งนี้วัดจากลักษณะทางจิตและพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพ (Self-efficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง (Self-regulation) และการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) รายละเอียด ดังต่อไปนี้

2.1 การรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง หมายถึงผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง มีการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ว่าตนเองมีความเชื่อมั่นที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงได้ด้วยตนเองให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ และคนที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยและจะประสบความสำเร็จในที่สุด และวัดจากแบบสอบถาม ของ อังศินันท์ อินทรกำแหง (2552) และสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) มีมาตราวัด 6 ระดับ รวม 12 ข้อ มีค่าสหสัมพันธ์คะแนนรายข้อกับคะแนนรวม(Item-total correlation-r) อยู่ระหว่าง .254 - .810 ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 โดยให้คะแนนจาก ระดับความเป็นจริงที่ปรากฏของพฤติกรรมตนเอง จากจริงมากให้ 6 คะแนน ถึง ไม่จริง ให้ 1 คะแนน และผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงตนเอง สูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า

2.2 การกำกับตนเอง หมายถึง การแสดงออกถึงการกระทำของผู้เข้าร่วมโครงการในการสังเกตด้วยตนเองถึงพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายและวางแผนในการ

กระทำที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อาจกระทำด้วยการจดบันทึกการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพของตนเอง กระตุ้นเตือนตนเองให้กระทำอย่างต่อเนื่องให้บรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดีตามที่ตนเองได้ตั้งเป้าหมายไว้ และวัดจากแบบสอบถาม การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ของ อังศินันท์ อินทรกำแหง (2552) และสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) มีมาตรวัด 6 ระดับ รวม 31 ข้อ มีค่า r อยู่ระหว่าง .224 - .815 ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81 โดยให้คะแนนจาก ระดับความเป็นจริงที่ปรากฏของพฤติกรรมตนเอง จากจริงมากให้ 6 คะแนน ถึง ไม่จริง ให้ 1 คะแนน และผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง สูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า

2.3 การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดก็ตามของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ที่ได้เริ่มปฏิบัติด้วยตนเองในด้านการเข้ารับการตรวจสุขภาพเป็นประจำ การแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และความเครียด รวมถึงการพักผ่อนโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อดำรงรักษาชีวิต ให้มีภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน เป็นการกระทำอย่างมีแบบแผนเป็นขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีการกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ร่างกาย จิตใจ และพัฒนาการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นไปถึงเป้าหมายของแต่ละบุคคล วัดจากแบบสอบถาม การดูแลสุขภาพตนเองของ อังศินันท์ อินทรกำแหง (2552) และสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) มีมาตรวัด 6 ระดับ รวม 28 ข้อ มีค่า r อยู่ระหว่าง .212 - .802 ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 โดยให้คะแนนจาก ระดับความเป็นจริงที่ปรากฏของพฤติกรรมตนเอง จากจริงมากให้ 6 คะแนน ถึง ไม่จริง ให้ 1 คะแนน และผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า

3. บทบาทผู้นำทีม หมายถึง การกระทำของผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อบุคลากรในหน่วยงานอื่นๆ และต่อบุคคลทั่วไป ในฐานะที่เป็นการบริหารจัดการ โครงการให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ วัดได้จากองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) บทบาทการเป็นผู้ริเริ่ม โดยริเริ่มดำเนินกิจกรรมต่างๆ อย่างเต็มใจ แสดงให้สมาชิกทีมได้เห็นว่ากรริเริ่มดำเนินการดังกล่าวเป็นไปเพื่อประโยชน์ของทีม สร้างแนวทางการดำเนินงานเหมาะสมกับลักษณะของทีมที่ต้องมีการประสานงานกันเป็นอย่างสูง 2) บทบาทการเป็นต้นแบบพฤติกรรม โดยแสดงให้สมาชิกในทีมได้เห็นถึงความมุ่งมั่น ทุ่่มเท ความพยายาม ที่จะดำเนินโครงการให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ พยายามทำให้เห็นว่าตนเองเป็นคนที่ทำงานหนักเพื่อทีม ตลอดจนอาสาที่จะทำงานในส่วนที่สมาชิกทีมคิดว่าเป็นงานที่ยากที่สุด เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกทีมทำโครงการอย่างเต็มศักยภาพของตนเอง 3) บทบาทการเป็นผู้แนะนำ โดยแสวงหาข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องมาเป็นข้อเสนอแนะให้กับสมาชิกทีม มีความเต็มใจและมีความพร้อมตลอดเวลาที่จะให้คำแนะนำแก่สมาชิกทีมในเวลาต่างๆ แสดงท่าทางยินดีเมื่อสมาชิกทีมขอคำแนะนำ ชี้แนะแนวทางการปฏิบัติงานในหน้าที่ที่เหมาะสมให้สมาชิกทีม โดยไม่ได้แสดงคำสั่งหรือสั่งการต่อสมาชิกในทีม 4) บทบาทการเป็นนักเจรจาต่อรอง เป็นการโน้มน้าวชักจูง ด้วยคำพูดหรือการแสดงพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้บังคับบัญชา หน่วยงานต่างๆ และบุคคลทั่วไป ให้ความร่วมมือในการดำเนินโครงการฯ ได้ชี้แจงให้เพื่อนได้เห็นว่า การให้ความร่วมมือกับโครงการฯ จะทำให้โครงการมีความเจริญก้าวหน้า สามารถพูดจาชักชวนให้คนในชุมชนเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงาน โดยมีเป้าหมายของการโน้มน้าว ชักจูง เพื่อให้ดำเนินโครงการบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ในการวัดการ

แสดงบทบาทผู้นำทีม ผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถามจากการประมวลเอกสารเกี่ยวกับบทบาทผู้นำทีมของ โพลเซอร์ (Polzer, 2004 : 122 - 124) เป็นแนวคิดหลักร่วมกับแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทผู้นำทีมของ โคนเนลลอน (Donnellon, 2006: 70 - 73) มีค่าสหสัมพันธ์คะแนนรายข้อกับคะแนนรวม(Item-total correlation-r) อยู่ระหว่าง.289 - .886 ค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ.954 มีมาตราวัด 6 ระดับ จากระดับน้อย ถึงมากที่สุดโดยข้อคำถามทางบวกให้คะแนน 1 - 6 และข้อคำถามทางลบให้คะแนน 6 - 1 ผู้นำทีมที่ได้คะแนนรวมมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่ได้แสดงบทบาทผู้นำทีมสูง และผู้นำทีมที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่ได้แสดงบทบาทผู้นำทีมต่ำกว่า

4. เชาว์สุขภาพ หมายถึง ความสามารถทางการจัดการและการบริหารสุขภาพในการดำรงชีวิตอย่างปลอดภัยเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีความเป็นอยู่อย่างปกติสุขซึ่งประกอบด้วย การรับรู้และพฤติกรรม 9 ด้านคือ ด้านการการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการหลีกเลี่ยง พึงสารเสพติด ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล ด้านการป้องกันโรค ด้านความปลอดภัยในชีวิต ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการจัดการความเครียด และด้านการจัดการอารมณ์ความรู้สึก ซึ่งเชาว์สุขภาพเป็นการสะท้อนถึงควมมีสติด้านสุขภาพ (Health consciousness) ความรู้ด้านสุขภาพ (Health knowledge) และระดับสุขภาพของส่วนบุคคล และชุมชนแวดล้อมนั้นๆ และระดับของเชาว์สุขภาพยังสะท้อนถึง ความสามารถของบุคคลในการเลือกปฏิบัติ เกี่ยวกับสุขภาพ ในการวัดความฉลาดทางอารมณ์ของทีม ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามเชาว์สุขภาพของอังสินันท์ อินทรกำแหงและภัทราวุธ อินทรกำแหง (2550) จำนวน 36 ข้อ ซึ่งปรับปรุงและพัฒนาจาก โฮเจอร์และโฮเจอร์ (Hoeger & Hoeger, 2005) มีค่า r อยู่ระหว่าง .236 - .744 ค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .847 โดยใช้ประโยคข้อความประกอบด้วยมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ จากจริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย โดยข้อคำถามเป็นในทิศทางบวกทุกข้อ ให้บุคคลเลือกตอบตามความคิดเห็นที่มีต่อข้อความ โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนรวมมากแสดงว่า มีเชาว์สุขภาพมาก ส่วนผู้ที่ตอบได้คะแนนรวมน้อยแสดงว่ามีเชาว์สุขภาพน้อยกว่า

5. ความฉลาดทางอารมณ์ของทีม หมายถึง การรับรู้ของผู้ให้บริการเกี่ยวกับความสามารถในกระบวนการบริหารอารมณ์ของทีมเพื่อให้ทีมบรรลุเป้าหมายตามที่ได้ตั้งไว้วัดจากองค์ประกอบ 6 ด้านได้แก่ 1)การตระหนักรู้สมาชิกทีม เป็นการรับรู้ของผู้ให้บริการเกี่ยวกับการที่สมาชิกในทีมได้มีความตระหนักที่จะสร้างความรู้จัก สนับสนุนกันและกันให้มากขึ้น รู้ถึงจุดอ่อนและจุดแข็ง ของกันและกัน ตลอดจนมีความเข้าใจในความรู้สึกและความต้องการซึ่งกันและกัน 2)การควบคุมสมาชิกทีม เป็นการรับรู้ของผู้ให้บริการเกี่ยวกับการสร้างความสัมพันธ์ที่สมดุลในการแสดงออกระหว่างกันและกันในทีมงาน โดยสมาชิกทีมแสดงออกด้วยท่าทางอ่อนน้อม มีความปรารถนาดีซึ่งกันและกัน ให้ความสำคัญและเห็นคุณค่ากันและกัน 3) การตระหนักรู้ทีม เป็นการรับรู้ของผู้ให้บริการเกี่ยวกับการที่ทีมได้ทำการประเมินถึงจุดแข็ง และจุดอ่อนในด้านอารมณ์ การมีปฏิสัมพันธ์กันของสมาชิกภายในทีม และการปฏิบัติงานร่วมกันของสมาชิกทีม รวมถึงการแสวงหาข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการทำงานของทีม จากบุคคลอื่นๆ และหน่วยงานอื่นๆ 4) การควบคุมทีม เป็นการรับรู้ของผู้ให้บริการเกี่ยวกับการสร้างบรรยากาศที่ทำให้สมาชิกในทีมเกิดความเข้าใจยอมรับและปรับตัวได้ต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่ทีมต้องเผชิญ การสร้างรูปแบบความคิดให้สมาชิกคิดใน

ทางบวกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งในอดีตและปัจจุบัน สร้างความสามารถในการคาดการณ์ถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากการทำงาน สร้างความสามารถในการคิดหาแนวทางแก้ไขและป้องกันปัญหาในปัจจุบันและอนาคต รวมถึงสร้างความรับผิดชอบในผลที่เกิดขึ้นจากการร่วมกันตัดสินใจของทีม 5) การตระหนักทางสังคมของทีม คือการที่สมาชิกในทีมรู้ถึงเรื่องราว ความเปลี่ยนแปลง และความเป็นไปของสภาพแวดล้อม บุคลากร และหน่วยงานอื่นๆ ให้ความสำคัญกับวัฒนธรรม ระบบสังคม และการเมือง รวมถึงการรับรู้ความเข้าใจ และการให้ความสำคัญกับความต้องการและแนวทางการปฏิบัติงานของบุคคลและทีม และ 6) ทักษะทางสังคมของทีม โดยที่ทีมได้มีส่วนช่วยเหลือในการสนับสนุนด้านทรัพยากร สนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ให้กับบุคคลอื่นๆ หรือหน่วยงานอื่นๆ รวมถึงการแสดงความยินดีและให้การตอบรับในความช่วยเหลือจากบุคคลหรือหน่วยงานอื่นทั้งภายในและภายนอกโครงการ ที่สนับสนุนกับภารกิจของทีม ในการวัดความฉลาดทางอารมณ์ของทีม ผู้วิจัยได้พัฒนาข้อคำถามจากแบบวัด ของ สยามล เอกะกุลนันต์ (2551) ที่พัฒนาจากแนวคิดความฉลาดทางอารมณ์ของทีม ของ ดร.สเกท และวอล์ฟ (Druskat & Wolff, 2001) มีค่า r อยู่ระหว่าง .224 - .753 ค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .861 มีมาตราวัด 6 ระดับ จากระดับไม่จริงเลย ถึง จริงมากที่สุด โดยข้อคำถามทางบวกให้คะแนน 1 - 6 และข้อคำถามทางลบให้คะแนน 6 - 1 ผู้นำทีมที่ได้คะแนนรวมมากกว่าคะแนนรวมค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างแสดงว่าเป็นผู้ที่รับรู้ว่ามีผลความฉลาดทางอารมณ์ของทีมสูง และผู้นำทีมที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่าคะแนนรวมเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างแสดงว่าเป็นผู้ที่รับรู้ว่ามีผลความฉลาดทางอารมณ์ของทีมต่ำ

6. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงรับรู้ว่ามีผู้บังคับบัญชาของตนได้ให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ เพื่อเป็นการเพิ่มความสามารถในการบริหารจัดการ และดำเนินโครงการสุขภาพให้ประสบความสำเร็จตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ วัดจากองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง ผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงรับรู้ว่ามีผู้บังคับบัญชาของตนได้พูดจาเพื่อให้กำลังใจในการดำเนินโครงการสุขภาพทั้งต่อตนเองและต่อทีมงาน รับรู้ว่ามีผู้บังคับบัญชามีเชื่อมั่นในความสามารถของตน ให้การยอมรับการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ตลอดจนให้เกียรติผู้นำทีม แสดงให้เห็นว่าการดำเนินโครงการเป็นประโยชน์ต่อความเจริญก้าวหน้าของหน่วยงาน 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง ผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงรับรู้ว่ามีผู้บังคับบัญชาของตนได้พยายามที่จะแสวงหาข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินโครงการสุขภาพเพื่อนำมาเสนอแนะในการบริหารโครงการ ผู้บังคับบัญชามีความเต็มใจที่จะให้ข้อเสนอแนะวิธีการบริหารจัดการโครงการ เสนอแนะแหล่งทรัพยากรต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินโครงการ ตลอดจนให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับผลการปฏิบัติหน้าที่ของผู้นำทีมและผลการดำเนินงานทีม และ 3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร หมายถึง ผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงรับรู้ว่ามีผู้บังคับบัญชาของตนได้ให้การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ สถานที่ และบุคลากรที่มีความสามารถ แก่ทีมงานโครงการสุขภาพ อำนาจความสะดวกในการใช้สถานที่ต่างๆทั้งภายในและภายนอก ในการวัดการสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชา ผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถามจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์และคานท์ (House & Kahn, 1985: 201) และประยุกต์จากแบบวัดของ ศิริภรณ์ สุขศิริล้าเลิศ (2550) มีค่า r อยู่ระหว่าง .247 - .885

ค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .945 รวมจำนวน 23 ข้อ มีมาตรวัด 6 ระดับ จากระดับไม่จริง เลยถึงจริงมากที่สุด โดยข้อคำถามทางบวกให้คะแนน 1 - 6 และข้อคำถามทางลบให้คะแนน 6 - 1 ผู้นำทีมที่ได้คะแนนรวมมากกว่าคะแนนรวมค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างแสดงว่าเป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชาสูง และผู้นำทีมที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่าคะแนนรวมค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างแสดงว่าเป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาน้อย

7. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล หมายถึง การที่บุคคลต่างๆ ในโครงการมีความสัมพันธ์อันดีซึ่งกันและกัน และมีต่อผู้บังคับบัญชา พร้อมมีความเมตตา กรุณา มีความปรารถนาที่จะเห็นซึ่งกันและกันมีความสุข พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามที่อีกฝ่ายหนึ่งได้ร้องขอ ซึ่งส่งผลทำให้บรรยากาศในการทำงานมีแต่ความร่วมมือ ร่วมใจ ทุกคนรักใคร่สามัคคีกัน วัดได้จากองค์ประกอบ 2 ด้าน ได้แก่ 1) สัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชา หมายถึง การรับรู้ของผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับผู้บังคับบัญชาในเชิงบวก ให้การยอมรับนับถือความเป็นผู้นำของผู้บังคับบัญชา ให้ความร่วมมือปฏิบัติตามนโยบายอย่างเต็มที่ ไม่นินทาว่าร้ายลับหลัง แสดงความเคารพผู้บังคับบัญชาอย่างจริงใจ ตลอดจนผู้บังคับบัญชาก็ให้ความนับถือ ยอมรับในความสามารถของตน ให้เกียรติซึ่งกันและกัน และ 2) สัมพันธภาพระหว่างเพื่อน หมายถึง การรับรู้ของผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนด้วยกันในเชิงบวก เพื่อนให้การยอมรับในความสามารถซึ่งกันและกัน แสดงความปรารถนา มีความเมตตาต่อกัน สามารถใช้ทรัพยากรร่วมกันได้ ให้ความร่วมมือหากเพื่อนด้วยกันร้องขอ ไม่นินทาว่าร้ายลับหลัง ให้กำลังใจในการทำงานซึ่งกันและกัน ในการวัดสัมพันธภาพ ผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถามจากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการปฏิบัติงานของวัฒนา คุรุสวัคดี (2544) เป็นหลัก และทำการพัฒนาและปรับปรุงข้อคำถามจากแบบวัดของ วรรณ อาภาคุณ (2545) มีค่า r อยู่ระหว่าง .325 - .874 มีค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .927 มีมาตรวัด 6 ระดับ จากระดับไม่จริงเลย ถึง จริงมากที่สุด โดยข้อคำถามทางบวกให้คะแนน 1 - 6 และข้อคำถามทางลบให้คะแนน 6 - 1 ผู้นำทีมที่ได้คะแนนรวมมากกว่าคะแนนรวมค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างแสดงว่าเป็นผู้มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่าคะแนนรวมเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างแสดงว่าเป็น มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกันและกัน

8. ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการโครงการ หมายถึง ผู้รับบริการมีความเต็มใจที่จะยอมรับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการบนพื้นฐานของความคาดหวังและเชื่อมั่นว่าผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงจะกระทำกิจกรรมใด ๆ ในสิ่งที่เป็ผลดีเกิดขึ้นกับผู้รับบริการเอง ได้แก่ ความปลอดภัย และการบรรลุตามเป้าหมายด้านสุขภาพของตนเอง ในการวัดความไว้วางใจ วัดจากแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากศุกลรัตน์ อิงชาติเจริญ (2551) มีค่า r อยู่ระหว่าง 0.370 ถึง 0.581 และมีค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.77 มีข้อคำถาม 5 ข้อ มีมาตรวัด 6 ระดับ จากระดับไม่จริงเลย ให้ 1 ถึง จริงมากที่สุด ให้ 6 โดยผู้ตอบที่ให้คะแนนสูงหมายถึง ให้ความไว้วางใจต่อการดำเนินโครงการสุขภาพ สูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

9. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ หมายถึง ผู้รับบริการมีความมั่นใจในความจำของตนเองที่ถูกต้องในเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคและการเลือกอาหารที่ให้พลังงานต่ำเพื่อควบคุมปริมาณและชนิดของอาหาร

ได้เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายตนเองและปลอดภัยต่อสุขภาพ การเคลื่อนไหวออกกำลังกายที่พอเพียงต่อการควบคุมและลดน้ำหนัก วัดจากแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .892 ที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นแบบวัดเลือกตอบแบบ 2 ตัวเลือกคือถูกผิด และสอบถามถึงความมั่นใจในคำตอบที่ให้คำตอบถูกหรือผิด มีมาตราวัด 3 ระดับ จากน้อย ไปถึงมาก ผู้ที่ตอบคำถามได้ถูกต้องและมั่นใจมากได้ 6 คะแนน ส่วนผู้ที่ตอบคำถามผิดและไม่มั่นใจมากได้ 1 คะแนนในการวัดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพโดยผู้ตอบที่ให้คะแนนสูง หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ สูงกว่าผู้ที่ตอบให้คะแนนต่ำกว่า

10. เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของผู้รับบริการที่คำนึงถึงคุณค่าโดยตระหนักถึงประโยชน์และโทษของการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของตนเอง และความรู้สึกชื่นชอบ ฟังพอใจในการที่จะปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพและรูปร่างที่ดีสมสัดส่วน ตลอดจนมีความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองทั้งในการควบคุมอาหาร การเคลื่อนไหวออกกำลังกายและการจัดการอารมณ์ให้ผ่อนคลายความตึงเครียดเพื่อมีสุขภาพจิตที่ดี วัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นรวมจำนวน 18 ข้อมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .931 ในการวัดเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ มีข้อคำถาม 21 ข้อ มีมาตราวัด 6 ระดับ จากระดับไม่จริงเลย ให้ 1 ถึง จริงมากที่สุด ให้ 6 โดยผู้ตอบที่ให้คะแนนสูง หมายถึง มีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าผู้ที่ตอบให้คะแนนต่ำกว่า

11. การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้ให้บริการ หมายถึง การที่ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงรับรู้ว่าบุคคลที่เกี่ยวข้องกับตนเองที่ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่การแพทย์ และผู้จัดโครงการ ได้ให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ เพื่อเป็นการเพิ่มความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองให้ประสบความสำเร็จตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ ซึ่งในแต่ละกลุ่มผู้ให้บริการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้รับบริการ วัดจากลักษณะที่ได้รับการสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงรับรู้ว่าเจ้าหน้าที่การแพทย์/บุคคลในครอบครัวและเพื่อน ได้พุดจาเพื่อให้กำลังใจในการดำเนินโครงการสุขภาพทั้งต่อตนเอง รับรู้ว่าบุคคลเหล่านี้มีเชื่อมั่นในความสามารถของตน ให้การยอมรับการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ตลอดจนให้เกียรติในการปฏิบัติปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของตน 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงรับรู้ว่าเจ้าหน้าที่การแพทย์/บุคคลในครอบครัวและเพื่อน ของตนได้พยายามที่จะแสวงหาข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของตน และมีความเต็มใจที่จะให้ข้อเสนอแนะวิธีการดูแลสุขภาพ เสนอแนะแหล่งทรัพยากรต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพ ตลอดจนให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับผลการดูแลสุขภาพของตน และ 3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร หมายถึง ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงรับรู้ว่าเจ้าหน้าที่การแพทย์/บุคคลในครอบครัวและเพื่อนได้ให้การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ สถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพของตนในการวัดจากแบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาจากแนวคิดของ เฮาส์และคานท์ (House & Kahn, 1985: 201) และแบบวัดของ ศิริภรณ์ สุขสีลล้าเลิศ (2550: 94) แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89 มีมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ จากระดับไม่จริงเลย ให้ 1 ถึง จริงมากที่สุด ให้ 6 โดยผู้ตอบที่ให้คะแนนสูง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าผู้ที่ตอบให้คะแนนต่ำกว่า

12. การมีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ หมายถึง ปริมาณการรับรู้ของผู้รับบริการถึงโอกาสที่ได้รับจากโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่ทางสถานบริการสุขภาพจัดขึ้น ในการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่ว่าก่อนที่จะตัดสินใจเลือกทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ โดยร่วมวางแผน ร่วมในการตัดสินใจเลือกกิจกรรม การทำกิจกรรมตามแผนและการประเมินผลกิจกรรมหรือโครงการสุขภาพที่จัดให้ อย่างสม่ำเสมอและมีส่วนร่วมสนับสนุนทรัพยากรเพื่อเอื้อต่อความสำเร็จของโครงการ ในการวัดการมีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ วัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากแบบวัดของ สมใจ รัตนศรีทอง (2546) มีข้อคำถาม 16 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 มีมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ จากระดับไม่จริงเลย ให้ 1 ถึง จริงมากที่สุดให้ 6 ผู้ตอบให้คะแนนสูง หมายถึง มีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ สูงกว่าผู้ที่ตอบให้คะแนนต่ำกว่า

13. การบริหารโครงการสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติที่เกิดจากการบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้โครงการประสบความสำเร็จตามที่ได้ตั้งเป้าหมาย โดยยึดหลักการบริหารจัดการ แบบ PROMISE Model ซึ่งประกอบด้วย 1) P – Positive reinforcement คือ หลักการเสริมแรงทางบวกให้แก่ผู้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ 2) R – Result base management คือ หลักการบริหารจัดการของผู้จัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของงาน 3) O – Optimism คือ ผู้จัดกิจกรรมและผู้รับการปรับพฤติกรรมมามีการมองโลกในแง่ดี 4) M – Motivation คือ ผู้จัดกิจกรรมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้รับการปรับพฤติกรรมให้เริ่มต้นและดำเนินการต่อเนื่อง 5) I – Individual or Client center คือ ผู้จัดกิจกรรมต้องจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นหลัก และ 5) S – Self – esteems คือ หลักการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองให้ผู้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง ในการวัดพฤติกรรมการบริหารโครงการ ผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถามจากการประมวลเอกสารเกี่ยวกับตามแนวคิดของ แอนบารีและคณะ (Anbari et.al. 2008) และหลัก PROMISE Model ของ อังคินันท์ อินทรกำแหง (2552) มีค่า r อยู่ระหว่าง .528 - .902 ค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .975 มีข้อคำถาม 20 ข้อ มีมาตราวัด 6 ระดับ ตั้งแต่ต่ำที่สุด จนถึงมากที่สุด โดยข้อคำถามทางบวกให้คะแนน 1 - 6 และข้อคำถามทางลบให้คะแนน 6 - 1 โดยผู้ตอบที่ให้คะแนนสูง หมายถึง มีพฤติกรรมการบริหารโครงการ สูงกว่าผู้ที่ตอบให้คะแนนต่ำกว่า

13. การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง หมายถึง การกระทำในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับผู้รับบริการการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยคำนึงถึงหลักที่ว่า ผู้รับบริการที่มีอิทธิพลต่อภารกิจ ผู้ให้บริการต้องให้ความสำคัญกับผู้รับบริการเป็นลำดับแรก และสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการที่สามารถสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการควบคู่กับเป้าหมายของการให้บริการได้เป็นอย่างดี เช่น การนำความคิดเห็น ข้อเสนอแนะของผู้รับบริการมาใช้เป็นส่วนสำคัญในการจัดกิจกรรมปรับพฤติกรรม การเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้เรียนรู้ด้านสุขภาพด้วยการนำตนเอง ร่วมวางแผนและประเมินผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ การใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปรับพฤติกรรม เป็นต้น ผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถามจากการประมวลเอกสารเกี่ยวกับตามแนวคิดของโรเจอร์ มีค่า r อยู่ระหว่าง .421 - .821 ค่าความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .905 มีข้อคำถาม 8 ข้อ มีมาตราวัด 6 ระดับ ตั้งแต่ต่ำที่สุด จนถึงมากที่สุด โดยข้อคำถามทางบวกให้คะแนน 1 - 6 และข้อคำถามทางลบให้คะแนน 6 - 1 โดยผู้ตอบที่ให้คะแนนสูง หมายถึง มีการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง สูงกว่าผู้ที่ตอบให้คะแนนต่ำกว่า

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของคนไทย
2. โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง
3. แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)
4. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง (Health behavior Modification)
 - 4.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ (Self-efficacy) กับพฤติกรรม

สุขภาพ

- 4.2 การกำกับตนเอง (Self-regulation) กับพฤติกรรมสุขภาพ
- 4.3 การดูแลตัวเอง (Self-care)
5. พฤติกรรมการบริหาร โครงการสุขภาพตามหลัก PROMISE
6. การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ
7. ปัจจัยทางจิตที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับผู้ให้บริการ
 - 7.1 เชื้อสุขภาพ
 - 7.2 ความฉลาดทางอารมณ์ของทีม
 - 7.3 บทบาทผู้นำทีม
8. ปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับผู้ให้บริการ
 - 8.1 การสนับสนุนทางสังคม
 - 8.2 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล
9. ปัจจัยทางจิตที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับผู้รับบริการ
 - 9.1 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน
 - 9.2 เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ
 - 9.3 ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการโครงการ
10. ปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับผู้รับบริการ
 - 10.1 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม
 - 10.2 การมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง
11. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของคนไทย

ในปัจจุบันพบว่ามีแนวโน้มโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายที่ให้การส่งเสริมสุขภาพ ที่ว่าเมืองไทยเข้มแข็งให้เป็นวาระแห่งชาติ แต่สถานการณ์ที่ผ่านมาได้มีการสำรวจภาวะสุขภาพของคนไทยทั่วประเทศ โดยการตรวจร่างกาย (National health examination survey) มาแล้ว 3 ครั้ง โดยครั้งแรกในปี พ.ศ.2534 ครั้งที่ 2 ในปี พ.ศ.2539 และครั้งที่ 3 ในปี พ.ศ.2547 จากการสำรวจดังกล่าว พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังของคนไทย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โรคอ้วนเพิ่มจากร้อยละ 20 เป็น 25 และ 34 ตามลำดับ ส่วนโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.1 เป็น 8.1 และ 10.2 และจากการสำรวจครั้งล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2547 พบคนไทยเป็นโรคอ้วน 13 ล้านคน อ้วนลงพุง 12 ล้านคน เป็นโรคเบาหวาน 3 ล้านคน เป็นโรคความดันโลหิตสูง 10 ล้านคน ไขมันในเลือดสูง 7 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ทั้งการสูบบุหรี่และการดื่มสุราในผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้น (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551)

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของภาวะเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ร่วมกับกระแสวัฒนธรรมตะวันตกส่งผลกระทบต่ออาหารมากเกินความต้องการ โดยไม่ได้สมดุล อาหารที่ไม่สมดุลคืออาหารที่ประกอบด้วย ไขมันและน้ำตาลสูง มีใยอาหารน้อย ประกอบกับการไม่ออกกำลังกายและโรคอ้วนเป็นสาเหตุสำคัญที่นำมาสู่ โรคหัวใจ โรคกระเพาะ โรคความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดอุดตันในสมอง และโรคเบาหวาน โรคเหล่านี้ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยที่สมควร (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2550) และการสำรวจของ ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ, 2539) พบว่า ชาวชน แม่บ้าน และคนงานในโรงงาน มีการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพโดยขาดการคำนึงถึงประโยชน์ และคุณค่าทางโภชนาการ โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่ประกอบด้วย แป้งและน้ำตาลเป็นหลัก สอดคล้องกับข้อมูลอัตราการบริโภคน้ำตาลต่อคนที่เพิ่มสูงขึ้นกว่าเท่าตัวจาก 12.7 กิโลกรัม/คน/ปี ในปี พ.ศ.2526 เป็น 29.1 กิโลกรัม/คน/ปี ใน พ.ศ. 2544 ซึ่งคนไทยมีพฤติกรรม "กินหวานล้ำหนานานาประเทศ" ด้วยสถิติการกินน้ำตาลเฉลี่ย 16 ช้อนชาต่อคนต่อวัน ในขณะที่ค่าเฉลี่ยการกินหวานของคนทั่วโลกอยู่ที่ 11 ช้อนชาต่อคนต่อวัน และปริมาณน้ำตาลระดับพอดีที่ร่างกายรับได้ในแต่ละวันอยู่ที่ 6 ช้อนชา ต่อคนต่อวันมักเป็นอาหารประเภท น้ำอัดลม น้ำหวาน นมรสหวาน นมเปรี้ยว เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารนอกบ้าน อาหารสำเร็จรูป โดยหาซื้อจากร้านค้า หรือแผงลอยมากขึ้น โดยพบว่า คนไทยส่วนใหญ่ ซื้ออาหารปรุงสำเร็จจากร้านค้าสูงสุด รองลงมาคือ ตลาดสด และพ่อค้าเร่ อาหารเหล่านี้นอกจากจะไม่ได้คุณค่ายังมีปริมาณแคลอรีสูงและราคาแพง ก่อให้เกิดปัญหาโภชนาการ เช่น โรคอ้วน ปริมาณไขมันในเลือดสูงมากขึ้น (จดหมายข่าวรายเดือน สำนักงานพัฒนาระบบข่าวสารข้อมูลสุขภาพ วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2553 ประชาชาติธุรกิจออนไลน์)

สถานการณ์ของภาวะอ้วน

ปัจจุบันพบว่า ความชุกของภาวะอ้วนนั้น มีแนวโน้มสูงขึ้น ทุกกลุ่มอายุ ทั้งเด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่ โดยเฉพาะกลุ่มวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีความชุกของภาวะอ้วนสูงกว่าวัยอื่นๆ องค์การอนามัยโลกได้รายงานในปี 2005 ประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทั่วโลกมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน 1,600 ล้านคน และมีประมาณ 400

ล้านคน ที่มีภาวะอ้วนและคาดว่าในปี 2015 นี้จะมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานเพิ่มขึ้น 2,300 ล้านคน และมีประมาณ 700 ล้านคน ที่มีภาวะอ้วน (WHO.2004) และจากการศึกษาความชุกและแนวโน้มภาวะอ้วนของผู้ใหญ่ในประเทศสหรัฐอเมริกาจากปี 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 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยในปี 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 – 1994 ถึง ร้อยละ 23 โดยพบว่าความชุกของผู้ใหญ่ในอเมริกาในปี 1999-2000, 2001-2002, 2003-2004, 2005-2006 และ 2007 – 2008 ที่มีดัชนีมวลกาย 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป ดังนี้ 64.5 65.7 66.3 67.0 และ 68.0 (Katherine & et al., 2010)

ส่วนสถานการณ์ภาวะอ้วนของคนไทยจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552 พบว่า เกือบ 3 ใน 10 คนของผู้ชายไทย และ 4 ใน 10 คนของผู้หญิงไทย อยู่ในเกณฑ์อ้วน ($BMI \geq 25$ กิโลกรัมต่อตารางเมตร) เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย 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 และจากผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ในปี พ.ศ.2550 พบว่า คนมีน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 19.1 (8.8 ล้านคน) และภาวะอ้วนร้อยละ 3.7 (1.7 ล้านคน) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2548 ที่พบคนไทยที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 16.1 (7.3 ล้านคน) และผู้ที่อ้วนร้อยละ 3.0 (1.4 ล้านคน) และยังพบว่าในกรุงเทพมหานครมีน้ำหนักเกินและอ้วนถึงร้อยละ 25.9 และมีภาวะอ้วนถึงร้อยละ 6.0 (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2548, 2550) และจากการศึกษาความชุกของภาวะอ้วนในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกปี 2004 พบว่าประเทศไทยมีอัตราความชุกของภาวะอ้วนสูงถึงร้อยละ 50 คิดเป็นลำดับที่ 5 จากทั้งหมด 14 ประเทศ รองจากประเทศออสเตรเลีย มองโกเลีย วานูอาตูและฮ่องกง (กองสถิติสาธารณสุข, 2550)

จากสถานการณ์ภาวะอ้วนคนไทยก็มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เป็นภาระต่อเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและกระทบต่อการใช้ชีวิตในสังคม ทั้งส่วนบุคคลและในระดับประเทศนับเป็น การสูญเสียทรัพยากรบุคคลและสูญเสียคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบกับองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ภาวะภาวะอ้วนเป็นโรคระบาดของโลก (World Wide Epidemic) ซึ่งเป็นภัยใหญ่ที่สุดของศตวรรษและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน และยังเป็นโอกาสดีที่ภาวะอ้วนสามารถป้องกันและแก้ไขได้ ถ้าตระหนักในปัญหาสุขภาพเหล่านี้แล้วตั้งแต่ปี ค.ศ. 1997 (WHO, 2003)

เมื่อพิจารณาเกณฑ์ในการจำแนกภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วน จากค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index - BMI) พบว่า ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างอายุ 15-74 ปีทั้งประเทศเฉลี่ยเท่ากับ 22.7 กก./ม² เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายสูงกว่าเพศชาย และช่วงอายุ 45-54 ปี มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายสูงสุด (23.7 กก./ม²) และช่วงอายุ 15-24 ปี ต่ำสุด (20.7 กก./ม²) และเมื่อพิจารณาตามภาค พบว่า กลุ่มตัวอย่างในระดับภาค ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายสูงสุดในกรุงเทพมหานคร รองลงมา ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ เท่ากับ 23.2, 22.9, 22.5, 22.6 และ 22.4 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงความชุก ของภาวะอ้วน ระหว่างปี พ.ศ.2548 และ 2550 มีความแตกต่างที่เห็นได้ชัดดังสรุปผลการสำรวจภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคอ้วน เบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่สำคัญในประชากรอายุ 17-74 ปี เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550 (ศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข , 2550) ดังนี้

ความชุก(ร้อยละ)	ในปี	ในปี	การเปลี่ยนแปลง
ภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2550	ที่เพิ่มขึ้น
- ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน(BMI $\geq$ 25 กก./ม. ²)	16.1(7.3 ล้านคน)	19.1(8.8 ล้านคน)	3(1.5 ล้านคน)
- ผู้ที่มีภาวะอ้วน (BMI $\geq$ 30 กก./ม. ²)	3.0 (1.4 ล้านคน)	3.7 (1.7 ล้านคน)	0.7(0.3 ล้านคน)
- ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว (นิ้ว)ในประชากรชาย	31.8 นิ้ว	31.9 นิ้ว	0.1 นิ้ว
- ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว(นิ้ว)ในประชากรหญิง	30.2 นิ้ว	30.6 นิ้ว	0.4 นิ้ว

จากข้อมูลสถิติเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และความชุกโรคอ้วนของคนไทยที่กล่าวมาข้างต้น ชี้ให้เห็นชัดเจนว่าทั้งในกลุ่มเยาวชน กลุ่มคนทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่ายังไม่เห็นความสำคัญของการดูแลเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ายังไม่รู้ตัวว่าอยู่ในภาวะเสี่ยงหรือเข้าใจผิดว่ายังอยู่ในวัยที่แข็งแรง ถ้ายังอยู่ในวัยเด็กหรือวัยรุ่นไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพก็จะส่งผลต่อสุขภาพเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่ได้ง่ายขึ้น เช่น ปัญหาโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ดังนั้นแนวทางในการป้องกันปัญหาที่ดีที่สุดก็คือ การป้องกันตนเอง และการดูแลสุขภาพตั้งแต่เริ่มต้นที่เสี่ยงหรือป่วยด้วยการสร้างเสริมลักษณะนิสัยและพฤติกรรมด้านสุขภาพให้เหมาะสมตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพด้วยแนวทาง 3อ (ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ดี)

2. โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง

โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของหน่วยงานในกรุงเทพมหานคร โดยสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ได้รับการสนับสนุนทุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ให้ดำเนินโครงการบริหารจัดการและประเมินโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของหน่วยงานใน

กรุงเทพมหานคร ซึ่งการให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนในกลุ่มโรคเมตาบอลิก ได้แก่ หลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง เบาหวานและภาวะอ้วนภายใต้การดูแล ประเมิน กำกับของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒให้เป็นไปตามกรอบแนวคิด การปรับพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และหลัก PROMISE Model ได้แก่ การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การดูแลสุขภาพตนเอง และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงได้ด้วยตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเมตาบอลิก

นอกจากนี้ หลักสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนที่มีประสิทธิภาพสูงสุด และได้ผลดีต่อประชาชนและประเทศชาติ คือ การสร้างคุณค่ากับผู้รับบริการ ให้เขาสามารถสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยเฉพาะโรคที่เกิดจากพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้องได้ด้วยตัวเอง ให้เกิดพฤติกรรม 3 Self ขึ้น คือ การให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (Self-care) กำกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง (Self-regulation) และให้มีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง จนเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ให้ดีขึ้นได้ ด้วยการผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่เป็นการปรับเปลี่ยนทั้งทางจิตและทางสภาพร่างกายหรือพฤติกรรมภายในและภายนอก เพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามวิถีชีวิตของแต่ละปัจเจกบุคคล และเพื่อเป็นการกระจายเครือข่ายความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนจึงควรมีการพัฒนาขีดความสามารถของสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ร่วมให้บริการ ให้มีสมรรถนะในการบริหารโครงการด้านการจัดบริการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในการดูแล โดยยึดหลัก PROMISE ตามแนวทางของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ได้ผลและผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงมักใช้ในการดำเนินการ ซึ่งประกอบด้วย 1) Positive reinforcement - การเสริมแรงทางบวก 2) Result based management - หลักการบริหารเพื่อผลสัมฤทธิ์ของงาน 3) Optimism - การมองโลกแง่ดี 4) Motivation - การสร้างแรงจูงใจ 5) Individual or client center - การยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง และ 6) Self-esteems - หลักการเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง แต่ละครั้งรวมอย่างน้อย 5 ครั้ง โดยมีระยะเวลาทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อยู่ระหว่าง 4 -6 เดือน

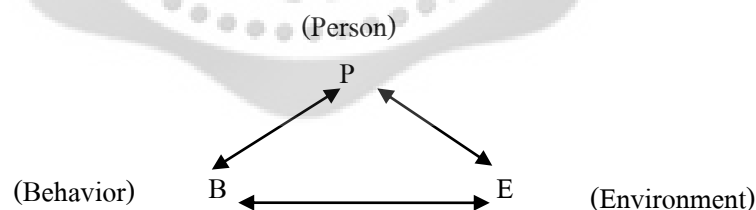
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร ในฐานะองค์กรกลางด้านการดูแลสิทธิประกันสุขภาพของประชาชนทุกสิทธิทั้งข้าราชการ ประกันสังคมและประกันสุขภาพถ้วนหน้าในกรุงเทพมหานครจำเป็นต้องเตรียมหน่วยงานที่เข้าร่วมให้บริการให้มีความเข้มแข็งยิ่งขึ้นในการร่วมสร้างความเข้มแข็งให้บุคลากรในสังกัดและประชาชนในกลุ่มเป้าหมายสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองและเห็นคุณค่าในตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น อันจะเป็นทุนมนุษย์ที่สำคัญของหน่วยงานและสังคม ประเทศชาติต่อไป

โดยโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงมีวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้เข้าถึงบริการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงขยายผลมากขึ้น 2) เพื่อให้หน่วยงานเครือข่ายมีขีดความสามารถในการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและบริหารจัดการโครงการด้านการให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการในเขตกรุงเทพมหานคร และประชาชนทุกเพศทุกวัยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงให้ครอบคลุมทั้งกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางจิตและทางกาย 3) เพื่อประเมินผลการบริหารจัดการ

และดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของ สถานพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร 4) เพื่อกำกับติดตามนิเทศโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ร่วมให้บริการสามารถดำเนินโครงการให้เป็นไปตามตัวชี้วัดของ สปสช.5) เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไขในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของหน่วยงานในเขตกรุงเทพมหานคร ให้เป็นผลสัมฤทธิ์ตามตัวชี้วัดที่กำหนดในโครงการ 6) เพื่อรวบรวมองค์ความรู้และสื่อ นวัตกรรมที่เกิดจากผู้เข้าร่วมโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของหน่วยงานที่มีประสิทธิภาพเพื่อใช้เป็นแบบอย่างในการปฏิบัติที่ดีสำหรับหน่วยงานผู้ให้บริการและประชาชนที่สนใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ทั้งนี้ หน่วยงานร่วมให้บริการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับกลุ่มเสี่ยงเป็นสถานพยาบาลที่มีที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานครที่มีภารกิจหลักในการดูแลรักษา ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของประชาชน มีบุคลากรทีมงานหรือมีที่ปรึกษาที่มีประสบการณ์จัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นผู้รับผิดชอบและดำเนินโครงการ ผู้รับผิดชอบดำเนินการในรูปคณะกรรมการอย่างน้อย 3 คน ขึ้นกับปริมาณภารกิจของงาน และจำนวนกลุ่มเสี่ยงที่รับบริการ และหัวหน้าโครงการที่ให้บริการครั้งแรก ควรมีที่ปรึกษาเป็นนักวิชาการในสาขาที่เกี่ยวข้องหรือมีประสบการณ์การจัดโครงการในลักษณะเดียวกัน (อังสินันท์ อินทรกำแหง, 2552)

3. แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura) จัดได้ว่าเป็นทฤษฎีที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาเทคนิคการปรับพฤติกรรมในปัจจุบัน แบนดูรา (Bandura, 1989: 1 - 60) มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของคนเรานั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่จะเปลี่ยนแปลงไปตามเงื่อนไขของปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยพฤติกรรม และ สภาพแวดล้อม ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 1 แสดงการกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยทางพฤติกรรม (B) ปัจจัยสภาพแวดล้อม (E) และปัจจัยส่วนบุคคล (P) ที่มีผลต่อการเรียนรู้และการกระทำ (Bandura, 1997)

จากภาพประกอบ 1 แสดงให้เห็นว่าปัจจัยทั้ง 3 มีความเกี่ยวพันซึ่งกันและกันไม่อาจแยกออกจากกันได้ และปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมๆกัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่นๆ การกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมแสดงให้เห็นถึงความคิด ความรู้สึก และการกระทำ ความคาดหวัง ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง เป้าหมาย และความตั้งใจ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวกำหนดลักษณะและทิศทางของพฤติกรรม สิ่งที่บุคคลคิด เชื่อ และรู้สึก จะกำหนดว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมเช่นใด ในขณะที่เดียวกันการกระทำของบุคคลก็จะเป็นส่วนหนึ่งในการกำหนด

ลักษณะการคิดและการสนองตอบทางอารมณ์ของเขา ลักษณะของร่างกาย ระบบการรับรู้และระบบประสาท มีผลต่อพฤติกรรม และศักยภาพของบุคคล เช่นเดียวกับระบบการรับรู้และโครงสร้างของสมองก็ปรับเปลี่ยนได้โดยสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์ทางพฤติกรรมเช่นกัน (Greenough & et al.,1987) เช่นเดียวกับ อังคินันท์ อินทรกำแหง (2552:11) กล่าวว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมแตกต่างกันออกไปตามสภาพของสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และประสบการณ์ร่วมกับพฤติกรรมภายใน เช่น การคิด การรับรู้ ความรู้สึก ความเชื่อ และค่านิยม เป็นต้น ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมภายนอกออกมา เช่น การเดิน และการนั่ง เป็นต้น ซึ่งทำให้เข้าใจได้ว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่งซึ่งสามารถเข้าใจได้ว่าต้องอาศัยปัจจัยทางจิตวิทยาควบคู่ไปกับเงื่อนไขสังคม ขณะเกิดการเรียนรู้สอดคล้องกับพาแลค (Palank, 1991: 815-832) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ คือการแสดงออกที่บุคคลกระทำในสิ่งที่ถูกต้องและไม่กระทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง ทั้งที่สังเกตได้ เช่น นิยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และที่สังเกตไม่ได้หรือลักษณะทางจิต เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ค่านิยม ความคาดหวัง แรงจูงใจ ความรู้ เป็นต้น

การเกิดโรคที่สำคัญบางโรคเกิดจาก สาเหตุทางพฤติกรรม และทางชีวภาพ อาทิเช่น โรคความดันโลหิตสูงเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา เป็นต้น จากการวิเคราะห์สาเหตุและผลของพฤติกรรมสุขภาพนั้น อาจกล่าวได้ว่าการที่บุคคลมีสุขภาพสมบูรณ์และปราศจากโรคนั้นเกิดจากลักษณะทางชีวภาพร่วมกับการมีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม การมีพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ นั้น จึงขึ้นอยู่กับลักษณะทางจิตใจและสภาพแวดล้อมของบุคคล รวมทั้งลักษณะทางชีวภาพ เช่น กรรมพันธุ์ ความชราและความเจ็บป่วยในปัจจุบัน (ดวงเดือน พันธุมนาวิน, 2543: 155 - 157) ซึ่งปัทมสร กิมสุวรรณวงศ์ (2546) ได้ศึกษาจิตลักษณะและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพกาย และพฤติกรรมสุขภาพจิตของข้าราชการสูงอายุในมหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า ข้าราชการสูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมาก และเจตคติต่อการรักษาสุขภาพมากจะมีพฤติกรรมสุขภาพกายและพฤติกรรมสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มที่มีลักษณะดังกล่าวน้อย

โดยสรุป ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอิทธิพลลักษณะทางจิต และสภาพแวดล้อมซึ่งองค์ประกอบใดเปลี่ยนแปลงไปย่อมส่งผลให้องค์ประกอบที่เหลือเปลี่ยนแปลงไปด้วย ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยจึงนำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมมาใช้เพื่อศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ให้บริการในโครงการปรับพฤติกรรมสุขภาพและผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร

4. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง (Health behavior Modification)

เป็นแนวคิดที่ผู้วิจัยได้บูรณาการจากสหวิทยาการ โดยประยุกต์แนวคิดทางจิตวิทยาตามทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคม(Social cognitive theory) (Bandura, A., 1986) และการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) เข้าไว้ด้วยกัน เพื่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพเป็นรายบุคคลตามวิถีชีวิตหรือบริบททางจิตสังคมพื้นฐานของบุคคลกลุ่มเสี่ยงนั้นที่มาร่วมโครงการ หรือทำการปรับพฤติกรรมเสี่ยงด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น

แนวคิดทางจิตวิทยาการปรับพฤติกรรม มิคุลัส (Mikulas, 1978: 9-12) ได้กำหนดคุณสมบัติของกระบวนการปรับพฤติกรรม หรือคุณสมบัติของการปรับพฤติกรรมไว้ 5 ประการ ดังนี้

1. การปรับพฤติกรรมไม่เน้นอดีต (Ahistorical) แต่จะให้ความสนใจพฤติกรรมของบุคคล ณ ที่นี้และขณะนี้ (Here and now) เป็นสำคัญ คือ สนใจว่าปัจจัยใดในขณะนั้นก่อให้เกิดและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในปัจจุบัน แต่ข้อมูลในอดีตจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับพฤติกรรม

2. การปรับพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้การตีตรา เพราะจะเป็นการทำลายบุคคล เช่น คนที่ถูกตีตราว่าเป็นคนอ้วนแล้วพฤติกรรมของเขาอาจเปลี่ยนแปลงไปอ้วนมากยิ่งขึ้นก็ได้

3. การปรับพฤติกรรม เป็นเรื่องเข้าใจได้ สามารถอธิบายให้ผู้รับการปรับพฤติกรรมเข้าใจได้ง่าย การให้เหตุผลและทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องได้ จะทำให้ได้รับความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องเหล่านั้นเป็นอย่างดีในการดำเนินการปรับพฤติกรรม

4. ความสัมพันธ์ระหว่างนักปรับพฤติกรรมกับผู้รับการปรับพฤติกรรมไม่จำเป็นต้อง เป็นความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัวหรือเป็นรายบุคคล การปรับพฤติกรรมสามารถฝึกใครก็ตามเช่น ครู ผู้ปกครอง บุคลากร นักศึกษาหรือผู้เกี่ยวข้องอื่นใด ให้มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความคิดเชิงบวกที่ต้องการพัฒนาและสามารถใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมไปปรับตนเองและผู้อื่นได้ และสามารถกระทำเป็นกลุ่มพร้อมกันได้

5. ในการปรับพฤติกรรมสามารถฝึกบุคคลให้ปรับพฤติกรรมของตนเองได้ เทคนิคที่ใช้ส่วนใหญ่ ได้แก่ เทคนิคการควบคุมตนเอง (Self-control) การกำกับตนเอง (Self-regulation) ซึ่งเป็นวิธีการปรับพฤติกรรมที่ฝึกให้ บุคคลกระทำการปรับพฤติกรรมตนเองได้ด้วยตัวเอง เป็นเทคนิคที่ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย แต่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเป็นอย่างมาก บุคคลสามารถเรียนรู้ ทักษะการควบคุมตนเองจากแหล่งต่างๆ ได้ เช่น ผู้ใกล้ชิด นิตยสาร ตำรา คลินิก โทรทัศน์ หรือการให้คำปรึกษาและการฝึก เป็นต้น

ความหมายของการปรับพฤติกรรม

ระยะแรกนักวิชาการส่วนใหญ่จะให้ความหมายของการปรับพฤติกรรม บนพื้นฐานการเรียนรู้ ดังเช่น ความหมายของการปรับพฤติกรรม ตามที่ ชัยพร วิชาวุธ และ ชีระพร อูวรรณโณ (2534) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การปรับพฤติกรรมเป็นการประยุกต์หลักการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ส่วน มิคุลัส (Mikulas, 1978: 2) ได้ให้ความหมายของการปรับพฤติกรรมไว้ว่า การปรับพฤติกรรม คือ การประยุกต์หลักการพฤติกรรมที่ได้จากการทดลองเพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรม ซึ่งก็คล้ายๆ กับความหมายที่ คาลิช (Kalish, 1981 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549: 3) ให้ไว้ว่าการปรับพฤติกรรม หมายถึง การนำเอาหลักพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม วอลป์ (Wolpe, 1969) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการใช้ผลที่ได้จากการทดลอง หลักการเรียนรู้ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่ไม่เหมาะสมให้เหมาะสมขึ้น โอเลอรีและวิลสัน (O'leary and Wilson, 1987) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้และข้อค้นพบทางจิตวิทยาการทดลอง เพื่อใช้ในการเปลี่ยนพฤติกรรมมนุษย์ ทั้งนี้ในการปรับพฤติกรรมของบุคคล ควรคำนึงถึงลักษณะวิธีการดังต่อไปนี้ (ประทีป จินฉี, 2540) 1) เน้นที่พฤติกรรมเฉพาะเจาะจงเฉพาะกลุ่มเสี่ยง 2) เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลโดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ 3) ต้องมี

การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ชัดเจน 4) ต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลเป็นสำคัญ 5) การศึกษาแนวนี้จะเน้นที่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเท่านั้น 6) เน้นความเป็นมนุษย์ของบุคคล โดยไม่มีการบังคับใดๆ ทั้งสิ้น 7) เทคนิคต่างๆ ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเป็นเทคนิคที่มีประสิทธิภาพ แต่การนำไปใช้จำเป็นต้องคำนึงถึงข้อดีและข้อจำกัด ตลอดจนเกณฑ์การใช้เทคนิคเหล่านั้นให้รอบคอบด้วย 8) การปรับพฤติกรรมจะเน้นการใช้วิธีการทางบวกมากกว่าวิธีการลงโทษ และ 9) วิธีการปรับพฤติกรรมสามารถใช้ได้อย่างเหมาะสมตามลักษณะปัญหาของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยง ต้องคำนึงถึงระยะของความพร้อมที่จะรับการเปลี่ยนแปลงของแต่ละบุคคลซึ่งมีไม่เท่ากัน บางคนอาจยังไม่สนใจปัญหาไม่เห็นความสำคัญที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง หรือบางคนสนใจแต่ยังลังเลใจอยู่ ยังก้าวๆ กล้าๆ ที่เข้าร่วมกิจกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือบางคนอาจเริ่มเปลี่ยนแปลงแล้ว แต่ยังต้องการกำลังใจและแรงจูงใจภายนอกอยู่ มิฉะนั้นอาจจะยกเลิกไม่ทำพฤติกรรมต่อ

สรุปได้ว่า การปรับพฤติกรรม หมายถึง การประยุกต์หลักการแห่งพฤติกรรม หรือหลักการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรม โดยเน้นที่พฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้ หรือวัดได้เป็นสำคัญ และในงานเขียนครั้งนี้เน้นวัดจากพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้านคือการรับรู้ความสามารถในการปรับพฤติกรรมตนเอง (Self-efficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-regulation) และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care)

ทั้งนี้ในการวัด การปรับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ขึ้นจากแนวคิดทางจิตวิทยาและพฤติกรรมสุขภาพ ตามทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคม (Social cognitive theory) (Bandura, 1986) และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ (Orem, 1985) สามารถวัดได้จาก พฤติกรรม 3 ด้านได้แก่

4.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ (Self-efficacy)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549: 47-60) เป็นหนึ่งในแนวคิด 3 ประการของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมปัญญาของแบนดูรา ซึ่งประกอบด้วย แนวคิดของการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational learning) แนวคิดของการควบคุมตน (Self-control) และแนวคิดของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในระยะแรกแบนดูราเสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถของตนเอง (Efficacy expectation) โดยให้ความหมายว่าเป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตน ในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม แต่ต่อมาแบนดูราได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) โดยให้คำจำกัดความว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยที่แบนดูรานั้นไม่ได้กล่าวถึงคำว่าคาดหวังอีกเลย แบนดูรามีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล ทั้งนี้บุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน แบนดูราเห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ในสถานการณ์นั้นๆ นั่นคือถ้าเรามีการรับรู้ว่าเรามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้น คนที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะมีความอดทน อดสาเห ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด และการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดก็ด้วยการรับรู้ความสามารถของตน ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลได้ดีกว่าผลของการกระทำในครั้งที่ผ่านมา (สุกัญญา กฤษณะเศรษฐี, 2542:18 อ้างอิงจาก Pajares, 1997 :3)

สรุปได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำพฤติกรรมสุขภาพและความมั่นใจของบุคคลว่าสามารถกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้มากน้อยเพียงใด และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อความพยายามในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถใช้อำนาจพฤติกรรมของบุคคลได้

ทั้งนี้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้ง 2 นี้ มีผลต่อการตัดสินใจที่จะทำพฤติกรรมของบุคคล

		ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น	
		สูง	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ภาพประกอบ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

ที่มา: Bandura, A. (1986). *Social Foundation of Thought and Action: a Social of Cognitive Theory*. NJ: Prentice-Hall.

แหล่งของการสร้างให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4 วิธี ดังต่อไปนี้ (Evans, 1989 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549: 59-60)

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) ซึ่งแบนดูราเชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรงความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขาเชื่อว่า เขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้นและทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกรรมที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่า เขาก็จะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขา

พยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเรามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆ โดยให้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง ทำให้ลดความกลัวต่างๆ เหล่านั้นได้

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการบอกว่า บุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนี้ค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไป ซึ่ง แบนดูรา ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนัก ในการที่จะทำให้คนเราสามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ได้ผล ควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบ เช่น การอยู่ในสภาพที่ถูกข่มขู่ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด นอกจากนี้อาจทำให้เกิดความกลัว และจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง ถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดมากขึ้นก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดี อันจะนำไปสู่ประสบการณ์ของความล้มเหลว ซึ่งจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองต่ำลงไปอีก แต่ถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย

ผลของการรับรู้ความสามารถของตน

แบนดูรา (Bandura, 1986 : 393 – 395) ได้กล่าวถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าจะเป็นตัวกำหนดหรือมีผลต่อบุคคลในเรื่องต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการเลือก (Choice Behavior) ในชีวิตประจำวันนั้นบุคคลจะต้องตัดสินใจอยู่ตลอดเวลาว่า เขาจะต้องกระทำพฤติกรรมใดและต้องทำอีกนานเท่าใด รวมทั้งต้องตัดสินใจเลือกกิจกรรมต่างๆ การที่บุคคลตัดสินใจว่าจะแสดงพฤติกรรมใดในสภาพการณ์ใด ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง บุคคลสามารถหลีกเลี่ยงงานและสภาพการณ์ที่เขาเชื่อว่ายากเกินความสามารถของเขา และบุคคลจะเลือกทำกิจกรรมที่แน่ใจว่า เขามีความสามารถที่จะทำงานให้สำเร็จได้ (Bandura, 1997 ;& Schunk, 1981) บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะเลือกทำงานที่มีลักษณะท้าทาย มีแรงจูงใจในการพัฒนาความสามารถของตนให้มีความก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเอง ดังนั้น ถ้าบุคคลประเมินความสามารถของตนเองถูกต้อง จะส่งผลต่อการเลือกกิจกรรม ทำให้การกระทำนั้นมีโอกาสสำเร็จสูง

2. การใช้ความพยายามและความยืนหยัดในการทำงาน (Effort Expenditure and Persistence) การรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคลนั้น เป็นตัวกำหนดว่า เขาจะต้องใช้ความพยายามมากเท่าไร และต้องใช้ความมุมานะพยายามที่จะเผชิญหน้ากับอุปสรรคหรือประสบการณ์ที่ไม่พึงพอใจไปอีกนานเท่าใด (Bandura, 1986) เมื่อเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ บุคคลซึ่งมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะมีความกระตือรือร้น และจะใช้ความพยายามความมุมานะในการทำงานนานกว่าคนที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ

3. แบบแผนของความคิดและการตอบสนองทางอารมณ์ (Thought Patterns and Emotion Reaction)

การตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลจะมีอิทธิพลต่อกระบวนการคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ของบุคคลในระหว่างที่กระทำพฤติกรรม และมีผลต่อการคาดคะเนเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในภายภาคหน้าของเขา บุคคลซึ่งรับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูงจะมีความพยายามและเอาใจใส่ในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ มาก และเมื่อพบกับอุปสรรคต่างๆ บุคคลก็จะกระตุ้นตนเองให้ใช้ความพยายามมากยิ่งขึ้น ส่วนบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำมีแนวโน้มที่จะมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อตนเองทางลบ เช่น ไม่มีความสุข มีความหวาดหวั่น มีความเครียดสูง และเขาจะกระทำพฤติกรรมต่างๆ อย่างไม่เต็มความสามารถอันจะส่งผลให้บุคคลประสบกับความล้มเหลวในการกระทำพฤติกรรมมากยิ่งขึ้น

4. เป็นสิ่งที่กำกับผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมมากกว่าเป็นสิ่งที่ทำนายพฤติกรรม (Humans as Producer rather than Simply Foretellers of Behavior) นั่นคือ บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงมักจะเป็นคนที่พยายามกระทำพฤติกรรมและจะยอมรับผลต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตนเอง จะเลือกการกระทำที่มีลักษณะท้าทาย และจะใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อให้การกระทำนั้นบรรลุเป้าหมาย แม้ว่าในบางครั้งการกระทำนี้จะประสบความล้มเหลวบ้างก็ตาม เขาก็จะไม่ท้อถอยและจะไม่อ้างว่าเป็นเรื่องโชคชะตา แต่เขาจะให้เหตุผลของความล้มเหลวที่เกิดขึ้นว่า เป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จต่อไป

สรุปได้ว่า 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 จากการศึกษาแบบวัดของครุณี คลรัตน์การ (2545) ที่ได้สร้างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของกล้ามเนื้อของผู้ใหญ่ในวัยกลางคน โดยการดัดแปลงจากกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) มีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และ นิสารัตน์ เซตวรณ (2543) ได้ใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ซึ่งแปลมาจากแบบสอบถามกลวิธีที่ประชาชนใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของเลฟและโอเวนมีข้อคำถามจำนวน 29 ข้อลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 น้าฝน ทองตันไธร์ (2541) ได้สร้างแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนโดยลักษณะแบบประเมินมีความเฉพาะเจาะจงกับ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีข้อความจำนวน 22 ข้อ เป็นข้อความมาตรฐานประเมินค่า 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

สรุปได้ว่า ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินแบบเฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ซึ่งส่วนใหญ่สร้างโดยคัดแปลงมาจากแนวความคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1986) ข้อคำถามจะมีลักษณะเฉพาะเจาะจงกับเรื่องที่จะศึกษา และปรับมาจากแบบสอบถามของ อังสินันท์ อินทรกำแหง (2552) และสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “จริงที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงตามลำดับจนถึง “ไม่จริงเลย” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม ถ้าผู้ตอบได้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่า ถ้าผู้ตอบได้คะแนนต่ำกว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่า

งานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตน

จากการศึกษาของริชา หงส์โรจนภักย์ (2545) ได้ศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมน้ำหนักเกิน ในสตรีวัยกลางคนในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดเชียงราย ที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25 ถึง 29.9 กิโลกรัม ต่อตารางเมตร พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในสตรีวัยกลางคนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น หากบุคคลกรทีมสุขภาพมีการสนับสนุนให้สตรีวัยกลางคนมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้สูงขึ้นก็จะส่งผลให้มีภาวะอ้วนลดลง และ ศศิธร อุดสาหกิจ (2550) ได้ศึกษาการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายในสตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่าการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกายลดลง และสุภามิตร นามวิชา (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและไฟโรจน์ พัวพันธุ์ และเพลินจิต คันทรจนาจารย์ (2551) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในหญิงวัยกลางคน อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในภาพรวมมีระดับปานกลางรวมทั้งทางด้านการปฏิบัติตนในการควบคุมอาหารและด้านการมีกิจกรรมทางกาย แต่ยังพบว่าหญิงวัยกลางคนส่วนมากยังมีปัญหาในเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูงพบว่าหญิงวัยกลางคนจำนวนมากประสบปัญหาทางด้านภาวะน้ำหนักตัวเกินแต่การควบคุมน้ำหนักตัวให้ได้ผลจำเป็นต้องอาศัยพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี และการรับรู้ความสามารถแห่งตนจะช่วยให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนซึ่งอาจนำไปสู่การปฏิบัติตนที่เหมาะสมได้ และครุณี คลรตันภัก (2545) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่

กลางคน พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักและการรับรู้สมรรถนะในตนเองของ พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักในกลุ่มผู้ใหญ่วัยกลางคน ได้ร้อยละ 28.4 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ

ในต่างประเทศมีงานวิจัยหลายเรื่องที่น่าแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองไปสร้างรูปแบบ กิจกรรมในโปรแกรมดังเช่น แซควิกและคณะ (Saksvig et al, 2005: 2392-8) ได้ศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมนำร่องเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังใน นักเรียนเกรด 3,4,5 ซึ่งเป็นชนพื้นเมืองชาว Ojibway-Cree ประเทศแคนาดา จำนวน 122 คน รูปแบบ การศึกษาเป็นแบบ Pretest/post-test, single-sample design มีการติดตามผล 1 ปี (1998-1999) รูปแบบของ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังที่กลุ่มทดลองได้รับ เพื่อ สร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน รวมทั้งความรู้และ ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลัง 45 นาทีต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 16 สัปดาห์ และ 2) กิจกรรม “Diabetes Kids” ให้นักเรียนออกอากาศเรื่องเกี่ยวกับเบาหวานทางวิทยุ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ผล การศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการบริโภค รวมทั้งพฤติกรรมการบริโภคหลังทดลอง ดีขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และ เกรย์ และคณะ (Grey et al, 2004: 10-5) ได้ทำการศึกษานำร่องเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกัน โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอายุ 10-14 ปี จำนวน 41 คน โดยเป็น ชาวอัฟริกัน-อเมริกัน ชาวฮิสพานิก และชาว คอเคเซียน ใน Connecticut middle school 2 แห่ง รูปแบบ การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยมีกลุ่มทดลอง 22 คน กลุ่มควบคุม 19 คน ระยะเวลา 12 เดือน รูปแบบ ของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่กลุ่มทดลองได้รับเพื่อสร้างประสบการณ์ที่ประสบ ความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้และทักษะด้านโภชนาการสำหรับนักเรียน สัปดาห์ละ 45 นาที โดยมีทั้งรูปแบบที่เรียนในชั้นเรียน ฝึกทำอาหารอย่างง่าย และพาไปศึกษาดูงานที่ซูเปอร์มาร์เก็ต และ 2) กิจกรรมทางกายหลังเลิกเรียนวันละ 45 นาที สัปดาห์ละ 2 วัน เป็นเวลา 16 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ทักษะ การเลือกซื้ออาหารและความรู้ด้านโภชนาการของกลุ่มทดลองดีขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นักเรียนใน กลุ่มทดลองมีระดับกลูโคส อินซูลิน และปริมาณไขมันลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ HbA1c, น้ำหนัก และดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม แต่กลุ่มทดลองมีอัตราการเพิ่มต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

4.2 การกำกับตนเอง (Self-regulation)

ซุงค์ (Schunk, 1991: 348) ได้นิยามการกำกับตนเองว่าหมายถึง กระบวนการที่บุคคลปฏิบัติและ สนับสนุนต่อพฤติกรรมความรู้ความเข้าใจและอารมณ์ความรู้สึกที่มุ่งไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ด้วยตนเองอย่าง เป็นระบบ ซุงค์ และซิมเมอร์แมน (Schunk and Zimmerman, 1997: 195-208) ได้นิยามการกำกับตนเองว่า หมายถึง กระบวนการที่กระตุ้นและสนับสนุนต่อความรู้ความเข้าใจพฤติกรรมและความพอใจเพื่อนำไปสู่ การบรรลุเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ในที่สุด ส่วน ซินะพัฒน์ ชื่นเดชุ่ม (2542: 15) ได้นิยามการกำกับตนเองว่า

หมายถึงการใช้กลวิธีซึ่งได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การวางแผน การดำเนินการติดตามผล ทั้งในด้านพฤติกรรม ด้านความรู้ ความเข้าใจ และด้านแรงจูงใจของตนเอง เพื่อให้บรรลุถึงสิ่งที่มุ่งหวังได้ด้วยตนเอง

สรุปได้ว่า การกำกับตนเอง หมายถึง การแสดงออกถึงการกระทำในการสังเกตพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายและวางแผนในการกระทำที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อาจกระทำด้วยการจดบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง กระตุ้นเตือนตนเองให้กระทำอย่างต่อเนื่องให้บรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดีตามที่ตนเองได้ตั้งเป้าหมายไว้

ในศึกษาครั้งนี้ได้สนใจแนวคิดการกำกับตนเองจากทฤษฎีเชิงปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1986 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549: 54) ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ไม่ได้เป็นผลมาจากการเสริมแรงและการลงโทษจากภายนอกแต่เพียงอย่างเดียว แต่มนุษย์สามารถกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง กระบวนการดังกล่าวนี้คือการกำกับตนเอง (Self – regulation) และ การกำกับตนเอง เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งเป้าหมายไว้สำหรับตนเองและคิดหากลวิธีให้บรรลุเป้าหมายด้วยตนเองบุคคลจะเป็นผู้ควบคุมกระบวนการนี้ด้วยตนเอง (Zimmerman, 1998: 1) การกำกับตนเอง (Self – regulation) ประกอบด้วย 3 กระบวนการย่อย (Schunk and Zimmerman, 1994: 76-79) ได้แก่ 1) การสังเกตตนเอง (Self-observation) 2) การตัดสินตนเอง (Self-judgment) และ 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction) ทั้งนี้ กระบวนการกำกับตนเอง ประกอบด้วยองค์ประกอบดังนี้

1. การสังเกตตนเอง (Self-observation) หมายถึง ความสนใจต่อลักษณะที่จำเพาะในพฤติกรรมของบุคคลอย่างพินิจพิเคราะห์ (Bandura, 1986 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนนินม้น, 2542: 54) ประกอบด้วย

1.1 การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) หมายถึง การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายหรือกำหนดเกณฑ์ในการแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ซึ่งในระยะแรกของการกำกับตนเอง ก่อนที่บุคคลจะสามารถกำกับพฤติกรรมของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพบุคคลจะต้องเลือกเป้าหมาย ซึ่งการตั้งเป้าหมายเป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลได้รู้ถึงพฤติกรรมที่ต้องการกระทำอย่างชัดเจนและยังใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินเพื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมที่บุคคลกระทำกับพฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนดไว้แบนดูรา เสนอว่าการตั้งเป้าหมายในการกระทำพฤติกรรมให้มีประสิทธิภาพและสะดวกต่อการตัดสินใจควรตั้งเป้าหมายให้มีลักษณะดังนี้ (Bandura, 1997a, 1986, 1988 อ้างใน จิตพัฒน์ สงบกาย, 2533)

- 1) ควรเป็นเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง คือบุคคลจะกำหนดเป้าหมายในการทำพฤติกรรมที่เจาะจงชัดเจนลงไปว่าเราจะต้องทำพฤติกรรมอย่างไร หรือเท่าไร
- 2) ควรเป็นเป้าหมายที่มีลักษณะท้าทาย การตั้งเป้าหมายที่มีลักษณะท้าทายจะเป็นสิ่งกระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลใช้ความพยายามในการกระทำพฤติกรรมให้มากขึ้น
- 3) ควรเป็นเป้าหมายที่ระบุแน่ชัดและมีทิศทางในการกระทำแน่นอนโดยไม่มีทางเลือกได้หลายทางเช่นควรตั้งเป้าหมายว่า “วันนี้ฉันจะทำการบ้านวิชาคณิตศาสตร์ให้เสร็จ” หรือตั้งว่า “สัปดาห์นี้ฉันจะรับประทานขนมขบเคี้ยวไม่เกิน 2 ช่อ”

4) ควรเป็นเป้าหมายระยะสั้น ในการกระทำพฤติกรรมจะมีผลต่อแรงจูงใจเนื่องจากบุคคลจะพบกับความสำเร็จที่ตั้งไว้ง่ายและเร็วและเมื่อบุคคลประสบความสำเร็จในเป้าหมายที่ตั้งไว้ก็จะมีคามพึงพอใจและเป็นแรงจูงใจให้บุคคลพยายามกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายระยะยาวเพิ่มมากขึ้น

5) ควรเป็นเป้าหมายที่อยู่ในระดับใกล้เคียงกับความเป็นจริง และสามารถปฏิบัติได้ไม่เป็นเป้าหมายที่มีลักษณะเพื่อฝันคือสูงหรือต่ำกว่าความเป็นจริงและ ควรปฏิบัติได้ เมื่อเป้าหมายหรือมาตรฐานของพฤติกรรมใดไม่ได้รับการยอมรับหรือไม่มีความชัดเจนบุคคลจึงไม่สามารถใช้เป้าหมายเป็นมาตรฐานได้

การตั้งเป้าหมาย มี 2 วิธีคือ

1) การตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง หมายถึง การที่บุคคลเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการกระทำด้วยตนเอง ซึ่งการตั้งเป้าหมายด้วยตนเองจะมีข้อดีคือจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าเขาเป็นผู้กระทำและเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกสบายใจและพยายามกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด

2) การตั้งเป้าหมายโดยบุคคลอื่น หมายถึง การที่บุคคลอื่นเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการเปลี่ยนแปลงให้กับบุคคล ซึ่งการตั้งเป้าหมายด้วยบุคคลอื่นจะมีข้อดีตรงที่ว่าอาจจะช่วยแก้ไขให้บุคคลที่ไม่สามารถตั้งเป้าหมายด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสมให้สามารถตั้งเป้าหมายได้อย่างเหมาะสมกับความสามารถตนเองยิ่งขึ้น (ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น, 2542: 55)

2. การเตือนตนเอง(Self-monitoring) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายที่เกิดขึ้นด้วยตนเองเพื่อเป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ตนเองกระทำ การเตือนตนเองจะทำให้บุคคลรู้ว่าตนเองกระทำพฤติกรรมในลักษณะใด ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้เนื่องจากบุคคลได้เห็นข้อมูลย้อนกลับแล้วก็จะทำให้เขารู้ว่าควรทำเช่นไรต่อไปเพื่อไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ

นอกจากกระบวนการสังเกตตนเองที่กล่าวมาแล้ว แบบดรูว์ เสนอว่า ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการสังเกตตนเองอีกด้วย

1) เวลาที่ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง คือ บุคคลจะต้องทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองทันทีที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องแม่นยำและต่อเนื่อง

2) การให้ข้อมูลย้อนกลับจะทำให้บุคคลทราบว่าตนกระทำพฤติกรรมเป็นอย่างไรเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ถ้าเป็นไปตามเป้าหมายบุคคลก็ควรจะมีคามสนใจสังเกตมากขึ้นแต่ถ้าหากไม่เป็นไปตามเป้าหมายบุคคลก็จะได้หาแนวทางแก้ไขให้ดีขึ้นต่อไป (Agras, Leitenberg and Barlow, 1968 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น, 2542: 57)

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

4) คุณค่าของพฤติกรรมที่สังเกต พฤติกรรมใดก็ตามที่บุคคลเห็นว่ามีความสำคัญต่อตนเองเขาก็จะให้ความสนใจในการสังเกตมากกว่าพฤติกรรมที่เขาไม่เห็นคุณค่า (Kanfer, 1970 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น, 2542: 57)

5) ความสำเร็จและความล้มเหลวของพฤติกรรมที่สังเกต การที่บุคคลกระทำพฤติกรรมแล้ว ได้รับความสำเร็จบุคคลก็จะให้ความสนใจสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเองมากกว่าพฤติกรรมที่เขากระทำแล้ว มักล้มเหลว (Kischenbaum and Karoly, 1977 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น, 2542: 57)

6) ระดับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่สังเกต พฤติกรรมใดก็ตามที่บุคคลสามารถควบคุมได้ บุคคลก็จะสนใจสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเองมากกว่าพฤติกรรมที่เขาไม่สามารถควบคุมได้ (Johnson and White, 1971 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น, 2542: 57)

3. การตัดสินตนเอง (Self-Judgment) เป็นการเปรียบเทียบผลที่ได้รับจากการกระทำกับเป้าหมาย หรือมาตรฐานที่ตั้งไว้ การตัดสินตนเอง (Self – judgment) ขึ้นกับชนิดของมาตรฐาน (Type of standards) องค์ประกอบของเป้าหมาย (Goal properties) และความสำคัญของการบรรลุเป้าหมาย

พฤติกรรมจะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวขึ้นอยู่กับมาตรฐานที่นำมาประเมิน ข้อมูลที่จะนำมาเป็นมาตรฐานได้มาจากแหล่งต่างๆ เช่น การแสดงปฏิกิริยาทางสังคมต่อพฤติกรรมของบุคคล มาตรฐานของบุคคลอื่น การตั้งมาตรฐานที่ดีคือการตั้งพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงระบอบอย่างชัดเจนมีแนวทางในการกระทำ อย่างแน่นอนเป็นมาตรฐานที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงและสามารถปฏิบัติได้ หลังจากที่บุคคลนำมาตรฐานมาใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินมีแนวโน้มว่าพวกเขาจะนำมาตรฐานไปดัดแปลงใช้ในสภาพอื่นๆ และมาตรฐานนั้นยังส่งผ่านจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่งด้วยตัวแบบและความสำเร็จทางสังคม เช่น เด็กดัดแปลงมาตรฐานของผู้ใหญ่มาใช้แล้วนำมาใช้กับเพื่อน (อรอุมา จิรชนิตกุล, 2544: 18)

4. การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self – reaction)

เป็นกระบวนการสุดท้ายของกลไกการกำกับตนเอง กระบวนการนี้ทำหน้าที่ 2 ประการคือ

3.1 ทำหน้าที่ตอบสนองผลการประเมินพฤติกรรมของตนเอง จากกระบวนการตัดสิน ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมเป้าหมายได้เท่ากับหรือสูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้บุคคลจะแสดงปฏิกิริยาทางบวกต่อตนเอง หรือให้รางวัลกับตนเอง แต่ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมต่ำกว่าเป้าหมายเขาจะแสดงปฏิกิริยาทางลบต่อตนเอง หรือการลงโทษตนเอง หรืออาจไม่แสดงปฏิกิริยาต่อตนเองก็ได้

3.2 ทำหน้าที่เป็นตัวจูงใจสำหรับการกระทำพฤติกรรมของตนเอง ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายแล้วจะให้สิ่งจูงใจกับตนเอง สิ่งจูงใจแบ่งเป็น

1) สิ่งจูงใจตนเองจากภายนอก ได้แก่ วัตถุสิ่งของที่สามารถจับต้องได้หรืออาจเป็นการให้เวลา อิสระกับตนเอง การกระทำที่ชอบหรือการกระทำกิจกรรมบันเทิงต่างๆ

2) สิ่งจูงใจตนเองจากภายในเป็นผลกรรมภายในที่บุคคลให้กับตนเองหลังจากที่ประเมินการกระทำพฤติกรรมของตนเองแล้วซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

- การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางบวก คือ การที่บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางบวกเมื่อกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น การยกย่อง ชื่นชมตนเอง เป็นต้น

- การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางลบ คือ การที่บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางลบเมื่อกระทำพฤติกรรมได้ต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น การตำหนิตนเอง การวิจารณ์ตนเอง ละอายใจ และการเสียใจ เป็นต้น

การที่บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางบวกนับว่าเป็นกลไกการส่งเสริมพฤติกรรมส่วนการแสดงปฏิกิริยาทางลบต่อตนเองนั้นเป็นกลไกป้องกันตนเองจากการที่ถูกสังคมหรือบุคคลภายนอกกล้งโทษเพราะเมื่อบุคคลกล้งโทษตนเองนั้นสามารถเป็นการระบายสิ่งที่ผิดพลาดที่ตนได้กระทำลงไปและจะกระทบกระเทือนจิตใจน้อยกว่าที่ถูกผู้อื่นลงโทษ

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

1. **ประโยชน์ส่วนตัว (Personal benefits)** เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมกำกับตนเองแล้วบุคคลก็จะได้รับประโยชน์โดยตรงต่อตัวเขาเองเขาก็จะยึดมั่นต่อการกำกับตนเองจะทำให้กระบวนการกำกับตนเองคงอยู่ได้
2. **รางวัลทางสังคม (Social reward)** การที่บุคคลมีพฤติกรรมกำกับตนเองแล้วบุคคลในสังคมให้การยกย่องชมเชย สรรเสริญ ให้เกียรติ ให้การยอมรับหรือให้รางวัล ซึ่งการให้รางวัลทางสังคมเหล่านี้ก็จะมีส่วนช่วยให้กระบวนการกำกับตนเองของบุคคลคงอยู่ได้
3. **การสนับสนุนจากตัวแบบ (Modeling supports)** บุคคลที่มีมาตรฐานในการกำกับตนเองเช่น การพูดจาไพเราะ หากได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คนอื่นๆ รอบด้านล้วนแต่มีการพูดจาไพเราะด้วยกันคนที่พูดจาไพเราะทั้งหลายเหล่านี้ก็จะมีส่วนช่วยเป็นตัวอย่างที่จะสนับสนุนซึ่งกันและกัน
4. **ปฏิกิริยาทางลบจากผู้อื่น (Negative sanctions)** บุคคลที่พัฒนามาตรฐานในการกำกับตนเองขึ้นมาแล้วหากภายหลังให้รางวัลกับตนเองต่อพฤติกรรมที่ต่ำกว่ามาตรฐานก็จะทำให้บุคคลในสังคมแสดงปฏิกิริยาทางลบต่อตัวเขาปฏิกิริยาเหล่านี้จะส่งผลให้บุคคลย้อนกลับไปใช้มาตรฐานเดิมของเขาอีก
5. **การสนับสนุนจากสภาพแวดล้อม (Contextual supports)** บุคคลที่อยู่ในสภาพแวดล้อม ซึ่งในอดีตเคยส่งเสริมให้ตนกำกับตนเองด้วยมาตรฐานระดับหนึ่งย่อมมีโอกาสกำกับตนเองด้วยมาตรฐานนั้นอีก บุคคลเช่นนี้มีแนวโน้มจะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่จะมีอิทธิพลให้ตนต้องลดมาตรฐานลงไป
6. **การลงโทษตนเอง (Self – inflicted punishment)** จะเป็นหนทางช่วยให้บุคคลลดความไม่สบายใจจากการทำผิดมาตรฐานของตนได้และในหลายๆ กรณีก็เป็นการลดปฏิกิริยาทางลบจากผู้อื่นได้ แทนที่จะถูกคนอื่นลงโทษเอาโดยตรงคนส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกว่าการลงโทษตนเองทำให้รู้สึกไม่พอใจน้อยกว่าการถูกผู้อื่นลงโทษและในบางกรณีการลงโทษตนเองก็เป็นการกระทำที่ได้รับการชมเชยจากผู้อื่นด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเอง

งานวิจัยที่ใช้แนวคิดการกำกับตนเองพบทั้งภายในและต่างประเทศ โดยในประเทศตัวอย่างงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น พนิดา มีต้องปัน (2532) ศึกษาถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมลดน้ำหนักด้วยวิธีควบคุมตนเองที่มีต่อพฤติกรรมลดน้ำหนัก ทั้งด้านความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนัก และผลของพฤติกรรมลดน้ำหนัก กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 20 อายุ 11-14 ปี จำนวน 100 คน เป็นกลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน ภายหลังการทดลองพบว่า โปรแกรมลดน้ำหนักโดยใช้การควบคุมตนเองทำให้นักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 20 มีความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักได้ถูกต้องมากขึ้น และสามารถลดน้ำหนักลงได้ นอกจากนี้พบว่า การฝึกให้นักเรียนรู้จักการบันทึก

รายการอาหารและจำนวนแคลอรีในแต่ละวันจะช่วยให้นักเรียนควบคุมการรับประทานอาหารของตนเอง และลดน้ำหนักลงได้ ทั้งนี้ สุวรรณิ (Suwannee Chearsawad, 2002) ได้ศึกษาผลของการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองในการหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อยในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จังหวัดตาก พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีการควบคุมตนเองในการหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และพบว่าในระยะติดตามผลไม่แตกต่างจากระยะหลังการทดลอง แต่ในระยะติดตามผลนักเรียนกลุ่มทดลองยังคงมีการควบคุมตนเองในการหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศ ตัวอย่าง เช่น มาโฮนี และคณะ (Mahony et al, 1973: 65-69 อ้างใน เกสแก้ว สอนดี, 2548: 40) ศึกษาผลของการให้รางวัลตนเอง การลงโทษตนเอง และการสังเกตตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยกลุ่มที่ให้รางวัลตนเอง และลงโทษตนเองจะต้องเอาเงินไปมอบให้กับผู้วิจัย และนำเงินนั้นมาให้รางวัลหรือลงโทษตามเงื่อนไขที่ตกลงกันไว้ คือ กลุ่มที่ให้รางวัลตนเองจะได้เงินจากผู้วิจัยเมื่อเขาสามารถลดน้ำหนักลงได้ ในขณะที่กลุ่มลงโทษตนเองจะต้องเสียเงินค่าปรับให้แก่ผู้วิจัยเมื่อมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น สำหรับกลุ่มที่สังเกตตนเองก็สังเกตตนเองเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ให้รางวัลตนเอง และกลุ่มที่ลงโทษตนเองสามารถลดน้ำหนักได้เท่าๆ กัน และลดน้ำหนักได้มากกว่ากลุ่มที่สังเกตตนเอง และจากการติดตามผล 4 เดือนต่อมา พบว่า กลุ่มที่ให้รางวัลตนเองลดน้ำหนักได้มากกว่ากลุ่มที่ลงโทษตนเอง

4.3 การดูแลตัวเอง (Self-care)

เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างหนึ่งที่เริ่มพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก และค่อยๆ พัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่สามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ แต่ความสามารถดังกล่าวจะลดลงเมื่อเกิดความเสื่อมหรือความเจ็บป่วยขึ้นในร่างกาย หรือกรณีที่การดูแลตนเองถูกจำกัดจากความรู้ความชำนาญ การขาดแรงจูงใจ กิจกรรมการดูแลตนเองก็จะไม่เกิดขึ้น (Orem, 1985: 135) ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือมีขีดจำกัดต่างๆ ที่ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ บุคคลเหล่านี้ ได้แก่ คนชรา คนเจ็บป่วย และคนพิการ การดูแลตนเองจึงมีผลโดยตรงต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ การคงไว้ซึ่งรูปร่างและหน้าที่ในภาวะปกติ การพัฒนาบุคลิกภาพศักยภาพของมนุษย์ ป้องกันอันตราย ตลอดจนพยาธิสภาพต่างๆ และยังสามารถควบคุมผลอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพต่างๆ ได้

ความหมาย ของการดูแลตนเอง จากคำว่า “ดูแล” กับ “ตนเอง” ตามพจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมายคำว่า ดูแล คือ เอาใจใส่ ปกป้องรักษา ปกครอง ตน คือ ตัว (ตัวคน) เมื่อรวมคำว่าดูแลตนเอง จึงหมายถึง เอาใจใส่ในตัวเองนั่นเอง หรือปกป้อง ปกครองตนเอง การดูแลตนเองถูกอธิบายในลักษณะของมโนทัศน์ กรอบแนวคิด รูปแบบ ทฤษฎีกระบวนการ การเคลื่อนไหว หรือปรากฏการณ์ (Gantz, 1990) ความหมายการดูแลตนเองจะต่างกันในแต่ละสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีผู้ให้นิยามการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังเช่น สไตเกอร์และลิปสัน (Steiger & Lipson, 1985: 12 อ้างใน อังศินันท์ อินทรกำ

แห่ง, 2550: 28) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นกิจกรรมที่ริเริ่มกระทำโดย บุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้บรรลุ หรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพให้ดีที่สุด ส่วน เพนเดอร์ (Pender, 1987 :150) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่มและกระทำในวิถีทางของตนเองเพื่อบำรุงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน และ สมจิต หนูเจริญกุล (2543) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และการพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด

สรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดก็ตามที่บุคคลได้เริ่มปฏิบัติด้วยตนเอง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อบำรุงรักษาชีวิต ภาวะความมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน เป็นการกระทำอย่างมีแบบแผน เป็นขั้นตอน มีความต่อเนื่อง และเมื่อมีการกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ร่างกายจิตใจและการพัฒนาการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นไปถึงเป้าหมายของแต่ละบุคคล

แนวคิดและทัศนะการดูแลตนเอง

แนวคิดการดูแลตนเองได้เป็นที่สนใจและกล่าวถึงกันมาก ในที่ประชุม First International Symposium ที่กรุงโคเปนเฮเกน ในปี ค.ศ. 1975 มีการให้ความหมายไว้ต่างกันจาก 29 ประเทศ มีการขยายกว้างไปนอกจากเป็นเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล รวมถึงการดูแลครอบครัว กลุ่มและชุมชนด้วย การดูแลตนเองเป็นกระบวนการตัดสินใจที่เกี่ยวกับการสังเกตตนเอง การรับรู้และการตัดสินใจ เลือกรักษาตามที่ถูกคนเข้าใจ (นาตยา เกรียงชัยพฤกษ์, 2544) และในปี ค.ศ.1987 สถาบันการดูแลตนเอง จัดให้มีผู้เชี่ยวชาญการดูแลตนเองจากสาขาต่างๆ มาประชุม เพื่อหาลักษณะที่อธิบายการดูแลตนเอง ผลสรุปในแนวคิดการดูแลตนเองนั้นมีคุณลักษณะดังนี้ 1) การดูแลตนเองมีอยู่ในสถานการณ์และวัฒนธรรมที่เฉพาะ 2) เกี่ยวข้องกับความสามารถที่จะกระทำและการเลือก 3) ความรู้ ทักษะ การให้คุณค่า แรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถ การควบคุม และสมรรถนะของตนเอง (Efficacy) มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง และ 4) แนวคิดการดูแลตนเองมีจุดเน้นการดูแลสุขภาพ อยู่ภายใต้การควบคุมของบุคคล (Gantz, 1990) ความหมายการดูแลตนเอง สามารถจำแนกเป็นแบบแผนได้ 2 แบบแผน คือการดูแลตนเองในแบบที่เป็นการกระทำพฤติกรรมหรือกระบวนการ และการดูแลตนเองในแบบที่เป็นเป้าหมาย

แนวคิดการดูแลตนเอง ในสาขาจิตวิทยา ให้ความสนใจในลักษณะที่เป็นปรากฏการณ์หนึ่งที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด อัดมโนทัศน์ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม (Cognitive behavior model) พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) บาร์อฟสกี (Barofsky, 1978 อ้างใน อรสา พันธักกิติ, 2542) ให้ความหมายการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจของบุคคลอย่างมีเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยแบ่งการดูแลตนเองเป็น 3 แบบ ได้แก่ 1) การดูแลตนเองในการบรรเทาความเจ็บป่วย 2) การดูแลตนเองในการรักษาหรือเผชิญกับอาการ 3)การดูแลตนเองในการป้องกันอันตรายที่จะมีผลต่อสวัสดิภาพ กระบวนการทำหน้าที่ของร่างกาย การดูแลตนเองจึงมีเป้าหมายเพื่อปรับควบคุมให้กระบวนการทำงานทางร่างกายเป็นปกติ

แนวคิดการดูแลตนเองในสาขาสังคมศาสตร์ สนใจการดูแลตนเองในความสัมพันธ์ทั้ง 3 ระบบ คือ ระบบบุคคล ระบบกลุ่มย่อย และระบบชุมชน และมุ่งเน้นที่สังคม กฎหมาย นโยบาย และองค์กรที่สนับสนุน และส่งเสริมการดูแลตนเอง ดีฟรายส์ (Defries, 1990 อ้างใน อรสา พันธุ์ภักดี, 2542) ให้ทัศนะว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของแผนการรักษา ชุมชน และการส่งเสริมสุขภาพ และ ดีน (Dean, 1989 อ้างใน อรสา พันธุ์ภักดี, 2542) เน้นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ คือ การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งมีรูปแบบของการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม และทัศนคติต่อพฤติกรรม การให้คุณค่า ความเชื่อที่เรียนรู้ในสังคมวัฒนธรรม มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้น บุคคลจะยอมรับหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ จึงขึ้นอยู่กับสังคมวัฒนธรรมมากกว่าการตัดสินใจเฉพาะบุคคล ซึ่งต่างจาก คิคบูช (Kickbusch, 1989 อ้างใน อรสา พันธุ์ภักดี, 2542) เห็นว่า การดูแลตนเองเกี่ยวข้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่บุคคลยอมรับที่จะจัดการตนเอง ในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการกำกับประเมินตนเอง มีการตัดสินใจ การใช้ยาค่ายตนเอง และการรักษาตนเอง

โดยสรุป การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถกระทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งบุคคลได้เลือกปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเอง โดยมีการเรียนรู้และการสนับสนุนจากสังคม วัฒนธรรม ที่เป็นสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นทั้งในวิชาชีพและนอกวิชาชีพทางด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพเป็นหนทางที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี

แนวคิดการดูแลตนเองด้านสุขภาพกับการใช้บริการสุขภาพ

ที่ผ่านมาภาครัฐมองการดูแลตนเองเป็นในด้านการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยของประชาชนโดยจากการสำรวจมีการเปลี่ยนแปลงไป ในภาพรวมทั้งประเทศประชาชนใช้บริการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากขึ้นจากร้อยละ 15.5 ใน พ.ศ.2513 เป็นร้อยละ 53.9 ใน พ.ศ. 2539 และซื้อยากินเองน้อยลงจากร้อยละ 51.54 ใน พ.ศ.2513 เหลือเพียงร้อยละ 17.1 ใน พ.ศ. 2539 และหลังวิกฤตเศรษฐกิจประชาชนหันมาซื้อยากินเองมากขึ้นจากร้อยละ 17.1 ในพ.ศ.2513 เป็นร้อยละ 20.2 และ 24.2 ใน พ.ศ. 2542 และ 2544 ตามลำดับ แต่ในภาวะปัจจุบัน ประชาชนเริ่มเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี ร่างกายแข็งแรง จิตใจที่เป็นสุขสงบ ดังนั้น แนวการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมคือดูแลกาย ใจ จิตวิญญาณ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขสมบูรณ์ การดูแลสุขภาพจึงเน้นให้ความสำคัญในการส่งเสริม ป้องกันโรคมกกว่าการรักษา ซึ่งจะเห็นได้ว่าการมีสุขภาพดีเชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เป็นแนวคิดใหม่ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ถือว่าเป็นการตื่นตัวของการรักษาสุขภาพของคนยุคใหม่

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง

อมวสี อัมพันศิริรัตน์ (2539) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตชนบท อำเภอลพ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 213 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและแบบประเมินภาวะสุขภาพ ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.5939 ($p < 0.001$) 2) เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตามปัจจัยพื้นฐานพบว่า 1.1) ผู้สูงอายุมี

ความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ระดับการศึกษา และลักษณะการพักอาศัย และที่ระดับ 0.05 ได้แก่ บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุใน 2) เปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามปัจจัยพื้นฐานดังนี้ 2.1) ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ระดับการศึกษา การเป็นเจ้าของบ้าน และบทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว และที่ระดับ 0.05 ได้แก่ รายได้ สถานภาพสมรส ผู้วิจัยได้เสนอแนะให้พยาบาลควรมีบทบาทในการให้ความรู้ กระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้ความสำคัญในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งคำแนะนำวิธีการป้องกันและรักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง กลุ่มสมรส และบุตรหลาน ควรให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ ให้ความรัก ความอบอุ่นแก่ผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวตามศักยภาพของตน เพื่อส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเอง และเห็นคุณค่าของการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าต่อไป ขวัญใจ ดันติวัฒน์เสถียร (2535) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพโดยใช้ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคประสาทในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 360 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายและแบบสำรวจความเครียดของ HOS ผลการวิจัยที่สำคัญมีดังนี้ 1) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต รายด้าน ดังนี้ ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา ด้านการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม และด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับต่ำ 2) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับการสนับสนุนของชุมชน การสนับสนุนของครอบครัว และความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 3) ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตามลำดับความสำคัญมากน้อย คือ การสนับสนุนของชุมชน ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา การสนับสนุนของครอบครัว และระดับการศึกษาโดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 33.2 การวิจัยเชิงประเมิณผลครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินผลการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และจากผลวิจัยของ อังสินันท์ อินทรกำแหง (2553) ศึกษาผลการจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของหน่วยงานภาครัฐในกรุงเทพมหานคร ในกลุ่มเสี่ยงโรคเมตาบอลิก 5,278 พบว่า ผลการประเมินประสิทธิภาพโครงการทั้งในด้าน บริบทของโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์อยู่ในระดับดีมากตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกันในกลุ่มหัวหน้าโครงการ ผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการและกลุ่มผู้รับบริการ และเมื่อพิจารณาผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด พบว่า กลุ่มเสี่ยงผู้เข้าร่วมโครงการภายหลังสิ้นสุดโครงการ มีการรับรู้ความสามารถตนเอง การกำกับพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ และมีน้ำหนักตัว เส้นรอบเอว ความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ($p<.05$)

สรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเอง มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคจากพฤติกรรมต่างๆที่จะคุกคามประชาชนทั้งทางร่างกายและจิตใจ การให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงแก่

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ลดปัญหาสาธารณสุข เพราะสุขภาพเป็นเรื่องของประชาชนทุกคนที่ควรใส่ใจและดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง

5. พฤติกรรมการบริหารโครงการสุขภาพตามหลัก PROMISE

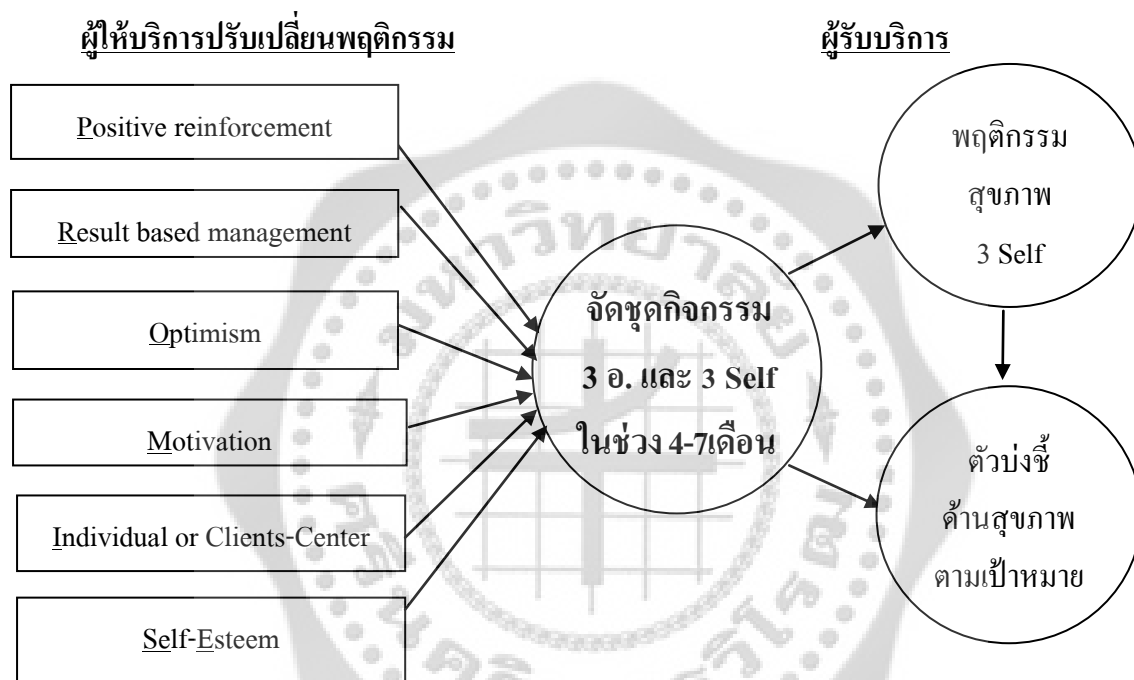
ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ หลายงานวิจัยมักศึกษาในระดับของการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่า เช่น การให้สุขศึกษา จัดโปรแกรมลดอ้วนลงพุงด้วยเทคนิคการให้คำปรึกษา การส่งเสริมการออกกำลังกาย การโภชนาการ และการจัดการความเครียด เป็นต้น แต่ในต่างประเทศด้านการบริหารจัดการโครงการสุขภาพ มักศึกษาในส่วนที่เป็นการประเมินโครงการตามกรอบทฤษฎีทางการประเมิน เป็นต้น ดังนั้น การศึกษาถึงผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นในการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชนกลุ่มเสี่ยงนั้น ยังขาดงานวิจัยที่ศึกษาในระดับที่เกิดจากการบริหารจัดการโครงการของผู้ให้บริการเป็นหลัก เพราะมักจะถูกมองไปที่ปัจจัยของรูปแบบโปรแกรมหรือ กิจกรรมการเรียนรู้มากกว่า ในงานวิจัยนี้จึงเป็นการศึกษานูรณาการองค์ความรู้หลายมุมมอง ที่ศึกษาทั้งด้านการบริหารโครงการ และด้านการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่จัดให้กับกลุ่มเสี่ยงร่วมด้วย หลักแห่งพฤติกรรมเชื่อว่า พฤติกรรมที่เกิดขึ้นมาจากหลายเหตุปัจจัย

การบริหาร บางครั้งเรียกว่า การบริหารจัดการหมายถึง การดำเนินงาน หรือการปฏิบัติงานใด ๆ ของหน่วยงานหรือบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับคน สิ่งของ และหน่วยงาน โดยครอบคลุมเรื่องต่าง ๆ เช่น 1) การบริหารนโยบาย (Policy) 2) การบริหารอำนาจหน้าที่ (Authority) 3) การบริหารคุณธรรม (Morality) 4) การบริหารที่เกี่ยวข้องกับสังคม (Society) 5) การวางแผน (Planning) 6) การจัดองค์การ (Organizing) 7) การบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Staffing) 8) การอำนวยการ (Directing) 9) การประสานงาน (Coordinating) 10) การรายงาน (Reporting) และ 11) การงบประมาณ (Budgeting) นอกจากนี้ การบริหาร ยังหมายถึง การดำเนินงาน หรือการปฏิบัติงานใด ๆ ของหน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับ คน สิ่งของ และหน่วยงาน โดยครอบคลุมเรื่องต่าง ๆ เช่น (1) การบริหารคน (Man) (2) การบริหารเงิน (Money) (3) การบริหารวัสดุอุปกรณ์ (Material) (4) การบริหารงานทั่วไป (Management) (5) การบริหารการให้บริการประชาชน (Market) (6) การบริหารคุณธรรม (Morality) (7) การบริหารข้อมูลข่าวสาร (Message) (8) การบริหารเวลา (Minute) และ (9) และการบริหารการวัดผล (Measurement) เช่นนี้ เป็นการนำ “ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการบริหาร” ที่เรียกว่า 9M นั่นเอง (วิช วิชนิการณ, 2551: ออนไลน์)

สรุปได้ว่า การบริหารจัดการมีแนวคิดมาจากธรรมชาติของบุคคลและสังคมซึ่งจะต้องอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม โดยจะต้องมีผู้นำกลุ่มและมีแนวทางการดำเนินงานหรือวิธีการควบคุมดูแลกันภายในกลุ่มเพื่อให้เกิดความสุขและความสงบเรียบร้อย ซึ่งอาจเรียกว่า **ผู้บริหารโครงการ** โดยมีจุดเน้นแตกต่างกันไปบ้าง ที่ครอบคลุมถึงแนวทาง (Guideline) วิธีการ (Method) หรือมรรควิธี (Means) หน่วยงาน หรือ บุคลากรที่นำมาใช้ในการบริหารโครงการหรือปฏิบัติงาน ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ เพื่อนำไปสู่จุดหมายปลายทาง (Goal) หรือการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นกว่าเดิม

ในการบริหารและดำเนินกิจกรรมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงให้เป็นผลสำเร็จตามตัวบ่งชี้ของกิจกรรมหรือโครงการนั้น ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดด้านการบริหารจัดการโครงการ และแนวคิดทาง

จิตวิทยาการเรียนรู้ โดยเรียบเรียงเป็นตัวแปรหลักตาม PROMISE model ซึ่ง เป็นแนวคิดที่ที่ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ได้สร้างขึ้นและนำมาใช้ในการบริหารจัดการและดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงประชาชนกลุ่มเสี่ยงในช่วงปีงบประมาณ 2551 - 2552 โดยมีกลุ่มผู้ใช้ PROMISE model ได้แก่ หัวหน้าโครงการและคณะทำงานในโครงการปรับพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลตัวเอง และพฤติกรรม 3 อ (อาหาร ออกกำลังกายและอารมณ์) พร้อมกับตัวบ่งชี้ผลจากการแสดงพฤติกรรม ได้แก่ ตัวบ่งชี้ทางกายภาพ ชีวเคมี เช่น น้ำหนักตัว รอบเอว ความดันโลหิต ไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด เป็นต้น ซึ่ง PROMISE model ประกอบด้วย 6 แนวคิดย่อย ดังภาพประกอบ



ภาพประกอบ 3 แนวคิดการจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก PROMISE (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2552)

การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement: P)

การเสริมแรงทางบวกเป็นแนวคิดหนึ่งของทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant conditioning Theory) ซึ่งการเสริมแรงพัฒนาโดยนักจิตวิทยาชาวอเมริกันชื่อ Burrhus F. Skinner ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลพวงมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้น (Emitted) ของบุคคลจะเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลกรรม (Consequence) ที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมนั้น Skinner ให้ความสนใจกับผลกรรม 2 ประเภทคือ ผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรง (Reinforcer) ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลนั้นกระทำอยู่มีอัตราการกระทำเพิ่มมากขึ้นและ ผลกรรมที่เป็นตัวลงโทษ (Punisher) ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำนั้นยุติลง ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcer)

การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result Based Management – RBM: R)

การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์เป็นกิจกรรมสำคัญของแผนการปรับเปลี่ยนบทบาทภารกิจและวิธีการบริหารงานของภาครัฐตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 และพระราชบัญญัติระเบียบ

บริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ.2545 มาตรา 3/1 ซึ่งคำนึงถึงประชาชนและผลสัมฤทธิ์ของงาน เพื่อให้การทำงานของหน่วยงานหรือโครงการมุ่งเน้นผลลัพธ์ของงานมากกว่าเน้นปัจจัยนำเข้า กระบวนการทำงานและกฎระเบียบที่เคร่งครัด โดยจะมีการวัดผลอย่างเป็นรูปธรรม การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ให้ความสำคัญกับการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมายที่ชัดเจน และการกำหนดผลผลิต ผลลัพธ์ที่สอดคล้องกัน รวมถึงมีการกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่ชัดเจนในการวัดความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานเพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล มีความรับผิดชอบต่อประชาชนผู้รับบริการ การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงาน ช่วยให้การบริหารการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม มีทิศทางในการปฏิบัติงาน มีระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นระยะ ๆ ทำให้ทราบผลการปฏิบัติงานเมื่อเทียบกับแผนหรือเป้าหมาย สามารถรายงานความก้าวหน้าผลการปฏิบัติงานต่อผู้บริหารและทำให้แก้ปัญหาได้ทันเวลาที่

จากแนวคิดของการบริหารจัดการแนวใหม่ (New management) ที่มุ่งเน้นให้ความสำคัญต่อ

1. **ความประหยัด (Economy)** ใช้ต้นทุนหรือทรัพยากรอย่างเหมาะสม และมีความคุ้มค่าที่สุด
2. **ประสิทธิภาพ (Efficiency)** การปฏิบัติงานให้ได้ผลงานในระดับที่สูงกว่าปัจจัยนำเข้า
3. **ประสิทธิผล (Effectiveness)** ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result based management) หมายถึง วิธีการบริหารที่มุ่งเน้นผลการปฏิบัติงานเป็นหลัก โดยมีการวัดผลการปฏิบัติงานด้วยตัวชี้วัด อย่างเป็นรูปธรรมเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ทำให้ผู้เกี่ยวข้องทราบผลความก้าวหน้าของการดำเนินงานเป็นระยะ ๆ และสามารถแก้ไขปัญหาได้ทันทั่วที่เป็นการควบคุมทิศทาง การดำเนินงานให้มุ่งสู่เป้าหมาย ผลการดำเนินงานที่วัดจาก **ผลผลิต (Outputs)** นั้นหมายถึง งานหรือกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่ทำเสร็จสมบูรณ์พร้อมส่งมอบให้ผู้รับบริการ ผลผลิตเป็นผลงานที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมโดยตรง **ผลลัพธ์ (Outcomes)** หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นตามมา ผลกระทบ หรือเงื่อนไขที่เกิดจากผลผลิต ผลลัพธ์มีความสัมพันธ์โดยตรงกับประชาชนผู้รับบริการ และสาธารณชน **สรุปได้ว่า** ในการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการใด ๆ หลักสำคัญยิ่งที่ผู้ดำเนินการต้องใช้ตามวงจร PDCA แล้ว คือ การกำหนดตัวชี้วัดของกิจกรรมและโครงการไว้อย่างชัดเจนสามารถวัดได้ และตัวชี้วัดหลักที่สำคัญมีอยู่เพียงไม่กี่ตัวและเป็นตัวชี้วัดที่ประเมินได้ว่า โครงการมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลก็คือตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ ที่มักจะวัดที่ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้น ดังโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงจะใช้ตัวชี้วัด **ผลสัมฤทธิ์ ผลผลิต** วัดจาก ร้อยละของจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ ส่วนตัวชี้วัดผลลัพธ์วัดจากร้อยละของจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการที่มีผลการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และผลการเปลี่ยนแปลงทางกาย และผลเลือดไปในทางที่ดีขึ้น เป็นต้น

การมองโลกแง่ดี (Optimism: O)

ในสภาวะปัจจุบันที่การดำเนินชีวิตหลายต่อหลายอย่าง ต้องเผชิญกับภาวะความคับข้องหม่นหมอง สับสน วุ่นวายและบางอย่างรบกวนจิตใจ จนส่งผลอย่างยิ่งต่อกำลังใจในการต่อสู้หรือความกล้าต่อการเผชิญ เพื่อฟันฝ่าอุปสรรคนานัปการของเราให้ลดน้อยถอยลง ผู้ที่ไม่สามารถผ่านพ้นไปได้ต้องจมกับอยู่กับความคิดที่เป็นทุกข์ ไม่สามารถก้าวข้ามปัญหาที่ผ่านเข้ามาได้จนเกิดผลเสียต่อการดำเนินชีวิตโดยไม่สามารถตีค่าเป็นเงินตราได้ ดังนั้น จึงต้องมีการพัฒนาความคิดให้เป็นความคิดบวกมากขึ้น ด้วยเพราะเป็นวิธีการคิดที่มี

ความสำคัญ และยังเป็นแนวทางปฏิบัติที่ช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ได้ ผู้ที่สามารถปรับเปลี่ยนมุมมองของความคิดให้แตกต่างไปจากเดิม ก็จะพบในสิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างน่าอัศจรรย์ เพราะการคิดเชิงบวกเป็นความคิดที่ช่วยทำให้ชีวิตมีความสุข มีความสุขมากขึ้น (Seligman, 1998; เทอดศักดิ์ เดชคง, 2548: 40-45)

งานวิจัยที่ทำการศึกษเกี่ยวกับ การมองโลกในแง่ดี ดังเช่น ชีร์ศักดิ์ ธาราช (2549: online) ได้ทำการศึกษาลักษณะความคิดของนักธุรกิจที่สามารถดำเนินธุรกิจให้ผ่านพ้นวิกฤตเศรษฐกิจมาได้ พบว่าส่วนใหญ่มีการคิดเชิงบวก เป็น 1 ใน 3 ความคิดสำคัญของผู้บริหารโดยถือว่าการคิดเชิงบวกนำไปสู่ช่องทางการหาทางออกและทำให้องค์กรเติบโตอย่างก้าวกระโดดหลังเกิดวิกฤต เพราะเปลี่ยนวิธีคิด วิธีการ เพื่อความอยู่รอด แต่ผลกลับกลายเป็นว่าวิธีการเหล่านั้นมีประโยชน์มากและให้ผลสัมฤทธิ์ดีกว่าวิธีการทำงานเดิมๆ ในช่วงเวลาปกติ และ เซลิกแมน และสคูลแมน (Seligman; & Schulman, 1986) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการอธิบายกับผลสัมฤทธิ์ทางการทำงาน และการใช้รูปแบบของการอธิบายทำนายการคงอยู่ในการประกอบอาชีพของตัวแทนขายประกันชีวิต เพราะตัวแทนเหล่านี้มักจะประสบกับเหตุการณ์เลวร้ายบ่อยครั้งในการศึกษาได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวแทนขายประกันทำงานอยู่ก่อนแล้ว จำนวน 94 คน และกลุ่มตัวแทนขายประกันที่เข้าทำงานใหม่ จำนวน 101 คน พบว่าในกลุ่มที่เป็นตัวแทนขายประกันอยู่ก่อนแล้ว ผู้ที่มีลักษณะการมองโลกในแง่ดี ขายประกันชีวิตในช่วง 2 ปีแรกได้มากกว่าผู้ที่มีลักษณะการมองโลกในแง่ร้ายถึงร้อยละ 37

ในงานวิจัยภายในประเทศ เช่นของ ทิพา มั่งน้อย (2534) ได้ศึกษาความสามารถในการปรับตัวของนักเรียนมัธยมศึกษาที่รูปแบบการอธิบายแตกต่างกัน โดยศึกษานักเรียนที่มีรูปแบบการอธิบายแบบใดจะมีความสามารถในการปรับตัวกับเพื่อนสูงกว่ากัน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน พบว่า นักเรียนที่มีรูปแบบการอธิบายในลักษณะการมองโลกในแง่ดี มีความสามารถในการปรับตัวกับเพื่อนสูงกว่านักเรียนที่มีรูปแบบการอธิบายในลักษณะการมองโลกในแง่ร้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในขณะที่ อรุณพันธ์ ชูชม และคณะ (2546) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาตนเพื่อเพิ่มพลังใจในการทำงาน: กรณีข้าราชการครูประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการครูสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 547 คน พบว่า ปัจจัยทางจิตลักษณะที่มีผลโดยตรงต่อพลังใจในการทำงาน มี 3 ตัวแปร ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี (เบต้า = .33) การเห็นคุณค่าในตนเอง (เบต้า = .23) และวิธีการเผชิญแบบถอยหนี (เบต้า = .09) โดยการมองโลกในแง่ดี และเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดทางบวกต่อพลังใจในการทำงาน ส่วน ปิยะดี ลิ้มละบำรุง (2547: 51) ศึกษาการพัฒนาการมองโลกในแง่ดี ด้วยโปรแกรมการฝึกทักษะการคิดของนิสิตที่มีคะแนนเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมาจำนวน 36 คน เป็นกลุ่มทดลอง 18 คน กลุ่มควบคุม 18 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการมองโลกในแง่ดีที่พัฒนามาจาก เซลิกแมน พบว่ากลุ่มทดลองมีการมองโลกในแง่ดีทุกมิติ และในด้านรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยพบว่าทั้งชาย และหญิง มีคะแนนการมองโลกในแง่ดีไม่แตกต่างกัน

ผลงานวิจัยอีกเป็นจำนวนมากที่ได้ทำการศึกษเกี่ยวกับมุมมองโลกแง่ดีที่ได้ข้อค้นพบที่ตรงกันว่า คนที่มีการมองโลกในแง่ดีหรือการคิดเชิงบวกมักมีข้อได้เปรียบในการดำเนินชีวิต รวมทั้ง ประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ของการดำเนินชีวิตมากกว่าคนที่มองโลกในแง่ลบ

แรงจูงใจ (Motivation: M) เป็นแรงขับเคลื่อนที่ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งอย่างต่อเนื่องและมีจุดมุ่งหมาย โดยแบ่ง แรงจูงใจ ออกเป็น 2 ประเภท (Deci,1972)ได้แก่

1. แรงจูงใจภายนอก (Extrinsic motivation) หมายถึง สิ่งผลักดันภายนอกตัวบุคคลที่มากระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม อาจจะเป็นรางวัล เกียรติยศชื่อเสียง คำชม การได้รับการยอมรับยกย่อง ฯลฯ แรงจูงใจนี้ไม่คงทนถาวรต่อพฤติกรรม บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองสิ่งจูงใจดังกล่าวเฉพาะในกรณีที่ต้องการรางวัล ต้องการเกียรติ ชื่อเสียง คำชม การยกย่อง การได้รับการยอมรับเท่านั้น

2. แรงจูงใจภายใน (Intrinsic motivation) หมายถึง การที่บุคคลมองเห็นคุณค่าของกิจกรรมที่ทำ จึงทำด้วยความเต็มใจ ตระหนักว่าการบรรลุผลสำเร็จในกิจกรรมนั้นเป็นรางวัลอยู่ในตัวแล้วซึ่งสภาพของบุคคลที่มีความต้องการและอยากแสดงพฤติกรรมบางสิ่งบางอย่างด้วยเหตุผลและความชอบของตนเอง (*As a state in individual wants to do or learn something for its own sake*) บุคคลที่มีแรงจูงใจภายในนี้ จะแสดงพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมด้วยความพึงพอใจและยินดีทำงานของตน เพราะอยากจะทำจุดหมายปลายทางให้อยู่ที่การทำกิจกรรมนั้นๆ ฉะนั้นแรงจูงใจภายในจึงเป็นเรื่องของแรงจูงใจที่บุคคลนั้นเกิดมีขึ้นเอง อยากทำอยากแสดงด้วยตัวของตัวเองไม่มีใครบังคับ ไม่มีสิ่งของมาล่อ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรมที่คงทนถาวร (Deci and Ryan,1985)

การพัฒนาบุคคลเพื่อให้เกิดแรงจูงใจภายใน จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบ 5 ด้าน ดังนี้

1. ความต้องการสิ่งที่ท้าทาย หมายถึง บุคคลที่มีแรงจูงใจภายในต้องมีความชอบ ความพึงพอใจหรือต้องการงานที่แปลกใหม่ ไม่ซ้ำเดิม ซับซ้อน และมีความยากพอเหมาะสมกับความสามารถของบุคคล
2. ความสนใจ-ผลิตผลิติน หมายถึง บุคคลที่มีแรงจูงใจภายในจะเป็นบุคคลที่มีความกระตือรือร้น ความอยากรู้อยากเห็น ตลอดจนมีความสุข พึงพอใจและผลิตผลิตินในการทำงานหรือกิจกรรมที่น่าสนใจ
3. ความเป็นตัวของตัวเอง หมายถึง บุคคลมีแรงจูงใจภายในในการทำงานเป็นบุคคลที่ชอบริเริ่มทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง มีอิสระในการคิดและการกระทำ
4. ความต้องการมีความสามารถ หมายถึง บุคคลมีแรงจูงใจภายในงาน เป็นบุคคลที่ต้องการมีประสิทธิผลในการจัดการกับสภาพแวดล้อม ต้องการที่จะเรียนรู้ พัฒนาทักษะและความสามารถของตนเอง
5. ความมุ่งมั่น หมายถึง บุคคลที่มีแรงจูงใจภายในเป็นบุคคลที่มุ่งมั่นในการทำงานให้บรรลุด้วยความสามารถของตนเอง มีความยึดมั่นทุ่มเทให้กับงานโดยไม่หวังผลตอบแทนภายนอก ซึ่งความสำเร็จจากงานเป็นแรงบันดาลใจภายในมากกว่ารางวัลหรือเกียรติยศจากภายนอก

แนวทางการส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจสำหรับกลุ่มเสี่ยง

- 1 ผู้ให้บริการควรจัดให้มีบรรยากาศที่ท้าทายความอยากรู้อยากเห็นของกลุ่มเสี่ยง
- 2 บอกเป้าหมายของการออกกำลังกายให้กลุ่มเสี่ยงได้ทราบ
- 3 พยายามให้งานแก่กลุ่มเสี่ยงตามความสามารถ และให้โอกาสสมาชิกในกลุ่มเสี่ยงมีประสบการณ์กับความสำเร็จในการออกกำลังกาย

4. มีการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่กลุ่มเสี่ยงและแนะนำให้กลุ่มเสี่ยงได้ใช้ข้อมูลย้อนกลับในการช่วยปรับปรุงพฤติกรรมออกกำลังกายให้ดีขึ้น

5. มีการพบกลุ่มเสี่ยงเป็นรายบุคคลเพื่อช่วยโดยนำผลตรวจการวิเคราะห์ทางการแพทย์ (Clinical record) มาดูและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มเสี่ยงในการดูแลสุขภาพ

6. บรรยายากของการพบกันต้องมีลักษณะอบอุ่น เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเกิดความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ

7. ผู้ให้บริการต้องทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีในการแสดงความกระตือรือร้นในการแสดงออกเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

8. ผู้ให้บริการต้องให้ช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงในการสร้างแรงจูงใจภายในด้วยวิธีการ ให้กลุ่มเสี่ยงตั้งเป้าหมายเฉพาะตัวเองในการดูแลสุขภาพที่ตนต้องการ ให้กลุ่มเสี่ยงวางแผนในการพัฒนาตนเองทั้งระยะสั้นและระยะยาว ให้กลุ่มเสี่ยงมีการดูแลสุขภาพตามวิธีการที่ตนเองได้เลือกเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และมีการประเมินผลการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับจากผลการตรวจทางการแพทย์ ต้องช่วยให้กลุ่มเสี่ยงวิเคราะห์ความสำเร็จและไม่สำเร็จของพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ต้องให้กลุ่มเสี่ยงได้เห็นคุณค่าในตนเองในการพยายามเกี่ยวกับคุณค่าในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง ต้องช่วยให้กลุ่มเสี่ยงได้ค้นพบศักยภาพที่มีอยู่ในตัวเองและให้กำลังใจในการที่จะดูแลสุขภาพต่อไป ชี้แจงให้กลุ่มเสี่ยงเข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการตั้งมาตรฐานความเป็นเลิศให้ใกล้เคียงกับระดับความสามารถของตนและ ช่วยให้กลุ่มเสี่ยงจัดตารางเวลาในการออกกำลังกายให้เหมาะสมตามความเป็นจริง

การเห็นคุณค่าในตัวเอง (Self-esteem: Se) เป็นความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นการคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองว่าสามารถทำสิ่งต่างๆ อย่างไร ตนเองมีความสำคัญอย่างไร การเห็นคุณค่าในตนเองเริ่มต้นมาตั้งแต่วัยทารก เมื่อได้รับการสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและได้รับความรักและความอบอุ่น ย่อมเรียนรู้ว่าตนเองเป็นที่รัก และเริ่มเห็นคุณค่าในตนเอง เมื่อเข้าสู่วัยเตาะแตะ เด็กเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและความสามารถของตนเอง ถ้าเด็กได้รับความรัก จะเห็นคุณค่าในตนเอง ในทางตรงกันข้าม ถ้าเด็กรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองไม่มีใครรักก็ยากที่จะพัฒนาในด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง

การเห็นคุณค่าในตนเองเกิดจากการตัดสินใจคุณค่าของ “ตน” (Self) ซึ่งทำให้บุคคลมีทัศนคติต่อตนเองด้านต่างๆ เช่น ลักษณะ ความสามารถในการเรียนรู้ มาสโลว์ (ฉันทนา ภาคบงกช, 2551; อ้างอิงจาก Maslow, 1970: 45-46) กล่าวถึงการเห็นคุณค่าในตนเองว่ามี 2 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้สึกนับถือตนเอง (Self respect) ความเชื่อมั่นในการกระทำต่างๆ ที่ประสบความสำเร็จอย่างอิสระเสรี และ 2) การเห็นคุณค่าในตนเองที่ได้รับจากผู้อื่น (Esteem from other) เป็นความต้องการ การยอมรับ การมีชื่อเสียง เกียรติยศและอำนาจ

ส่วนแนวคิดของแม็คเคย์และกอร์ว (Makay and Gaw, 1975) กล่าวถึง 2 ด้าน ได้แก่ 1) การยอมรับนับถือตนเองเป็นผลมาจากมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถและเห็นว่าตนเองมีคุณค่า และ 2) ความเชื่อมั่นในตนเองเป็นผลที่เกิดจากการประเมินความสามารถในการเผชิญและปรับตัวของตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม

“การเห็นคุณค่าในตนเอง” มีความหลากหลายในความหมาย เช่น หมายถึง ลักษณะความเชื่อมั่นและการนับถือตนเองที่เกิดจากความเชื่อมั่นว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่งจะช่วยให้คนเราประสบความสำเร็จในการทำสิ่ง

ต่างๆ (Gibson, 1991: 120; citing Branden, 1969) นับว่ามีความเห็นที่สอดคล้องกับโรเซนเบิร์ก (Rozenberg) ที่ว่า การเห็นคุณค่าในตนเองคือทัศนคติของบุคคลต่อที่มีต่อตนเองในด้านบวก ผู้ที่นับถือตนเองคือผู้ที่คิดว่าตนเองมีคุณค่า มีเกียรติ มีความพอใจในตนเอง ในทางตรงกันข้าม ถ้าเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ บุคคลมักจะคิดว่าตนเองไม่เท่าเทียมคนอื่นเพราะขาดบางสิ่งบางอย่าง (Rozenberg, 1979: 4 อ้างใน ฉันทนา ภาควงข, 2551)

การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ

ทฤษฎีการเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client-Center) จากทฤษฎียึดบุคคลเป็นศูนย์กลางทำให้มองเห็นทัศนะของการมองมนุษย์ของผู้ให้คำปรึกษา ที่ยึดผู้รับคำปรึกษามากกว่าผู้ให้คำปรึกษา ด้านการเป็นศูนย์กลาง การให้ความสำคัญ การมุ่งเน้น และการตัดสินใจของกระบวนการให้คำปรึกษา โดยให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพเบื้องต้น เพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของผู้รับคำปรึกษา มองถึงความสำคัญของเจตคติผู้ให้คำปรึกษา มากกว่าเทคนิคในการส่งผลต่อสัมพันธภาพการให้คำปรึกษา และเน้นปัญหาด้านอารมณ์และความรู้สึก ประกอบกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้เกิดความร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติและร่วมรับผิดชอบซึ่งจะทำให้มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางและเป้าหมายที่กำหนดไว้และช่วยพัฒนาผู้รับบริการให้เกิดคุณลักษณะที่พึงประสงค์ทั้งในด้านความรู้ ความสามารถ เจตคติ ทักษะ รวมทั้งสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ส่งเสริมให้รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการแก้ปัญหา ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและนำไปสู่การปฏิบัติในชีวิตจริงได้ (Rogers, 1961) และจากการสืบค้นข้อมูล ไม่ปรากฏเอกสารที่เชื่อมโยงถึงประวัติการให้บริการที่เน้นผู้รับ บริการเป็นศูนย์กลางโดยตรง แต่พบรากฐานทางความคิดที่มีความหมายใกล้เคียง นั่นคือ “การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Client-centered Therapy)” ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการให้บริการที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งมีข้อมูลสรุปไว้ใน New world encyclopedia ว่า ผู้ให้กำเนิดการให้การปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง นั่นก็คือ คาร์ล โรเจอร์ (Carl R. Roger) นักมนุษยนิยม โดยเขาได้รับอิทธิพลทางความคิดสายหนึ่งมาจาก เจสซี ทาฟต์ ซึ่งลูกศิษย์ของ ออตโต แรงค์ (Otto Rank) นักจิตวิทยา โดยแรงค์ มีแนวทางการทำงานที่เน้นการเสริมสร้างสิ่งใหม่ๆ ให้กับบุคคลมากกว่า รวมทั้ง เป็นการสร้างให้ผู้รับการบำบัดยอมรับสิ่งที่ตนเองเป็น และมีความรับผิดชอบต่อชีวิตตนเอง โดยที่ผู้ให้การบำบัดทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือที่ไม่มีทัศนคติตัดสิน ไม่ทำตนเป็นผู้เชี่ยวชาญ หรือแสดงบทบาทเหนือผู้รับการบำบัด ในขณะที่อีกสายหนึ่งมาจาก เคิร์ต โกลด์สไตน์ (Kurt Goldstein) ที่เน้นการทำงานที่ทำให้ผู้รับบริการได้รู้จักตัวตนที่แท้จริง (Self-actualization) ซึ่งถือได้ว่าเป็นเป้าหมายหลักของการบำบัดตามแนวของโรเจอร์

จากการปรับเปลี่ยนหลักการและแนวคิดสำหรับการดูแลและการให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการที่เน้นการตั้งรับเป็นหลัก มาเป็นการให้บริการโดยคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Clients-Center Approach) ของการให้บริการนั้นๆ จะเป็นสิ่งสำคัญและเป็นความท้าทายอย่างยิ่งต่อการทำงานขององค์กรทุกภาคส่วนในสังคม ไม่ว่าจะเป็นองค์กรภาครัฐบาล ภาคเอกชน ภาคประชาชนและแม้แต่ภาคธุรกิจที่ไม่มุ่งแสวงหากำไร (NGOs) ก็ดี ทั้งนี้ เพื่อรองรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (3C) ได้แก่

1. Change เหตุที่ต้องมีการปรับตัวเพราะ โลกมีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะผู้รับบริการที่มีอิทธิพลต่อภารกิจขององค์กร เช่น การร้องขอ ดังนั้น จะบริหารจัดการแบบเดิมไม่ได้ เนื่องจากผู้รับบริการก็คือประชาชนที่มีความสำคัญมากขึ้น

2. Clients การให้บริการที่ต้องให้ความสำคัญกับผู้รับบริการเป็นลำดับแรก

3. Competition สภาพการณ์แข่งขันขององค์กรทุกระดับเพื่อสร้างคุณค่าและช่วงชิงความเป็นหนึ่งในด้านการให้บริการทั้งภายในและภายนอกองค์กร

และจากความสำคัญดังกล่าวข้างต้นนี้เอง “การให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง” จึงได้ปรากฏขึ้นมาในฐานะวิธีการเพื่อรองรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทั้งยังสามารถสนองตอบต่อความต้องการของผู้รับบริการควบคู่กับเป้าหมายของการให้บริการ ได้เป็นอย่างดี

6. ปัจจัยทางจิตที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพในระดับผู้ให้บริการ

6.1 เชาว์สุขภาพ

เชาว์สุขภาพเกิดขึ้นจาก การนำแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และแนวคิดการดูแลตนเองมาใช้ เพื่อให้บุคคลรู้จักภาวะสุขภาพของตนเองเป็นสำคัญ เชาว์สุขภาพจึงเป็นการสะท้อนถึงควมมีสติด้านสุขภาพ (Health consciousness) ความรู้ด้านสุขภาพ (Health knowledge) และระดับสุขภาพของส่วนบุคคล และชุมชนแวดล้อมนั้นๆ และระดับของเชาว์สุขภาพยังสะท้อนถึง ความสามารถของบุคคลในการเลือกปฏิบัติ เกี่ยวกับสุขภาพ (Lee Earn Chang, 2001: 17)

ความสำคัญของเชาว์สุขภาพ

ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในระบบทุนนิยมของสังคมไทยในปัจจุบันที่มีการแข่งขันในตลาดโลก เพื่อการเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นสำคัญ จึงส่งผลกระทบต่อสภาพสังคมทุกด้าน โดยเฉพาะปัญหาด้านสาธารณสุขของประชาชน ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้จากการศึกษาวิเคราะห์แผน พัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติที่ผ่านมามีปัญหาสุขภาพของคนไทย ส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมไม่เหมาะสมประกอบด้วย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ความเครียด ขาดการพักผ่อนที่มีคุณภาพ ขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรที่ขาดความอบอุ่นในครอบครัว การใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง สุขอนามัยส่วนบุคคลที่ไม่ถูกต้อง ตลอดจนพฤติกรรมเสี่ยงเฉพาะ (กองสุศึกษา, 2541: 12-13) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของทุกคน เมื่อพิจารณาแนวโน้มพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยในปีพ.ศ. 2563 เป็นที่น่าตกใจ ด้วยเหตุที่กลุ่มวัยรุ่นและสตรี ยังคงมีความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งบริโภคอาหารเสริมมากขึ้น ทำให้ขาดสารอาหารสำคัญ และมีสารอาหารที่ไม่จำเป็น เกินความต้องการ ส่วนในกลุ่มชายไทยส่วนใหญ่ ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงสูบบุหรี่ ดื่มสุราและเสพสารเสพติดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้แนวโน้มการฆ่าตัวตายในหมู่เยาวชนมากขึ้น จากความเครียดที่ไม่สามารถเผชิญได้ และโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจะเกิดขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นและก่อนวัยสมรส (อานวย กาจันะ และคณะ, 2544) สำหรับพฤติกรรมดำรงชีวิต อย่างปลอดภัย เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสภาพแวดล้อมที่ดี มีความเป็นอยู่อย่างปกติสุขนั้น โฮเจอร์ และโฮเจอร์ (Hoeger & Hoeger, 2005) ได้เสนอองค์ประกอบของการรับรู้และพฤติกรรม 9 ด้านได้แก่ การ

ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การรับประทานอาหารถูกหลักโภชนาการ การหลีกเลี่ยงพึ่งพาสารเสพติด การมีสุขอนามัยส่วนบุคคล การป้องกันโรค ความปลอดภัยในชีวิต การมีอนามัยสิ่งแวดล้อม การจัดการความเครียด และการจัดการอารมณ์ความรู้สึก หรือที่เรียกว่า เซาท์สุขภาพ (Health Quotient -HQ) และจากการศึกษาด้านสุขภาพของนักวิชาการไทย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเฉพาะเรื่องเฉพาะโรคหรืออาการ หรือเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพบางด้าน เช่น การศึกษาด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น แต่ถ้าพิจารณาลักษณะของการเกิดโรค หรือมีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านนั้นล้วนมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน และถ้าจะให้มีความสุขกาย จิตสังคมที่ดีก็ต้องมีพฤติกรรม ตามเซาท์สุขภาพที่ครบถ้วนทุกด้าน ดังเช่น ถ้าบุคคลมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมแต่ขาดการรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ อาจทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง แต่อาจเป็นโรคขาดสารอาหารหรือมีสารอาหารเกิน อันเนื่องจากโภชนาการไม่ดี หรือบางคนดูแลสุขภาพดีเยี่ยม แต่ขาดการใช้ชีวิตที่ปลอดภัย ไม่ระวังระวัง เรื่องการดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้าน ก็อาจเสียชีวิตจากไฟฟ้าช็อต ไฟไหม้บ้านหรือเกิดอุบัติเหตุต้งเห็นเป็นข่าวอยู่เสมอ ดังนั้นวิธีที่ดีที่สุด สำหรับการมีสุขภาพที่ดีอย่างครบถ้วนเพื่อการป้องกันและการระมัดระวังให้ชีวิตปลอดภัยและอยู่อย่างมีความสุขตลอดช่วงชีวิตที่ยืนยาวได้นั้น คนไทยควรรู้ และตระหนักถึงความสำคัญของเซาท์สุขภาพตั้งแต่วัยเด็ก สะสมการมีสุขภาพที่ดีไว้ ส่วนวัยผู้ใหญ่ หรือสูงอายุยังสามารถหันกลับมาใส่ใจสุขภาพ ของตนเองนับว่ายังไม่สายเพราะร่างกายและจิตใจของคนเราสามารถเยียวยา และฟื้นฟูให้คงสภาพกลับมาเป็นสุขภาพที่ดีกว่าเดิมในปัจจุบันได้ ดังคำกล่าวที่ว่า “ความไม่มีโรค เป็นลาภอันประเสริฐ” และคำอวยพรที่มักได้รับจากพระหรือผู้ใหญ่ ก็คือ “อายุ วรรณะ สุขะ พละ” นั่นคือ การมีอายุที่มีพลังใจหล่อเลี้ยงชีวิต การมีผิวพรรณผ่องใส มีความสุขปราศจากความเครียดความกดดัน มีกำลังความเข้มแข็งและมีสุขภาพดี นั่นเอง (หลวงพ่ोजริญ จิตฺตมโ, 2549: 90-91)

คำว่า “เซาท์สุขภาพ หรือ ความฉลาดทางสุขภาพ” ซึ่งในภาษาอังกฤษใช้คำว่า Health Quotient ได้มีการนำมาใช้ในด้านสุขภาพและการบริหารงานซึ่งมีการให้ความหมายต่างๆ ดังนี้

นพ.ชาญวิทย์ โฉมรานุรักษ์ (2550) จากบทความ “อยู่อย่างไรให้มีสุข อายุยืนยาวถึง 100 ปี” กล่าวว่า วิชา *ความฉลาดทางสุขภาพ* (Health Quotient) เป็นการเรียนรู้ถึงวิถีทางการดำเนินชีวิต เพื่อการมีสุขภาพแข็งแรง ร่างกายต้องการ ความเคลื่อนไหวออกกำลังกายสม่ำเสมอ อาหารการกินในปริมาณพอเหมาะ และเลือกชนิดอาหารที่มีคุณประโยชน์เป็นธรรมชาติมากที่สุดปรุงแต่งแต่น้อย รู้จักจัดการความเครียดได้ดี ท่ามกลางสังคมที่กำลังเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ สังคมที่ซับซ้อน และยุ่งเหยิงมากขึ้น รวมทั้งไม่นำเอาสารที่ก่อปัญหาต่อสุขภาพเช่น บุหรี่ เหล้า เบียร์ แอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง เข้าสู่ร่างกาย ก็จะทำให้มีสุขภาพที่ดี อายุยืนอย่างมีคุณภาพโดยไม่ต้องพึ่งยา รักษา กองแผนงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขกล่าวว่า ความฉลาดทางสุขภาพ เป็นความสามารถทางการจัดการและการบริหารสุขภาพ ใส่ใจสุขภาพ โดยการหาเวลาออกกำลังกาย การออกกำลังกายจะช่วยให้สมองทุกส่วนทำงาน ระบบความจำดีขึ้น มีสมาธิในการทำงานมากขึ้น นพ. ภัทรารุณ อินทรกำแหง (2550) กล่าวว่า *เซาท์สุขภาพ* (Health Quotient) เป็นเซาท์ทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะ ผู้ที่มีสุขภาพกายที่แข็งแรงก็ย่อมทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีได้ ซึ่งเป็นความสามารถที่ทำให้ชีวิตประสบกับความสำเร็จ สิริธร พึงเทิดธรรมและอิทธิยา จุลบาท (2542) กล่าวถึง *เซาท์สุขภาพ* ว่าเป็นการนำ

ผลทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นในการตรวจสุขภาพเพื่อประเมินสุขภาพ ให้ทราบข้อมูลสำหรับป้องกันสุขภาพตนเอง และเข้าใจผลตรวจร่างกายเบื้องต้น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ตรวจการทำงานของตับไต ตรวจน้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือด เป็นต้น อารมณ์ ภูิวิทยพันธุ์ (2548) กล่าวว่า ความฉลาดในด้านสุขภาพ คือ ความสามารถทางการจัดการและการบริหารสุขภาพ เป็นการใส่ใจสุขภาพของตนเอง ผู้ที่ทำงานหนักโดยไม่ใส่ใจต่อสุขภาพหรือการพักผ่อนที่เพียงพอ มักจะเกิดปัญหาต่อสุขภาพตนเอง มีความเครียด สุขภาพร่างกายอ่อนแอ สุขภาพจิตแย่และในที่สุด ผลการปฏิบัติงานก็จะไม่มีประสิทธิภาพ เป็นผลเสียต่อตนเอง ดังนั้นควรดูแลและใส่ใจต่อสุขภาพของตนเองด้วยการหาเวลาออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬาที่ชอบ จะช่วยให้สมองทุกส่วนทำงาน ระบบความจำดีขึ้น และที่สำคัญ จะช่วยให้มีสมาธิในการทำงานมากขึ้น และวัชรพงษ์ พนิธธารัง (2548) ได้กล่าวถึง *เชาว์สุขภาพ (HQ)* ไว้ในบทความ “ผู้บริหารแบบ 5 Q’S ” ว่า ผู้บริหารที่จะประสบความสำเร็จในการทำงานได้เป็นอย่างดี จะต้องประกอบด้วย 5Q’S และ HQ เป็นส่วนประกอบตัวหนึ่ง

จากความหมายต่างๆ เชาว์สุขภาพ รวมถึงการดำเนินชีวิตเพื่อการมีสุขภาพส่วนบุคคลที่ดีมีความสุข โดยเชื่อว่าผู้ที่มีสุขภาพกายที่แข็งแรงย่อมทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีได้ ซึ่งสามารถที่จะทำให้ชีวิตประสบความสำเร็จ จึงสรุปได้ว่า *เชาว์สุขภาพ* หมายถึง “ความสามารถทางการจัดการและการบริหารสุขภาพ หรือการแสดงพฤติกรรมดำรงชีวิตอย่างปลอดภัยเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีความเป็นอยู่อย่างปกติสุขซึ่งประกอบด้วย การรับรู้และพฤติกรรม 9 ด้านคือ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการหลีกเลี่ยง พึงสารเสพติด ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล ด้านการป้องกันโรค ด้านความปลอดภัยในชีวิต ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการจัดการความเครียด และด้านการจัดการอารมณ์ความรู้สึก” สามารถวัดโดยใช้แบบสอบถามตัวแปรเชาว์สุขภาพซึ่งปรับปรุงและพัฒนาจากอังศินันท์ อินทรกำแหงและภัทราวุธ อินทรกำแหง (2550) จำนวน 36 ข้อโดยใช้ประโยคข้อความประกอบด้วยมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก “จริงที่สุด จริง จริงบ้างไม่จริงบ้าง ไม่จริง ไม่จริงเลย” ข้อคำถามเป็นในทิศทางบวกทุกข้อ ให้บุคคลเลือกตอบตามความคิดเห็นที่มีต่อข้อความ โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนรวมมากแสดงว่า มีเชาว์สุขภาพมาก ส่วนผู้ที่ตอบได้คะแนนร่น้อยแสดงว่ามีเชาว์สุขภาพน้อย

พัฒนาการของการวัดเชาว์สุขภาพ ในต่างประเทศได้มีการพัฒนาแบบวัดเชาว์สุขภาพ เพื่อการประเมินสุขภาพตนเองในรูปแบบออนไลน์และนำมาใช้ในงานวิจัยอย่างแพร่หลาย แต่ยังไม่มีการนำมาใช้กับกลุ่มคนไทยมากนักยังจำกัดเฉพาะในกลุ่มสถานบริการความงามอยู่บ้าง ซึ่งจากผลการวิจัยที่ผ่านมาผู้ที่มีเชาว์สุขภาพสูงจะเป็นผู้ที่มีการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมสูง ช่วยสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ดังเช่น แบล็ค บอร์แมน ได้ริเริ่มสร้างเครื่องมือ Health Quotient ครั้งแรกในปี ค.ศ.1993 โดยสร้างแบบสอบถามเพื่อประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ (Health Risk Assessment Tool - HRAs) และต้องการให้บุคคลทั่วไปเข้าถึงหลักการทางวิทยาศาสตร์กับภาวะสุขภาพ จึงสร้าง Health Quotient บนเว็บไซต์ WebMD เป็นเครื่องมือเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพโดยใช้สถิติวิเคราะห์คล้ายกับ IQ Scale เรียกว่า Health Quotient™ สามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพได้ถึง 21 อย่าง จากข้อคำถาม 3 หัวข้อใหญ่ คือ 1) ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว (Family health history) 2) ภาวะสุขภาพ

ปัจจุบัน (Personal health status) และ 3) ลักษณะนิสัยและวิถีชีวิต (Lifestyle choices and habits) มีทั้งหมด 20 ข้อคำถาม เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ ต่อมา อเวรี่ (Avery, 2005: Online) ได้เห็นถึงประโยชน์ของ WebMD ที่สร้าง HQ จึงพัฒนาเว็บไซต์ The Black Women's Health Imperative เพื่อมาเป็นเครื่องมือในการดูแลตนเอง โดยเก็บข้อมูลครอบครัว ลักษณะสุขภาพ ลักษณะจิตใจ และจิตวิญญาณ ข้อคำถามในการประเมินระดับเชาว์สุขภาพจะใช้ ภาวะสุขภาพปัจจุบัน ประวัติการรักษาที่ผ่านมา ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว และวิถีการดำเนินชีวิต

โฮเจอร์และโฮเจอร์ (Hoeger and Hoeger, 2005) ได้สร้างแบบวัดวิถีชีวิตของการมีสุขภาพดี จากหนังสือ Lifetime Physical Fitness and Wellness: A personalized Program จำนวน 36 ข้อ ส่วน สเนล และจอห์นสัน (Snell and Johnson, 1997) ได้สร้างแบบสอบถามเชาว์สุขภาพหลายมิติ (The Multidimensional Health Questionnaire – MHQ) โดยมีจำนวน 100 ข้อ นอกจากนี้ในฐานะข้อมูลออนไลน์ ยังมีตัวอย่างของแบบวัดเชาว์สุขภาพที่แตกต่างกันอยู่อีกมากเช่น บริษัท WellMed (1999: Online) ได้รวบรวมข้อมูลระบบการจัดการสุขภาพส่วนบุคคล มาให้บุคคลเข้าถึงง่ายโดยการสื่อสารผ่านระบบออนไลน์ โดยมีการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานทางการแพทย์ ในการประเมินสุขภาพส่วนบุคคลไว้เป็นข้อมูลในการดูแลให้มีสุขภาพที่ดี WellMed's เรียกเครื่องมือนี้ว่า Health Quotient™ (HQ) ในช่วงปี ค.ศ. 1998 โดยข้อคำถามจะครอบคลุมถึง ประวัติครอบครัว ภาวะสุขภาพและวิถีชีวิต สามารถใช้ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและยังสามารถใช้แบบวัดนี้เป็นประโยชน์ในด้านการประเมินการสูบบุหรี่ว่าจะควบคุมและหยุดบุหรี่ได้อย่างไร

บริษัท Eden Enterprises (2005) เป็นบริษัทที่ให้บริการแนะนำเรื่องวิถีชีวิต (Lifestyle Coaching) ได้นำข้อดี และข้อเสียของวิถีชีวิตในปัจจุบันมาค้นหาระดับความฉลาดทางสุขภาพ (Health Intelligence) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 7 องค์ประกอบได้แก่ 1) ความแข็งแรงของร่างกาย 2) โภชนาการและการขยับถ่าย 3) องค์ประกอบของบ้าน (Home Organization) 4) จิตใจและอารมณ์ 5) ประวัติการรักษาตัว 6) สิ่งแวดล้อม และ 7) จิตวิญญาณ ให้เลือกตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 0 ถึง 5 และ บริษัท Alive Publishing Group จำกัด (2005: online) ในปี ค.ศ. 2002 ได้สนใจอยากช่วยทำให้คนในอเมริกาเหนือมีสุขภาพดีและอายุยืน จึงคิดพัฒนาสร้าง HQ test ขึ้นมาใหม่จากผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ โดยข้อคำถามครอบคลุม สุขภาพปัจจุบัน (น้ำหนัก โรคประจำตัว การใช้ยา ฯลฯ) พันธุกรรม ภาวะโภชนาการ การเคลื่อนไหวร่างกาย อารมณ์ สิ่งแวดล้อม และความตระหนักในสมดุลระหว่างอาหาร ร่างกายและอารมณ์ มีทั้งหมด 100 ข้อคำถาม และพัฒนาต่อเพื่อให้เข้าถึงง่ายบนเว็บไซต์ โดยใช้ชื่อว่า แบบวัดเชาว์สุขภาพ (Health Quotient Assessment) จาก Your Store Health Tools, Canada (www.alivelink.com/site/, 2005)

ในประเทศไทย ซึ่งแบบวัดเชาว์สุขภาพของประเทศไทยโดยตรงยังไม่พบ แต่มีแบบวัดที่มีลักษณะใกล้เคียงคือ แบบวัดด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนไทย ประกอบด้วย

- 1) ดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ มี 54 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต (2547)
- 2) ดัชนีวัดความสุขคนไทยฉบับสั้นมี 15 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต (2547)
- 3) เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทยมี 26 ข้อ
- 4) แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองมี 20 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต (2547)

5) แบบวัดความเครียดการเผชิญปัญหาและการปรับตัวมี 40 ข้อของอังคินันท์ อินทรกำแหง (2550)

6) แบบบันทึกปริมาณอาหาร และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ของชมรมฟื้นฟูหัวใจ (2550)

7) แบบวัดเชาว์สุขภาพของโฮเจอร์และโฮเจอร์ (Hoeger and Hoeger, 2005) มี 36 ข้อ และองค์ประกอบในการวัด ของเชาว์สุขภาพ มี 9 องค์ประกอบได้แก่

1. ความสมบูรณ์ของร่างกาย (Health related fitness) เป็นการสร้างความสมบูรณ์ของร่างกายที่มุ่งต่อการมีสุขภาพดีของบุคคล คือ ความสามารถของร่างกายในการที่จะสามารถกระทำกิจกรรม การเคลื่อนไหวของร่างกายที่คล่องตัว โดยการจัดองค์ประกอบของร่างกายให้สมดุล ในด้านความอดทน ความทนทานของหัวใจและหลอดเลือดและความแข็งแรงทนทานและยืดหยุ่นอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ ซึ่งประโยชน์ของการเคลื่อนไหวออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสมกับตนเอง เพื่อความจำเป็นหรือความต้องการขั้นต่ำของร่างกายให้คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี ลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังและการบาดเจ็บ

2. โภชนาการ (Nutrition) เป็นพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นหนึ่งในองค์ประกอบที่สำคัญของการมีสุขภาพที่ดี ตั้งแต่การสนใจเลือกซื้ออาหารที่เป็นประโยชน์ รับประทานอาหารให้ถูกต้องทั้งชนิด คุณภาพและปริมาณที่เหมาะสมตามวัย จดหรือลดการบริโภคเครื่องดื่ม อาหารที่ก่อโทษแก่ร่างกายและควบคุมโภชนาการ ซึ่งภาวะโภชนาการเป็นเรื่องที่มีการศึกษามานานและรู้ว่าการรับประทานให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการ เป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญการศึกษาที่ผ่านมาจึงเน้นในเรื่องการหาความสัมพันธ์กับการเกิดโรคและหาแนวทางเพื่อพัฒนาเพื่อให้มีการรับประทานที่ถูกต้องเพื่อให้เกิดสุขภาพดี

3. หลีกเลี่ยงพึ่งสารเคมีและสิ่งเสพติด (Avoiding chemical dependency) เป็นพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสิ่งเสพติดนั้นได้มีผู้ให้ความหมายไว้แตกต่างกัน เช่นการปฏิบัติตนของนักเรียนที่แสดงเจตนาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดหรือมีการกระทำที่เสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดโดยไม่ทดลองสารเสพติด เลือกคบเพื่อนที่หลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติด (ประภาศรี ทรัพย์ธันสมบูรณ์, 2546: 6) กระบวนการที่บุคคลแสดงออกมาเมื่อพบเจอสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งเสพติด โดยจะไม่ยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิ่งเสพติดทุกประเภท (เสกสรร สงวนนาม, 2544: 6) จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมป้องกันตนเองจากสิ่งเสพติด หมายถึงการปฏิบัติตัวเพื่อให้ตนเองปลอดภัยจากการเข้าไปยุ่งเกี่ยวหรือถูกชักชวนให้ยุ่งหรือทดลองใช้สิ่งเสพติดนั้น เช่น การเลือกคบเพื่อนที่ดี การห่างไกลสิ่งเสพติด การปฏิเสธสิ่งเสพติด การวางแผนอนาคตของตนเอง การเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันสิ่งเสพติด ปฏิบัติตามคำแนะนำผู้ที่นับถือและแก้ปัญหาด้วยเหตุผล เป็นต้น

4. สุขอนามัยส่วนบุคคล (Personal hygiene) เป็นการดูแลสุขภาพอนามัยในชีวิตประจำวันของตนเช่น การรักษาความสะอาดร่างกายและของใช้ส่วนตัวให้สะอาด การแปรงฟัน ใช้ไหมขัดฟันเป็นประจำ ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหารและหลังขับถ่าย รับประทานอาหารที่สุกสะอาดปราศจากสารอันตราย ตรวจสอบสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น ล้วนเป็นสุขบัญญัติขั้นพื้นฐานที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี

5. การป้องกันโรค (Disease prevention) เป็นการตรวจสุขภาพประจำปีโดยแพทย์ หรือ ทราบวิธีชะลอการเกิดโรคไม่ติดต่อ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ด้วยการปฏิบัติตนที่เหมาะสม รวมถึงโรคติดเชื้อที่มีการระบาดแพร่กระจายสามารถป้องกันไว้ก่อนได้หากไปรับการฉีดวัคซีนหรือกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์

เชื้อโรค ส่วนโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาใหญ่ของคนไทยและทั่วโลกในปัจจุบันมีสาเหตุจากพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น โรคเอดส์ มะเร็งปอด โรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น

6. ความปลอดภัยส่วนบุคคล (Personal safety) เป็นการรู้และปฏิบัติตามมาตรการ สร้างความปลอดภัย การป้องกันอุบัติเหตุ เช่น ปฏิบัติตามกฎหมายจราจร การสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่หรือนั่งรถจักรยานยนต์ คาดเข็มขัดนิรภัย ไม่ประมาทและหาทางป้องกันอันตรายอุบัติเหตุต่างๆ เป็นต้น

7. อนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental health and protection) เป็นสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมทางสังคมเช่น บุคคลรอบข้าง ครอบครัว เพื่อน สื่อมวลชน เป็นต้นและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพทั้งวัตถุ สิ่งของ ธรรมชาติ สิ่งก่อสร้างต่างๆ ดังนั้นการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่สะอาด แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร มีกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีและจิตสำนึกต่อสิ่งแวดล้อม เช่น ศรีณัฐ นิลชาติ (2545) ได้วิจัยเรื่อง การปฏิบัติเกี่ยวกับการลดปริมาณขยะมูลฝอยของนิติบัญญัติในมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒมีการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและแต่ละด้านไม่แตกต่างกัน แต่มีความรู้เกี่ยวกับขยะมูลฝอยต่างกัน

8. การจัดการความเครียด (Stress Management) การที่คนที่มีสุขภาพจิตดีนั้นหมายถึง คนที่มีความสุขและมองโลกในแง่ดี มีรายงานการวิจัยจำนวนมากยืนยันว่า การมีสุขภาพจิตที่ดีนั้นสัมพันธ์กับการมีสุขภาพกายที่ดีอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังมีรายงานจำนวนมากกล่าวด้วยว่า ผู้ที่กล่อมเกลาจิตใจของตนให้มองโลกในแง่ดีขึ้นได้จะสามารถบำบัดและเยียวยาอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่อย่างได้ผล สิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่เป็นตัวกำหนดภาวะของสุขภาพจิตก็คือ ความเครียด ซึ่งหมายถึงแรงกดดันต่าง ๆ ทั้งหมดที่เกิดขึ้นทั้งจากภายในและภายนอกร่างกาย แต่ตัวความเครียดเองนั้นกลับไม่ใช่ปัญหาใหญ่เท่ากับวิธีการที่แต่ละคนใช้รับมือกับความเครียด เนื่องจากความเครียดบางรูปแบบที่เกิดขึ้นอย่างสร้างสรรค์ในระดับพอประมาณ จะช่วยกระตุ้น เสริมพลังและชีวิตชีวาให้เราได้ แต่ถ้าเครียดมากเกินไปจนกลายเป็นความโกรธและวิตกกังวล ก็จะส่งผลให้ร่างกายต้านทานโรคภัยไข้เจ็บได้น้อยลง ในการจัดการกับปัญหานี้ บุคคลจะใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งที่ปรับอารมณ์ เพราะในสถานการณ์ที่รุนแรง บุคคลจะเลือกใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียด โดยมุ่งที่อารมณ์มากกว่าการเผชิญความเครียดโดยมุ่งที่ปัญหา ในทางตรงกันข้าม หากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นผ่านการประเมินด้วยกระบวนการความคิดรู้ (Cognitive appraisal) ว่ามีความรุนแรงน้อย บุคคลจะเลือกใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่มุ่งเน้น การแก้ไขปัญหามากกว่า นอกจากนี้วิธีการที่บุคคลใช้ในการเผชิญความเครียดนั้น ยังขึ้นอยู่กับทรัพยากรที่มีอยู่ในบริบทนั้นๆ เนื่องจากการเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยการเผชิญปัญหาที่บุคคลใช้นั้น เป็นการผสมผสานระหว่างการมุ่งแก้ไขปัญห และการมุ่งลดอารมณ์ตึงเครียด ในการเลือกใช่วิธีการเผชิญปัญหานั้นพบว่า ปัจจัยด้านตัวบุคคลจะมีผลต่อการเลือกใช่วิธีการเผชิญปัญหา ได้แก่ ประสบการณ์ในอดีต ความเชื่อ ภาวะสุขภาพ ความชำนาญในการแก้ปัญหา บุคลิกภาพและการได้รับความเกื้อหนุน

9. ความสุขทางอารมณ์ (Emotional Well Being) การมีความสุขสบายได้นั้น สัมพันธ์กับสภาพจิตและอารมณ์ที่ดีงาม หมายถึงสภาวะที่เกิดขึ้นในจิตใจประกอบด้วยปัญญาและมีความสุข สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ดี และทำงานได้ประสบความสำเร็จ ซึ่งไดเนอร์ (Diener, 2000: 34) ได้สร้างดัชนีแห่งความสุขของ

ประชาชนระดับชาติ จากการสุ่มตัวอย่างและวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า ความรู้สึกซึ่งอาจเรียกว่า “ความสุข (Happiness) ” เป็นการวัดคุณภาพชีวิตประชาชนทั้งด้านการคิดและจิตใจ โดยมุ่งให้ประชาชนวัดด้วยตนเองเป็นสำคัญและจากผลการวิจัยที่ศึกษาจาก 42 ประเทศ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษา 7,204 คน พบว่าทุกกลุ่มรายงานว่า ความสุขความพึงพอใจในชีวิตมีความสำคัญมากและคิดเกี่ยวกับตนเองเสมอ โดยมีเพียงร้อยละ 6 ที่ให้ความสำคัญกับเงินสูงกว่าความสุข

สรุปได้ว่า ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของคนไทยนั้น สามารถจัดเป็นกลุ่มได้ คือ การดูแลหรือการบริหารตนเองด้านร่างกาย ด้านจิตใจอารมณ์ และด้านสังคม เพื่อเป้าหมายสุดท้ายคือ การมีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยต้องมิניสัยหรือมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ในระดับต่างๆ ตามองค์ประกอบหรือตัวชี้วัดด้านสุขภาพ

7.2 ความฉลาดทางอารมณ์ของทีม

ความฉลาดทางอารมณ์แปลมาจากคำภาษาอังกฤษคือ “ Emotional Intelligence ” ซึ่งนักวิชาการในประเทศไทยได้ใช้คำนี้ในความหมายที่แตกต่างกันไป ไม่ว่าจะเป็น สติปัญญาทางอารมณ์ เขาวินอารมณ์ ปรีชาเชิงอารมณ์ แต่ คำที่ใช้กันอย่างแพร่หลายมากที่สุดก็คือความฉลาดทางอารมณ์ กรมสุขภาพจิต (2543 :9) ได้สรุปความหมายไว้ว่า ความสามารถทางอารมณ์จะช่วยให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างสร้างสรรค์และมีความสุข มีองค์ประกอบได้แก่ เข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น และแก้ไขความขัดแย้งได้ เป็นความหมายที่คล้ายกับ เมเยอร์และสโลเวย์ (Mayer ;& Salovey, 1997: 45) ที่อธิบายว่า เป็นความสามารถในการเข้าใจอารมณ์ของตนเองและความสามารถที่จะแสดงอารมณ์ของตนเองออกมา รวมทั้งเข้าใจอารมณ์และการแสดงอารมณ์ของผู้อื่น สามารถใช้อารมณ์ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการคิด การจำ และช่วยให้เกิดมุมมองการแก้ปัญหาในทางที่สร้างสรรค์ สามารถแยกแยะวิเคราะห์อารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับงานหรือสถานการณ์ในขณะนั้น และสามารถที่จะจัดการกับอารมณ์ของผู้อื่นโดยการให้กำลังใจเมื่อเขาท้อแท้ และสอดคล้องกับแนวคิดของ โกลแมน (Goleman, 1998: 68) ที่ให้ความหมายไว้ว่า เป็นความสามารถในการตระหนักถึงความรู้สึกของตนเองและความรู้สึกของผู้อื่น ทำให้สามารถบริหารหรือจัดการกับอารมณ์ของตน มีแรงจูงใจในตัวเอง และมีความสามารถทางด้านทักษะในการสัมพันธภาพกับผู้อื่น

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ความฉลาดทางอารมณ์เป็นความสามารถของบุคคลที่จะเข้าใจ จัดการ และใช้ประโยชน์จากอารมณ์ของตนเองให้มีประโยชน์ ตลอดจนสามารถทำความเข้าใจในความรู้สึกของผู้อื่น สร้างสัมพันธภาพระหว่างกันและกัน และสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี

โครงสร้างของความฉลาดทางอารมณ์

การนิยามความหมายที่แตกต่างกัน ทำให้แนวคิดพื้นฐานในการศึกษาถึงโครงสร้างของความฉลาดทางอารมณ์ของนักวิชาการทั้งในและต่างประเทศกำหนดโครงสร้างความฉลาดทางอารมณ์ไว้แตกต่างกันออกไป เพราะว่าโครงสร้างที่แตกต่างกันสามารถที่จะนำไปประยุกต์ในการใช้งานแตกต่างกันไป โกลแมน (Goleman, 1995 :73) เสนอว่าโครงสร้างของความฉลาดทางอารมณ์ประกอบไปด้วยความสามารถ 2 ส่วน

คือ ความสามารถส่วนบุคคล (Personal competence) และ ความสามารถทางสังคม (Social competence) คูเปอร์และสวอฟ (Cooper & Sawaf, 1997: 24) ได้เสนอว่ารูปแบบของความฉลาดทางอารมณ์มีทั้งสิ้น 4 ด้าน ได้แก่ ความรอบรู้ทางอารมณ์ (Emotional literacy) ความสมบูรณ์ทางอารมณ์ (Emotional fitness) ความลึกซึ้งทางอารมณ์ (Emotional depth) ความเป็นไปได้ทางอารมณ์ (Emotional alchemy) สโลเวย์และเมเยอร์ (Salovey & Mayer, 1990) ได้เสนอองค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์เป็นประเด็นหลักที่สำคัญไว้ 5 ประเด็น คือ

1. Knowing one's emotional หรือ Self-Awareness หมายถึงการตระหนักรู้ตนเองและอารมณ์ของตนเองตามความเป็นจริง และสามารถควบคุมอารมณ์ และความรู้สึกของตนเองได้
2. Managing emotional คือ ความสามารถในการบริหารจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์เพื่อไม่ให้เกิดความเครียด มีเทคนิคในการคลายความเครียดลดความวิตกกังวลรุนแรงได้อย่างรวดเร็ว ไม่ฉุนเฉียวง่าย กล่าวคือ สามารถทำให้อารมณ์ชุ่มฉ่ำหายไปได้โดยเร็ว
3. Recognizing emotional in other เป็นการรับรู้อารมณ์และความต้องการของผู้อื่น เห็นอกเห็นใจผู้อื่น เอาใจเขามาใส่ใจเรา และสามารถแสดงออกได้อย่างเหมาะสม
4. Motivating oneself เป็นความสามารถในการจูงใจตนเองสามารถควบคุมความต้องการและแรงกระตุ้นได้อย่างเหมาะสม สามารถรอคอยการตอบสนองความต้องการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ดีกว่า มองโลกในแง่ดี สามารถจูงใจ และให้กำลังใจตนเองได้
5. Handling relationship เป็นความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์กับคนรอบข้างได้ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง

โครงสร้างที่แตกต่างไปกันตามแนวคิดของนักวิชาการแต่ละท่าน แสดงให้เห็นว่า ความฉลาดทางอารมณ์ นั้นมีองค์ประกอบตอบสนองกับรูปแบบของการนำไปใช้ที่แตกต่างกัน และพื้นฐานทางความคิดที่แตกต่างกัน

ความฉลาดทางอารมณ์ของทีม (Emotional Intelligence as Teams)

ผู้บริหารโดยทั่วไปมีความเชื่อว่า ความฉลาดทางอารมณ์ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเทียบเท่ากับสติปัญญา แต่ในสภาวะทั่วไปที่เน้นรูปแบบการทำงานเป็นทีม นั้นความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มก็อาจมีความสำคัญมากกว่า ดรูกัทและวอฟฟ์ (สยามล เอกะกุลนันต์, 2550: 48 – 50 ; อ้างอิงจาก Druskat & Woff, 2001a) กล่าวว่าความฉลาดทางอารมณ์ของทีมไม่ได้เกิดจากการนำความฉลาดทางอารมณ์ของสมาชิกในทีมรวมเข้าด้วยกัน แต่มีพื้นฐานมาจากบรรทัดฐานทางสังคมที่ก่อให้เกิดความตระหนักรู้ การควบคุมความเป็นเอกถัณย์กลุ่ม และการรับรู้ความสามารถของกลุ่ม ถึงแม้ว่าความฉลาดทางอารมณ์ของทีมจะแตกต่างจากความฉลาดทางอารมณ์ของบุคคล แต่ทฤษฎีนี้ก็นำโครงสร้างทางสติปัญญาของบุคคลมาเป็นรากฐานในการสร้างองค์ประกอบต่างๆ

ดรูกัทและวอฟฟ์ (สยามล เอกะกุลนันต์, 2550: 48 – 50; อ้างอิงจาก Druska & Woff, 2001) กล่าวว่า ไม่จำเป็นว่าสมาชิกในทีมที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงเมื่อรวมกันแล้วจะทำให้ความฉลาดทางอารมณ์ของทีมสูงตาม ซึ่งทีมก็เหมือนกับกลุ่มทางสังคมที่พยายามสร้างบรรทัดฐานร่วมกัน และพัฒนาตัวเองไปสู่

ความไว้วางใจซึ่งกันและกันในทีม สร้างความเป็นเอกลักษณ์ของทีมร่วมกันและมีความเชื่อมั่นในความสามารถของทีม จะมีความซับซ้อนมากกว่าความฉลาดทางอารมณ์ของบุคคลทั่วไปเพราะทีมจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กันหลายระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับกลุ่ม ภายนอกกลุ่ม ดังนั้นทีมจะต้องสร้างให้เกิดบรรทัดฐานร่วมกันที่เอื้อให้เกิดการตระหนักรู้อารมณ์ และการควบคุมอารมณ์ ให้สามารถนำทีมไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น จากแนวคิดพื้นฐานดังกล่าว ดรุสเกต และวอฟฟ์ (สยามล เอกะกุลนันต์, 2550: 48 – 50; อ้างอิงจาก Druskat & Woff, 2001: 138b) ได้ให้ความหมายของความฉลาดทางอารมณ์ของทีมไว้ว่า เป็นความสามารถที่ทีมจะทำให้เกิดบรรทัดฐานทางสังคมร่วมกันในการบริหารกระบวนการทางอารมณ์ ในแนวทางที่ทำให้เกิดความไว้วางใจ ความเป็นเอกลักษณ์ของกลุ่ม และการรับรู้ความสามารถของกลุ่ม ความฉลาดทางอารมณ์ของทีม มีมิติที่หลากหลายเป็นการรับรู้ของผู้นำทีมที่มีต่อสมาชิกทีมในภาพรวม ดังนี้ (สยามล เอกะกุลนันต์, 2550: 48 – 50; อ้างอิงจาก Druskat & Woff, 2001: 140-151)

1. ความตระหนักรู้ของสมาชิกทีม (Teams awareness of members) สมาชิกในทีมได้ตระหนักถึงความรู้สึก ความต้องการ และห่วงใยต่อสมาชิกคนอื่นๆ โดยมีพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นได้คือ การรับฟังความคิดเห็นของคนอื่น และแสดงความเข้าใจในความรู้สึกของสมาชิกในทีมได้อย่างเหมาะสม

2. การควบคุมสมาชิกทีม (Teams regulation of member) เป็นความสมดุลในพฤติกรรมที่สมาชิกในทีมใช้ในการควบคุมซึ่งกันและกันเอง เป็นทั้งผู้ทำการควบคุมและถูกควบคุมในขณะเดียวกันเพื่อสร้างบรรทัดฐานในการทำงานร่วมกัน มีองค์ประกอบที่สามารถสังเกตเห็นได้คือ ได้ทำการเผชิญหน้ากับผู้ที่ต่อต้านบรรทัดฐานของทีมโดยการแสดงให้เห็นให้สมาชิกในทีมเห็นว่าพฤติกรรมที่เขาได้แสดงออกนั้นอยู่นอกเหนือกฎเกณฑ์ของทีม และดูแลเอาใจใส่ผู้อื่นโดยการแสดงความปรารถนาดีต่อกันและกัน ไว้วางใจซึ่งกันและกัน

3. การตระหนักรู้ทีม (Teams self-awareness) ตระหนักในสถานะทางอารมณ์ การแสดงออกและทรัพยากรของทีม ประกอบด้วย การประเมินทีม กล่าวคือ ทีมมีการประเมินตนเองเกี่ยวกับสถานะทางอารมณ์ จุดอ่อน จุดแข็งในด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในการปฏิบัติงานร่วมกัน และการแสวงหาข้อมูลย้อนกลับที่มาจากแหล่งภายนอกทีม

4. การควบคุมทีม (Teams self-regulation) เป็นความสามารถที่ทีมได้ทำการบริหารจัดการกับสถานะทางอารมณ์ของทีมและสร้างการตอบสนองที่พึงประสงค์ ประกอบด้วย การสร้างแหล่งทำงานกับอารมณ์ซึ่งทีมจะสร้างบรรยากาศต่างๆ เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจ ยอมรับ และตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์ของทีม สร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีโดยการปลูกฝังให้สมาชิกในทีมคิดทางบวกกับเหตุการณ์ในช่วงเวลาต่างๆ การคาดการณ์และการแก้ไขปัญหาล่วงหน้าโดยการร่วมกันพยากรณ์ปัญหาที่จะเกิดขึ้น ค้นหาแนวทางป้องกันแก้ไข รวมถึงการรับผิดชอบในผลลัพธ์ที่เกิดจากการตัดสินใจร่วมกัน

5. การตระหนักทางสังคมของทีม (Teams social awareness) เป็นการรับรู้ถึงเรื่องราว ความเป็นไปเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม สิ่งเร้าต่างๆ นอกทีม ที่อาจจะอิทธิพลต่อทีมงาน ประกอบด้วย การตระหนักรู้องค์การโดยที่ทีมเข้าใจเกี่ยวกับระบบสังคมและการเมืองในองค์กรที่มีอยู่, การตระหนักรู้ระหว่างทีมโดยการยอมรับความหวังและความต้องการของทีมอื่นๆ ในองค์กร

6. ทักษะทางสังคมของทีม (Teams social skills) เป็นการตระหนักรู้ถึงปัญหาขององค์กรและทีม เพื่อจะก่อให้เกิดเครือข่ายทางสังคมทั้งระหว่างสมาชิกในทีม และระหว่างทีมงานกับองค์กรอื่นๆ โดยการสร้างความสัมพันธ์ภายนอกทีมนี้ เป็นการพยายามที่จะให้ความช่วยเหลือทีมงานอื่นๆ ในองค์กรของตน และรู้จักการรับความช่วยเหลือจากภายนอกทีมได้อย่างเหมาะสม

จากงานมิติของความฉลาดทางอารมณ์ของทีม พบว่า งานวิจัยของ สยามล เอกะกุลนันต์ (2550: 107 – 108) ได้นำมิติทั้ง 6 มิติหลักดังกล่าวมาทำการศึกษาถึงความฉลาดทางอารมณ์ของทีมข้ามสายงาน

การวัดความฉลาดทางอารมณ์ของทีม

มีความคล้ายคลึงกับการประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของบุคคลที่ใช้แบบวัดที่สร้างจากองค์ประกอบต่างๆ งานวิจัยในประเทศไทยที่ใช้แบบวัดความฉลาดทางอารมณ์ของทีม พบในงานวิจัยของ สยามล เอกะกุลนันต์ (2550: 107 – 108) ซึ่งได้ทำการสร้างแบบวัดจากแนวคิดของ ดร.สเกทและวอฟฟ์ ร่วมกับการสัมภาษณ์สมาชิกของทีมข้ามสายงานเกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์ของทีม ในงานวิจัยดังกล่าวได้กำหนดองค์ประกอบไว้ 6 ด้าน ได้แก่ การตระหนักรู้ของทีมสมาชิกทีม การควบคุมสมาชิกทีม การตระหนักรู้ทีม การควบคุมทีม การตระหนักทางสังคมของทีม และทักษะทางสังคมของทีม ใช้มาตรวัดประเมินค่า 6 ระดับ คือ จริงมากที่สุด – ไม่จริงเลย โดยที่แบบวัดดังกล่าวให้สมาชิกในทีมเป็นผู้ประเมิน นับว่าแบบวัดดังกล่าวมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับเท่ากับ .92 ซึ่งถือว่าเป็นแบบวัดที่น่าเชื่อถือในระดับสูง ในการวัดความฉลาดทางอารมณ์ของทีมในประธานคณะกรรมการ โครงการสุขภาพในงานวิจัยนี้ก็ได้นำแบบวัดของ สยามล เอกะกุลนันต์ มาทำการปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของโครงการดังกล่าว

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์ของทีมกับการแสดงพฤติกรรม

จากงานวิจัยของเดย์และแคร์โรล (Day & Carroll, 2004 :1443 – 14458) ที่ได้ทำการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์ส่วนบุคคล (Emotional Perception) กับผลการปฏิบัติงานของบุคคล (Individual Performance) ในกลุ่มนักเรียนระดับต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 246 คน ในประเทศแคนาดา พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์ส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของบุคคลอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และ แฮมพรีย์ (Humphrey, 2002 :493-504) ได้กล่าวขึ้นว่าอารมณ์ในการทำงานมีผลกระทบต่อการทำงาน โดยที่ความฉลาดทางอารมณ์นั้นจะทำให้บุคคลทั่วไปสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้งานวิจัยของ สยามล เอกะกุลนันต์ (2550: 108-120) ก็พบว่าความฉลาดทางอารมณ์ของทีมเป็นบรรยากาศในการทำงานที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของทีมข้ามสายงาน เพราะวาทะฐานที่มั่นคงอันเกิดจากการร่วมกันสร้างขึ้นของสมาชิกในทีมจะเป็นแนวทางหลักที่ทำให้การทำงานในรูปแบบทีมประสบความสำเร็จสูง จากงานวิจัยข้างต้น สามารถเชื่อถือได้ว่า ความฉลาดทางอารมณ์ของทีมซึ่งเป็นบรรทัดฐานในการทำงานร่วมกันมีอิทธิพลต่อการแสดงบทบาทผู้นำทีม ทั้งนี้ถึงแม้ว่างานวิจัยดังกล่าวจะแสดงให้เห็นถึงความฉลาดทางอารมณ์ระดับปัจเจกเป็นส่วนใหญ่ จากแนวคิดของ ดร.สเกท และวอฟฟ์ (สยามล เอกะกุลนันต์, 2550: 48 – 50; อ้างอิงจาก Druskat & Woff} 2001: 138b) งานวิจัยของ สยามล เอกะกุลนันต์ (2550: 108-120) และแนวคิดของนักวิชาการต่างๆ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง น่าเชื่อถือได้ว่าความฉลาดทางอารมณ์ของทีมมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคลที่เหมาะสมภายใต้การสร้างบรรทัดฐาน

ร่วมกันของสมาชิกในทีมจะทำให้ผู้นำมีความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น เกิดอารมณ์ร่วมในการทำงาน และพร้อมที่จะทำเพื่อทีมอย่างเต็มความสามารถ

7.3 บทบาทผู้นำทีม (The leading's role)

ในการศึกษาบทบาทของผู้นำทีม นั้น เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมของหัวหน้าทีม ที่ทำหน้าที่ในฐานะการเป็นผู้นำทีม นับได้ว่าเป็นความท้าทายอย่างหนึ่งของ ทั้งนี้เพราะฐานะการเป็นผู้นำในบรรยากาศของการทำงานเป็นทีมมีความแตกต่างจากการทำงานประจำทั่วไป (Routine) ในการอธิบายพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในฐานะของผู้นำทีมงาน จึงเป็นเรื่องที่ท้าทายนักวิชาการด้านพฤติกรรมองค์กร โพลเซอร์ (Polzer, 2004: 68 – 76) ศาสตราจารย์ด้านพฤติกรรมองค์กรของ โรงเรียนบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ได้เสนอว่า การแสดงบทบาทของผู้นำที่อยู่ในรูปแบบการทำงานเป็นทีมการที่จะทำหน้าที่ในการเป็นผู้นำทีมที่ดีได้นั้น เป็นเรื่องที่ท้าทายอย่างยิ่ง เนื่องจากธรรมชาติของการทำงานเป็นทีมที่ให้อิสระแก่สมาชิก ต้องอาศัยการประสานความร่วมมืออย่างเหนียวแน่น และให้ความเท่าเทียมกันของสมาชิกในกลุ่ม และนอกจากนี้ ทีมงานส่วนใหญ่ที่มีลักษณะเป็นทีมบริหารตนเอง (Self – managed work teams) หัวหน้าทีมไม่สามารถจะกำหนดความดี ความชอบ หรือแม้แต่เลื่อนตำแหน่งให้กับสมาชิกในทีมได้ เพราะสมาชิกในทีมงานล้วนมาจากแผนกต่างๆ ของบริษัท มีหน้าที่เพื่อทำหน้าที่เฉพาะกิจ เมื่อหน้าที่บรรลุเป้าหมาย สมาชิกในทีมงานก็จะแยกย้ายกันกลับไปแผนกเดิมที่เคยอยู่ เช่น ทีมบริหารจัดการโครงการ ซึ่งหน้าที่ในการกำกับดูแลการทำงานของสมาชิกในทีม มีความแตกต่างจากการทำหน้าที่กำกับ ดูแล การทำงานของผู้จัดการทั่วไป 3 ประการ คือ

1. สมาชิกในทีมหลายคนไม่ได้มีสายสัมพันธ์ในการบังคับบัญชากับหัวหน้าทีม เนื่องจากหัวหน้าทีมไม่ได้เป็นเจ้านายโดยตรงในแผนกที่เขาทำงาน ผู้นำทีมจึงไม่มีอำนาจในการพิจารณาขึ้นเงินเดือนประจำให้กับสมาชิกทีมคนนั้นได้

2. ธรรมชาติของการทำงานเป็นทีม ในการเป็นผู้นำทีม นั้นหัวหน้าทีม ไม่ได้มีหน้าที่ในการสั่งการกับสมาชิกทุกคนในทีมงาน หากผู้นำทีมคอยบอกกับสมาชิกว่า ต้องทำอะไรบ้าง มาตรฐานของงานเป็นอย่างไร และทำตัวเหมือนเจ้านาย จะทำให้การทำงานในรูปแบบของทีมไม่มีประโยชน์แต่อย่างใด

ดังนั้น โพลเซอร์ ได้เสนอว่า จากข้อจำกัดของหัวหน้าทีมดังกล่าว ที่ไม่อาจสวมบทบาทการเป็นเจ้านาย หรือ ผู้สั่งการได้ โพลเซอร์ จึงได้กำหนดบทบาทของผู้นำทีมว่ามี 4 บทบาทหลักด้วยกัน ได้แก่ บทบาทการเป็นผู้ริเริ่ม บทบาทการเป็นต้นแบบพฤติกรรม บทบาทการเป็นผู้แนะนำ และบทบาทการเป็นนักเจรจาต่อรอง บทบาททั้ง 4 ของผู้นำทีม เหมือนกับบทบาทของผู้นำทีมที่ ดอนเนลลอน (Donnellon, 2006: 70 – 73) รองศาสตราจารย์ด้านพฤติกรรมองค์กรเสนอไว้ ซึ่งจากแนวคิดของ โพลเซอร์ และ ดอนเนลลอน เกี่ยวกับบทบาทของผู้นำทีม ทำให้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของทั้ง 2 ท่าน สร้างเป็นตัวแปรในการวิจัย ดังนี้

1. บทบาทการเป็นผู้ริเริ่ม (Leader as initiator) เป็นบทบาทที่ผู้นำทีมต้องเป็นผู้ริเริ่มในการลงมือทำสิ่งต่างๆ ซึ่งผู้นำทีมสามารถจูงใจให้สมาชิกในทีมทุ่มเทความมุ่งมั่น ไปยังภารกิจที่ทีมต้องปฏิบัติ ซึ่งผู้นำทีมอยู่ในฐานะที่จะเป็นผู้ริเริ่มลงมือทำสิ่งต่างๆ ก่อนสมาชิกในทีม เนื่องจากผู้นำทีมไม่ต้องรับผิดชอบภาระหน้าที่จากงานประจำมากเท่ากับสมาชิกคนอื่นๆ และยังอยู่ในตำแหน่งที่เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างงานที่ทีมต้องทำใน

แต่ละวันกับวัตถุประสงค์ของทีม ในขณะที่สมาชิกทีมจะเป็นผู้ลงมือปฏิบัติหน้าที่ การกิจต่างๆ และผู้นำจะทำหน้าที่เชื่อมต่อการปฏิบัติงานของทีมกับผู้บริหารระดับสูง และบุคคลภายนอก ดังนั้น ผู้นำทีมจะต้องคอยกระตุ้นให้สมาชิกในทีมลงมือทำงานที่จำเป็นให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยการสร้างแรงจูงใจจากการเป็นผู้ริเริ่มเป็นการกระตุ้นสมาชิกในทีม ดังนั้นจะเห็นได้ว่า คาร์แมน ได้แสดงบทบาทการเป็นผู้ริเริ่มโดยที่เขาไม่ได้บอกแก่สมาชิกว่าควรทำอะไร หรือสั่งให้พวกเขาทำอะไร แต่ใช้เหตุผลในการชักจูงสมาชิกให้หันมาทำในสิ่งที่จำเป็น และเป็นประโยชน์ต่อเป้าหมายของทีมได้อย่างดี

2. บทบาทการเป็นต้นแบบพฤติกรรม (Leader as model) ทั้งนี้ผู้นำทีม หรือผู้จัดการต่างก็สามารถใช้พฤติกรรมของตนเองเป็นเครื่องมือในการกำหนดกรอบพฤติกรรมของสมาชิกในทีมได้ แต่ผู้นำทีม ต้องใช้เทคนิคนี้มาใช้งานมากกว่าผู้จัดการหลายเท่าตัว เนื่องจากไม่มีเครื่องมืออื่น เช่น การเลื่อนตำแหน่ง การพิจารณาผลตอบแทน และการทำโทษ มาใช้เพื่อให้ตนเองมีอิทธิพลเหนือสมาชิกทีมคนอื่นได้ ในทางปฏิบัติ นั้น การเป็นต้นแบบของความขยันขันแข็ง ความยุติธรรม ความมีน้ำใจ ความเฉลียวแหลมในการตัดสินใจ เป็นเครื่องมือที่ทรงพลังมากในทีมงาน ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเปรียบเสมือนกับการวางรากฐานให้สมาชิกในทีมปฏิบัติตาม เพราะไม่ต้องการรู้สึกว่าเขาเป็นคนไม่มีคุณภาพ ทั้งนี้ ผู้นำทีม สามารถเป็นต้นแบบด้านพฤติกรรมให้กับสมาชิกในทีมได้หลายวิธีด้วยกัน เช่น หากต้องการให้สมาชิกในทีมไปพบลูกค้านอกบริษัท ผู้นำทีมจะไม่ใช้คำสั่งให้พวกเขาทำหน้าที่นี้ แต่ผู้นำทีมต้องเป็นผู้ออกไปพบลูกค้าด้วยตนเอง ซึ่งจะเป็ต้นแบบให้สมาชิกคนอื่นๆ ปฏิบัติตาม ในโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเช่นเดียวกัน หากผู้นำทีมต้องการให้สมาชิกในทีมออกไปพบปะกับประชาชนเพื่อขอความร่วมมือ ผู้นำทีมต้องทำเป็นตัวอย่างให้เห็น โดยไม่ใช้อำนาจในการสั่งการสมาชิกในทีม

3. บทบาทการเป็นนักเจรจาต่อรอง (Leader as negotiator) ในขั้นเริ่มแรกของการสร้างทีมงานหน้าที่ที่หนักที่สุดก็คือ การหาสมาชิกในทีมจากพนักงานในแผนกต่างๆ ขององค์กร ซึ่งวิธีการนี้ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ จะเห็นได้ว่า อำนาจที่จำกัดของหัวหน้าทีม เป็นตัวเร่งให้ ความสามารถส่วนบุคคลในการเป็นผู้เจรจาที่ดี เป็นอิทธิพลของหัวหน้าทีม นอกจากนี้ยังพบว่า ในการทำงานของทีมโดยทั่วไป ต้องมีการประสานเพื่อขอใช้ทรัพยากรของแผนกอื่นๆ ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว ก็จะต้องเป็นหน้าที่ของผู้นำทีม ที่จะต้องประสานความร่วมมือให้กับทีมงาน วิธีการที่ดีที่สุดในการเจรจากับผู้เป็นเจ้าของทรัพยากรต่างๆ ก็คือ การที่ผู้นำทีมได้แสดงให้เห็นว่าการสูญเสียทรัพยากรนั้น เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อทั้ง 2 ฝ่าย เป็นประโยชน์ต่อทีมงานและเป็นประโยชน์ต่อเจ้าของทรัพยากรนั้นๆ ซึ่งในการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพ จำเป็นอย่างมากที่จะต้องใช้ทรัพยากรจากภายในและภายนอกโครงการ ผู้นำทีมที่สามารถชี้ให้เจ้าของทรัพยากรเห็นว่า การให้ทรัพยากรแก่ทีมงานโครงการสุขภาพนั้นจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อเจ้าของทรัพยากรนั้นๆ เช่นเดียวกัน การเป็นนักเจรจาที่ดีของผู้นำทีมที่ตั้งอยู่บนผลประโยชน์ทั้ง 2 ฝ่าย 1) ผู้นำทีมต้องชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในเป้าหมายขององค์กร และเน้นให้เห็นว่าหากทีมงานประสบความสำเร็จจะมีส่วนทำให้เป้าหมายสำคัญขององค์กรประสบความสำเร็จตามเช่นเดียวกัน และ 2) ชี้ให้เห็นว่าอีกฝ่ายหนึ่งจะต้องได้รับประโยชน์จากการให้ความช่วยเหลือแก่ทีมงาน และชี้ให้เห็นว่าความสำเร็จของทีมงานจะมีผลต่อความสำเร็จในการทำงานของอีกฝ่ายหนึ่งเช่นเดียวกัน

4. บทบาทการเป็นผู้แนะนำ (Leader as Coaching) ผู้นำทีมที่ดีจะต้องมีวิธีการพัฒนาความสามารถของสมาชิกในทีมให้สูงขึ้น โดยส่วนมากแล้ววิธีการที่ได้ดีก็คือ การเป็นผู้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติงานแก่สมาชิกทีม โดยส่วนมากหัวหน้าที่จะเป็นผู้ที่มีประสบการณ์สูงกว่าสมาชิกในทีมงานการให้คำแนะนำจะช่วยให้สมาชิกมีความพยายามเพิ่มมากขึ้น ทำให้มั่นใจได้ว่างานที่ได้รับจะเป็นงานที่เรียบร้อยช่วยให้สมาชิกในทีมทำงานเต็มศักยภาพของตนเพิ่มมากขึ้น

การให้คำแนะนำ เป็นกิจกรรมที่ทั้ง 2 ฝ่ายเป็นผู้ถ่ายทอด และรับรู้ จากประสบการณ์ของอีกฝ่ายหนึ่ง การให้คำแนะนำจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้รับคำแนะนำเข้าร่วมกิจกรรมการแนะนำด้วยความเต็มใจ และกระตือรือร้น ผู้นำทีมที่ดีจะต้องหาโอกาสให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับสมาชิกในทีมอาจจะเป็นระหว่างการทำงานประจำวัน หรือขณะรับประทานอาหารร่วมกัน การให้คำแนะนำ มีขอบเขตที่กว้างขวางมาก เช่น ในการทำงาน โครงการสุขภาพผู้นำทีมสามารถที่จะแนะนำวิธีการประสานกับชุมชนให้กับสมาชิกในทีมว่าควรจะไปพบกับชุมชนเวลาไหน ใช้วิธีการพูดจากอย่างไร วัฒนธรรมของชุมชนเป็นอย่างไร วิธีการในการสรรหาทรัพยากรในการดำเนินงานในหน้าที่ของสมาชิกจากภายนอกจะต้องทำอย่างไร หรือแม้แต่ แนะนำวิธีการปฏิบัติตนในรูปแบบของการทำงานเป็นทีม จะทำให้มีโอกาสนในการให้และรับคำแนะนำได้มากกว่ารูปแบบการทำงานอื่นๆ เนื่องจากเมื่อเริ่มปฏิบัติงานได้สักระยะหนึ่งสมาชิกที่มีทักษะเฉพาะด้านจำเป็นจะต้องเรียนรู้ทักษะด้านอื่นๆ จากเพื่อนร่วมงาน ผู้นำทีมสามารถที่จะช่วยให้การให้คำแนะนำแก่สมาชิกได้ด้วย

- 1) ให้คำแนะนำเพื่อสร้างแรงจูงใจใหม่ๆ ให้กับสมาชิกในทีม
- 2) ให้คำแนะนำเพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับในกรณี que สมาชิกในทีมทำงานไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย
- 3) ทำให้สมาชิกมีคุณสมบัติที่เป็นจุดแข็งในการทำงานมากที่สุด เช่น เพิ่มทักษะในการคิดวิเคราะห์ ทักษะการประเมิน และ
- 4) เพิ่มทักษะความสามารถใหม่ๆ เช่น การนำเสนอในที่ประชุมได้ดียิ่งขึ้น การประสานงานที่ดีกับหน่วยงานภายนอก ทั้งนี้ โพลเซอร์ได้เสนอบทบาทของผู้นำทีมทั้ง 4 ด้าน เป็นบทบาทที่สอดคล้องกับรูปแบบของการทำงานเป็นทีมเป็นอย่างดี และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยก็ได้ใช้แนวคิดดังกล่าวข้างต้นเป็น เป็นแนวคิดที่ใช้ในการสร้างตัวแปรการแสดงบทบาทผู้นำทีมโครงการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

การวัดบทบาทผู้นำทีม

ในงานวิจัยของ อมาไบล์คณะ (Amabil, et.al, 2004: 11) ได้ทำการวัดพฤติกรรมของผู้นำทีม (Team leader behaviors) โดยใช้แบบสอบถาม Questionnaire) ที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามบรรยายถึงพฤติกรรมของผู้นำในทีมงานเพื่อให้ผู้นำทีมได้เลือกตอบข้อคำถามตามมาตรวัด เนื้อหาในการวัดได้ทำการวัดถึง ความเข้าใจของผู้นำทีม (Comprehensive) นิสัยของผู้นำทีม (Naturalistic) และการไม่โอ้อวดในสิ่งที่ตนเป็นไปไม่ได้ ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการได้ทำงานโครงการ เป็นข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ นอกจากนี้ในงานวิจัยของ แทกการ์และอิลลิส (Taggar & Ellis, 2007 :110) ทำการวัดพฤติกรรมผู้นำของสมาชิกในทีมงานด้วยการใช้แบบสอบถามเช่นเดียวกัน โดยให้สมาชิกในทีมเป็นผู้ตอบคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมที่แสดงในการทำงานร่วมกับทีมงาน งานของเขาได้ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert type scales) 5 ระดับมีข้อคำถาม 8 ข้อ

ในการวัดการแสดงบทบาทผู้นำทีม จึงใช้วิธีการวัดโดยใช้แบบสอบถาม สร้างข้อคำถามจากแนวคิดของบทบาทผู้นำ ตามที่ได้ประมวลเอกสาร และดัดแปลงจากแบบสอบถามของ โพลเซอร์ (Polzer, 2004 : 122 - 124) แล้วใช้ข้อคำถามที่เป็นเชิงบวกและเชิงลบ เพื่อให้ผู้นำทีมได้ตอบให้ตรงกับความเป็นจริงของตัวเอง โดยใช้มาตรวัด 6 ระดับ ตั้งแต่ จริงที่สุด ถึง ไม่จริงที่สุด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทผู้นำทีมกับพฤติกรรมการบริหารโครงการ

มัวร์ (Moore, 2007: 77-96) ได้กล่าวไว้ในงานวิจัยว่า ผู้นำ (Leadership) เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จขององค์การทางธุรกิจและยืนยันว่าแนวคิดดังกล่าวสามารถหาความสัมพันธ์ทางสถิติได้ว่าผู้นำทีมที่มีประสิทธิภาพย่อมนำพาธุรกิจไปสู่ความสำเร็จ และก็เป็นที่ยอมรับในงานวิจัยจำนวนมาก นอกจากนี้ อมาบิลแลคคะ (Amabil et al, 2004: 11) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้นำกับประสิทธิผล ในงานวิจัยชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมของผู้นำมีผลกระทบต่อประสิทธิผลในการทำงาน (Affective reaction) และในที่สุดก็จะส่งผลกระทบต่อผลการปฏิบัติงานขององค์การ งานวิจัยของ สกอตต์-ยังและแซมสัน (Scott-Young & Samson, 2007 : 1-15) ชี้ให้เห็นว่าผู้นำทีมเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการบริหารโครงการทั้งทางด้านผลกำไร และผลการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ผู้นำทีมโครงการยังเป็นบุคคลที่จะต้องเชื่อมโยงเป้าหมายขององค์การกับเป้าหมายของโครงการเข้าด้วยกัน ถึงแม้ว่าผลงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นจะไม่ได้แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของการแสดงบทบาทผู้นำทีมที่ส่งผลต่อการบริหารโครงการ แต่ก็เป็นที่ที่ยืนยันได้ในระดับหนึ่งว่า ผู้นำทีมงานมีความสำคัญต่อประสิทธิผลของทีมงาน และน่าจะมีอิทธิพลต่อการบริหารโครงการ ทั้งนี้เพราะว่าการบริหารโครงการเป็นรูปแบบหนึ่งของการทำงานเป็นทีม จากงานวิจัยข้างต้นได้ข้อสรุปที่น่าเชื่อถือได้ว่าการแสดงบทบาทผู้นำทีมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริหารโครงการ กล่าวคือเมื่อผู้นำทีมแสดงบทบาทการผู้นำทีมที่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมการบริหารโครงการที่มีประสิทธิภาพตามมาเช่นกัน ทั้งนี้ จากแนวคิดของโพลเซอร์ (Polzer, 2004) ดอนเนลลอน (Donnellon, 2006: 70 – 73) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว น่าเชื่อถือได้การแสดงบทบาทของผู้นำทีมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริหารโครงการ ทั้งนี้เพราะว่า ในบริบทของการบริหารโครงการตามหลัก IPECC มีลักษณะเป็นการทำงานแบบทีม ที่สมาชิกทุกคนมีความสำคัญต่อทีมมาก และเป็นสถานะที่ผู้นำทีมไม่เหมาะสมที่จะใช้อำนาจในการควบคุมกำกับได้

8. ปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพในระดับผู้ให้บริการ

8.1 การสนับสนุนทางสังคม

ได้มีการศึกษานำแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรในการศึกษาอย่างแพร่หลายในงานวิจัยทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ แต่ลักษณะการนิยามความหมายและแนวคิดยังมีความแตกต่างกัน เช่น การสนับสนุนทางสังคมเป็นการสนับสนุนส่งเสริมในด้านกายภาพและอารมณ์ ทั้งจากครอบครัว เพื่อน และเพื่อนร่วมงาน เพื่อให้ผู้ได้รับการสนับสนุนเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญ และเป็นผู้ที่ได้รับการคาดหวังจากสังคมในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ (Wikipedia free encyclopedia: Online) สำหรับ ไวน์แมน (Wine, 1990: 294) ให้ความหมายว่าเป็นระดับของการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการมี

ส่วนร่วมทางสังคม เป็นความช่วยเหลือที่เห็นเป็นรูปธรรมซึ่งได้แก่ การแนะแนวความคิด การเสริมแรงทางสังคม ความมั่นคงทางอารมณ์ ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมมีลักษณะเป็นการสื่อสารแบบสองทาง จะเกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน แนวคิดดังกล่าวคล้ายกับ พาวเวอร์ (Powers, 1988: 41) เสนอว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นกลุ่มทรัพยากรที่เกิดขึ้นจากความผูกพันและเครือข่ายทางสังคม โดยพิจารณาในประเด็นของเนื้อหา คุณภาพ ความซับซ้อนและทิศทาง ซึ่งหมายความว่าไม่ได้เป็นไปในทิศทางเดียว แต่เป็นระบบ 2 ทิศทาง

การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยโครงสร้างที่ซับซ้อนและความเกี่ยวพันที่เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม เพื่อแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกันมีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกต่อกันทำให้บุคคลให้ความช่วยเหลือในด้านการจัดการปัญหาต่างๆ และช่วยบรรเทาผลกระทบจากความเครียด สามารถบรรเทาความเครียดก่อให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่อไป ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่องค์การต้องการ ตามแนวคิดของเฮาส์และคานท์ (House & Kahn, 1985 : 201) มีการแบ่งการสนับสนุนทางสังคมทั้งหมดเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการถ่ายทอดด้านอารมณ์ระหว่างกันและกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคคลที่ได้รับการถ่ายทอดเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ มีความมั่นใจ รู้สึกถึงความเป็นพวกเดียวกัน โดยที่อารมณ์ที่แสดงต่อกันเป็นอารมณ์ในทางบวก ได้แก่ การแสดงออกซึ่งความเอื้ออาทร การเห็นอกเห็นใจ การยอมรับนับถือ และการแสดงความยินดีเมื่อเกิดความสำเร็จขึ้น

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการสนับสนุนซึ่งและกันในด้านข้อมูล ข่าวสาร ที่มีความจำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน อาจจะเป็นข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ การเรียน และกิจกรรมต่างๆ ทั้งนี้รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้รับข้อมูล เช่น การปรับปรุงลักษณะการพูด นิสัย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการพัฒนาในตัวผู้รับข้อมูล

3. การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal support) เป็นการที่บุคคลให้การสนับสนุนในการเพิ่มคุณค่าให้กับผู้ได้รับการสนับสนุน ทำให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในกลุ่ม ในสังคม ซึ่งเป็นความรู้สึกทางใจที่รู้สึกว่าตนเองได้รับความยกย่อง เมื่อทำการพิจารณาแล้วพบว่า มีความคล้ายคลึงกับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเป็นอย่างมาก

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการได้รับการสนับสนุนทางด้านทรัพยากรต่างๆ ที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตหรือการทำงาน เช่น เป็นการได้รับการสนับสนุนทางการเงิน วัสดุอุปกรณ์ในการทำงาน และบุคลากรที่จำเป็นสำหรับการดำเนินโครงการ วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ได้รับการสนับสนุนบรรลุตามเป้าหมายของตน

การสนับสนุนทางสังคมเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมโดยที่ผู้ให้การสนับสนุนจะให้การสนับสนุนในสิ่งต่างๆ ทั้งทางด้านจิตใจ และวัตถุสิ่งของ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การสนับสนุนนั้นส่งไปยังผู้ได้รับการสนับสนุน ให้รู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับ เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และมีความสำคัญ

การสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมทีม

สิ่งที่เสนอข้างต้นแล้วว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการส่งเสริม สนับสนุนด้านจิตใจและกายภาพ เพื่อให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนรู้สึกถึงความไม่โดดเดี่ยว ได้รับการเอาใจใส่ เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในการทำงานขององค์กรต่างๆก็เช่นเดียวกัน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากผู้บริหารมีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน เช่น วิจัยของ ศิริภรณ์ สุขสีลล้าเลิศ (2550: 52) พบว่า การที่ครูได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้บริหารเป็นผลทำให้ครูมีความสามารถในการเป็นครูยุคปฏิรูปการศึกษาได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และในงานวิจัยของ จารุพร แสงเป่า (2542: 129) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงาน มีอิทธิพลต่อความเบื่อหน่ายในงานและความผูกพันในวิชาชีพ แสดงว่า การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงานที่ดี จะทำให้ไม่เกิดความเบื่อหน่ายในงานและมีความผูกพันต่อองค์กรสูงตามไปด้วย จากงานวิจัยดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้น มีมิติที่หลากหลาย และมีจากหลายแห่งโดยเฉพาะในบริบทของการทำงานนั้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้บริหารนับว่าเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งต่อการทำงานของลูกน้องและทีมงาน ดังที่โพลเซอร์ (Polzer, 2004 : 38-42) ได้อธิบายว่าการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงขององค์กรเป็นสิ่งสำคัญต่อประสิทธิผลของการทำงานรูปแบบทีมงาน เนื่องจากทำให้มั่นใจได้ว่าทีมงานจะได้รับทรัพยากรต่างๆ ตามที่ต้องการ และผู้บริหารเหล่านั้นยังสามารถที่จะช่วยจัดหาบุคลากรที่เหมาะสมมาร่วมงานกับทีม ตามแนวคิดนี้สอดคล้องกับ ทิลเดน (Tilden, 1985: 199-206) ที่กล่าวว่า แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ด้วยกันคือ แหล่งสนับสนุนเกี่ยวกับงาน หมายถึงกลุ่มบุคคลที่ให้การสนับสนุนในองค์กรของบุคคลเพื่อให้การช่วยเหลือที่เกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน จึงมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจง โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงาน และอีกแหล่งหนึ่งคือ การสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เกี่ยวกับการทำงาน ทิลเดน ได้แบ่งองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ สนับสนุนด้านอารมณ์, ข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของ

จากแนวคิดข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมจากผู้บริหารเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมากต่อพฤติกรรมการทำงานในรูปแบบการทำงานของทีม โครงการสุขภาพหากผู้นำทีมได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร จะทำให้การแสดงบทบาทผู้นำทีมชัดเจนขึ้น ดังเช่น การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินงานที่ครบครัน โอกาสที่จะใช้อำนาจสั่งการกับสมาชิกในทีมงานก็จะน้อยลงเพราะการทำงานไม่อยู่ในสภาวะที่ขาดแคลนและกดดัน เป็นต้น ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้จึงนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของของเฮาส์และคานท์ และ ทิลเดน และมาทำการศึกษาถึงการให้การสนับสนุนทางสังคมของผู้บริหารที่มีผู้นำทีมโครงการสุขภาพ โดยแบ่งว่า การสนับสนุนทางสังคมจากผู้บริหารมีอยู่ด้วยกัน 3 ด้าน โดยรวมทางด้านประเมินเข้ากับข้อมูลข่าวสารได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นพฤติกรรมที่ผู้บริหารทำให้ผู้นำทีมรู้สึกสบายใจ และเชื่อมั่นว่าตนเองมีคุณค่า มีคนเคารพและรัก โดยที่ผู้บริหารระดับสูงแสดงออกซึ่งความเอาใจใส่และความมั่นใจในฝีมือของผู้นำทีมโครงการสุขภาพ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นพฤติกรรมที่ผู้บริหารได้ให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นสำหรับการดำเนินโครงการ ตลอดจนให้การเสนอแนะเกี่ยวกับวิธีการดำเนินงาน บริหารงาน ที่ดี และได้ให้ข้อมูลย้อนกลับจากผลการดำเนินงานที่เป็นประโยชน์ต่อผู้นำทีมโครงการสุขภาพ 3) การสนับสนุนด้าน

ทรัพยากร (Instrumental support) เป็นพฤติกรรมที่ผู้บริหารได้ให้การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ในการทำงาน และบุคลากรที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้นำทีมได้นำทรัพยากรเหล่านั้นมาใช้ในโครงการได้อย่างเหมาะสม

การวัดการสนับสนุนทางสังคม

ในงานวิจัยของ ศิราภรณ์ สุขสีลล้าเลิศ (2550: 94) ได้วัดการสนับสนุนจากผู้บริหารที่มีต่อครู โดยใช้แบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ โดยให้ครูเป็นผู้ตอบข้อความเกี่ยวกับการรับรู้ของตนที่มีต่อการสนับสนุนทางสังคมจากผู้บริหาร และงานวิจัยของของ จารุพร แสงเป่า (2542: 98) ทำการวัดการสนับสนุนจากหัวหน้างานโดยใช้แบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ตอบข้อความเกี่ยวกับการรับรู้ของตนที่มีต่อการสนับสนุนทางสังคมจากผู้บริหาร แสดงให้เห็นว่าในการวัดการสนับสนุนทางสังคมจากผู้บริหาร นักวิจัยที่ทำการวัดในเชิงปริมาณยอมรับการวัดด้วยแบบสอบถาม โดยให้ผู้ได้รับการสนับสนุนเป็นผู้รายงานการรับรู้ของตนเอง การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมโดยการปรับปรุงและพัฒนาแบบวัดของ ศิราภรณ์ สุขสีลล้าเลิศ โดยปรับปรุงข้อความให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก จริงมากที่สุด – ไม่จริงมากที่สุด มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ตามแนวคิดของเฮาส์และคานท์ (House & Kahn, 1985 : 201) และ ทิลเดน (Tilden, 1985: 199-206)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจากองค์การพบว่าพฤติกรรมการทำงานเมื่อพนักงานได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากองค์การหรือหัวหน้างานจะทำให้พนักงานแสดงพฤติกรรมในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ข้อสรุปดังกล่าวได้รับการยืนยันจากงานวิจัยของ นวลฉวี ประเสริฐสุข (2542:87) ที่ศึกษาอิทธิพลของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความสำเร็จในอาชีพ ด้านบทบาทการทำงานของผู้บริหารสตรีธนาคารไทยพาณิชย์ จำนวน 581 คน พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์มากที่สุดกับความสำเร็จในอาชีพด้านการเงิน และความสำเร็จในอาชีพด้านความก้าวหน้าเนื่องจากการได้เลื่อนตำแหน่งคือ การได้รับการสนับสนุนจากองค์การ ทั้งนี้พบว่าในงานวิจัยดังกล่าวได้ห้วงองค์ประกอบของการสนับสนุนจากผู้บริหารไว้ 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางการบริหาร โอกาสในการพัฒนาตนเอง สภาพความเป็นอยู่ และสนับสนุนด้านคุณค่าของพนักงาน ทั้งนี้ จากแนวคิดของ เฮาส์และคานท์ (House & Kahn, 1985 : 201) ทิลเดน (Tilden, 1985: 199-206) และผลวิจัยของ อังสินันท์ อินทรกำแหง และวรสรณ์ เนตรทิพย์ (2555) ศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านบุคคลและสภาพแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมบริการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 579 คน พบว่า การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาและนโยบายในการทำงานมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริการงานสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคผ่านความพึงพอใจด้วยน้ำหนักอิทธิพลเท่ากับ .17 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชามีอิทธิพลโดยตรงต่อความพึงพอใจ เท่ากับ .24 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

8.2 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ความหมายของสัมพันธภาพ นักวิชาการให้ความหมายแตกต่างกัน ความหมายพื้นฐานที่ให้ไว้โดย ราชบัณฑิตยสถาน (2546 : 1170) ให้ความหมายไว้ว่า ความผูกพัน ความเกี่ยวข้อง สำหรับ เกย์ (มณี ติประสิทธิ์, 2541 : 7 ; อ้างอิงจาก Gay, 1981) มุ่งสนใจที่ระยะเวลาในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ว่าเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นทีละเล็กทีละน้อย อย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งกลายเป็นแบบแผนในการปฏิบัติระหว่างกัน กลายเป็นองค์ประกอบของความคุ้นเคย แตกต่างจากแนวคิดของ ชิคเกอร์ริง (Chickering, 1969 : 94) ที่เชื่อว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นเรื่องของความอดทนที่จะอยู่ร่วมกัน มนุษย์จะต้องรู้จักอดทนที่จะเก็บสัญชาตญาณในการต่อสู้ คืบคลานเพื่อเอาตัวรอดไว้ภายในจิตใจ โดยการหันมาให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนบุคคลอื่นเพื่อเปลี่ยนแปลงรูปแบบการพึ่งพาจากการพึ่งพาตนเอง เป็นการพึ่งพาซึ่งกันและกัน การอดทนที่จะอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นนั้นเป็นความสามารถที่จะยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลได้มากขึ้น จนกระทั่งก่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีต่อกันและกัน ฟินลิป (พิสิทธ์ ปทุมบาล, 2532 : 16 ; อ้างอิงจาก Philip, 1966 : 125) อธิบายถึง สัมพันธภาพว่า เป็นลักษณะของความเกี่ยวข้องกันระหว่างบุคคล รวมทั้งความสัมพันธ์ทางสังคม อันจะนำมาซึ่งการพัฒนา รูปแบบการมีส่วนร่วมต่อความคาดหวัง ความสัมพันธ์ทางอารมณ์ และการปรับตัวทางสังคม ทั้งนี้จะต้องเคารพในสิทธิ และความเป็นตัวของตัวเองของบุคคลอื่นด้วย

นอกจากนี้นักวิชาการในประเทศไทยเสนอมิติเกี่ยวกับสัมพันธภาพไว้หลายมุมมอง ชัยพร วิชชาวุธ (2530 : 69) ให้ความสนใจศึกษาในมุมมองของพฤติกรรมที่ตอบโต้กันระหว่างบุคคลเชื่อว่ามนุษย์อยู่เป็นสังคม ดังนั้นการกระทำของมนุษย์ทุกพฤติกรรมจึงมีความเกี่ยวข้องกันอย่างแยกไม่ออกลักษณะดังกล่าวเรียกว่าสัมพันธภาพ งานวิจัยของ แสงทอง ประสุพรรณ (2541: 21) ให้ความสนใจไปที่กระบวนการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2 บุคคลขึ้นไปว่ามีลักษณะทำความรู้จักเพื่อความร่วมมือ หรือเพื่อความรู้สึกที่ดีต่อกัน หากมีลักษณะเป็นทิศทางบวก หมายความว่าทั้ง 2 คนได้พยายามที่จะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน และในงานวิจัยของ วรรณภา อาภาอดุล (2545) ได้ทำการศึกษาสัมพันธภาพในการทำงานของครู ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการแสดงออกของบุคคลเพื่อประโยชน์ในการทำความรู้จัก สนับสนุน และเป็นการสร้างความสัมพันธ์อันดีต่อผู้อื่นเพื่อให้ผู้อื่นรู้สึกประทับใจ และไม่คิดปองร้ายซึ่งกันและกัน และยังเชื่อว่าสัมพันธภาพในทีมที่ดีจะทำให้การประสานงานระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้วยกันเป็นไปได้อย่างดี และการทำงานจะเป็นไปอย่างคล่องตัว

จากความสนใจของนักวิชาการที่มีแนวคิดสัมพันธภาพ (Relationship) พบว่ามีความแตกต่างกันไปตามประเด็นที่ศึกษา แต่โดยรวมแล้ว สามารถสรุปเป็นความหมายที่จะใช้ในงานวิจัยนี้ได้ว่า หมายถึง รูปแบบและกระบวนการในการเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆ ของบุคคล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการสานสัมพันธ์อันดี ซึ่งเป็นรูปแบบของการปกป้องตนเองให้พ้นจากการปองร้าย การเอาเปรียบและความปลอดภัยทางด้านจิตใจ บุคคลที่มีสัมพันธภาพอันดีกับบุคคลอื่น จะมีความเห็นใจ ให้ความช่วยเหลือ และมีพฤติกรรมที่เป็นมิตร มีลักษณะตรงกันข้ามกับผู้ที่ไม่มีสัมพันธภาพที่ไม่ดี

ทฤษฎีเกี่ยวกับสัมพันธภาพ

จากการศึกษางานวิจัยที่ใช้ตัวแปร สัมพันธภาพ (Relationship) ในระดับต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นในครอบครัว ในกลุ่มเพื่อน และในกลุ่มผู้ร่วมงาน พบว่าจะใช้ทฤษฎี สามมิติของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (FIOR – Fundamental Interpersonal Relation Orientation) เสนอโดย วิลเลียม ชูลท์ (Schultz, 1996 : 59) ใช้อธิบายถึงพื้นฐานของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งทฤษฎีนี้ได้อธิบายว่า ความต้องการของบุคคลในด้านความรู้สึก และการแสดงออกเชิงพฤติกรรมเป็นสิ่งที่สามารถอธิบายการแสดงออกของบุคคลได้ ในการเข้ากลุ่มของบุคคลเป็นเพราะแรงขับของ 3 เหตุผล วิลเลียม ชูลท์ ได้แบ่งมิติของการเข้าไปมีความสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลไว้ 3 มิติ ดังนี้

มิติที่ 1 การเข้ากลุ่ม (Inclusion) บุคคลในมิตินี้จะมีลักษณะชอบเข้ากลุ่ม ชอบไปงานเลี้ยงต่างๆ และชอบทำสิ่งต่างๆ ที่เป็นการเริ่มต้น เช่น การเริ่มสนทนากับคนแปลกหน้าก่อน ร่วมชุมนุมในกิจกรรมทางการเมือง ร่วมสังสรรค์ ในขณะที่บุคคลที่มีลักษณะตรงข้ามในมิตินี้จะชอบที่จะอยู่คนเดียว มีความเป็นตัวของตัวเองสูง ไม่ต้องการที่จะเริ่มสนทนากับบุคคลอื่นก่อน และหลีกเลี่ยงงานต่างๆ ซึ่งความแตกต่างใจมิตินี้ มีตั้งแต่ระดับ Over Social (มีความทุกข์เมื่ออยู่ลำพัง) ไปถึง Under Social (มีความทุกข์เมื่อมีคนอื่นปรากฏอยู่)

มิติที่ 2 การควบคุม (Control) ลักษณะของบุคคลที่อยู่ในมิตินี้จะชอบการมีอำนาจควบคุม และอิทธิพล มีความสุขที่ได้รับมอบหมายให้ทำการดูแลผู้อื่นชอบที่จะเป็นนายสั่ง หรือเป็นผู้ทำหน้าที่การตัดสินใจของกลุ่ม ในขณะที่บุคคลที่มีลักษณะตรงข้ามในมิตินี้จะไม่ชอบการควบคุมผู้อื่น หรือมีสภาพที่มีอำนาจอยู่เหนือผู้อื่น พอใจที่จะไม่ออกคำสั่งให้ใครทำอะไรตามคำสั่งของตน และพยายามทำทุกอย่างเพื่อค้นหาสภาพที่ไม่มีการบังคับ และรับผิดชอบอะไรเลย ดังนั้นบุคคลในมิตินี้มีตั้งแต่ระดับ Autocratic (รู้สึกทุกข์เมื่อไม่ได้ควบคุมผู้อื่น) ถึงระดับ Abdicates (รู้สึกเป็นทุกข์เมื่อต้องรับผิดชอบหรือควบคุมผู้อื่น)

มิติที่ 3 รักใคร่ ผูกพัน (Affection) ลักษณะของบุคคลที่อยู่ในมิตินี้จะชอบการใกล้ชิด สนทนากับบุคคลอื่นๆ แต่ไม่ต้องการเป็นฝ่ายเริ่มก่อน แต่จากประสบการณ์ของ วิลเลียม ชูลท์ ในการใช้แบบวัด ไพโร-บี ทำให้ผู้ตอบสับสนแยกไม่ออกในการใช้คำว่า Affection ระหว่างความหมายของความชอบที่เป็นความรู้สึก กับความชอบที่เป็นพฤติกรรม ในมิตินี้จึงเปลี่ยนมาใช้คำว่า Openness แทน ซึ่งคนที่อยู่ในมิตินี้จะมีคามพึงพอใจเมื่อได้รับความสัมพันธ์จากผู้อื่น ชอบที่จะมีคนมาทำความสนิทสนม คั่นเคียงด้วย ซึ่งคนที่มีความลักษณะตรงข้ามจะมีลักษณะของการหลีกเลี่ยงจากการเปิดเผยกับบุคคลอื่นๆ ค่อนข้างที่จะรักษาสัมพันธภาพในระดับที่คุ้นเคยมากกว่าการสนิทสนม

จากการศึกษามิติของการมีปฏิสัมพันธ์ ทั้ง 3 มิติ ของ วิลเลียม ชูลท์ สามารถอธิบายลักษณะของบุคคลที่ต้องการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ ได้ชัดเจนมากขึ้นว่าการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในมิติใด หรือในรูปแบบใด และยังสามารถอธิบายพื้นฐานของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลโดยพิจารณาพฤติกรรมระหว่างสมาชิกที่พยายามปรับตัวเข้าหากัน โดยเชื่อว่าแต่ละคนมีลักษณะเฉพาะในการปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่น ความสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่มจึงอาจมีลักษณะที่เข้ากันได้และเข้ากันไม่ได้ ทั้งนี้การที่สามารถทำความเข้าใจกับทฤษฎีนี้ได้เป็นอย่างดีจะทำให้การบริหารจัดการความสัมพันธ์ในการทำงานเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ อาร์โนลด์และเฟลด์แมน (Arnold & Feldman, 1980: 297 – 298) อธิบายลักษณะของสัมพันธภาพในหน่วยงานว่า มีความสำคัญต่อระดับความเครียดในการทำงาน ในกระบวนการทำงาน การประสานงานในองค์กรนั้นบุคคลไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์หรือสัมพันธภาพได้ ซึ่งบุคคลที่จำเป็นต้องมีสัมพันธภาพด้วยในหน่วยงานมี 3 กลุ่ม ได้แก่ การมีสัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชา การมีสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน และการมีสัมพันธภาพกับผู้ใต้บังคับบัญชา สัมพันธภาพในหน่วยงานเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการประสานงานร่วมกันเป็นอย่างมากเพราะว่าในการทำงานตัวบุคคลจะต้องทำการประสานงานกับ ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และผู้ที่ได้บังคับบัญชา อาร์โนลด์และเฟลด์แมน ได้เสนออีกว่า สัมพันธภาพที่ไม่ดีนอกจากจะทำให้การทำงานเป็นไปอย่างติดขัดยังมีผลต่อปัญหาด้านอารมณ์ตามมา ดังนั้น สัมพันธภาพในการทำงาน จึงเป็นรูปแบบของการติดต่อ สื่อสาร และการมีปฏิสัมพันธ์กันในหน่วยงาน ซึ่งรูปแบบของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันนั้น มีอยู่ 4 รูปแบบ ทว่า ไม่จะเป็นรูปแบบใดนั้นบุคคลในองค์กรจะต้องมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 3 ฝ่ายคือ สัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชา (เป็นความสัมพันธ์กับบุคคลที่มีอำนาจเหนือกว่าตน) สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน (เป็นความสัมพันธ์กับบุคคลที่ต้องทำงานร่วมกัน และมีอำนาจเท่ากัน) และสัมพันธภาพกับผู้ใต้บังคับบัญชา (เป็นความสัมพันธ์กับบุคคลที่มีอำนาจน้อยกว่า) อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งนี้รูปแบบของการแสดงพฤติกรรมต่อกัน จะแตกต่างกันไปตามลักษณะของระดับบุคคลที่มีสัมพันธภาพต่อกัน

การมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงานในองค์กร เป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจอันดีซึ่งกันและกัน เกิดความสามัคคีภายในกลุ่ม และช่วยให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความมั่นใจในการเข้าสังคมได้ดียิ่งขึ้น (Halloran, 1978 : 5) ในการปฏิบัติตนเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพในองค์กรไม่ว่าจะเป็นสัมพันธภาพกับบุคคลในระดับใดก็ตามการแสดงพฤติกรรมจะต้องเป็นในลักษณะของการไว้วางใจซึ่งกันและกัน สื่อสารระหว่างกันอย่างเปิดเผย ยอมรับและสนับสนุน ตลอดจนรู้จักแก้ปัญหาและจัดการความขัดแย้งภายในกลุ่มด้วยการประนีประนอม

การวัดสัมพันธภาพ

การวัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล งานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาจำนวนมากยอมรับการใช้แบบสอบถามในการวัด พนิดา ผกานรินทร์ (2544) ได้ทำการวัดสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับสมาชิกในครอบครัว ด้วยแบบสอบถาม โดยใช้มาตรวัด 5 ระดับ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพได้ระบุถึงระดับความรู้สึกที่มีต่อข้อคำถาม ตั้งแต่ จริงที่สุด – จริงน้อยที่สุด โดยแบ่งองค์ประกอบสัมพันธภาพในครอบครัวไว้ 2 องค์ประกอบ คือพฤติกรรมสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ และพฤติกรรมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติต่อสมาชิกในครอบครัว เช่นเดียวกับ พรดารา แซ่ฉั่ว (2547) ได้ทำการวัดสัมพันธภาพในครอบครัวด้วยแบบสอบถามโดยใช้มาตรวัด 5 ระดับเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพได้ระบุถึงระดับความรู้สึกที่มีต่อข้อคำถาม ตั้งแต่ จริงมากที่สุด – จริงน้อยที่สุด โดยแบ่งมิติของสัมพันธภาพในครอบครัวไว้ 2 มิติคือ การวัดพฤติกรรมสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ และการวัดพฤติกรรมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติต่อสมาชิกในครอบครัว ในบริบทของหน่วยงาน พบว่า วรรณภา อาภาคุณ (2545) ได้ทำการวัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการปฏิบัติงาน โดยใช้แบบสอบถามและมีมาตรวัด 5 ระดับ ตั้งแต่

จริงที่สุด – จริงน้อยที่สุด เพื่อให้คณะทำงานได้ระบุถึงความรู้สึกที่มีต่อข้อคำถาม ทั้งนี้ได้วัดสัมพันธภาพในการทำงานของบุคคลเป็นการวัดสัมพันธภาพระหว่างผู้บังคับบัญชากับผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้แบบแนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพในการทำงาน ที่เสนอโดย วัฒนา ครุสวัสดิ์ (2544) ประกอบกับการปรับปรุงร่วมกับข้อคำถามในแบบวัดของ วรรณ อาภาคุณ (2545) โดยใช้มาตรวัด 6 ระดับ ตั้งแต่จริงที่สุด – จริงน้อยที่สุด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ในงานวิจัยของ อุมพร พุ่มน (2542: 67) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่สนับสนุนและเป็นอุปสรรคต่อการทำงานวิจัยเป็นทีมของอาจารย์มหาวิทยาลัย โดยใช้วิธีวิทยาการวิจัยแบบผสมผสาน พบว่า ในการแสดงบทบาทของสมาชิกในทีมนั้นจะมีประสิทธิภาพมากในกรณีที่ สมาชิกในทีมงาน หรือสมาชิกในองค์กรนอกทีมงานมีปฏิสัมพันธ์อันดีต่อกันและกัน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน คิดต่อประสานงานอย่างเปิดเผย อาร์โนลด์ (วิลโลว์ พาร์กษา, 2541 : 47 ; อ้างอิงจาก Arnold et al., 1991) ได้ทำการศึกษา พบว่า ความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้บังคับบัญชากับผู้ปฏิบัติงาน จะทำให้เกิดความชัดเจนในบทบาทของผู้ปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น มนุษย์สัมพันธ์อันดีต่อกันและกันนี้จะก่อให้เกิดความอบอุ่นขึ้นในองค์กร ในการปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชาจึงทำงานได้อย่างเต็มที่ แสดงบทบาทของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับลักษณะงานในองค์กร ทั้งนี้จากแนวคิดของ ชูลท์ (Schultz, 1996 : 59) ฮาลโลราน (Halloran, 1978 : 5) วัฒนา ครุสวัสดิ์ (2544: 95- 100) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่น่าเชื่อถือได้ว่าผู้บริหาร โครงการที่อยู่ในสภาพแวดล้อมการทำงานที่บุคคลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะสามารถแสดงบทบาทในโครงการสุขภาพได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้เพราะองค์กรที่อบอุ่น สภาพแวดล้อมการทำงานที่ทุกฝ่ายต่างเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ทุกคนต่างรับผิดชอบในหน้าที่ของตนเอง เป็นบรรยากาศที่เอื้อต่อความสำเร็จขององค์กร และเอื้อต่อการแสดงบทบาทในฐานะผู้นำทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพจากข้อกำหนดด้านการใช้อำนาจที่มีข้อจำกัดสูง

9. ลักษณะทางจิตที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับผู้รับบริการ

ลักษณะทางจิต หมายถึง ลักษณะทางจิตใจที่อาจเป็นพื้นฐานของการกระทำ ที่น่าปรารถนา และการละเว้นการกระทำที่ไม่น่าปรารถนา (ดวงเดือน พันธุนาวิน, 2551) สอดคล้องกับจินตนา บิลมาศ (2529 : 6) ที่ให้ความหมายว่า ลักษณะทางจิต หมายถึง ลักษณะพื้นฐานหรือองค์ประกอบทางจิตใจที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่น่าปรารถนาส่วน ชัยนาถ นาคบุปผา (2540 : 4) ได้ให้ความหมายว่า ลักษณะทางจิต หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดจากการรับรู้ และการตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือเรื่องราวต่างๆ ในประสบการณ์ของชีวิตจากความหมายของจิตลักษณะดังกล่าว พอสรุปได้ว่า ลักษณะทางจิต หมายถึง ลักษณะพื้นฐานทางจิตใจที่อาจเป็นสาเหตุของการกระทำ พฤติกรรมที่น่าปรารถนา และละเว้นการกระทำ พฤติกรรมที่ไม่น่าปรารถนาของบุคคลซึ่งเป็นแบบแผนพฤติกรรมที่เกิดจากประสบการณ์ของชีวิต

9.1 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน

ความรู้ หมายถึง ความสามารถในการจดจำหรือระลึกได้ซึ่งประมวลจากประสบการณ์ต่างๆ ที่เคยได้รับรู้มา (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2536: 196) และกรีนและครูเตอร์ (Green ;& Kreuter, 2005; 154 – 155)

กล่าวถึงความรู้ว่า เป็นสิ่งที่สะสมความรู้ ความเข้าใจจากประสบการณ์และความตระหนักในสิ่งนั้นๆ สิ่งที่เกิดขึ้นจะถูกจดจำและระลึกได้ ในที่สุดก็จะวิเคราะห์ทักษะที่เกี่ยวกับสิ่งนั้น การเพิ่มพูนความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เสมอไป ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพบางอย่างมีความจำเป็นอย่างน้อยหากปฏิบัติเกี่ยวกับสิ่งนั้นสามารถนำไปพบกับสิ่งที่เราต้องการได้ และกู๊ด (Good, 1973 : 325) ได้ให้ความหมายความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมไว้

ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน

องค์การอนามัยโลก กล่าวว่า ภาวะอ้วน คือ โรคเรื้อรังชนิดหนึ่งเกิดจากการที่มีปริมาณไขมันในร่างกาย (Body Fat) มากกว่าปกติ จนมีผลกระทบต่อร่างกาย (WHO, 2006) วัดได้โดยการใช้ดัชนีมวลกาย ที่ได้จากการนำน้ำหนักตัวหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสองมีค่าตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

สาเหตุหลักของภาวะอ้วนเกิดจากความไม่สมดุลของการใช้พลังงานทำให้มีการสะสมไขมันมากเกินไป โดยเกิดจากสาเหตุ ดังนี้ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548) คือ 1) พฤติกรรมการบริโภค คือ การรับประทานอาหารมากกว่าพลังงานที่ใช้ไปในการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การรับประทานอาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล ไขมัน และอาหารแคลอรีสูง เช่น หนั๋งไก่ทอด มันหมู หมูสามชั้น ขาหมู ฯลฯ จนเกิดการสะสมเป็นเซลล์ไขมันอยู่ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ต้นแขน ต้นขา หน้าท้อง 2) พฤติกรรมการขาดการมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ 3) ภาวะทางด้านจิตใจ เช่น ความเครียดทำให้เกิดความอยากอาหารมากขึ้น 4) ภาวะอ้วนที่เกิดจากพันธุกรรม ถ้าพ่อแม่เป็นภาวะอ้วน ลูกที่เกิดมาก็มีโอกาสเป็นภาวะอ้วนสูงโดยพบว่าถ้าบิดา มารดา มีน้ำหนักเกินร้อยละ 80 บุตรจะอ้วน แต่ถ้ามีเพียงคนเดียวคนหนึ่งที่อ้วน อุบัติการณ์อ้วนในบุตรจะลดลงเหลือร้อยละ 40 และถ้าบิดา มารดาพอมทั้งคู่อุบัติการณ์อ้วนในบุตรจะลดลงเหลือร้อยละ 14 5) ภาวะอ้วนที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของต่อมไร้ท่อ ทำให้การผลิตฮอร์โมนบางชนิดผิดปกติ เช่น สเตียรอยด์ เป็นต้น ต้องรักษาที่ต้นเหตุ คือ ฮอร์โมนที่มีความผิดปกติจึงจะรักษาภาวะอ้วนชนิดนี้ได้ 6) พฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสมให้มีการใช้พลังงานต่ำ และทำให้เสียโอกาสในการทำกิจกรรม หรือออกกำลังกายที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น การจราจรที่ติดขัดทำให้คนทำงานส่วนใหญ่ต้องนั่งอยู่บนรถยนต์หลายชั่วโมงต่อวัน เป็นต้น โดยแบนดูรา (Bandura, 1997: 206) กล่าวว่าความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อของคนมีบทบาทสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรม ตามหลักจิตวิทยาการกระทำพฤติกรรมใดๆ ของบุคคลจะเกิดขึ้นได้นั้นจะต้องมีองค์ประกอบ 2 อย่าง ได้แก่ 1) ความรู้ความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ความสามารถดังกล่าวรวมทั้งความรู้ ทักษะ กฎเกณฑ์ สถิติปัญญาที่จะทำให้บุคคลสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมได้ 2) ความต้องการที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น จากหลักการนี้จะเห็นแนวทางในการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ แม้ความรู้ความเข้าใจจะเป็นพื้นฐานของความสามารถที่จะนำพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ แต่จะนำไปปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล คนที่มีความรู้ความสามารถจะกระทำในสิ่งที่ตนสามารถจนเป็นพฤติกรรมปกติหรือเป็นกิจวัตรนั้น ต้องอาศัยการมีความต้องการที่จะกระทำ จึงต้องสร้างจิตลักษณะอีกหลายด้าน ให้บุคคลกระทำพฤติกรรมสุขภาพซึ่งแรงจูงใจและบุคลิกภาพที่จะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมโดยสม่ำเสมอเป็นจิตลักษณะที่เกิดภายในตัวบุคคล เพราะพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งที่ต้องทำให้สม่ำเสมอจึงเป็นความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลโดยเฉพาะ จากการ

ประมวลเอกสารแสดงความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน พบว่า ภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอื่นๆ ที่อันตรายและอาจเป็นสาเหตุนำไปสู่การสูญเสียชีวิตได้ โดยจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง แสดงให้เห็นว่าการมีความรู้ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนคูรา เป็นตัวทำนายทางจิตที่สำคัญต่อภาวะอ้วน จึงสามารถสรุปได้ว่าความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน หมายถึงความสามารถในการจดจำ เข้าใจ และ วิเคราะห์ ข้อมูลสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับภาวะอ้วน ทั้งปัจจัยเสี่ยง ความรุนแรง การเกิดโทษ และการป้องกันภาวะอ้วน เข้าใจข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน

ระดับความรู้ สามารถแบ่งออกเป็น 6 ระดับ (Bloom, 1975 : 65 – 197)

1. ความรู้ เป็นความสามารถที่จะจดจำหรือระลึกเกี่ยวกับเรื่องราวต่างๆ ที่เคยได้รับรู้มาแล้ว
2. ความเข้าใจ เป็นความสามารถของบุคคลในการรับรู้เรื่องราวต่างๆ แล้วแสดงความเข้าใจออกมาในรูปการแปลความเป็นการจับใจความได้ถูกต้องกับสิ่งที่สื่อความหมาย การตีความเป็นการอธิบายหรือสรุปเรื่องราวและการขยายความของเนื้อหาที่เกินกว่าขอบเขตที่รู้
3. การนำไปประยุกต์ใช้ เป็นความสามารถในการนำความรู้ต่างๆ ที่ได้รับมาไปปรับหรือประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาต่างๆ
4. การวิเคราะห์ เป็นความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวที่สมบูรณ์ไปสู่ส่วนย่อย และมองเห็นความสัมพันธ์ของส่วนที่ประกอบกันขึ้นเป็นปัญหาหรือเรื่องราวเหล่านั้น
5. การสังเคราะห์ เป็นความสามารถในการนำส่วนย่อยๆ มารวมกันเป็นหมวดหมู่หรือเรื่องเดียวกัน ซึ่งมีการผสมผสานจัดเรียงเรียงเป็นโครงสร้างใหม่ ก่อให้เกิดเป็นความคิดริเริ่มสร้างสรรค์
6. การประเมินค่า เป็นความสามารถในการให้คุณค่าของข้อเท็จจริงต่างๆ ทั้งในรูปของปริมาณและคุณภาพ โดยอาศัยเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นเองหรือผู้อื่นกำหนด

การวัดความรู้

ความรู้สามารถวัดได้โดยใช้แบบทดสอบชนิดต่างๆ ทั้งแบบอัตนัยและปรนัย แบบปรนัยที่นิยมกันมาก ได้แก่ แบบถูกผิด แบบเลือกตอบ แบบจับคู่ และแบบเติมความ (สุชาติ โสมประยูร และเอนอชมา วัฒนบุษานน, 2542 : 137) และอรพรรณ พรหมเชยธีระ (2549) สร้างแบบวัดความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 12 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70 ซึ่งในแต่ละข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบ เกณฑ์การให้คะแนนคือตอบถูก ได้ 1 ตอบผิด หรือไม่ทราบ ได้ 0 และบุสรินทร์ ประกอบธรรม (2548) สร้างแบบวัดความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 20 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น .89 และ กุสุมา สุริยา (2550) ได้สร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการลดน้ำหนัก ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ มีคำตอบเป็นตอบถูกและตอบผิด วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder – Richardson 20 : K – R 20) จำแนกตามความยากง่ายโดยที่ค่าความเชื่อถือของสัมประสิทธิ์แอลฟา โดยค่า $r = 0.2 - 0.8$

งานวิจัยที่เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

จากงานวิจัยของรุจิเรข พิชิตานนท์ (2547) ที่ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฉลาดเลือกกินของเด็กวัยร่นตอนปลาย พบว่า นักเรียนที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารและสุขภาพมากมีพฤติกรรมฉลาดเลือกกินมาก และสามารถร่วมทำนายน้ำหนักตัวที่เหมาะสมได้ด้วยและพรรณราย พัทธเจริญ (2543 : 2) ได้ทำการศึกษาจิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพกายและจิตของข้าราชการสูงอายุ พบว่าความรู้ด้านการดูแลสุขภาพและทัศนคติเท่านั้นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และวาริน นทร์ ปุยทอง (2547) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังดัง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกิตติมา บุญเงิน (2549) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาตามหลักโภชนบัญญัติและการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักของผู้ที่มีภาวะอ้วน เป็นการให้คำปรึกษาและความรู้ในการลดน้ำหนักที่เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะอ้วน กรณีศึกษาเป็นเพศหญิงอายุ 30 ปี น้ำหนัก 104 กิโลกรัม ส่วนสูง 154 เซนติเมตร อยู่ในเกณฑ์อ้วน อันตรายและไม่มีโรคประจำตัว โดยให้คำปรึกษาเพื่อสร้างพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ การออกกำลังกายและการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับการลดน้ำหนักโดยใช้วิธีการควบคุมอาหารควบคู่กับการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการให้คำปรึกษา ผู้รับคำปรึกษามีพฤติกรรม การรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับการลดน้ำหนักมากขึ้น สามารถลดน้ำหนักลงได้ 5.1 กิโลกรัมในระยะเวลา 8 สัปดาห์

จากการศึกษาของนิชาพัฒน์ จิระพลเศรษฐ์ (2552) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนและพฤติกรรมในการควบคุมและลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าการมีความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนที่ถูกต้อง จะส่งผลถึงทัศนคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนและเกี่ยวเนื่องถึงพฤติกรรมในการควบคุมและลดน้ำหนักที่ถูกต้องตามไปด้วย และศศิธร อุตสาหกิจ (2550) ได้ศึกษาการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักและดัชนีมวลกายในสตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินโดยการให้ความรู้และคำแนะนำรายกลุ่มเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก พบว่าการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนทำให้สตรีวัยกลางคนมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักดีขึ้นและดัชนีมวลกายลดลงแสดงให้เห็นว่าความรู้มีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ

9.2 เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ

เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ อาจแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งต่างๆในทางบวก คือ เห็นด้วย พอใจ ยอมรับหรือสนับสนุน หรือในทางลบ คือ ไม่เห็นด้วย ไม่พอใจ ไม่ยอมรับ หรือไม่สนับสนุน (พนิดา พัฒนบมเมือง, 2545) สอดคล้องกับ พวงรัตน์ ทวีรัตน์ (2540) ได้ให้ความหมายว่าเจตคติ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลอันเป็นผลเนื่องมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ และเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมสุขภาพต่อสิ่งต่างๆ

ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นไปในทางสนับสนุนหรือต่อต้านก็ได้ เช่นเดียวกับไอเซนและฟิชไบน์ กล่าวว่า เจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Attitude towards behavior) (Ajzen and Fishbein, 1980; ธีระพร อูวรรณโณ, 2535: 255-265; ศิริวรรณ โพธิ์วัน, 2546: 24-26; อังนิน พัทธิ ดวงจันทร์, 2550: 36 - 39) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นว่าเป็นทางบวกหรือทางลบ หรือสนับสนุน-ต่อต้าน การกระทำนั้นๆ โดยทั่วไปถ้าบุคคลมีเจตคติทางบวกมากเท่าใด ก็ควรมีเจตนาหนักแน่นที่จะกระทำ พฤติกรรมมากเท่านั้น ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมีเจตคติทางลบมากเท่าใด ก็ควรมีเจตนาหนักแน่นที่จะไม่ กระทำพฤติกรรมมากเท่านั้น ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2524 : 5 - 9) กล่าวว่า เจตคติ (Attitude) หมายถึง การ ที่บุคคลประเมินสิ่งหนึ่งสิ่งใดในลักษณะของความชอบหรือไม่ชอบ เจตคติจะรวมเอาความรู้สึกนึกคิดหรือ ความเชื่อว่าสิ่งนั้นมีประโยชน์หรือมีโทษไว้ด้วย เจตคติของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้นจะประกอบด้วย 1) ความรู้เชิงประเมินค่า (Cognitive Component) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับวัตถุสิ่งของหรือเหตุการณ์ ต่างๆ รวมทั้งความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งนั้นๆ ว่าดีหรือเลว มีประโยชน์หรือโทษสูงต่ำเพียงใด และความรู้ เชิงประเมินค่านี้อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลด้วย 2) ความรู้สึก (Affective Component) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลในลักษณะชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจต่อสิ่งนั้นๆ การที่ บุคคลรู้ว่าสิ่งใดมีโทษ บุคคลนั้นก็รู้สึกไม่ชอบหรือเกลียดสิ่งนั้น ส่วนมากแล้วความรู้สึกพอใจของบุคคล ต่อสิ่งนั้นๆ ด้วย 3) ความพร้อมที่จะกระทำ (Behavior Intention Component or Action Tendency Component) หมายถึง ความพร้อมที่จะแสดงออกมาในรูปของความช่วยเหลือ ให้การสนับสนุนหรือยอมรับ ในสิ่งที่ตนพอใจ หรือเห็นว่า มีประโยชน์ แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีความรู้สึกว่าสิ่งนั้นมีโทษเขาก็จะ ปฏิเสธและไม่สนับสนุนส่งเสริมสิ่งนั้น

องค์ประกอบของเจตคติ

เจตคติเป็นตัวแปรที่การวิจัยทางสาธารณสุขในปัจจุบันได้ให้ความสนใจศึกษา เนื่องจากมีการศึกษา พบว่า เจตคติเป็นตัวแปรหนึ่งที่จะทำนายพฤติกรรม ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาหรือเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ บุคคลนั้นได้ ปัจจุบันมีแนวคิดที่อธิบายองค์ประกอบเจตคติไว้ 3 แนวคิด ดังนี้ (นีออน พินประดิษฐ์, 2541)

เจตคติมี 3 องค์ประกอบ แนวคิดนี้จะระบุว่าเจตคติมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้าน ความรู้คิด (Cognitive Component) ประกอบด้วย ความเชื่อ ความรู้ ความคิดและความคิดเห็น 2) องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective Component) หมายถึง ความรู้สึกชอบ - ไม่ชอบ หรือท่าทาง ที่ดี - ไม่ดี 3) องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) หมายถึง แนวโน้มหรือความพร้อมที่ บุคคลจะปฏิบัติ เจตคติมี 2 องค์ประกอบ แนวคิดนี้จะระบุว่า เจตคติมี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบ ด้านความรู้คิด (Cognitive Component) 2) องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective Component) และ เจตคติมี 1 องค์ประกอบ คือ อารมณ์ความรู้สึกในทางชอบหรือไม่ชอบที่บุคคลมีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด นอกจากนั้น เจตคติยังมีลักษณะอีก 2 ประการ คือ 1) มีทิศทาง (Direction) หมายถึง เจตคติของบุคคลที่มี ทิศทางไปในทางบวกหรือลบ ดีหรือเลวพอใจหรือไม่พอใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์หนึ่ง สถานการณ์ใด 2) เจตคติมีปริมาณ (Magnitude) หมายถึง ความเข้มหรือความรุนแรง กล่าวคือ บุคคลมีเจตคติ ต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดรุนแรงสูงหรือเจตคติต่ออีกสิ่งหนึ่งไม่รุนแรงหรือบางเบา ปริมาณเหล่านี้ขึ้นอยู่กับ

ความสัมพันธ์ของสิ่งของหรือสถานการณ์นั้น จึงควรจะวัดเจตคติตามองค์ประกอบ และคะแนนทิศทาง ตลอดจนความรุนแรงของเจตคติต่อสิ่งหนึ่ง

การวัดเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ

แบบวัดเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบวัดของอุบล เลี้ยววาริน (2534) ที่สร้างแบบวัดเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับความรู้เชิงประเมินค่าเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับจากจริงที่สุด ถึงไม่จริงเลย ควบคู่กันไป มีข้อความทั้งหมด 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 และศศิธร ภูษยัณ (2546) ได้สร้างแบบวัดเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ประกอบด้วยข้อความจำนวน 30 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับจากจริงที่สุด ถึงไม่จริงเลย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และอุดมศักดิ์ แสงวานิช (2546) ได้สร้างแบบวัดเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพเช่นเดียวกัน ประกอบด้วยข้อความจำนวน 40 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับจากจริงที่สุด ถึงไม่จริงเลย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 และสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) ได้สร้างแบบสอบถามเจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลกรกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข มีข้อความ 9 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ จาก จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย มีค่าความเชื่อมั่น 0.82

งานวิจัยเกี่ยวกับเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาของอุบล เลี้ยววาริน (2534) ที่ได้ศึกษาความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาในกลุ่มผู้ทำงานในโรงงานและโรงพยาบาล พบว่า ตัวทำนายที่สำคัญที่สุดของพฤติกรรมสุขภาพ คือ เจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ และ ศศิธร ภูษยัณ (2546) ได้ทำการศึกษาจิตลักษณะและปัจจัยสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า กลุ่มที่มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองสูง จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่ากลุ่มที่มีปัจจัยดังกล่าวต่ำ และวีรพล จันธิมา (2541) ได้ศึกษาลักษณะมุ่งอนาคตและควบคุมตน เจตคติต่อการออกกำลังกาย และพฤติกรรมออกกำลังกายของบุคลากรในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พบว่า เจตคติต่อการออกกำลังกายเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดของพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยสามารถทำนายได้ ร้อยละ 45 และเจตคติต่อการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับเมอร์ดักและฮินชอ (Murdaugh ;& Hinshaw. 1986) ที่ทำการศึกษาจิตลักษณะที่ส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า เจตคติต่อการออกกำลังกายจะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

สรุปได้ว่า เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การประเมินทางบวก-ลบ ของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นความรู้สึกโดยรวมของบุคคลในลักษณะชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้รับบริการภาวะอ้วน ซึ่งเจตคติเป็นตัวแปรสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลและเมื่อบุคคลมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมแล้วจะส่งผลต่อการการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า คนที่มีเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าแสดงว่ามีเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพดีกว่า คนที่มีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่าแสดงว่ามีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่า ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัดที่ปรับมาจากศศิธร ภูษยัณ (2546) และอุดมศักดิ์ แสงวานิช

(2546) และสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) โดยมีการปรับข้อความให้เหมาะสมกับการศึกษาในครั้งนี้ ข้อความมีลักษณะเป็นแบบวัดมาตราประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” มีข้อความที่มีทั้งทางบวกและทางลบ

9.3 ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการกับพฤติกรรมสุขภาพ

ความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ในโครงการ หมายถึง ความคาดหวังว่าเจ้าหน้าที่ในโครงการจะกระทำในสิ่งที่พึงพอใจ และเป็นการเต็มใจที่จะยอมรับความเสี่ยงโดยความไว้วางใจจะยังไม่ปรากฏในระยะแรกของสัมพันธภาพเพราะเป็นสิ่งที่เกิดจากการสั่งสมของประสบการณ์ (Rempel, Holmes & Zanna, 1985 : 95 citing Scanzoni, 1979) สอดคล้องกับเมเยอร์ เดวิส และซัวร์แมน (Mayer, Davis & Schoorman, 1995 : 712) กล่าวว่า ความไว้วางใจ หมายถึง ความเต็มใจที่จะยอมรับความเสี่ยงในการกระทำของอีกฝ่าย บนพื้นฐานของความคาดหวังว่าผู้หนึ่งจะกระทำในสิ่งที่เป็ผลดีต่อเรา โดยที่ไม่ได้คำนึงถึงการติดตามหรือควบคุมและดัชต์ (Deutsch, 1973) กล่าวว่า ความเชื่อมั่นที่บุคคลหนึ่งปรารถนาจากอีกบุคคลหนึ่ง มากกว่าความกลัว สอดคล้องกับพุทิส และ สมิก (Purkey & Schmidt, 1978) กล่าวว่า ความไว้วางใจเป็นการแสดงความไว้วางใจระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการโครงการ ให้เห็นถึงรูปแบบการกระทำ ที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ยาวนานซึ่งสอดคล้องกับมิชชา (Mishra, 1996: 265) ที่ให้ความหมายความไว้วางใจไว้ว่า เป็นความสมัครใจของผู้รับบริการที่จะยอมตามผู้ให้บริการโครงการด้วยความเชื่อมั่นว่าผู้ให้บริการนั้นมีความสามารถ เปิดเผย ให้ความหวังใยและเชื่อถือได้ ส่วน รุจ เจริญลาภ (2548 : 12) ได้ให้ความหมายของความไว้วางใจว่า เป็นความเชื่อมั่น ความเชื่อ หรือ ความคาดหวังในแง่บวกของผู้รับบริการที่มีต่อผู้ให้บริการ หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่าจะปฏิบัติกับผู้รับบริการตามที่ได้คาดหวังหรือเชื่อมั่นไว้ ความไว้วางใจจะเพิ่มขึ้นเมื่อความคาดหวังในแง่บวกได้รับการสนองตอบ หรือเป็นจริง แต่ความไว้วางใจจะลดลง หากความคาดหวังในแง่บวกนั้นไม่ได้รับการสนองตอบ หรือสนองตอบได้ในระดับต่ำกว่าที่คาดหวัง กล่าวคือ เราจะเชื่อไว้วางใจกับคนที่ไม่ทำให้เราผิดหวัง โดยสามารถกระทำในสิ่งที่เราคาดหวังได้บรรลุผลสำเร็จ ซึ่งฟอรัส (Frost, 1978) กล่าวว่า ความไว้วางใจ (Trust) หมายถึง การเห็นประโยชน์ของผู้อื่น ไม่ได้เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตัว

สรุปได้ว่า ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการโครงการ หมายถึง ความเชื่อมั่น หรือความคาดหวังในทางบวก ต่อบุคคลอื่นไม่ว่าจะเป็นคำพูด การกระทำหรือการตัดสินใจที่จะกระทำตามสมควรแล้วแต่โอกาส และเต็มใจที่จะยอมรับผลที่จะเกิดขึ้นโดยไม่คำนึงถึงการติดตามหรือควบคุม

ความสำคัญของความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการโครงการ

ความไว้วางใจ (Trust) มีรากศัพท์มาจากคำว่า Trost ในภาษาเยอรมัน ซึ่งหมายถึง ความสะดวกสบาย (Get Comforts) และมีความหมายที่ใกล้เคียงกับคำว่า Cooperation Believe Confidence Reliance Predictability Hope Expect และ Assume ส่วนคำจำกัดความที่เก่าแก่ที่สุดคือศรัทธา (Faith) ซึ่งหมายความว่า ความเชื่อมั่นในอำนาจเหนือธรรมชาติที่มนุษย์จำต้องพึ่งพา อันเป็นที่มาของกำเนิดศาสนาและความเชื่อ ทั้งนี้ คำว่า ศรัทธาก็ไม่ใช่เรื่องของความมกมาย แต่เป็นการตัดสินใจเชิงยุทธศาสตร์ของบุคคลเพื่อที่จะเผชิญกับ “ความเสี่ยง” ในสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอน โดยการมอบหมายความศรัทธาและความไว้วางใจให้กับผู้อื่นจึงเกิดขึ้นด้วยเหตุที่ว่า “เราไม่สามารถที่จะตรวจสอบพฤติกรรมต่างๆ ของอีกฝ่ายหนึ่งได้ตลอดเวลา”

นอกจากนี้ แรมเพิล โสมเมส และแซนนา (Rempel;& Zanna. 1985: 95 – 112) ได้กล่าวถึงความศรัทธาว่าเป็นสิ่งสำคัญสำหรับความไว้วางใจ เพราะความศรัทธาเป็นความเชื่อมั่นในการกระทำของอีกฝ่ายว่าจะเป็นไปด้วยความจริงใจ และได้คำนึงถึงเหตุการณ์ข้างหน้า และจัดเป็นหลักพื้นฐานของความปลอดภัยทางอารมณ์รวมถึงเป็นแนวคิดของความสามารถในการพึ่งพาและความสามารถในการคาดเดา ความไว้วางใจเป็นแนวคิดที่มีความแตกต่างกัน สามารถรวบรวมออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ คือ (Lewicki and Bunker, 1996: 115-116)

มุมมองของนักทฤษฎีบุคลิกภาพ (The Views of Personality Theorists) เป็นมุมมองที่มุ่งเน้น ถึงความแตกต่างทางบุคลิกภาพส่วนบุคคลที่มีความพร้อมต่อความไว้วางใจ ซึ่งความพร้อมต่อความไว้วางใจนั้นจะถูกสร้างและพัฒนาขึ้นมาจากบริบททางสังคม ความไว้วางใจในแนวคิดของนักทฤษฎีบุคลิกภาพ จึงเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ความคาดหวัง หรือความรู้สึกที่ยังรากลึกในลักษณะของบุคลิกภาพซึ่งก่อเกิดจากการพัฒนาทางจิตสังคมของบุคคลในวัยทารก

มุมมองของนักจิตวิทยาสังคม (The View of Social Psychologists) เป็นมุมมองที่มุ่งเน้นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งก่อให้เกิดการสร้างหรือการทำลายความไว้วางใจในระหว่างบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ดังนั้น ความหมายของความไว้วางใจในมุมมองของนักจิตวิทยาสังคมจึงเป็นความคาดหวังของกลุ่มบุคคลอื่นในการดำเนินงานร่วมกัน เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการตามความคาดหวัง และเป็นส่วนประกอบในบริบทที่ช่วยเสริมสร้าง หรือ ยับยั้งการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความไว้วางใจ

ปัจจัยหลักสำคัญที่ก่อให้เกิดความไว้วางใจ และเป็นลักษณะที่ปรากฏอยู่ในตัวของผู้ที่ได้รับความไว้วางใจ ได้แก่ 1) ความเมตตากรุณา มาจากความเชื่อของผู้ที่ได้รับความไว้วางใจเกี่ยวกับการทำความดีแก่ผู้ที่มอบความไว้วางใจ (Trustor) นอกเหนือไปจากแรงจูงใจที่มาจากการเห็นประโยชน์ส่วนตนโดยผู้ที่ได้รับความไว้วางใจต้องการที่จะช่วยเหลือผู้ที่มอบความไว้วางใจ ถึงแม้ว่าผู้ที่มอบความไว้วางใจจะไม่ได้ร้องขอความช่วยเหลือ และไม่ได้ต้องการรางวัลจากผู้ที่ยอมมอบความไว้วางใจ ซึ่งความเมตตากรุณาเป็นการรับรู้ทางด้านบวกเกี่ยวกับการแสดงออกของผู้ที่ได้รับความไว้วางใจที่กระทำต่อผู้ที่มอบความไว้วางใจ ความเมตตากรุณาจัดเป็นปัจจัยหลักสำคัญที่ทำให้เกิดความไว้วางใจ ผู้ที่มีความเมตตากรูณามากเป็นผู้ที่มีความตั้งใจจริง ซึ่งความตั้งใจจริงไม่หลอกลวงนี้จะเป็นส่วนสำคัญต่อความไว้วางใจ 2)ความซื่อสัตย์ มีความสัมพันธ์กับความไว้วางใจ เนื่องจากผู้ที่ได้รับความไว้วางใจจะยึดมั่นในหลักการ จริงใจ และกระทำในสิ่งที่ผู้ที่มอบความไว้วางใจ ยอมรับได้ ความสำคัญของการยึดมั่นในหลักการก็คือ ความซื่อสัตย์ส่วนบุคคล (Personal Integrity) ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรจะมีในตัวผู้ที่ได้รับความไว้วางใจ เช่น การมีความเสมอต้นเสมอปลายในการกระทำ มีการใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจ และจัดกระทำได้อย่างเหมาะสมตรงไปตรงมา ระดับความซื่อสัตย์ในตัวผู้ที่ได้รับความไว้วางใจ และสามารถรับรู้ได้ว่ามีระดับสูงหรือต่ำ (เช่น การขาดความสม่ำเสมอ การไม่ปฏิบัติตามหลักการ)

แบบวัดความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการโครงการ

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความไว้วางใจส่วนมากจะเป็นการสร้างแบบวัดความไว้วางใจภายในองค์กรขึ้นโดยนำแนวคิดต่าง ๆ มาใช้ เช่น รุจ เจริญลาภ (2548) ได้นำแบบสอบถามของชอร์ (Shaw) มา

ปรับปรุงใช้การแสดงถึงความไว้วางใจภายในองค์กรของพนักงาน มีจำนวน 8 ข้อ แต่ละข้อคำถามเป็นมาตรา ประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพนักงาน บริษัทปูนซีเมนต์ จำกัด เฉพาะกลุ่มธุรกิจสื่อสารไร้สาย จำนวน 170 คน พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 และศุภรัตน์ อิงชาติเจริญ (2551) ได้สร้างแบบสอบถามในการวัดความไว้วางใจในแพทย์และพยาบาลที่ให้การผ่าตัดและยาระงับความรู้สึก แบบสอบถามเป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงที่สุด” มีข้อคำถาม 9 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.37 ถึง 0.58 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77 และอารีย์ คำวนศักดิ์ (2545) ได้สร้างแบบวัดความไว้วางใจในองค์กรกับผลการดำเนินการของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลศูนย์ที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.97

งานวิจัยที่เกี่ยวกับความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการโครงการกับพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาจักรพรร ทรัพย์เย็น (2552) ได้ศึกษาทัศนคติต่อสารเมลามิน และความไว้วางใจในผลิตภัณฑ์นมตราฉลากที่มีผลต่อแนวโน้มพฤติกรรมการซื้อผลิตภัณฑ์ในอนาคต พบว่า ความไว้วางใจในผลิตภัณฑ์นมตราฉลากโดยรวมมีความสัมพันธ์ทิศทางเดียวกันในระดับปานกลางกับแนวโน้มพฤติกรรมการซื้อหรือดื่มโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอารีย์ คำวนศักดิ์ (2545) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมเชิงสร้างสรรค์ ความไว้วางใจในองค์กรกับผลการดำเนินงานของกลุ่มงานพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ที่ผ่านการประเมินการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า ความไว้วางใจในองค์กรมีผลการดำเนินงานของกลุ่มงานพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ที่ผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจารุพรรณ ลีละยุทธโยธิน (2544) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ ความไว้วางใจในหัวหน้าหอผู้ป่วย การทำงานในทีมการพยาบาลกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ความไว้วางใจในหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการประมวลเอกสารสรุปได้ว่า ความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ในโครงการ หมายถึง การรับรู้ความสามารถ ความเมตตากรุณา และความซื่อสัตย์ของเจ้าหน้าที่ในโครงการ ที่ให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงบนพื้นฐานของความคาดหวังว่าจะทำให้มีดัชนีมวลกายลดลง ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดที่ปรับมาจากของ ศุภรัตน์ อิงชาติเจริญ (2551) และอารีย์ คำวนศักดิ์ (2545) ลักษณะของแบบวัดเป็นประโยคบอกเล่าและเป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีความไว้วางใจในผู้ให้บริการโครงการสูงกว่าและผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าเป็นผู้ที่มีความไว้วางใจในเจ้าหน้าที่โครงการต่ำกว่า

10. ปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

10.1 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคมนั้นถือเป็นสาเหตุด้านสถานการณ์หรือสาเหตุภายนอก เพราะการดำรงอยู่ของมนุษย์ในสังคมจำเป็นต้องมีการติดต่อสื่อสาร มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และความรู้สึกซึ่งกันและกัน

เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม การพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาวิจัยของไทเดน (เพชร อินทรพานิช, 2536 อ้างอิงจาก Tiden, 1985) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอนามัย และเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะช่วยลดความเครียด สามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสมนำไปสู่การมีสุขภาพอนามัยที่ดี นอกจากนี้พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายถึงชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีด้วย (William, 2000)

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาทางพฤติกรรมสุขภาพทั้งสุขภาพจิตและสุขภาพกาย เพราะสาเหตุที่ว่าคนเราเกิดมาแล้วไม่ได้อยู่คนเดียวในสังคมต้องมีการติดต่อพบปะกับบุคคลอื่นเสมอ การติดต่อกันทำให้รู้จักกันทำให้เกิดความสัมพันธ์กับคนอื่นหลายคน จนกลายเป็นเครือข่ายทางสังคม (Social Network) ขึ้นซึ่งเครือข่ายทางสังคมเป็นเครือข่ายโยงใยที่แสดงให้เห็นว่าคนนั้นมีการติดต่อสัมพันธ์กับใครบ้าง เช่น กับคนในครอบครัวและญาติ เป็นต้น จากคนใกล้ชิดด้วยยาวกว้างออกไปถึงเพื่อนบ้าน เพื่อนที่เรียนหนังสือด้วยกัน เพื่อนร่วมงาน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสมาชิกชมรม หรือสมาคมต่างๆ เป็นต้น การได้ติดต่อกันและการได้สื่อสารกันทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร สร้างความสนิทสนมคุ้นเคยทำให้มีโอกาสเกื้อหนุนซึ่งกันและกันมีการช่วยเหลือกันบางครั้งบุคคลหนึ่งอาจจะเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น แต่บางครั้งอาจจะเป็นผู้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ด้วยการเกื้อกูลกันทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความมั่นคงปลอดภัย ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด ความไว้วางใจ ความใกล้ชิดสนิทสนม การได้เล็งดูช่วยเหลือ 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 สำหรับความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมที่บุคคลได้จากกลุ่มและธอทส์ (Thoits, 1982: 147-148) ได้ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมว่า การที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้ จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น และเห็นว่าเป็นมโนทัศน์หลายมิติ ซึ่งจะพิจารณามิติใดมิติหนึ่งไม่ได้ต้องพิจารณารวมกันทุกด้าน และเชลเฟอร์ (Shaefer, Coyne & Lazarus,1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ประคับประคองจิตใจของคนในสังคม หมายถึง การแลกเปลี่ยนแหล่งประโยชน์ระหว่างผู้รับกับผู้ให้ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้รับมีความผาสุก และกอบทเท (Stewart,1993 อ้างอิงจาก Gottfried,1983) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัตถุหรือการกระทำที่ได้รับจากผู้ที่มีความใกล้ชิด เพื่อประโยชน์ด้านอารมณ์และพฤติกรรมต่อผู้รับ

จากการประมวลเอกสารสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน ซึ่งเป็นผลทำให้ผู้รับปฏิบัติไปในทางที่ผู้ให้ต้องการ

องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมและแบ่งประเภทไว้มากมีดังนี้

ธอทัส (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

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

แหล่งการสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติกลุ่มสังคมแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ กลุ่มสังคมปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน กลุ่มสังคมทุติยภูมิ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ (จริยา คมพยัคฆ์, 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. องค์การหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized Support) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกันเป็นหน่วย ชุมชน สมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคม ผู้สูงอายุ เป็นต้น

3. กลุ่มผู้ช่วยเหลือทางวิชาชีพ (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 และ 2) Social Support Questionnaire (SSQ) เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างโดยเชียร์เฟอร์และคณะ (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) ประกอบด้วยการได้รับการสนับสนุน 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข่าวสาร และด้านสิ่งของ 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 ภูษยัณ (2546) ได้ใช้แบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัวในการศึกษาจิตลักษณะและปัจจัยสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นแบบวัดที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และปัทสนิร 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) ได้ใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนัก โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม 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 อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2552:30) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยวัณโรค ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาด การสนับสนุนทางสังคมหรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม และการศึกษาระบาดวิทยายังพบว่า คนที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม จะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการติดโรคได้ง่ายเนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกันร่างกายและมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงอีกด้วย และได้รายงานการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจร่างกายเป็นประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้น จึงเห็นได้ว่ามีรายงานการศึกษามากมายที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อสุขภาพ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพอนามัยของบุคคล โดยที่อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัว เพื่อนและเพื่อนบ้านช่วยให้มีอาการดีขึ้น นอกจากนี้การได้รับบริการจากแพทย์และพยาบาลสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้มากกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนน้อย ผลจากการขาดการสนับสนุนทางสังคมทำให้สภาวะจิตใจของบุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงทำให้มีผลกระทบต่อการผลิตฮอร์โมนของร่างกายและในที่สุดทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำลงจึงทำให้เกิดโรคได้ง่ายและเจ็บป่วยบ่อยและมีอัตราการตายสูงกว่าบุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และกุสุมา สุริยา (2550) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนัก โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการลดน้ำหนักมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักคือ การมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหารและอารมณ์ของกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) ได้ศึกษาอิทธิพลของลักษณะทางจิตลักษณะสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของบุคลากรกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข 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 ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” มีข้อคำถามที่มีทั้งทางบวกและทางลบ

10.2 การมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงกับพฤติกรรมสุขภาพ

การมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง หมายถึง การที่บุคคลหรือกลุ่มได้เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งหรือทุกขั้นตอนในกิจกรรมต่างๆ อาจมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเพื่อผลประโยชน์ทั้งสองฝ่าย คือ ฝ่ายผู้ให้บริการโครงการและผู้รับบริการ (จุฬารัตน์ โสตะ, 2546) สอดคล้องกับสำนักงานแรงงานระหว่างชาติ (International Labour Office, 1971 อ้างอิงใน สัมฤทธิ์ ต่อสดี, 2542) ได้ให้ความหมาย การมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง หมายถึง ความร่วมมือ (Cooperation) การมีส่วนร่วมในบางสิ่งบางอย่างซึ่งรวมถึงความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมและโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1977) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง หมายถึง การเข้ามาเกี่ยวข้องในด้านกระบวนการ การตัดสินใจ การดำเนินงาน การแบ่งปันผลประโยชน์ที่จะได้รับและการประเมินผลของโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ส่วนเครตันและแพท (Clayton & et al., 1997) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง หมายถึง กระบวนการของความร่วมมือร่วมใจของผู้รับบริการเป็นแนวทางที่สามารถทำให้การปฏิบัติมีประสิทธิภาพมากขึ้นซึ่งจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ประสบความสำเร็จและสอดคล้องกับการให้ความหมาย ของ สุพัตรา ศรีวนิชชากร และคณะ (2545:36) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพสำหรับภาครัฐคือ หน่วยบริการมีบทบาทสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนได้ 2 ลักษณะ คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามาร่วมในกิจกรรมบริการของหน่วยบริการกับการที่หน่วยบริการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพของประชาชน

สรุปได้ว่า การรับรู้การมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง หมายถึง การรับรู้ของผู้ใช้บริการในการเข้ามามีบทบาทในการร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการในการทำกิจกรรมร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมในการประเมินผลกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ

แนวคิดการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแนวคิดของโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen and Uphoff, 1975) ซึ่งอธิบายการมีส่วนร่วมไว้ว่า การมีส่วนร่วมมี 4 ประการ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หมายถึง การมีโอกาสด้านการแสดงความคิดเห็น การเสนอทางเลือก และการมีส่วนร่วมในการวางแผนต่อสิ่งที่จะมีผลต่อกลุ่ม การตัดสินใจจำแนกได้ 3 ประเภท คือ

1.1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในขั้นตอนการริเริ่ม

1.2 การมีส่วนร่วมตัดสินใจขั้นการดำเนินการเป็นขั้นต่อเนื่องจากการมีส่วนร่วมในการริเริ่ม

1.3 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงปฏิบัติการในงานที่มีความซับซ้อนต้องการความประณีต เช่น การเลือกผู้นำ การจัดประชุมที่มีผลต่อองค์กร

2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมแบบนี้มีหลัก 3 ประการ ได้แก่

2.1 การสนับสนุนทรัพยากร (Resource Contributions) เป็นการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนในเรื่องของทรัพยากร เช่น กำลังกาย เงิน ข้อมูล หรือสิ่งของที่มีความจำเป็นต่อการดำเนินการ เป็นต้น

2.2 การบริหารและการประสานงาน (Administration and Coordination) โดยทั่วไปมักจำกัดการมีส่วนร่วมเป็นเพียงการสนับสนุนทรัพยากรด้านวัตถุ โดยแท้จริงแล้วคุณค่าของการมีส่วนร่วมนั้น

เกิดจากการมีองค์กรที่หลากหลาย มีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติงานร่วมกันอย่างเข้มแข็งรวมถึงประชาชนในท้องถิ่นเข้ามาเกี่ยวข้องกับการบริหารงานและการประสานเปรียบเป็นบุคลากรประเภทกิ่งวิชาชีพ หรือเป็นแรงงานที่ใช้ทักษะเป็นต้น ดังนั้น การพัฒนาจะดีขึ้น ถ้าหาช่องทางของการสื่อสารระหว่างคนในท้องถิ่นกับผู้นำกลุ่มได้ โดยใช้โปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาระดับฝีมือ

2.3 การเข้าร่วมในกิจกรรมตามโปรแกรม (Program enlistment activities) การมีส่วนร่วมโดยการได้รับเกณฑ์เข้ามาร่วมงานเป็นการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติที่เกี่ยวกับความตั้งใจของบุคคล โดยทั่วไป มักจะคิดว่าต้องเป็นประชาชนในกลุ่มเป้าหมายเท่านั้น โดยแท้จริงแล้ว บุคคลที่มีความสนใจก็สามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมตามโปรแกรมได้

ซึ่งการมีส่วนร่วมในการปฏิบัตินี้ต้องคำนึงถึงปัจจัยนำเข้ามีการมอบอำนาจหน้าที่จำนวนทรัพยากรในองค์กรและการกำหนดกิจกรรมในการปฏิบัติ

3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ ซึ่งจำแนกเป็น 3 ประการ

3.1 ผลประโยชน์ในทรัพยากร (Material Benefits)

3.2 ผลประโยชน์ทางสังคม (Social Benefits)

3.3 ผลประโยชน์ส่วนบุคคล (Personal Benefits)

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล การควบคุม และการตรวจสอบการดำเนินงานกิจกรรมทั้งหมด และเป็นการแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมอื่นๆ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วการมีส่วนร่วมแบบนี้มีอยู่น้อยมาก

จากแนวทางการมีส่วนร่วมที่ว่า การที่บุคคลหรือกลุ่มได้มีส่วนเข้ามาเกี่ยวข้องในการดำเนินกิจกรรม เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ในเรื่องสุขภาพหรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและประชาชนต้องมีการติดต่อสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์กันเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันทำให้ทราบถึงจุดมุ่งหมายและปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการร่วมกันหาวิธีและแนวทางปฏิบัติเพื่อจุดมุ่งหมายซึ่งเป็นที่ยอมรับกันทั้งสองฝ่าย ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในขั้นตอน การประเมินการรับรู้ภาวะอ้วนของตนเองและเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม การตั้งเป้าหมายและวางแผนแนวทางปฏิบัติในการลดน้ำหนักและการประเมินผลพฤติกรรมลดน้ำหนัก

แบบวัดการมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง

แบบวัดการมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงผู้วิจัยได้ปรับมาจากแบบวัดของสมใจ รัตนศรีทอง (2546) สร้างขึ้นตามแนวคิดของโคเฮนและอพออฟ (1977) ซึ่งประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบบสอบถามการมีส่วนร่วม มีค่าความเชื่อมั่น .93 ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด ถึงไม่ปฏิบัติเลย และกมล สาครณิทรัพย์ (2545) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะของการมีส่วนร่วมของประชาชนในชั้นด้อยต่างๆ ความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน เหตุผลของการมีส่วนร่วม โดยการมีส่วนร่วมในชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 ประเด็น คือ การร่วมค้นหาปัญหา

และการแสดงความคิดเห็น จำนวน 6 ข้อ ร่วมวางแผน จำนวน 5 ข้อ ร่วมดำเนินการ จำนวน 4 ข้อ และ ร่วมประเมินผล จำนวน 7 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 3 ระดับ มีส่วนร่วมมากถึง มีส่วนร่วมน้อย แบบสอบถามการมีส่วนร่วม มีค่าความเชื่อมั่น .93 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับแบบสอบถามของสมใจ รัตนศรีทอง (2546) และกมลลา ศาคร มณีทรัพย์ (2545)

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงกับพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาของจิตรวดี สุทธิอาภา (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ ทักษะคิดต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ นโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ภาวะผู้นำของผู้บริหาร การติดต่อสื่อสารภายในองค์กร และสามารถทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรม การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ได้ร้อยละ 13.40 ส่วน กมลลา ศาครมณีทรัพย์ (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหลังวัดลานบุญ พบว่า ปัจจัยเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน นักวิชาชีพ และองค์กรที่เป็นทางการ ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนในด้านสิ่งของและบริการการสนับสนุนในด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนในด้านอารมณ์จิตใจ ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยทางสถิติ สาวิตรี เชื้อแก้ว (2553) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชากรกลุ่มเสี่ยงสุขภาพในการออกกำลังกาย อำเภอตากวาง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความรู้ด้านหลักการออกกำลังกาย เจตคติต่อการออกกำลังกาย และแรงกดดันทางด้านสังคม (ด้านเจ้าหน้าที่ ด้านผู้นำชุมชนและด้านประชาชน) มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของประชากร กลุ่มเสี่ยงสุขภาพในการออกกำลังกาย และปัจจัยด้านเจตคติต่อการออกกำลังกาย ปัจจัยด้านแรงกดดันทางด้านสังคมจากประชาชน ผู้นำชุมชน และปัจจัยด้านความรู้หลักการออกกำลังกาย สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของประชากรกลุ่มเสี่ยงสุขภาพในการออกกำลังกายได้ร้อยละ 54.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เจตคติต่อการออกกำลังกาย แรงกดดันทางด้านสังคมจากประชาชน แรงกดดันทางด้านสังคมผู้นำชุมชน และความรู้หลักการออกกำลังกาย มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยต่อการมีส่วนร่วมในการออกกำลังกายเป็น .417 .308 .222 และ .106 ตามลำดับ อรกานต์ ชินพงษ์พานิช (2542) ได้ศึกษาผลของการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลางกรุงเทพมหานคร พบว่าการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีความรู้ประธรรมของบริการและด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าของผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และผู้รับบริการในด้านความเชื่อถือว่าไว้วางใจได้ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการทันทีและด้านการเข้าใจและเห็นอกเห็นใจของผู้ป่วยที่

ได้เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน และปิยวรรณ กมลวิทย์ (2547) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน : ศึกษาเฉพาะศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลระนอง เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมและการรับรู้ของประชาชนต่อการดำเนินกิจกรรมบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน ตลอดจนถึงทัศนคติของประชาชนที่มีต่อการใช้บริการ รวมถึงศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อกิจกรรมบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาลและด้านการฟื้นฟูสภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในด้านการรักษาพยาบาลมากที่สุดรองลงมาคือการป้องกันโรคและด้านการส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาแนวคิดการมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมเกิดจากการที่บุคคลมีความเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ โดยสถานการณ์และจุดมุ่งหมายของการกระทำเป็นสิ่งเร้ากระตุ้นให้บุคคลตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อจะได้ร่วมรับผลสำเร็จของการกระทำนั้นๆ ดังนั้น ในมุมมองในเชิงของการมีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่า การมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง หมายถึง การที่ประชาชนเข้ามามีบทบาทและร่วมกิจกรรมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ร่วมรับผลประโยชน์ในการดำเนินกิจกรรม และร่วมแสดงความคิดเห็นต่อผลการประเมินกิจกรรมของโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่ได้ร่วมปฏิบัติ โดยวัดจากการรับรู้การมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่รับมาจากแบบวัดของสมใจ รัตนศรีทอง (2546) กมลลา สาครณิทรัพย์ (2545) ข้อคำถามเป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย”

11. กรอบแนวคิดในการวิจัย

เป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้โดยอาศัยหลักสหวิทยาการหรือหลายสาขาร่วมกัน และจากรวบรวมแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งทางจิตวิทยา สังคมวิทยา พฤติกรรมสุขภาพ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และระเบียบวิธีวิจัยที่ซับซ้อนขึ้นตามสภาพปัญหาและโครงสร้างของกลุ่มตัวอย่าง ในปัจจุบันที่ยากซับซ้อนต่อการแก้ไข มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยและมีการออกแบบงานวิจัยที่ต้องใช้สถิติขั้นสูงเพื่อตอบคำถามงานวิจัยได้ลึกและให้น่าเชื่อถือมากขึ้น และในการศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุแบบพหุระดับด้านจิตสังคมและพฤติกรรมของผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและผู้รับบริการในกลุ่มโรคอ้วนที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมเสี่ยงครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญา (Social Cognitive Learning Theory) ของแบนดูรา (Bandura) มากำหนดเป็นกรอบในการศึกษา ตามที่แบนดูราอธิบายว่าการเรียนรู้เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและสภาพแวดล้อมในสังคม ซึ่งทั้งผู้เรียนและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อกันและกัน แบนดูรา (Bandura) กล่าวว่าคนเรามีปฏิสัมพันธ์ (Interact) กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวเราอยู่เสมอ การเรียนรู้เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและสภาพแวดล้อม ซึ่งทั้งผู้เรียนและสภาพแวดล้อมมีอิทธิพลต่อกันและกันพฤติกรรมของคนเราส่วนมากจะเป็นการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning) หรือการเป็นตัวแทน (Modeling) โดยทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิ

ปัญญา ได้อธิบายสาเหตุการเกิดพฤติกรรมของบุคคลว่าเกิดจากสาเหตุหลัก 2 ประการ คือ 1) ตัวบุคคล และ 2) จากสภาพแวดล้อมทางสังคม

ในงานวิจัยครั้งนี้มีสาเหตุการเกิดพฤติกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ประกอบด้วย

1. ตัวบุคคล (Person) ประกอบด้วยกลุ่มปัจจัยทางจิต ซึ่งเป็นพฤติกรรมภายใน ได้แก่ เชื้อไวรัสสุขภาพ เชื้ออารมณ์ของทีม และ บทบาททีม

2. จากสภาพแวดล้อมทางสังคม ประกอบด้วย กลุ่มปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจาก ผู้บังคับบัญชา การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

3. จากพฤติกรรม ได้แก่ การบริหารโครงการ และการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ และสาเหตุการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มผู้รับบริการในกลุ่มโรคอ้วน ประกอบด้วย

1. ตัวบุคคล (Person) ประกอบด้วยกลุ่มปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เจตคติที่ดีต่อ พฤติกรรมสุขภาพ และความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ

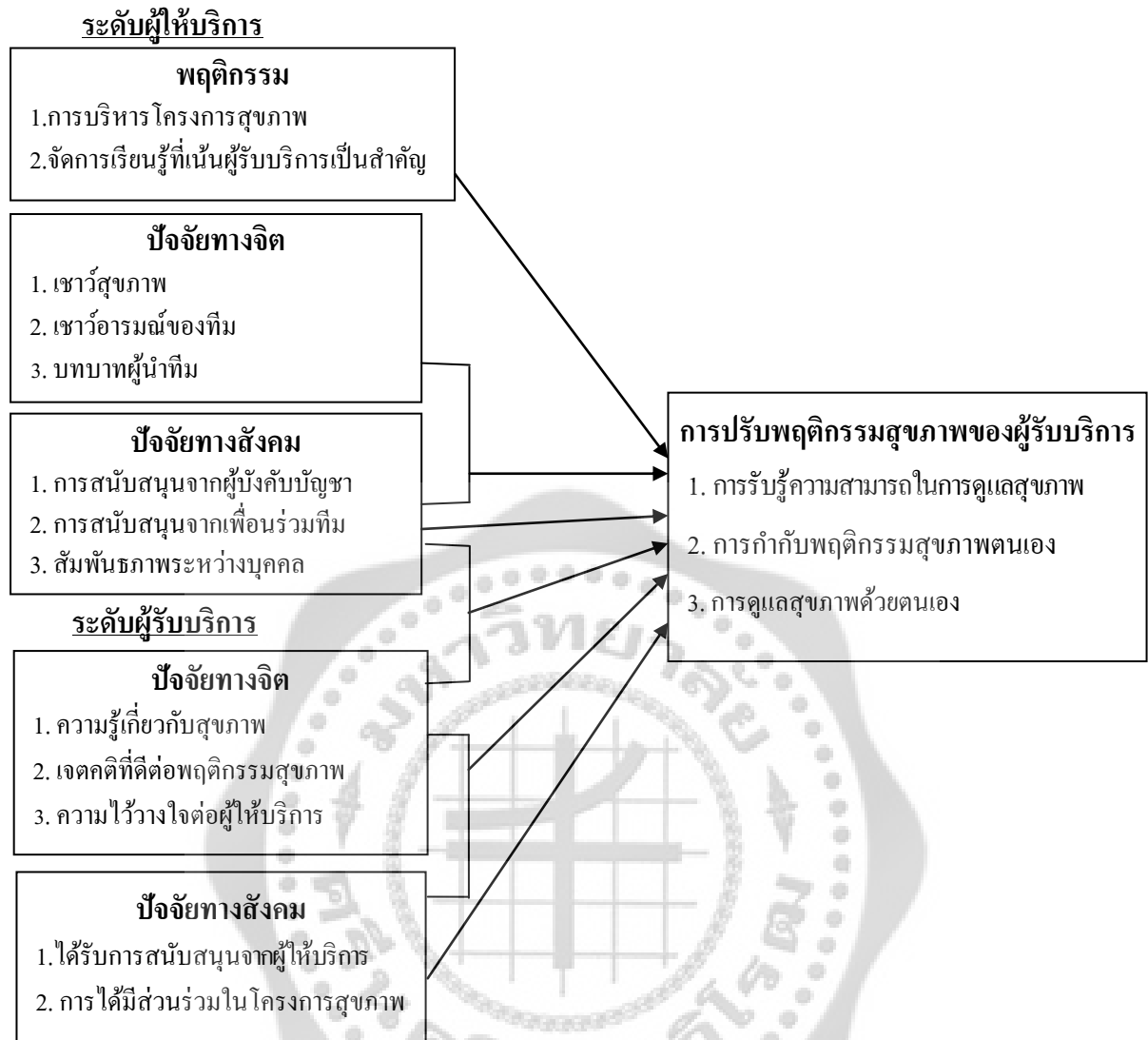
2. จากสภาพแวดล้อมทางสังคม ประกอบด้วย กลุ่มปัจจัยทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคมจากผู้ให้บริการ และการได้มีส่วนร่วมในโครงการ

ตัวแปรตาม ที่เกิดจากสาเหตุปัจจัยทั้งในระดับผู้ให้บริการและระดับผู้รับบริการ ได้แก่ กลุ่มตัวแปร การปรับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ การกำกับ พฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์รูปแบบปฏิสัมพันธ์นิยม (Interactionism Model) มาเป็นกรอบในการหา ปฏิสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรทางจิตและทางสังคมพฤติกรรม ภายในในระดับกลุ่มผู้บริหารโครงการ สุขภาพ ภายในระดับกลุ่มผู้รับบริการ และปฏิสัมพันธ์ข้ามระหว่างระดับ (Cross level Interaction Effect) รูปแบบปฏิสัมพันธ์นิยมนี้เน้นการศึกษาลักษณะภายในจิตใจของบุคคลและความสำคัญของสภาพแวดล้อม ภายนอกตัวบุคคล ไม่ว่าจะ เป็นเหตุการณ์หรือกลุ่มบุคคล (ดวงเดือน พันธุมนาวิน, 2543: 105 - 108; อ้างอิง จาก Magnusson & Endler, 1977: 18 - 21) สอดคล้องกับแนวคิดของ อัลบานีส (สิริลักษณ์ ตรีขันธ์ศิริคุณ, 2550: 22-23 อ้างอิงจาก Albanese, 1981: 204) กล่าวว่าพฤติกรรมของบุคคลมาจากองค์ประกอบ 2 อย่างคือ ลักษณะส่วนบุคคลกับ สภาพแวดล้อม อธิบายได้ว่า ลักษณะส่วนบุคคลกับสภาพแวดล้อมซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ ระหว่างกันจะส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมของบุคคล เพื่อค้นหารายละเอียดของเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่มี ลักษณะทางจิตและสังคมบางประการเท่านั้นเพื่อใช้ประกอบการจัดลำดับการช่วยเหลือหรือการจัดกิจกรรม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง เฉพาะบางกลุ่มก่อน เป็นต้น

ในการออกแบบการวิจัยแบบขั้นสูงที่คณะผู้วิจัยต้องการคำตอบการวิจัยที่เชื่อถือได้สูงสุด และ ครอบคลุมบริบทของความเป็นจริงตามวิถีการปฏิบัติ (Life style) ของบุคคลที่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อการปฏิบัติ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชน เพื่อจะได้ข้อมูลจากผลการวิจัยที่ยืนยันทิศทางการนำมาใช้ ในการปรับพฤติกรรม ให้เหมาะสมพอดีกับลักษณะของกลุ่มผู้รับบริการให้มากที่สุด และเพื่อต้องการทราบ ปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงทั้งปัจจัยในกลุ่มให้บริการและกลุ่มผู้รับบริการ ที่มีต่อความสำเร็จของการปรับ

พฤติกรรม และให้ได้คำตอบไปพร้อมๆ กันว่าปัจจัยในระดับกลุ่มไหนที่มีอิทธิพลมากกว่ากัน อาจจะเป็นในกลุ่มผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างความเข้มแข็งให้กับกลุ่มนั้น โดยใช้หลักการวิเคราะห์พหุระดับ (Multi Level Analysis) ซึ่งเป็นเทคนิควิธีการทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรอิสระหลายตัวที่มีต่อตัวแปรตาม โดยตัวแปรอิสระที่นำมาวิเคราะห์นั้นมีโครงสร้างของตัวแปรเป็นระดับชั้น (Hierarchy) ที่ลดหลั่นกันไปซึ่งจัดระดับได้ 2 ระดับชั้นและตัวแปรอิสระระดับบนจะมีอิทธิพลต่อตัวแปรตามผ่านตัวแปรอิสระที่อยู่ระดับล่างลงมา โดยตัวแปรอิสระระดับชั้นเดียวกันต่างก็มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และได้รับอิทธิพลร่วมกันจากตัวแปรในระดับชั้นที่สูงกว่า เป็นความสนใจศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายต่างระดับที่ส่งผลต่อตัวแปรตาม ในการวิเคราะห์เชิงสาเหตุแบบพหุระดับจึงเป็นเทคนิคการวิเคราะห์ขั้นสูง ที่สนใจวิเคราะห์ความเป็นสาเหตุระหว่างตัวแปร โดยศึกษาโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุตามระดับลดหลั่นกันของข้อมูลระหว่างตัวแปรทำนาย ซึ่งเป็นเหตุกับตัวแปรตาม ซึ่งเป็นผลในแต่ละระดับชั้นของข้อมูล ดังนั้น การวิเคราะห์เชิงสาเหตุแบบพหุระดับจึงเป็นการบูรณาการแนวคิดของการวิเคราะห์เชิงสาเหตุและการวิเคราะห์พหุระดับเข้าด้วยกัน และขั้นตอนการวิเคราะห์เชิงสาเหตุแบบพหุระดับ ในงานวิจัยนี้มีข้อมูล 2 ระดับ ได้แก่ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2550) 1) พัฒนาโมเดลเชิงสาเหตุแบบพหุระดับ ผู้วิจัยมีความจำเป็นต้องศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความเป็นสาเหตุได้แก่ ปัจจัยทางจิตสังคมและพฤติกรรม ของตัวแปรตามซึ่งในงานวิจัยนี้ได้แก่ ตัวแปร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อศึกษาคัดเลือกตัวแปรปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องเป็นตัวแปรในการทำนายประกอบด้วยตัวแปรต่างระดับ โมเดลเชิงสาเหตุตามสมมติฐาน จึงจำเป็นต้องมีลักษณะเป็นโมเดลเชิงสาเหตุแบบพหุระดับ 2) วิเคราะห์ตัวแปรตามด้วยโมเดลไร้มัน (Analysis of Null Model) วิเคราะห์โมเดลศูนย์ หรือโมเดลไร้มันทำนาย ซึ่งเป็นโมเดลที่มีเฉพาะตัวแปรตามที่น่าสนใจ ไม่มีตัวแปรทำนายใดๆ ในทุกระดับเพื่อศึกษาความผันแปรของตัวแปรตามว่าอยู่ในแต่ละระดับชั้นจะทำให้ทราบปริมาณสัดส่วนความแปรผันของตัวแปรตามว่าอยู่ในแต่ละระดับชั้นมากน้อยเพียงไรอันจะเป็นประโยชน์สำหรับการจัดเตรียมตัวแปรทำนายในแต่ละระดับชั้น ปรับปรุงและพัฒนาโมเดลที่เหมาะสมของแต่ละระดับชั้น ดังแสดงกรอบแนวคิดในงานวิจัยนับว่า เป็นรูปแบบการวิเคราะห์จิตสังคมและพฤติกรรมที่เหมาะสมกับปัญหาการวิจัยในแนวพฤติกรรมศาสตร์ ซึ่งเป็นการพยายามที่แสวงหาความรู้และข้อสรุปเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์อย่างครอบคลุม โดยอาศัยหลักสหวิทยาการหรือหลายสาขาร่วมกัน และจากแนวคิดทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งทางจิตสังคมวิทยา การแพทย์ และพฤติกรรมสุขภาพ มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อหาตัวแปรที่หลากหลายในสาขาวิชาดังกล่าวมารวมเป็นตัวแปรทางพฤติกรรมศาสตร์เพื่อให้สอดคล้องกับความมุ่งหมายของการวิจัย สามารถสรุปเป็นกรอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้ดังภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 กรอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบพหุระดับด้านจิตสังคมและพฤติกรรมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่มีต่อการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการ โรคอ้วน

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยทางจิตสังคมในระดับกลุ่มผู้รับบริการมีอิทธิพลต่อการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพรายด้านของผู้รับบริการโรคอ้วน ได้แก่ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองและการดูแลสุขภาพตนเอง
2. ปัจจัยทางจิตสังคมและพฤติกรรมการบริหารโครงการสุขภาพของผู้ให้บริการมีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงรายด้านของผู้รับบริการโรคอ้วน
3. มีปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับระหว่างปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมบางประการทั้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงรายด้านของผู้รับบริการโรคอ้วน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นงานวิจัยแบบผสมวิธี โดยเริ่มด้วยงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation Research) ที่ใช้การวิเคราะห์แบบพหุระดับ (Multilevel Analysis) เพื่อตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเหตุกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ทั้งตัวแปรระดับเดียวกันและตัวแปรต่างระดับ และตามด้วยงานวิจัยเชิงคุณภาพแบบพหุกรณีศึกษา เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยจึงได้กำหนด ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ตอนที่ 1 การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเหตุแบบพหุระดับของปัจจัยจิตสังคมและพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและตรวจสอบอิทธิพลของปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับระหว่างตัวแปรในระดับกลุ่มผู้ให้บริการและระดับกลุ่มผู้รับบริการที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคอ้วน

ตอนที่ 2 ศึกษาแนวทางการดำเนิน โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่ความสำเร็จสูงของการปรับพฤติกรรมในกลุ่มโรคอ้วน

ตอนที่ 1 ตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเหตุแบบพหุระดับของปัจจัยจิตสังคม และพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและตรวจสอบอิทธิพลของปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับระหว่างตัวแปรในระดับกลุ่มผู้ให้บริการและระดับกลุ่มผู้รับบริการที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคอ้วน

1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ประกอบด้วย สถานการณ์และความรุนแรงของโรคอ้วน แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) แนวคิดการปรับพฤติกรรม (Behavior modification) ตามหลักการแห่งพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคม (Social cognitive theory) (Bandura, 1986; Mikulas, 1978; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) และทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change theory) ตามรูปแบบทฤษฎีโอเรติกอล (Thanstheoretical model: TTM) (Prochaska & DiClemente, 1983; Horneffer-Ginter, 2008) เซาว์สุขภาพ (Health Quotient - HQ) เป็นการสะท้อนถึงควมมีสติด้านสุขภาพ (Health consciousness) ความรู้ด้านสุขภาพ (Health knowledge) (Lee Earn Chang, 2001) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) (Bandura, 1986) การกำกับตนเอง (Self-regulation) (Schunk, 1991; Schunk & Zimmerman, 1997) การดูแลตัวเอง (Self-care) (Gantz, 1990; Orem, 1991) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) (Caplan; Robinson; & French, 1976; House, 1981) การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) (Sanz, 1993; Burnet et al, 2002) การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result Based Management) สำนักงานข้าราชการพลเรือน (2541) การมองโลกแง่ดี (Optimism) (Seligman, 2002) แรงจูงใจ (Motivation) (Deci & Ryan, 1990) การบริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Individual or Clients-Center Approach) (Roger, 1961) การเห็นคุณค่าในตัวเอง (Self-esteem) (Coopersmith, 1981) พฤติกรรมการบริหารโครงการ (Project management behavior) (Maylor,

1996)การแสดงบทบาทผู้นำทีม(The leading's role) (Bruke et al., 2006; Donnellon, 2006) ความฉลาดทางอารมณ์ของทีม (Druskat & Woff, 2001) และความไว้วางใจของผู้รับบริการ (Trust) (Dentsch, 1972)

2. จัดทำร่างต้นแบบของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเหตุแบบพหุระดับของปัจจัยจิตสังคมและพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคอ้วนที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ในการตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเหตุแบบพหุระดับของปัจจัยจิตสังคม และพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคอ้วนตามสมมติฐานครั้งนี้ ใช้การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ จากแบบสอบถาม โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลพหุระดับ(Multilevel Analysis) ด้วยการวิเคราะห์โมเดลเชิงเส้นแบบลดหลั่น (Hierarchical Linear Model) ด้วยโปรแกรม HLM และการวิเคราะห์หาปฏิสัมพันธ์ร่วมข้ามระดับระหว่างตัวแปร โดยมีขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การเลือกกลุ่มประชากร
2. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง
3. ตัวแปรสำหรับการวิจัย
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูล

การเลือกกลุ่มประชากร

ประชากรระดับโครงการ ได้แก่ ผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ประกอบด้วย คณะทำงานหรือทีมงาน ที่ดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนที่ได้ดำเนินโครงการแล้วเสร็จในช่วงปี พ.ศ. 2552 – 2554 ที่ผ่านมา และได้รับทุนสนับสนุนในการดำเนินโครงการจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร มีจำนวนทั้งสิ้น 150 โครงการมาจาก สถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน ศูนย์สาธารณสุขกรุงเทพมหานคร สถานศึกษาทั้งโรงเรียน มหาวิทยาลัยและหน่วยงานที่ไม่หวังผลกำไร เช่น มูลนิธิ สมาคม เป็นต้น

ประชากรระดับกลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ก่อนเข้าร่วมโครงการ (BMI>23) ที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงกับกลุ่มประชากรระดับโครงการในช่วงปี พ.ศ.2552 – 2554 ที่ผ่านมา รวมจำนวนประมาณ 25,000 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มหลักคือ กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างแรก ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเหตุแบบพหุระดับของปัจจัยจิตสังคมและพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคอ้วนตามสมมติฐาน กับข้อมูลความคิดเห็นที่เก็บรวบรวมจากแบบสอบถามซึ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ โดย

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ HLM และใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล การปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อ 1-2 และตอบสมมติฐานการวิจัยข้อ 1-3

กลุ่มตัวอย่างสอง ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาแนวทางต้นแบบในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่ความสำเร็จสูงของการปรับพฤติกรรมโรคอ้วน

ทั้งนี้ในการกำหนดขนาด กลุ่มตัวอย่างกลุ่มแรก เพื่อใช้ในการตรวจสอบรูปแบบตามสมมติฐานตามแนวคิด Bonllen (1989:268 ;อ้างใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542:54) เสนอแนะว่า เรื่องของขนาดกลุ่มตัวอย่าง ควรพิจารณาควบคู่ไปกับจำนวนพารามิเตอร์ที่ต้องการประมาณค่า ถ้ามีจำนวนมาก ควรจะต้องมีขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้นด้วย คณะผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กฎง่ายๆว่าอัตราส่วนระหว่างหน่วยตัวอย่าง และจำนวนพารามิเตอร์หรือตัวแปรควรจะเป็น 20 ต่อ 1 (Linderman, Merenda & Gold, 1980:163 & Weiss,1972; อ้างใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542:54) ในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรวัดได้ที่ใช้ในการวิจัยรวมจำนวน 17 ตัวแปร จึงประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามข้อกำหนดนี้ได้ 340 คน ในงานวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติ การวิเคราะห์พหุระดับ (Multilevel Analysis) ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างจึงมีความสำคัญต้องมีขนาดใหญ่พอถึงจะส่งผลต่อความเชื่อมั่นของรูปแบบการวิจัย และเพื่อให้การประมาณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีความเชื่อมั่นสูงและมีความมั่นใจในการตรวจสอบรูปแบบสมมติฐานควรใช้กลุ่มตัวอย่าง 300 คนขึ้นไป (Tabachnic & Fidell, 1996) สอดคล้องกับแนวคิดของแฮร์และคณะ (Hair et.al,1995) ที่เสนอแนะขนาดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 200 -300 คน และในการวิเคราะห์แบบพหุระดับ ชไนซ์เดอร์และโบสเกอร์ (Snijders & Bosker, 1999) แนะนำให้ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในระดับกลุ่มไม่น้อยกว่า 30 หน่วย และถ้าต้องการความแม่นยำมากขึ้นควรใช้กลุ่มตัวอย่างระดับกลุ่มไม่น้อยกว่า 100 หน่วย ส่วนกลุ่มตัวอย่างระดับบุคคลควรไม่น้อยกว่า 300 คนขึ้นไป ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ ชไนซ์เดอร์และโบสเกอร์ คือ การวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างระดับโครงการ 30 โครงการ โดยมีผู้ให้บริการจำนวน 87 คน มาจากสัดส่วนโครงการละ 4-5 คน และผู้รับบริการ จำนวน 412 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (Proportion Stratified random sampling) โดยใช้โครงการเป็นตัวแปรแบ่งชั้นและกำหนดสัดส่วนโครงการต่อจำนวนตัวอย่าง เท่ากับ 1: 20 จึงได้กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการขั้นต่ำ 400 คน

ตอนที่2 ศึกษาแนวทางการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่การปรับพฤติกรรมในกลุ่มโรคอ้วน

ส่วนในการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่สอง สำหรับเป็นกลุ่มสนทนาผู้วิจัยใช้การคัดเลือกจากเกณฑ์ที่คณะวิจัยกำหนดขึ้น เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนที่เข้าร่วมโครงการในช่วง 6 เดือนและประสบความสำเร็จน้ำหนักตัวลดลง ค่า BMI ลดลง รอบเอวลดลงในระดับสูงสุดของผู้เข้าร่วมโครงการ และไม่เป็นความดันโลหิตสูง รวมจำนวน 4 คน และกลุ่มผู้บริหารโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่ประสบความสำเร็จในการจัดโครงการและได้บรรลุตามเป้าหมายตามตัวชี้วัดได้สูงสุดของโครงการทั้งหมดใน 20 โครงการดังกล่าวจำนวน 4 คนจาก 4 โครงการ ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับการสนทนากลุ่มเพื่อแนวทางต้นแบบในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่ความสำเร็จสูงของการปรับพฤติกรรมในกลุ่มโรคอ้วน

ตัวแปรสำหรับการวิจัย

ในระดับผู้ให้บริการ มีตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย ตัวแปรแฝงทั้งหมด 8 ตัว เป็นตัวแปรแฝงภายในซึ่งเป็นตัวแปรตาม 2 ตัว ได้แก่

1. พฤติกรรมการบริหารโครงการสุขภาพ ที่วัดจากองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ให้การเสริมแรงทางบวก 2) บริหารโครงการมุ่งผลสัมฤทธิ์ 3) บริหารโครงการด้วยการมองโลกแง่ดี 4) สร้างแรงจูงใจแก่ผู้รับบริการ 5) วางแผนกิจกรรมตามขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของผู้รับบริการ และ 6) เห็นคุณค่าของผู้รับบริการ

2. การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ ที่วัดจากองค์ประกอบ 2 ด้าน ได้แก่ 1) แบบเน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ 2) แบบเน้นผู้ให้บริการเป็นสำคัญ

และประกอบด้วยตัวแปรแฝงภายนอกซึ่งเป็นตัวแปรต้น 2 กลุ่มปัจจัย มี 6 ตัวแปร ดังนี้

1. ปัจจัยด้านจิตวัดจากตัวแปร 3 ตัว ได้แก่ 1) เชาวสุภาพ 2) บทบาทผู้นำทีม 3) เชาวอารมณ์ของทีม
2. ปัจจัยด้านสังคม วัดจากตัวแปร 3 ตัว ได้แก่ 1) การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา 2) การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีม 3) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ในระดับผู้รับบริการ มีตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย ตัวแปรแฝงทั้งหมด 8 ตัว

เป็นตัวแปรแฝงภายในซึ่งเป็นตัวแปรตาม 1 ตัว ได้แก่ การปรับพฤติกรรมสุขภาพ ที่วัดจากตัวแปรสังเกต 3 ตัว ได้แก่ 1) การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ 2) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และ 3) การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

และประกอบด้วยตัวแปรแฝงภายนอกซึ่งเป็นตัวแปรต้น 2 กลุ่มปัจจัย มี 7 ตัวแปร ดังนี้

1. ปัจจัยด้านจิตวัดจากตัวแปร 3 ตัว ได้แก่ 1) เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ 2) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ 3) ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ
2. ปัจจัยด้านสังคม วัดจากตัวแปร 2 ตัว ได้แก่ 1) การได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ 2) การมีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถามความคิดเห็นเพื่อวัดตัวแปรทั้งหมด 17 ตัวแปร

1. แบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่มแบบมีโครงสร้าง

ขั้นตอนของการพัฒนาเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง มีดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผลการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิเบื้องต้น
2. ศึกษาโครงสร้างคู่มือการใช้แบบวัด และเครื่องมือที่มีผู้วิจัยพัฒนาขึ้นแล้ว
3. กำหนดโครงสร้างและคู่มือการใช้แบบสอบถามการวิจัยครั้งนี้พร้อมกำหนดข้อคำถามให้

ครอบคลุมทุกตัวแปรในการศึกษาวิจัย

4. ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาภาษาที่ใช้โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน พร้อมทดลองให้กลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างทดลองทำ 3 คน และสอบถามความเข้าใจของข้อคำถาม

5. นำแบบวัดทั้งหมดที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดสอบทดลองใช้ กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง รวม จำนวน 50 คน และสัมภาษณ์เพื่อตรวจสอบความเข้าใจ ของข้อคำถาม แล้วนำข้อมูลที่ได้มาศึกษาคุณภาพของการวัดแต่ละฉบับ โดยคำนวณจากค่าสหสัมพันธ์คะแนนรายข้อกับคะแนนรวม(Item-total correlation -r) สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient - α) ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้ดังนี้

- 1) การรับรู้ความสามารถตนเอง 12 ข้อ มีค่า r อยู่ระหว่าง .254 - .810 และค่า α เท่ากับ .89
- 2) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง 31 ข้อ มีค่า r อยู่ระหว่าง .224- .815 และค่า α เท่ากับ .81
- 3) การดูแลสุขภาพตนเอง 28 ข้อ มีค่า r อยู่ระหว่าง .212 - .802 และค่า α เท่ากับ .81
- 4) บทบาทผู้นำทีม 12 ข้อ มีค่า r อยู่ระหว่าง .289 - .886 และค่า α เท่ากับ .954
- 5) เชี่ยวชาญภาพ 36 ข้อ มีค่า r อยู่ระหว่าง .236 - .744 และค่า α เท่ากับ .847
- 6) ความฉลาดทางอารมณ์ของทีม 17 ข้อ มีค่า r อยู่ระหว่าง .224 - .753 และค่า α เท่ากับ .861
- 7) การสนับสนุนทางสังคม 23 ข้อ มีค่า r อยู่ระหว่าง .247 - .885 และค่า α เท่ากับ .945
- 8) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 8 ข้อ มีค่า r อยู่ระหว่าง .325 - .874 และค่า α เท่ากับ .927
- 9) ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ 5 ข้อ ค่า r อยู่ระหว่าง 0.370 ถึง 0.581 และค่า α เท่ากับ 0.77
- 10) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ 20 ข้อ ค่าอำนาจจำแนก .223 - .547
- 11) เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ 18 ข้อ ค่า r อยู่ระหว่าง .211 - .731 และค่า α เท่ากับ .931
- 12) การได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ 24 ข้อ มีค่า r อยู่ระหว่าง .321- .820 และค่า α เท่ากับ 0.89
- 13) การมีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ 16 ข้อ ค่า r อยู่ระหว่าง .411 - .801 และค่า α เท่ากับ .930
- 14) การบริหารโครงการสุขภาพ 20 ข้อ ค่า r อยู่ระหว่าง .528 - .902 และค่า α เท่ากับ .975
- 15) การเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง 8 ข้อ ค่า r อยู่ระหว่าง .421 - .821 และค่า α เท่ากับ .905

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เตรียมเครื่องมือแบบสอบถามให้สมบูรณ์มีคุณภาพเพียงพอและขอความอนุเคราะห์ไปยังหน่วยงานที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน มิถุนายน – กันยายน พ.ศ. 2555

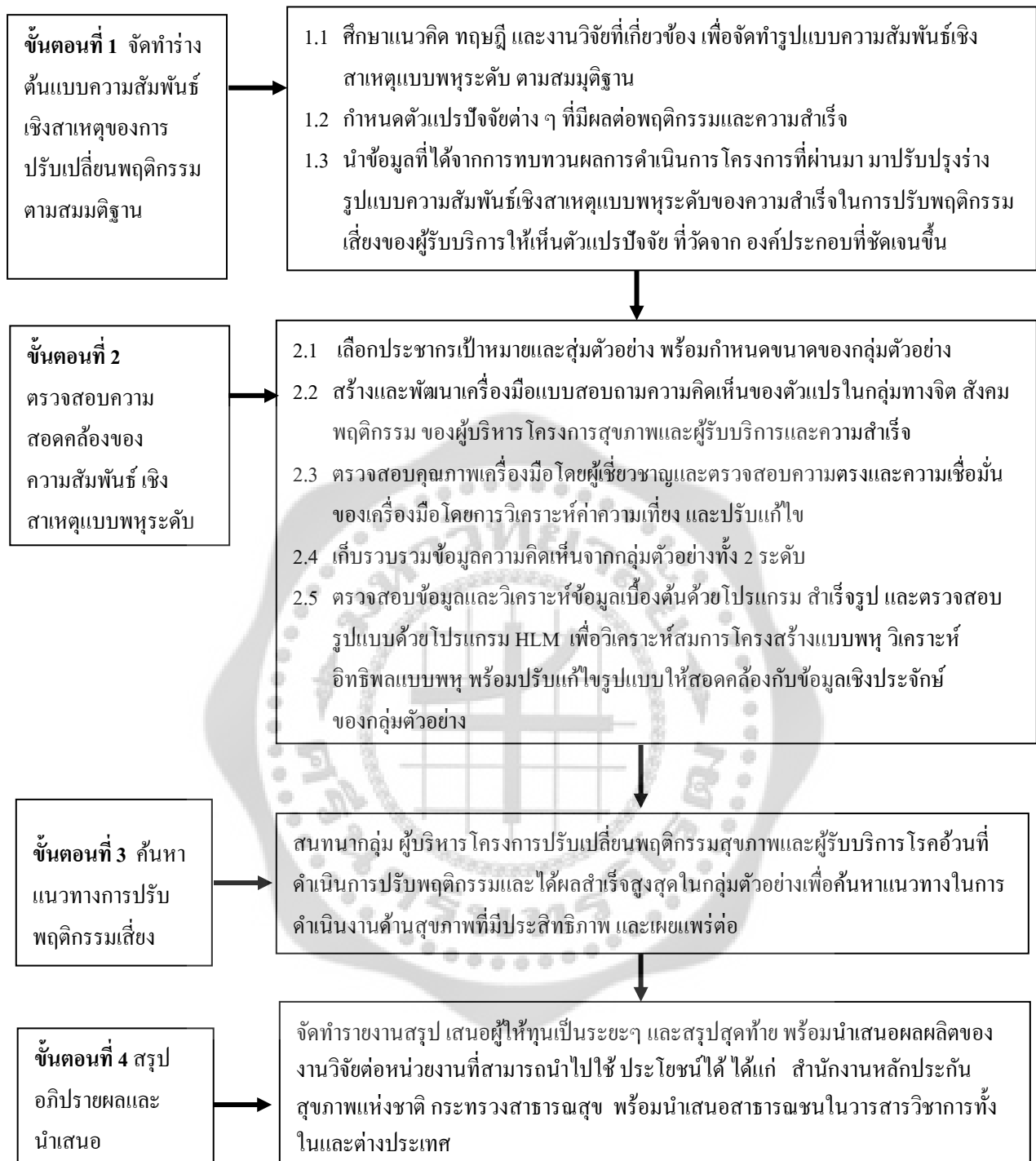
2. เก็บรวบรวมแบบสอบถามและคัดเลือกรเฉพาะแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้องข้อมูลก่อนกำหนดรหัสข้อมูลลงรหัสและตรวจสอบข้อมูลให้ตรงตามข้อตกลงของการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมลิสเรล และการวิเคราะห์ข้อมูล ในช่วงเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2555 – มกราคม พ.ศ. 2556

3. นัดกลุ่มเพื่อทำการสนทนากลุ่มผู้บริหารโครงการและผู้รับบริการที่ประสบความสำเร็จรวม 8 คน เพื่อค้นหาแนวทางต้นแบบการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่ความสำเร็จสูงของการปรับ พฤติกรรมในกลุ่มโรคอ้วนในเดือน กุมภาพันธ์ – มีนาคม พ.ศ. 2556

4. ตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องของการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด พร้อมจัดทำรายงานการวิจัยและแนวทางต้นแบบในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มโรคอ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ด้วยสถิติบรรยายให้เพื่อพิจารณาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ความเบ้ (Skewness) ความโด่ง (Kurtosis) และค่าสัมประสิทธิ์ของความแปรผัน (Coefficient of Variance (CV) และค่าร้อยละ
 2. วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยการพรรณนา และเปรียบเทียบความสอดคล้องของความคิดเห็นจากทุกกลุ่ม
 3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นรายคู่ หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวแปร 17 ตัว เพื่อให้ได้เมทริกซ์สหสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปร และวิเคราะห์สัมประสิทธิ์การถดถอยด้วยโปรแกรม SPSS for windows และตรวจสอบโมเดลเชิงเส้น
 4. ตรวจสอบปัจจัยเชิงสาเหตุในระดับผู้รับบริการว่ามีความแปรปรวนระหว่างโครงการหรือไม่โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ภายในชั้น (Interclass correlation) หากตัวแปรระดับโครงการมีค่าสหสัมพันธ์ภายในชั้นไม่เป็นศูนย์ แสดงว่าตัวแปรระดับบุคคลมีความแปรปรวนระหว่างหน่วยงาน (Muthen, 1994:388) ดังนั้นจึงสามารถวิเคราะห์และตรวจสอบความกลมกลืนของรูปแบบเชิงสาเหตุไขว้ระดับได้
 5. วิเคราะห์พหุระดับเพื่อทดสอบตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทั้ง 3 ด้าน ด้วยการวิเคราะห์แบบจำลองฐาน (Base model) และการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมุติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 - 3 ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลพหุระดับ โมเดลเชิงเส้นแบบลดหลั่น ด้วยโปรแกรม HLM Version 6.03
 - 6) วิเคราะห์โมเดลเชิงสาเหตุระดับที่ 1 หรือระดับจุลภาค (Causal Micro Model) ซึ่งเป็นโมเดลเชิงสาเหตุระหว่างสมาชิกภายในหน่วยเดียวกัน โดยใช้สถิติทดสอบที (t-test) และการศึกษาอิทธิพลร่วมของตัวแปรสัมประสิทธิ์ในระดับที่ 2 (Causal Macro Model) ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง (Path Coefficient) หรือค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยที่เป็นมาตรฐานของแต่ละเส้นทางอิทธิพล (β)
- จากการดำเนินการวิจัยดังกล่าวสามารถสรุปเป็นขั้นตอนได้ดังภาพประกอบ



ภาพประกอบ 5 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะเวลาทำการวิจัยและแผนการดำเนินงานตลอดโครงการวิจัย(ให้ระบุขั้นตอนอย่างละเอียด)

เป็นเวลา 1 ปี ตั้งแต่ 1 พฤษภาคม พ.ศ.2555 – 31 กรกฎาคม พ.ศ.2556

กิจกรรม	พ.ค.- ส.ค.55	ก.ย.- ธ.ค.55	ม.ค.56 - มี.ค.56	เม.ย.55- ก.ค.56
1.ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและเทคนิควิธี	↔			
2. สังเคราะห์แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำร่างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบพหุระดับ	↔			
5. กำหนดตัวแปรปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง และให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจแก้ไข	↔			
6. มาปรับปรุงร่างรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบพหุระดับของการปรับพฤติกรรมเสี่ยง	↔			
7.สร้างและพัฒนาเครื่องมือแบบสอบถามความคิดเห็นของตัวแปรในกลุ่มทางจิตสังคม พฤติกรรม ของผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและผู้รับบริการและความสำเร็จ		↔		
8. เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ระดับ ให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์		↔		
9. ตรวจสอบข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และตรวจสอบรูปแบบด้วยโปรแกรม HLM		↔		
10.สนทนากลุ่ม ผู้บริหารโครงการและผู้รับบริการที่ดำเนินการปรับพฤติกรรมและได้ผลสำเร็จสูงสุดในกลุ่มตัวอย่างเพื่อค้นหาแนวทางการดำเนินงานด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ			↔	
11. สรุปอภิปรายผล			↔	
12. เขียนรายงานการวิจัย			↔	
13.เขียนบทความวิชาการตีพิมพ์				↔

ผลสำเร็จและความคุ้มค่าของการวิจัยที่ได้รับ

1. ได้องค์ความรู้ใหม่ของระบบการคิดและการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคอ้วนที่มีการรณรงค์และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่เป็นผลสำเร็จอาจเป็นเพราะการดำเนินการของบุคลากรทางการแพทย์ในด้านการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพมักใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพและเป็นผู้ดำเนินการจัดกิจกรรมเองทั้งหมดเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ โดยผู้รับบริการมีบทบาทเป็นผู้กระทำตาม จึงเป็นการคิดและการดำเนินโครงการแบบแยกส่วนระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ แต่ในแนวคิดของการปรับพฤติกรรม (Behavioral Modification) ซึ่งตามแนวคิดของ แบนดูรา (Bandura, 1980) ได้กล่าวว่าหลักแห่งพฤติกรรมนั้น ผู้รับการปรับพฤติกรรมจะต้องเป็นผู้ดำเนินการเองเป็นหลักตั้งแต่เริ่มสร้างแรงจูงใจให้ผู้รับการปรับพฤติกรรมเห็นความสำคัญและสนใจที่จะใช้ความสามารถของตนเองมากำกับและลงมือปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเองโดยมีผู้ให้บริการเป็นผู้สนับสนุนหลัก

2. ในการดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นผลความสำเร็จที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการจะต้องมาจากเหตุและผลทั้งของผู้รับบริการที่สอดคล้องกับปัจจัยเหตุและผลของผู้ให้บริการ ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมามักเป็นการศึกษาเพียงกลุ่มเดียวคือกลุ่มผู้ให้บริการ หรือกลุ่มผู้รับบริการเพียงกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง จึงทำให้ได้ผลวิจัยเชิงประจักษ์ที่นำมาสู่การเสนอแนะหรือนำไปใช้ประโยชน์ได้เฉพาะกลุ่ม แต่ในงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ต่างระดับกันมีเหตุปัจจัยจิตสังคมและผลที่ต่างกันมาวิเคราะห์พร้อมกัน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนการวัดและผลวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้หรือผลวิจัยที่ใกล้เคียงความเป็นจริงในบริบทของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด จึงส่งผลให้ผลวิจัยที่ได้นำไปใช้ประโยชน์หรือแก้ปัญหาในกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนมีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น และครอบคลุมกลุ่มที่เกี่ยวข้องหลักมากขึ้น

3. ได้บทความวิชาการภาษาอังกฤษ ที่ผู้วิจัยมีความตั้งใจจะเผยแพร่แนวคิดและวิธีการนำเสนอในการดำเนินโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มโรคเมตาบอลิกหรือกลุ่มโรคอ้วนสำหรับผู้ให้บริการ และวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วน ที่ชี้ให้เห็นจุดแข็งและจุดอ่อนในการดำเนินโครงการและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่นำมาสู่ความสำเร็จที่ทุกคนมีสุขภาพดีที่ชัดเจนมากขึ้น ด้วยการเขียนเป็นหนังสือ เผยแพร่ในประเทศและบทความวิชาการเผยแพร่ในต่างประเทศเพื่อให้เห็นโมเดลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มโรคอ้วนที่เป็นผลสำเร็จของคนไทยเพื่อให้นักวิชาการทั้งในและต่างประเทศเป็นแนวทางหรืออ้างอิงต่อไป ซึ่งเป็นการต่อยอดหนังสือที่ผู้วิจัยเคยเขียนและเผยแพร่เรื่อง “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง 3 Self ด้วยหลัก PROMISE Model” เมื่อปี พ.ศ. 2552 ที่ผ่านมา

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัย เรื่อง การวิเคราะห์เชิงสาเหตุแบบพหุระดับด้านจิตสังคมและพฤติกรรมของผู้ให้บริการและ
ผู้รับบริการที่มีต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้รับบริการโรคอ้วน ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อ 1)
ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมในระดับผู้รับบริการสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของ ผู้รับ
บริการ 2) ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมในระดับผู้ให้บริการสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการบริหาร โครงการสุขภาพ
3) ศึกษาผลปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยระดับผู้ให้บริการสุขภาพที่มีต่ออิทธิพลของปัจจัยระดับผู้รับบริการสุขภาพ
ที่มีต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพสุขภาพ การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแล
สุขภาพด้วยตนเอง ของผู้เข้ารับบริการ และ 4) ค้นหาแนวทางในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง
อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นการดำเนินการตอบสนองต่อสมมติฐานการวิจัยตามที่กำหนด คณะผู้วิจัยได้ใช้
เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลพหุระดับ (Multilevel Analysis) ด้วยโปรแกรม HLM Version 6.03

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ตอนใหญ่ ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น เพื่อเป็นการตรวจสอบ

- 1.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
- 1.2 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร
- 1.3 ค่าสหสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์

- 2.1 ผลวิเคราะห์พหุระดับเพื่อทดสอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพสุขภาพ
 - 2.1.1 ผลการวิเคราะห์แบบจำลองฐาน (Base model)
 - 2.1.2 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย
- 2.2 ผลวิเคราะห์พหุระดับเพื่อทดสอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง
 - 2.2.1 ผลการวิเคราะห์แบบจำลองฐาน (Base model)
 - 2.2.2 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย
- 2.3 ผลวิเคราะห์พหุระดับเพื่อทดสอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง
 - 2.3.1 ผลการวิเคราะห์แบบจำลองฐาน (Base model)
 - 2.3.2 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ตอนที่ 3 แนวทางในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อความเข้าใจตรงกันในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์
และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

ตัวแปรอิสระระดับผู้รับบริการ

ตัวแปรปัจจัยทางจิตระดับผู้รับบริการ

att แทน เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ

know แทน ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ

trush แทน ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ

ตัวแปรปัจจัยทางสังคมระดับผู้รับบริการ

sosup แทน การได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ

co แทน การได้มีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ

ตัวแปรอิสระระดับผู้ให้บริการ

ตัวแปรปัจจัยทางจิตระดับผู้ให้บริการ

emotm แทน เชาว์สุขภาพ

eqstff แทน เชาว์อารมณ์ของทีม

ledtm แทน บทบาทผู้นำทีม

ตัวแปรปัจจัยทางสังคมระดับผู้ให้บริการ

bosup แทน การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา

firsup แทน การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีม

rela แทน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ตัวแปรปัจจัยด้านพฤติกรรมโครงการระดับผู้ให้บริการ

proj แทน พฤติกรรมการบริหาร โครงการสุขภาพ

lermod แทน การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ

ตัวแปรตาม

selef แทน การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ

selreg แทน การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง

selcar แทน การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้รับบริการทั้ง 20 โครงการ (n=412)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนัก		
น้อยกว่า 64 กิโลกรัม	108	26.20
ระหว่าง 64.01 – 70.35 กิโลกรัม	98	23.80
ระหว่าง 70.36 – 80.00 กิโลกรัม	93	22.60
มากกว่า 80.01 กิโลกรัม	113	27.40
รวม	412	100.00
ส่วนสูง		
น้อยกว่า 155.00 เซนติเมตร	122	29.60
ระหว่าง 155.01 – 160.00 เซนติเมตร	113	27.40
ระหว่าง 160.01 – 165.00 เซนติเมตร	77	18.70
มากกว่า 165.01 เซนติเมตร	100	24.30
รวม	412	100.00
อายุ		
น้อยกว่า 36 ปี	108	26.20
ระหว่าง 37 – 47 ปี	109	26.50
ระหว่าง 48 – 54 ปี	95	23.10
มากกว่า 55 ปี	100	24.30
รวม	412	100.00
ค่า BMI		
ท้วม (23.0 – 24.9)	74	17.96
อ้วนระดับ 1 (25.0 – 29.9)	217	52.67
อ้วนระดับ 2 (30.0 ขึ้นไป)	121	29.37
รวม	412	100.0

ตาราง 1 แสดงให้เห็นถึงกลุ่มผู้เข้ารับบริการซึ่งเป็นประชาชนทั่วไปที่เข้าร่วมโครงการปรับพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลเขตกรุงเทพมหานครทั้ง 20 แห่ง ที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กทม รวมจำนวน 412 คน ส่วนใหญ่มีน้ำหนักมากกว่า 80.01 กิโลกรัม จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 27.40 มีส่วนสูงน้อยกว่า 155.00 เซนติเมตร จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 29.60 และส่วนใหญ่เป็นโรคอ้วนอยู่ในระดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 52.67 รองลงมา อ้วนระดับ 2 และ ท้วม คิดเป็นร้อยละ 29.37 และ 17.96 ตามลำดับ

ตาราง 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ให้บริการทั้ง 20 โครงการ (n=87)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	12.60
หญิง	76	87.40
รวม	87	100.00
จำนวนครั้งในการทำงานโครงการปรับพฤติกรรมสุขภาพ		
1 ครั้ง	30	34.48
2 ครั้ง	11	12.64
3 ครั้ง	29	33.33
4 ครั้ง	17	19.54
รวม	87	100.00
บทบาทหน้าที่ในการทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง		
เป็นหัวหน้าโครงการ	20	22.99
ผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ	22	25.29
เป็นสมาชิกทีมในโครงการ	45	51.72
รวม	87	100.00
ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพ		
น้อยกว่า 3 ปี	42	48.28
ระหว่าง 3 – 5 ปี	21	24.14
มากกว่า 5 ปี	24	27.59
รวม	87	100.00
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	47	54.02
ปริญญาโท	30	34.48
สูงกว่าปริญญาโท	10	11.49
รวม	87	100.00

ตาราง 2 แสดงให้เห็นถึงกลุ่มผู้ให้บริการซึ่งเป็นคณะทำงานในโครงการปรับพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลเขตกรุงเทพมหานครทั้ง 20 แห่ง ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร รวมจำนวน 87 คนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 87.40 เคยทำโครงการปรับพฤติกรรมสุขภาพมาเพียง 1 ครั้ง 30 คน คิดเป็นร้อยละ 34.48 มีบทบาทหน้าที่ในทีมเป็นสมาชิกของคณะทำงาน จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 51.72 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพมาน้อยกว่า 3 ปี จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 48.28 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 54.02 ซึ่งในการวิเคราะห์ข้อมูลในแบบจำลองพหุระดับผู้วิจัยได้รวมข้อมูลของคณะทำงานแต่ละโครงการให้เป็นข้อมูลของโครงการ 20 โครงการ ๆ ละ 4-5 คน (n=20)

ตาราง 3 ข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรที่ทำการศึกษาในระดับผู้รับบริการ (n=412)

ตัวแปร	M	SD	%CV	Min	Max	Sk	Ku	P-value of χ^2
เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ	4.544	0.666	14.65	2.000	6.000	-0.880	-1.093	0.374
ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ	5.125	0.679	13.24	2.875	6.000	-6.615	1.632	0.000
ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ	4.874	0.641	13.15	3.000	6.000	-1.801	-0.837	0.139
การได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ	4.564	0.650	14.24	2.304	6.000	-2.459	0.923	0.032
การได้มีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ	4.533	0.658	14.51	2.000	6.000	-3.058	2.676	0.000
การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ	4.281	0.656	15.32	2.484	5.903	0.300	-0.448	0.865
การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	4.327	0.731	16.89	1.167	6.000	-1.201	1.492	0.160
การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง	3.953	0.624	15.78	2.050	5.750	1.936	-1.215	0.073

ตาราง 3 พบว่าตัวแปรที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้รับบริการ ซึ่งทำการวัดด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ในทุกตัวแปร มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.953 ถึง 5.125 โดยพบว่าตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.125 รองลงมาคือ ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ และการได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.874 และ 4.564 ตามลำดับ สำหรับการกระจายของข้อมูลโดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (%CV) พบว่า มีค่าอยู่ระหว่าง 13.15 ถึง 16.89 โดยพบว่าตัวแปรที่มีการกระจายของข้อมูลมากที่สุดคือ การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (%CV) เท่ากับ 16.89 รองลงมาคือ การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (%CV) เท่ากับ 15.78 และ 15.32 ตามลำดับ เมื่อตรวจสอบถึงลักษณะของการกระจายของข้อมูลว่ามีการแจกแจงเป็นปกติหรือไม่โดยพิจารณาจากค่าสถิติทดสอบไค-สแควร์ (χ^2) พบว่า ตัวแปรที่มีการกระจายของข้อมูลเป็นแบบปกติ คือ เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

ตาราง 4 ข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรที่ทำการศึกษาในระดับผู้ให้บริการ (n=20)

ตัวแปร	M	SD	%CV	Min	Max	Sk	Ku	sig of Shapiro-Wilk
เชาว์สุขภาพ	5.125	0.439	8.57	4.471	5.929	0.348	-0.729	.417
เชาว์อารมณ์ของทีม	5.386	0.240	4.46	4.920	5.780	-0.226	-0.766	.776
บทบาทผู้นำทีม	5.052	0.343	6.79	4.250	5.479	-1.039	0.760	.048
การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	4.671	0.633	13.55	3.042	5.617	-0.914	1.294	.175
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีม	4.854	0.410	8.45	3.800	5.618	-0.479	0.971	.337
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	5.226	0.318	6.08	4.625	5.850	-0.042	-0.428	.934
การบริหารโครงการ	5.161	0.317	6.14	4.651	5.705	0.099	-0.965	.638
การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ	5.274	0.281	5.33	4.844	5.775	0.063	-0.856	.296

ตาราง 4 พบว่าตัวแปรที่ทำการศึกษาในกลุ่มให้บริการ ซึ่งทำการวัดด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ในทุกตัวแปร มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.671 ถึง 5.386 โดยพบว่าตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ เซาว์อารมณ์ของทีมงานมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.386 รองลงมาคือ การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.274 และ 5.226 ตามลำดับ สำหรับการกระจายของข้อมูลโดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (%CV) พบว่า มีค่าอยู่ระหว่าง 4.46 ถึง 13.55 โดยพบว่าตัวแปรที่มีการกระจายของข้อมูลมากที่สุดคือ การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชามีค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (%CV) เท่ากับ 13.55 รองลงมาคือ เซาว์สุขภาพและการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีม มีค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (%CV) เท่ากับ 8.57 และ 8.45 ตามลำดับ เมื่อตรวจสอบถึงลักษณะของการกระจายของข้อมูลว่ามีการแจกแจงเป็นปกติหรือไม่โดยพิจารณาจากค่าสถิติทดสอบ Shapiro-Wilk พบว่า ทุกตัวแปรที่ทำการศึกษาในระดับผู้ให้บริการมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ ยกเว้นตัวแปรบทบาทผู้นำทีม ที่มีการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นแบบปกติ

ตาราง 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระในระดับผู้รับบริการและตัวแปรตาม

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1.การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ	1							
2.การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	.681**	1						
3.การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง	.593**	.559**	1					
4.ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ	.298**	.153**	.174**	1				
5.เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ	.690**	.734**	.552**	.267**	1			
6.ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ	.570**	.526**	.411**	.330**	.552**	1		
7.การมีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ	.500**	.516**	.315**	.157**	.503**	.691**	1	
8.การได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ	.521**	.562**	.394**	.139**	.563**	.632**	.776**	1

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

ตาราง 5 แสดงให้เห็นว่าตัวแปรอิสระในระดับผู้รับบริการกับตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กัน โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า มีค่าอยู่ระหว่าง .139 ถึง .776 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าลักษณะความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ทำการศึกษาในระดับผู้รับบริการกับตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ซึ่ง Kline (2005: 56) ได้กล่าวถึงว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่มีค่าสูงกว่า .85 จะเกิดปัญหาการร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) แต่ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตไม่เกิน .85 จึงอาจกล่าวได้ว่าไม่มีปัญหาการร่วมเส้นตรงพหุ

ตาราง 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระในระดับผู้ให้บริการและตัวแปรตาม

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ	1										
2.การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	.681**	1									
3.การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง	.593**	.559**	1								
4.เขารู้สุขภาพ	.082	.189	.178	1							
5.เขารู้อารมณ์ของทิม	-.198	.008	.147	.522*	1						
6.บทบาทผู้นำทิม	-.019	.193	.239	.740**	.516*	1					
7.การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	.109	.212	.374	.359	.163	.363	1				
8.การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทิม	-.006	.212	.134	.555*	.512*	.589**	.699**	1			
9.การบริหารโครงการ	-.113	.050	.008	.842**	.610**	.743**	.301	.578**	1		
10.สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	-.136	.067	.162	.769**	.715**	.746**	.364	.645**	.847**	1	
11.การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการ	.041	.307	.187	.639**	.706**	.627**	.299	.708**	.675**	.766**	1

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 6 แสดงให้เห็นว่าตัวแปรอิสระในระดับผู้ให้บริการกับตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กัน โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า ตัวแปรทุกคู่ในเมทริกซ์ดังกล่าวมีความสัมพันธ์กันไม่เกิน .85 ซึ่ง Kline (2005: 56) ได้กล่าวถึงว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างที่มีค่าสูงกว่า .85 จะเกิดปัญหาการร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) แต่ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรไม่เกิน .85 จึงอาจกล่าวได้ว่าไม่มีปัญหาการร่วมเส้นตรงพหุ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 ผลการวิเคราะห์พหุระดับเพื่อทดสอบปัจจัยทางจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

ความสามารถในการดูแลสุขภาพ

เนื่องจากตัวแปรอิสระในงานวิจัยนี้มีทั้งปัจจัยระดับผู้รับบริการและปัจจัยระดับผู้ให้บริการ ซึ่งการวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ในงานวิจัยนี้ จึงใช้การวิเคราะห์พหุระดับ (Hierarchical linear model) ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัย การนำเสนอผลการวิเคราะห์จะนำเสนอตามลำดับของสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ โดยจะเริ่มจากผลวิเคราะห์แบบจำลองฐานเป็นลำดับแรก

2.1.1 ผลการวิเคราะห์แบบจำลองฐาน (Base model)

เป็นการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์พหุระดับในขั้นตอนแรก ด้วยการวิเคราะห์ตัวแปรตามด้วยแบบจำลองแบบไร้ตัวแปรทำนาย (Analysis of Null Model) หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าเป็นการวิเคราะห์แบบจำลองแบบไร้เงื่อนไขอย่างสมบูรณ์ (Fully Unconditional Model) ซึ่งเป็นแบบจำลองที่มีเฉพาะตัวแปรตามที่น่าสนใจศึกษา ณ ที่นี้ หมายถึง ตัวแปรการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ โดยไม่มีตัวแปรทำนายใดๆ ในทุกระดับ เพื่อเป็นการศึกษาถึงความผันแปรของตัว

แปรตามในระดับชั้นต่างๆ ซึ่งหมายถึง ระดับชั้นผู้รับบริการ ซึ่งป็นระดับ Micro Level และระดับชั้นผู้ให้บริการซึ่งป็นระดับ Macro Level จะทำให้ทราบถึงปริมาณและสัดส่วนความผันแปรของตัวแปรตามว่าอยู่ในแต่ละระดับชั้นมากน้อยเพียงไรหรือกล่าวได้ว่าเป็นการตรวจสอบถึงความแปรปรวนของการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการว่าเป็นความแปรปรวนที่เกิดขึ้นภายในโครงการและระหว่างโครงการมากน้อยเท่าใด และวัตถุประสงค์อีกประการของการวิเคราะห์แบบจำลองนี้จึงเป็นการทดสอบว่าผู้รับบริการที่เข้าร่วมอยู่ในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่แตกต่างกัน จะมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ แตกต่างกันไปตามระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการหรือไม่ เป็นการตรวจสอบเบื้องต้นว่าตัวแปรตามมีความผันแปรภายในหน่วยเพียงพที่จะวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไปหรือไม่ ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์แบบจำลองไ้เงื่อนไข อิทธิพลคงที่ (Fixed Effects) อิทธิพลเชิงสุ่ม (Random Effects) ของการวิเคราะห์อิทธิพลภายในโครงการ (Pooled-Within Project Effect)

อิทธิพลคงที่ (Fixed Effects)	Coefficient (β)	SE	t-ratio	d.f.	p-value
ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการในโครงการทั้งหมดโดยรวม	4.281*	.075	57.081	19	.000
อิทธิพลเชิงสุ่ม(Random Effects)	SD	Variance	df	χ^2	p-value
ระดับผู้ให้บริการ (โครงการ)					
- ความคลาดเคลื่อนแบบสุ่มระดับผู้ให้บริการของค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ	.302	.091	19	100.32*	.000
ระดับผู้รับบริการ					
-ความคลาดเคลื่อนแบบสุ่มระดับผู้รับบริการในโครงการ	.600	.360			

ตาราง 7 เมื่อให้การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการเป็นตัวแปรตาม ผลการทดสอบอิทธิพลคงที่ (Fixed Effect) พบว่า ค่าเฉลี่ยรวมการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 4.281 ซึ่งต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=57.081$, $p<.01$) ผลการทดสอบอิทธิพลเชิงสุ่ม (Random Effects) พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ มีความผันแปรระหว่างระดับผู้รับบริการกับกลุ่มผู้ให้บริการของโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 100.32$, $p<.01$) กล่าวคือ ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการแตกต่างกันไปตามระหว่างผู้ให้บริการ โดยที่ผู้รับบริการในผู้ให้บริการที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน โดยมีความแปรปรวนในการประมาณค่าพารามิเตอร์เท่ากับ .091 แสดงว่า ตัวแปรตามมีความผันแปรเพียงพอที่จะวิเคราะห์แบบจำลองไ้เงื่อนไขในขั้นตอนต่อไป และเมื่อนำเอาความแปรปรวนมาคำนวณค่าสหสัมพันธ์ภายใน

กลุ่ม (Interclass correlation) จากสูตรการคำนวณ ที่ว่า ค่าสหสัมพันธ์ภายในกลุ่ม เท่ากับ ความแปรปรวนระดับ Macro หารด้วย ความแปรปรวนระดับ Macro บวกกับ ความแปรปรวนระดับ Micro พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ภายในกลุ่มของการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ คือ $[.091 / (.091 + .360)] = .201$ แสดงว่า สัดส่วนความแปรปรวนของการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้นระหว่างระดับกลุ่มผู้ให้บริการของโครงการต่อความแปรปรวนทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 20.10

2.1.2 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบอิทธิพลของตัวแปรระดับผู้รับบริการที่มีต่อการรับรู้

ความสามารถในการดูแลสุขภาพ

เป็นการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ เป็นการทดสอบว่าตัวแปรระดับผู้รับบริการมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพหรือไม่ อย่างไร การวิเคราะห์นี้คือการวิเคราะห์ที่สร้างสมการพหุระดับที่นำเอาตัวแปรปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมในระดับผู้รับบริการ มาเป็นตัวแปรอิสระในสมการ ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบอิทธิพลของปัจจัยระดับผู้รับบริการ ที่มีต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ

อิทธิพลคงที่ (Fixed Effects)	Coefficient (β)	Std. Error	t-ratio	d.f.	p-value
ค่าเริ่มต้น (Intercept)	4.269*	.038	110.022	19	.000
ปัจจัยทางจิต					
- เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ	.487*	.060	8.060	406	.000
- ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ	.274*	.023	3.206	406	.002
- ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ	.181*	.068	2.639	406	.009
ปัจจัยทางสังคม					
- การได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ	.062	.055	1.120	406	.264
- การได้มีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ	.051	.061	.851	406	.395
อิทธิพลเชิงสุ่ม (Random Effects)	SD	Variance	df	χ^2	p-value
ระดับผู้ให้บริการ (โครงการ)					
- ความคลาดเคลื่อนแบบสุ่มระดับผู้ให้บริการของค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ	.148	.021	19	61.177*	.008
ระดับผู้รับบริการ					
- ความคลาดเคลื่อนแบบสุ่มระดับผู้รับบริการในโครงการ	.427	.182			
R ² Micro Level (ผู้รับบริการ) เท่ากับ $(.360 - .182) / .360 = .494$, * p<.05					

ตาราง 8 พบว่าปัจจัยทางจิตระดับผู้รับบริการที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ ได้แก่ เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล (β) เท่ากับ .487, .274 และ .181 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.060$, $t = 3.206$ และ $t = 2.639$) สำหรับปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ และการได้มีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.120$ และ $t = .851$) จากผลการวิเคราะห์แสดงว่า ผู้รับบริการที่มีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพสูง ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพสูง และความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการสูง จะมีแนวโน้มที่จะมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพสูง

เมื่อพิจารณาผลอิทธิพลสุ่ม(Random Effect) พบว่า เมื่อนำตัวแปรระดับผู้รับบริการมาอธิบายการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพแล้วแต่ความแปรปรวนของการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพก็ยังคงมีอยู่อย่างมีนัยสำคัญซึ่งก็หมายความว่าแม้ว่าจะปรับความแตกต่างอันเนื่องมาจากตัวแปรระดับผู้รับบริการแล้วผู้รับบริการก็ยังคงมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพแตกต่างกันไปตามระหว่างผู้ให้บริการ เมื่อพิจารณาร้อยละความแปรปรวนของการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพที่ตัวแปรระดับผู้รับบริการสามารถอธิบายได้ พบว่า ตัวแปรระดับผู้รับบริการสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพในระดับผู้รับบริการ ได้ร้อยละ 49.40 ($R^2 = .494$) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ ในระดับผู้ให้บริการได้ร้อยละ 76.9 ($R^2 = .769$) จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าวสรุปได้ว่าตัวแปรระดับผู้รับบริการที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ แต่ตัวแปรการได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ และการได้มีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ ไม่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ

2.1.3 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบอิทธิพลของตัวแปรระดับผู้ให้บริการที่มีต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ

เป็นการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ เป็นการทดสอบว่าตัวแปรระดับผู้ให้บริการมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพหรือไม่ อย่างไร การวิเคราะห์นี้คือการวิเคราะห์ที่สร้างสมการพหุระดับที่นำเอาตัวแปรปัจจัยทางจิตปัจจัยทางสังคมและปัจจัยด้านการจัดการโครงการในระดับผู้ให้บริการ มาเป็นตัวแปรอิสระในสมการ ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

ตาราง 9 การประมาณค่าอิทธิพลของปัจจัยทางจิตสังคมและพฤติกรรมในระดับผู้ให้บริการที่มีต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ

อิทธิพลคงที่ (Fixed Effects)	Coefficient(β)	SE	t-ratio	d.f.	p-value
ค่าเริ่มต้น (Intercept)	.428*	.055	77.868	11	.000
ปัจจัยทางจิต					
เชาว์สุขภาพ	.713*	.245	2.910	11	.015
เชาว์อารมณ์ของทีม	.567*	.455	2.247	11	.049
บทบาทผู้นำทีม	-.070	.187	-0.375	11	.714
ปัจจัยทางสังคม					
การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	.212	.139	1.518	11	.157
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีม	.603*	.266	2.263	11	.045
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	.325	.340	.958	11	.359
ปัจจัยด้านพฤติกรรม					
การบริหารโครงการ	.660	.449	2.336	11	.050
การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ	.387	.396	.978	11	.349
อิทธิพลเชิงสุ่ม (Random Effects)	SD	Variance	df	χ^2	p-value
ระดับผู้ให้บริการ (โครงการ)					
- ความคลาดเคลื่อนแบบสุ่มระดับผู้ให้บริการของค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ	.292	.085	11	64.626*	.000
ระดับผู้รับบริการ					
- ความคลาดเคลื่อนแบบสุ่มระดับผู้รับบริการในโครงการ	.599	.359			
R ² Macro Level (ผู้ให้บริการ) เท่ากับ $(.091 - .021) / .091 = .769$, * $p < .05$					

ตาราง 9 พบว่าปัจจัยระดับผู้ให้บริการที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ ได้แก่ เชาว์สุขภาพ การบริหารโครงการ การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีมและเชาว์อารมณ์ทีม ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .713, .660, .603 และ .567 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.910$, $t = 2.336$, $t = 2.263$ และ $t = 2.247$) สำหรับปัจจัยอื่นๆ มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิเคราะห์แสดงว่า การที่ผู้ให้บริการมีเชาว์สุขภาพสูง และได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีมสูง มีแนวโน้มที่จะทำให้ผู้รับบริการมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพสูง ทั้งนี้ตัวแปรระดับผู้ให้บริการสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ ในระดับผู้รับบริการ ได้ร้อยละ 76.90 ($R^2 = .769$)

2.1.4 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบผลปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยระดับผู้ให้บริการที่มีต่ออิทธิพลของปัจจัยระดับผู้รับบริการที่ส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ

เป็นการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 คือ เป็นการทดสอบว่าตัวแปรปัจจัยระดับผู้ให้บริการมีผลปฏิสัมพันธ์ไปยังอิทธิพลของปัจจัยระดับผู้รับบริการที่ส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการหรือไม่ ซึ่งก่อนที่จะทดสอบสมมติฐานนี้ได้ จำเป็นต้องสร้างสมการพหุระดับเพื่อตรวจสอบก่อนว่าอิทธิพลของตัวแปรอิสระระดับผู้รับบริการตัวแปรใดบ้างที่มีความแตกต่างกันไปตามระหว่างผู้ให้บริการ เนื่องจากการทดสอบผลปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรระดับที่สูงกว่าที่ส่งผลมายังตัวแปรระดับที่ต่ำกว่า เป็นการทดสอบเพื่อหาคำตอบว่าทำไมอิทธิพลของตัวแปรระดับที่ต่ำกว่านั้นจึงมีความแปรปรวนหรือความแตกต่างกันไปตามกลุ่มของตัวแปรระดับที่สูงกว่า (Raudenbush & Bryk, 2002 : 80) ดังนั้นสำหรับงานวิจัยนี้ จึงต้องตรวจสอบก่อนว่าตัวแปรอิสระใดที่มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลต่อตัวแปรตามแตกต่างกันไปตามระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการบ้าง เมื่อพบแล้วจึงค่อยนำเอาตัวแปรที่มีอิทธิพลแตกต่างกันไปตามระหว่างผู้ให้บริการนั้นมาทดสอบผลปฏิสัมพันธ์กับตัวแปรระดับผู้รับบริการ สมการพหุระดับที่ใช้ตรวจสอบว่าตัวแปรอิสระใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพแตกต่างกันไปตามระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการ เป็นสมการที่กำหนดให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรอิสระระดับผู้รับบริการที่มีต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพให้เป็นอิทธิพลสุ่ม (Random-Coefficient model) ซึ่งรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบความแปรปรวนสัมประสิทธิ์อิทธิพลของปัจจัยระดับผู้รับบริการที่มีต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ

อิทธิพลเชิงสุ่ม (Random Effects)	SD	Variance	df	χ^2	p-value
ระดับผู้ให้บริการ	.102	.020	18	35.751	.008
เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ	.313	.098	18	44.958*	.001
ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ	.074	.005	18	20.704	.294
ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ	.197	.039	18	39.476*	.003
การได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ	.079	.006	18	13.850	.500
การมีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ	.173	.030	18	23.124	.186
ระดับผู้รับบริการ	.390	.152			

จากตาราง 10 พบว่าเมื่อพิจารณาผลของอิทธิพลสุ่ม(Random Effects) ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรอิสระที่มีต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพที่มีความแปรปรวนหรือแตกต่างกันไปตามระหว่างกลุ่มผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .05 ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ (SD =.313, $p < .05$) และความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ (SD =.197, $p < .05$). ซึ่งก็แสดงว่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรปัจจัยทั้งสองตัวนี้ส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพแตกต่างกันไปตามระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการ บางกลุ่มผู้ให้บริการอาจจะมาก และบางกลุ่มผู้ให้บริการอาจจะน้อย ปัญหาสำคัญที่ตามมาคือว่าทำไมขนาดอิทธิพลเหล่านี้จึงมากหรือน้อยไปตามบางกลุ่มผู้ให้บริการ ลักษณะอะไรบางอย่างของผู้ให้บริการที่ส่งผลให้ขนาดอิทธิพลเหล่านี้แตกต่างกัน การอธิบายว่าทำไมจึงเกิดความแตกต่างขึ้น การวิเคราะห์พหุระดับจึงใช้ตัวแปรระดับผู้ให้บริการมาช่วยอธิบายถึงความแตกต่าง โดยใช้แบบจำลอง

ปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับ (Cross-level interaction) ระหว่างตัวแปรระดับผู้ให้บริการที่ส่งอิทธิพลต่อตัวแปรระดับผู้รับบริการ ซึ่งถ้าตัวแปรระดับผู้ให้บริการสามารถอธิบายความแตกต่างเหล่านี้ได้ ผลปฏิสัมพันธ์เหล่านี้ต้องมีนัยสำคัญ ดังนั้นลำดับต่อไปจะเป็นการวิเคราะห์เพื่อทดสอบผลปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับ หรือเป็นสมการที่ให้ค่าอิทธิพลหรือความชันเป็นตัวแปรตาม (Slopes-as-Outcomes Model) โดยใช้เฉพาะค่าอิทธิพลที่พบว่ามีความแปรปรวนหรือแตกต่างไปตามระหว่างผู้ให้บริการที่พบผลจากการทดสอบข้างต้น รายละเอียดสมการของแบบจำลองนี้ดังตาราง 11

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบผลปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรระดับผู้ให้บริการที่มีต่ออิทธิพลของปัจจัยระดับผู้รับบริการที่มีต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ

อิทธิพลคงที่ (Fixed Effects)	Coefficient(β)	SE	t-ratio	d.f.	p-value
ปัจจัยระดับผู้รับบริการ: เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ					
ค่าคงที่ (Intercept)	.472	.105	4.489	11	.001
เซาว์สุขภาพ	-.027	.475	-.057	11	.956
เซาว์อารมณ์ของทีม	.585	.674	.868	11	.404
บทบาทผู้นำทีม	.331	.505	.655	11	.526
การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	.210	.311	.674	11	.514
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีม	-1.090	.547	-1.994	11	.071
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	-.438	.780	-.561	11	.585
การบริหารโครงการ	.228	.787	.291	11	.777
การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ	.712	.717	.994	11	.342
ปัจจัยระดับผู้รับบริการ: ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ					
ค่าคงที่ (Intercept)	.071	.058	1.213	11	.251
เซาว์สุขภาพ	.022	.261	.085	11	.934
เซาว์อารมณ์ของทีม	.028	.364	.078	11	.940
บทบาทผู้นำทีม	.149	.286	.523	11	.611
การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	-.124	.193	-.644	11	.533
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีม	.064	.321	.200	11	.845
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	.483	.386	1.253	11	.237
การบริหารโครงการ	-.752	.489	-1.538	11	.152
การจัดการเรียนรู้ที่ผู้รับบริการเป็นสำคัญ	.053	.385	.137	11	.984
ปัจจัยระดับผู้รับบริการ: ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ					
ค่าคงที่ (Intercept)	.195	.096	2.051	11	.069
เซาว์สุขภาพ	.151	.452	.334	11	.744
เซาว์อารมณ์ของทีม	.698	.650	1.073	11	.307
บทบาทผู้นำทีม	-.407	.482	-.844	11	.417
การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	-.056	.282	-.200	11	.845
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีม	.416	.511	.815	11	.433
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	.498	.706	.706	11	.495
การบริหารโครงการ	.134	.763	.176	11	.864
การจัดการเรียนรู้ที่ผู้รับบริการเป็นสำคัญ	.090	.685	.133	11	.897

อิทธิพลคงที่ (Fixed Effects)	Coefficient(β)	SE	t-ratio	d.f.	p-value
ปัจจัยระดับผู้รับบริการ: การได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ					
ค่าคงที่ (Intercept)	.110	.065	1.670	11	.123
เขารู้สึกภาพ	.456	.265	1.722	11	.113
เขารู้สึกอารมณ์ของทีม	-.011	.382	-.029	11	.978
บทบาทผู้นำทีม	.011	.287	.041	11	.969
การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	-.302	.223	-1.353	11	.203
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีม	.693	.386	1.797	11	.099
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	.383	.303	.759	11	.464
การบริหารโครงการ	.351	.500	.703	11	.497
การจัดการเรียนรู้ที่ผู้รับบริการเป็นสำคัญ	-.819	.426	-1.923	11	.080
ปัจจัยระดับผู้รับบริการ: การได้มีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ					
ค่าคงที่ (Intercept)	.027	.104	-.267	11	.795
เขารู้สึกภาพ	.090	.466	.195	11	.849
เขารู้สึกอารมณ์ของทีม	.207	.626	.332	11	.746
บทบาทผู้นำทีม	.129	.534	.241	11	.814
การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	.190	.327	.583	11	.571
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีม	-.414	.574	-.721	11	.46
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	.198	.767	.258	11	.801
การบริหารโครงการ	.267	.860	.310	11	.762
การจัดการเรียนรู้ที่ผู้รับบริการเป็นสำคัญ	-.064	.712	-.091	11	.930
อิทธิพลเชิงสุ่ม (Random Effects)	SD	Variance	df	χ^2	p-value
ระดับผู้ให้บริการ					
ค่าเฉลี่ยการเรียนรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ					
(Intercept)	.125	.015	10	23.414*	.009
เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ	.390	.152	10	47.434*	.000
ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ	.155	.024	10	16.483	.086
ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ	.326	.106	10	32.105*	.001
การได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ	.083	.007	10	9.655	.500
การได้มีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ	.326	.106	10	25.441*	.005
ระดับผู้รับบริการ					
	.390	.152			

ตาราง 11 เมื่อนำเอาตัวแปรระดับผู้ให้บริการมาทดสอบปฏิสัมพันธ์ของอิทธิพลที่มีความแปรปรวนในระดับผู้ให้บริการ พบว่า ไม่ปรากฏการมีปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับระหว่างปัจจัยระดับผู้ให้บริการกับปัจจัยระดับผู้รับบริการที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ และเมื่อพิจารณาถึงอิทธิพลสู่ความแปรปรวนระดับผู้ให้บริการของค่าอิทธิพลทั้งห้าตัวแปรซึ่งมี 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ 1) เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ (SD =.390, $p < .01$) 2) ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ (SD =.326, $p < .01$) และ 3) การได้มีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ (SD =.326, $p < .01$) แสดงว่า ยังมีตัวแปรหรือปัจจัยระดับผู้ให้บริการอื่นอีกที่สามารถนำมาอธิบายได้ว่าทำไมค่าอิทธิพลทั้งห้าตัวแปรจึงแตกต่างกันไปตามระหว่างผู้ให้บริการ

2.2 ผลวิเคราะห์พหุระดับเพื่อทดสอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง

เนื่องจากตัวแปรอิสระในงานวิจัยนี้มีทั้งตัวแปรระดับผู้รับบริการและตัวแปรระดับผู้ให้บริการการวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่ามีตัวแปรอิสระใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ในงานวิจัยนี้ จึงใช้การวิเคราะห์พหุระดับ (Hierarchical linear model) ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัย การนำเสนอผลการวิเคราะห์จะนำเสนอตามลำดับของสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ โดยจะเริ่มจากผลวิเคราะห์แบบจำลองฐานเป็นลำดับแรก

2.2.1 ผลการวิเคราะห์แบบจำลองฐาน (Base model)

เป็นการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์พหุระดับในขั้นตอนแรก ด้วยการวิเคราะห์ตัวแปรตามด้วยแบบจำลองแบบไร้ตัวแปรทำนาย (Analysis of Null Model) หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าเป็นการวิเคราะห์แบบจำลองแบบไร้เงื่อนไขอย่างสมบูรณ์ (Fully Unconditional Model) ซึ่งเป็นแบบจำลองที่มีเฉพาะตัวแปรตามที่น่าสนใจศึกษา ณ ที่นี้ หมายถึง ตัวแปรการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้รับบริการ โดยไม่มีตัวแปรทำนายใดๆ ในทุกระดับ เพื่อเป็นการศึกษาถึงความผันแปรของตัวแปรตามในระดับชั้นต่างๆ ซึ่งหมายถึง ระดับชั้นผู้รับบริการ ซึ่งเป็นระดับ Micro Level และระดับชั้นผู้ให้บริการซึ่งเป็นระดับ (Macro Level จะทำให้ทราบถึงปริมาณและสัดส่วนความผันแปรของตัวแปรตามว่าอยู่ในแต่ละระดับชั้นมากน้อยเพียงไรหรือกล่าวได้ว่าเป็นการตรวจสอบถึงความแปรปรวนของการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้รับบริการว่าเป็นความแปรปรวนที่เกิดขึ้นภายในผู้ให้บริการและระหว่างผู้ให้บริการมากน้อยเท่าใด และวัตถุประสงค์อีกประการของการวิเคราะห์แบบจำลองนี้จึงเป็นทดสอบว่าผู้รับบริการที่อยู่ในโครงการที่แตกต่างกัน จะมีค่าเฉลี่ยการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองแตกต่างกันไปตามระหว่างผู้ให้บริการหรือไม่ เป็นการตรวจสอบเบื้องต้นว่าตัวแปรตามมีความผันแปรภายในหน่วยเพียงพที่จะวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไปหรือไม่ ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

ตาราง 12 ผลการวิเคราะห์แบบจำลองไร้เงื่อนไข อิทธิพลคงที่ (Fixed Effects) อิทธิพลเชิงสุ่ม (Random Effects)ของการวิเคราะห์อิทธิพลภายในโครงการ (Pooled-Within Project Effect)

อิทธิพลคงที่ (Fixed Effects)	Coefficient(β)	SE	t-ratio	d.f.	p-value
ค่าเฉลี่ยรวมการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้รับบริการในโครงการโดยรวม	4.323*	.061	69.768	19	.000
อิทธิพลเชิงสุ่ม (Random Effects)	SD	Variance	df	χ^2	p-value
ระดับผู้ให้บริการ					
- ความคลาดเคลื่อนแบบสุ่มระดับผู้ให้บริการของค่าเฉลี่ยการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	.229	.052	19	54.679*	.000
ระดับผู้รับบริการ					
-ความคลาดเคลื่อนแบบสุ่มระดับผู้รับบริการ	.701	.492			

ตาราง 12 เมื่อให้การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้รับบริการเป็นตัวแปรตาม ผลการทดสอบอิทธิพลคงที่ (Fixed Effect) พบว่า ค่าเฉลี่ยรวมการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองเท่ากับ 4.323 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t=69.768$, $df=19$) ผลการทดสอบอิทธิพลสุ่ม (Random Effects) พบว่า การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง มีความผันแปรระหว่างบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 54.679$, $df=19$) กล่าวคือ ค่าเฉลี่ยการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้รับบริการแตกต่างกันไปตามระหว่างผู้ให้บริการ โดยที่ผู้รับบริการในผู้ให้บริการที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองแตกต่างกัน โดยมีความแปรปรวนในการประมาณค่าพารามิเตอร์เท่ากับ .052 และความแปรปรวนที่ได้จากการสังเกตเท่ากับ .461 แสดงว่า ตัวแปรตามมีความผันแปรเพียงพอที่จะวิเคราะห์แบบจำลองไคร้เงื่อนไขในขั้นต่อไป และเมื่อนำเอาความแปรปรวนมาคำนวณค่าสหสัมพันธ์ภายในกลุ่ม (Interclass correlation) พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ภายในกลุ่มของการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง คือ $[\text{.052} / (\text{.052} + \text{.492})] = .112$ แสดงว่า สัดส่วนความแปรปรวนของการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองที่เกิดขึ้นระหว่างโครงการต่อความแปรปรวนทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 11.20

2.2.2 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบอิทธิพลของตัวแปรระดับผู้รับบริการที่มีต่อการกำกับ

พฤติกรรมสุขภาพตนเอง

เป็นการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ เป็นการทดสอบว่าตัวแปรระดับผู้รับบริการมีอิทธิพลต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองหรือไม่ อย่างไร การวิเคราะห์นี้คือการวิเคราะห์ที่สร้างสมการพหุระดับที่นำเอาตัวแปรปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมในระดับผู้รับบริการ มาเป็นตัวแปรอิสระในสมการ ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบอิทธิพลของปัจจัยทางจิตสังคมในระดับผู้รับบริการที่มีต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง

อิทธิพลคงที่ (Fixed Effects)	Coefficient(β)	SE	t-ratio	d.f.	p-value
ค่าเริ่มต้น (Intercept)	4.321	.027	155.211	19	.000
ปัจจัยทางจิต					
- เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ	.656*	.063	10.382	406	.000
- ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ	.067	.043	1.526	406	.127
- ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ	.096	.099	.992	406	.322
ปัจจัยทางสังคม					
- การได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ	.138*	.070	1.969	406	.049
- การได้มีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ	.075	.084	.885	406	.377

อิทธิพลเชิงสุ่ม (Random Effects)	SD	Variance	df	χ^2	p-value
ระดับผู้ให้บริการ					
- ความคลาดเคลื่อนแบบสุ่มระดับผู้ให้บริการของค่าเฉลี่ยการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	.071	.005	19	28.058	.082
ระดับผู้รับบริการ					
- ความคลาดเคลื่อนแบบสุ่มระดับผู้รับบริการ	.471	.222			
R ² Micro Level (ผู้รับบริการ) เท่ากับ $(.492 - .222) / .360 = .755$, * p<.05					

ตาราง 13 พบว่าตัวแปรระดับผู้รับบริการที่มีอิทธิพลต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้รับบริการ ได้แก่ เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพและการได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .656 และ .138 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 10.382$, และ $t = 1.969$) สำหรับตัวแปรความรู้เกี่ยวกับสุขภาพความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการและการได้มีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพมีอิทธิพลต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้รับบริการ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.526$, $t = .992$ และ $t = .885$) จากผลการวิเคราะห์แสดงว่า ผู้รับบริการที่มีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพสูงและการได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการสูง มีแนวโน้มที่จะมีการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้รับบริการสูง

เมื่อพิจารณาผลอิทธิพลสุ่ม(Random Effect) พบว่าเมื่อนำตัวแปรระดับผู้รับบริการมาอธิบายการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้รับบริการแล้วแต่ความแปรปรวนของการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้รับบริการก็ยังคงมีอยู่อย่างมีนัยสำคัญซึ่งก็หมายความว่าแม้ว่าจะปรับความแตกต่างอันเนื่องมาจากตัวแปรระดับผู้รับบริการแล้วผู้รับบริการก็ยังคงมีค่าเฉลี่ยการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้รับบริการแตกต่างกันไปตามระหว่างผู้ให้บริการ เมื่อพิจารณาร้อยละความแปรปรวนของการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้รับบริการที่ตัวแปรระดับผู้รับบริการสามารถอธิบายได้ พบว่า ตัวแปรระดับผู้รับบริการสามารถอธิบายความแปรปรวนของการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้รับบริการในระดับผู้รับบริการ ได้ร้อยละ 75.50 ($R^2 = .755$) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้รับบริการในระดับผู้ให้บริการได้ร้อยละ 51.60 ($R^2 = .516$) จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าวสรุปได้ว่าตัวแปรระดับผู้รับบริการที่มีอิทธิพลต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้รับบริการ ได้แก่ เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพและการได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ แต่ตัวแปรความรู้เกี่ยวกับสุขภาพความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการและการได้มีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพไม่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพ

2.2.3 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบอิทธิพลของตัวแปรระดับผู้ให้บริการที่มีต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง

เป็นการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ เป็นการทดสอบว่าตัวแปรระดับผู้ให้บริการมีอิทธิพลต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองหรือไม่ อย่างไร การวิเคราะห์นี้คือการวิเคราะห์ที่สร้างสมการพหุระดับที่นำเอาตัวแปรปัจจัยทางจิต ปัจจัยทางสังคมและปัจจัยด้านการจัดการโครงการในระดับผู้ให้บริการ มาเป็นตัวแปรอิสระในสมการ ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

ตาราง 14 การประมาณค่าอิทธิพลของปัจจัยระดับผู้ให้บริการที่มีต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง

อิทธิพลคงที่ (Fixed Effects)	Coefficient(β)	SE	t-ratio	d.f.	p-value
ค่าเริ่มต้น (Intercept), γ_{00}	4.330	.054	79.507	11	.000
ปัจจัยทางจิต					
เชาว์สุขภาพ	.531*	.261	2.233	11	.047
เชาว์อารมณ์ของทีม	.428	.417	1.024	11	.328
บทบาทผู้นำทีม	.108	.198	.546	11	.596
ปัจจัยทางสังคม					
การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	.040	.113	.354	11	.730
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีม	-.222	.257	-.865	11	.406
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	-.228	.407	-.562	11	.585
ปัจจัยด้านพฤติกรรม					
การบริหารโครงการ	.659*	.441	2.493	11	.040
การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ	.045	.373	.123	11	.905
อิทธิพลเชิงสุ่ม (Random Effects)	SD	Variance	df	χ^2	p-value
ระดับผู้ให้บริการ					
- ความคลาดเคลื่อนแบบสุ่มระดับผู้ให้บริการของค่าเฉลี่ยการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	.278	.077	11	46.562*	.000
ระดับผู้รับบริการ					
-ความคลาดเคลื่อนแบบสุ่มระดับผู้รับบริการ	.701	.491			
R^2 Macro Level (ผู้ให้บริการ) เท่ากับ $(.052 - .005) / .091 = .516$, * $p < .05$					

ตาราง 14 พบว่าไม่มีตัวแปรระดับผู้ให้บริการที่มีอิทธิพลต่อการกำกับพฤติกรรมตนเองของผู้รับบริการ ทั้งนี้ตัวแปรระดับผู้ให้บริการสามารถอธิบายความแปรปรวนของการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองในระดับผู้รับบริการได้ร้อยละ 51.60 ($R^2 = .516$)

2.2.4 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบผลปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยระดับผู้ให้บริการที่มีอิทธิพลของตัวแปรระดับผู้รับบริการที่มีต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง

เป็นการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 คือ เป็นการทดสอบว่าตัวแปรระดับผู้ให้บริการมีผลปฏิสัมพันธ์ต่อตัวแปรระดับผู้รับบริการที่มีต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองหรือไม่ ซึ่งก่อนที่จะทดสอบสมมติฐานนี้ได้จำเป็นต้องสร้างสมการพหุระดับเพื่อตรวจสอบก่อนว่าอิทธิพลของตัวแปรอิสระระดับผู้รับบริการตัวแปรใดบ้างที่มีความแตกต่างกันไปตามระหว่างผู้ให้บริการ เนื่องจากการทดสอบผลปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรระดับที่สูงกว่าที่ส่งผลมายังอิทธิพลของตัวแปรระดับที่ต่ำกว่า เป็นการทดสอบเพื่อหาคำตอบว่าทำไมอิทธิพลของตัวแปรระดับที่ต่ำกว่านั้นจึงมีความแปรปรวนหรือความแตกต่างกันไปตามกลุ่มของตัวแปรระดับที่สูงกว่า (Raudenbush; & Bryk. 2002: 80) ดังนั้นสำหรับงานวิจัยนี้ จึงต้องตรวจสอบก่อนว่าตัวแปรอิสระใดที่มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลต่อตัวแปรตามแตกต่างกันไปตามระหว่างผู้ให้บริการบ้าง เมื่อพบแล้วจึงค่อยนำเอาตัวแปรที่มีอิทธิพลแตกต่างระหว่างผู้ให้บริการนั้นมาทดสอบผลปฏิสัมพันธ์กับตัวแปรระดับผู้ให้บริการ สมการพหุระดับที่ใช้ตรวจสอบว่าตัวแปรอิสระใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองแตกต่างกันไปตามระหว่างผู้ให้บริการ เป็นสมการที่กำหนดให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรอิสระระดับผู้รับบริการที่มีต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองให้เป็นอิทธิพลสุ่ม (Random-Coefficient model) ซึ่งรายละเอียดผลการวิเคราะห์ดังนี้

ตาราง 15 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบความแปรปรวนสัมประสิทธิ์อิทธิพลของปัจจัยระดับผู้รับบริการที่มีต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง

อิทธิพลเชิงสุ่ม (Random Effects)	SD	Variance	df	χ^2	p-value
ระดับผู้ให้บริการ	.037	.001	18	14.235*	.500
เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ	.212	.045	18	27.856	.064
ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ	.111	.012	18	16.974	.500
ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ	.349	.121	18	34.863*	.010
การได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ	.188	.035	18	24.833	.129
การได้มีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ	.236	.055	18	31.943*	.022
ระดับผู้รับบริการ	.428	.183			

จากตาราง 15 พบว่าเมื่อพิจารณาผลของอิทธิพลสุ่ม (Random Effects) ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรอิสระที่มีต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองที่มีความแปรปรวนหรือแตกต่างกันไปตามระหว่างผู้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .05 ได้แก่ ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ และการได้มีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ ซึ่งก็แสดงว่า ขนาดอิทธิพลของตัวแปรอิสระทั้งสองตัวแปรที่มีต่อการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพแตกต่างกันไปตามระหว่างผู้ให้บริการ บางผู้ให้บริการอาจจะมาก และบางผู้ให้บริการอาจจะน้อย ปัญหาสำคัญที่ตามมาก็คือว่าทำไมขนาดอิทธิพลเหล่านี้จึงมากหรือน้อยไปตามบางผู้ให้บริการ ลักษณะอะไรบางอย่างของผู้ให้บริการที่ส่งผลให้ขนาดอิทธิพลเหล่านี้แตกต่างกัน การอธิบายว่าทำไมจึงเกิดความแตกต่างขึ้น การวิเคราะห์พหุระดับจึงใช้ตัวแปรระดับผู้ให้บริการมาช่วยอธิบายถึงความแตกต่าง โดยใช้แบบจำลองปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับ (Cross-level interaction) ระหว่างตัวแปรระดับผู้ให้บริการ

ที่ส่งผลต่ออิทธิพลของตัวแปรระดับผู้รับบริการ ซึ่งถ้าตัวแปรระดับผู้ให้บริการสามารถอธิบายความแตกต่างเหล่านี้ได้ ผลปฏิสัมพันธ์เหล่านี้ต้องมีนัยสำคัญ ดังนั้นลำดับต่อไปจะเป็นการวิเคราะห์เพื่อทดสอบผลปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับ หรือเป็นสมการที่ให้ค่าอิทธิพลหรือความชันเป็นตัวแปรตาม (Slopes-as-Outcomes Model) โดยใช้เฉพาะค่าอิทธิพลที่พบว่ามีความแปรปรวนหรือแตกต่างไปตามระหว่างผู้ให้บริการที่พบผลจากการทดสอบข้างต้น รายละเอียดสมการของแบบจำลองนี้รายละเอียดดังตาราง 16

ตาราง 16 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบผลปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรระดับผู้ให้บริการที่มีต่ออิทธิพลของปัจจัยระดับผู้รับบริการที่มีต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง

อิทธิพลคงที่ (Fixed Effects)	Coefficient(β)	SE	t-ratio	d.f.	p-value
ปัจจัยระดับผู้รับบริการ: เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ					
ค่าคงที่ (Intercept)	.646	.065	9.871	11	.000
เซาว์สุขภาพ	-.392	.286	-1.371	11	.198
เซาว์อารมณ์ของทีม	.651	.408	1.596	11	.139
บทบาทผู้นำทีม	.645	.311	2.075	11	.062
การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	.157	.218	.720	11	.486
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีม	-.264	.357	-.741	11	.474
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	.099	.495	.200	11	.845
การบริหารโครงการ	-.274	.482	-.568	11	.581
การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ	.048	.433	.111	11	.914
ปัจจัยระดับผู้รับบริการ: ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ					
ค่าคงที่ (Intercept)	-.077	.046	-1.682	11	.120
เซาว์สุขภาพ	-.444	.214	-2.074	11	.062
เซาว์อารมณ์ของทีม	-.643	.292	-2.200	11	.051
บทบาทผู้นำทีม	.123	.223	.552	11	.591
การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	-.123	.155	-.791	11	.446
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีม	.288	.261	1.102	11	.295
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	-.324	.272	-1.191	11	.259
การบริหารโครงการ	1.060*	.416	2.545*	11	.027
การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ	-.064	.294	-.220	11	.830
ปัจจัยระดับผู้รับบริการ: ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ					
ค่าคงที่ (Intercept)	.078	.104	.757	11	.465
เซาว์สุขภาพ	.600	.481	1.248	11	.238
เซาว์อารมณ์ของทีม	-.794	.701	-1.133	11	.282
บทบาทผู้นำทีม	-.287	.516	-.557	11	.588
การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	.323	.309	1.046	11	.318
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีม	-.018	.556	-.034	11	.974
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	.128	.764	.168	11	.870
การบริหารโครงการ	.132	.820	.161	11	.875
การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ	-.137	.736	-.186	11	.856

อิทธิพลคงที่ (Fixed Effects)	Coefficient(β)	SE	t-ratio	d.f.	p-value
ปัจจัยระดับผู้รับบริการ: การได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ					
ค่าคงที่ (Intercept)	.095	.104	.918	11	.379
เซาว์สุขภาพ	.122	.455	.269	11	.793
เซาว์อารมณ์ของทีม	-.111	.658	-.170	11	.869
บทบาทผู้นำทีม	-.226	.480	-.471	11	.646
การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	.421	.313	1.343	11	.206
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีม	-.598	.563	-1.061	11	.312
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	-.342	.790	-.434	11	.672
การบริหารโครงการ	1.017	.796	1.278	11	.228
การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ	-.357	.698	-.512	11	.618
ปัจจัยระดับผู้รับบริการ: การได้มีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ					
ค่าคงที่ (Intercept)	.116	.097	1.201	11	.255
เซาว์สุขภาพ	-.630	.439	-1.434	11	.179
เซาว์อารมณ์ของทีม	.063	.574	.110	11	.915
บทบาทผู้นำทีม	.356	.498	.716	11	.489
การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	-.389	.312	-1.246	11	.239
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีม	.309	.532	.581	11	.572
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	.844	.715	1.179	11	.264
การบริหารโครงการ	-.781	.824	-.948	11	.364
การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ	.207	.655	.316	11	.758
อิทธิพลเชิงสุ่ม (Random Effects)	SD	Variance	df	χ^2	p-value
ระดับผู้ให้บริการ					
ค่าเฉลี่ยการกำกับพฤติกรรมตนเอง	.061	.003	10	9.566	.500
(Intercept)					
เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ	.170	.029	10	13.630	.190
ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ	.013	.000	10	4.365	.500
ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ	.354	.125	10	26.556*	.003
การได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ	.335	.112	10	26.697*	.003
การได้มีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ	.267	.071	10	22.481*	.013
ระดับผู้รับบริการ	.425	.181			

ตาราง 16 เมื่อนำเอาตัวแปรระดับผู้ให้บริการมาทดสอบผลปฏิสัมพันธ์ของอิทธิพลที่มีความแปรปรวนในระดับผู้ให้บริการ โดยใช้การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองที่ผู้รับบริการเป็นผู้ตอบ ผลปรากฏว่า มีเพียงผลปฏิสัมพันธ์เดียวที่มีนัยสำคัญ ที่ระดับ .05 ซึ่งก็คือ การบริหารโครงการที่มีต่ออิทธิพลของความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ($t = 2.545$, $P = .027$) ซึ่งก็หมายความว่า ผู้ให้บริการที่มี พฤติกรรมการบริหารโครงการมากและผู้ให้บริการที่มีพฤติกรรมการบริหารโครงการน้อยมีความแตกต่างกันของขนาดอิทธิพลที่ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมีผลต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และผลปฏิสัมพันธ์เป็นทิศทางบวก แสดงว่า โครงการที่ผู้รับบริการรับรู้ว่ามีผู้ให้บริการมีพฤติกรรมการบริหารโครงการที่ดีมาก ขนาดอิทธิพลของความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่มีต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองจะมากกว่าโครงการที่ผู้รับบริการรับรู้ว่ามีผู้ให้บริการมีพฤติกรรมการบริหารโครงการน้อย และเมื่อพิจารณาอิทธิพลสุ่มความแปรปรวนระดับผู้ให้บริการของค่าอิทธิพลของตัวแปร 3 ตัวได้แก่ 1) ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ($SD=.354$, $p < .01$) 2) การได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ ($SD=.335$, $p < .01$) และ 3) การได้มีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ

(SD=.267, $p < .05$) ซึ่งก็แสดงว่า ยังมีตัวแปรอื่นๆ ในระดับผู้ให้บริการที่สามารถอธิบายความผันแปรของตัวแปร ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ การได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ และการได้มีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพได้อีกว่าทำไมถึงแตกต่างกันไปตามระหว่างผู้ให้บริการ

2.3 ผลวิเคราะห์พหุระดับเพื่อทดสอบตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

เนื่องจากตัวแปรอิสระในงานวิจัยนี้มีทั้งตัวแปรระดับผู้รับบริการและตัวแปรระดับผู้ให้บริการการวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่ามีตัวแปรอิสระใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ในงานวิจัยนี้ จึงใช้การวิเคราะห์พหุระดับ (Hierarchical linear model) ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัย การนำเสนอผลการวิเคราะห์จะนำเสนอตามลำดับของสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ โดยจะเริ่มจากผลวิเคราะห์แบบจำลองฐานเป็นลำดับแรก

2.3.1 ผลการวิเคราะห์แบบจำลองฐาน (Base model)

เป็นการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์พหุระดับในขั้นตอนแรก ด้วยการวิเคราะห์ตัวแปรตามด้วยแบบจำลองแบบไร้ตัวแปรทำนาย (Analysis of Null Model) หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าเป็นการวิเคราะห์แบบจำลองแบบไร้เงื่อนไขอย่างสมบูรณ์ (Fully Unconditional Model) ซึ่งแบบจำลองที่มีเฉพาะตัวแปรตามที่น่าสนใจศึกษา ณ ที่นี้ หมายถึง ตัวแปรการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยไม่มีตัวแปรทำนายใดๆ ในทุกระดับ เพื่อเป็นการศึกษาถึงความผันแปรของตัวแปรตามในระดับชั้นต่างๆ ซึ่งหมายถึง ระดับชั้นผู้รับบริการ ซึ่งเป็นระดับ Micro Level และระดับชั้นผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นระดับ Macro Level จะทำให้ทราบถึงปริมาณและสัดส่วนความผันแปรของตัวแปรตามว่าอยู่ในแต่ละระดับชั้นมากน้อยเพียงไรหรือกล่าวได้ว่าเป็นการตรวจสอบถึงความแปรปรวนของการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้รับบริการว่าเป็นความแปรปรวนที่เกิดขึ้นภายในผู้ให้บริการและระหว่างผู้ให้บริการมากน้อยเท่าใดและวัตถุประสงค์อีกประการของการวิเคราะห์แบบจำลองนี้จึงเป็นทดสอบว่าผู้รับบริการที่อยู่ในโครงการที่แตกต่างกัน จะมีค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพด้วยตนเองแตกต่างกันไปตามระหว่างผู้ให้บริการหรือไม่ เป็นการตรวจสอบเบื้องต้นว่าตัวแปรตามมีความผันแปรภายในหน่วยเพียงพที่จะวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไป ผลวิเคราะห์มีดังนี้

ตาราง 17 ผลการวิเคราะห์แบบจำลองไร้เงื่อนไข อิทธิพลคงที่ (Fixed Effects) อิทธิพลเชิงสุ่ม (Random Effects) ของการวิเคราะห์อิทธิพลภายในโครงการ (Pooled-Within Project Effect)

อิทธิพลคงที่ (Fixed Effects)	Coefficient(β)	SE	t-ratio	d.f.	p-value
ค่าเฉลี่ยรวมการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	3.959	.059	67.077	19	0.000
อิทธิพลเชิงสุ่ม (Random Effects)	SD	Variance	df	χ^2	p-value
ระดับผู้ให้บริการ					
- ความคลาดเคลื่อนแบบสุ่มระดับผู้ให้บริการของค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	.230	.053	19	70.561	.000
ระดับผู้รับบริการ					
- ความคลาดเคลื่อนแบบสุ่มระดับผู้รับบริการ	.587	.345			

ตาราง 17 เมื่อให้การดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้รับบริการเป็นตัวแปรตาม ผลการทดสอบอิทธิพลคงที่ (Fixed Effect) พบว่า ค่าเฉลี่ยรวมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองเท่ากับ 3.595 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t=67.077$, $df=19$) ผลการทดสอบอิทธิพลสุ่ม (Random Effects) พบว่า การดูแลสุขภาพด้วยตนเองมีความผันแปรระหว่างบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 70.561$, $df=19$) กล่าวคือ ค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้รับบริการแตกต่างกันไปตามระหว่างผู้ให้บริการ โดยที่ผู้รับบริการในผู้ให้บริการที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพด้วยตนเองแตกต่างกัน โดยมีความแปรปรวนในการประมาณค่าพารามิเตอร์เท่ากับ .053 และความแปรปรวนที่ได้จากการสังเกตเท่ากับ .398 แสดงว่า ตัวแปรตามมีความผันแปรเพียงพอที่จะวิเคราะห์แบบจำลองไร้เงื่อนไขในขั้นต่อไป และเมื่อนำเอาความแปรปรวนมาคำนวณค่าสหสัมพันธ์ภายในกลุ่ม (Interclass correlation) พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ภายในกลุ่มของการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง คือ $[.053 / (.053 + .345)] = .133$ แสดงว่า สัดส่วนความแปรปรวนของการดูแลสุขภาพด้วยตนเองที่เกิดขึ้นระหว่างโครงการต่อความแปรปรวนทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 13.30

2.3.2 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบอิทธิพลของตัวแปรระดับผู้รับบริการที่มีต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

เป็นการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ เป็นการทดสอบว่าตัวแปรระดับผู้รับบริการมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองหรือไม่ อย่างไร การวิเคราะห์นี้คือการวิเคราะห์ที่สร้างสมการพหุระดับที่นำเอาตัวแปรปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมในระดับผู้รับบริการ มาเป็นตัวแปรอิสระในสมการ ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

ตาราง 18 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบอิทธิพลของปัจจัยระดับผู้รับบริการที่มีต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

อิทธิพลคงที่ (Fixed Effects)	Coefficient(β)	SE	t-ratio	d.f.	p-value
ค่าเริ่มต้น (Intercept)	3.953	0.034	114.331	19	.000
ปัจจัยทางจิต					
- เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ	.401*	0.061	6.562	406	.000
- ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ	.018	0.042	.435	406	.663
- ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ	.160*	0.066	2.402	406	.017
ปัจจัยทางสังคม					
- การได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ	.123*	0.054	2.288	406	.023
- การได้มีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ	.119	0.062	-1.922	406	.055
อิทธิพลเชิงสุ่ม (Random Effects)	SD	Variance	df	χ^2	p-value
ระดับผู้ให้บริการ					
- ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพ	.109	.012	19	35.436	.012
ระดับผู้รับบริการ					
	.503	.253			
R^2 Micro Level (ผู้รับบริการ) เท่ากับ $(.345 - .253) / .345 = .266$, * $p < .05$					

ตาราง 18 พบว่าตัวแปรระดับผู้รับบริการที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้รับบริการ ได้แก่ เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการและการได้รับการสนับสนุนจากผู้

ให้บริการ มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .401, .160 และ .123 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.562$, $t = 2.402$ และ $t = 2.288$) สำหรับตัวแปรความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการได้มีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้รับบริการอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .435$ และ $t = -1.922$) จากผลการวิเคราะห์แสดงว่า ผู้รับบริการที่มีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพสูง ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการสูงและการได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการสูง มีแนวโน้มที่จะมีการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้รับบริการสูง

เมื่อพิจารณาผลอิทธิพลสุ่ม(Random Effect) พบว่าเมื่อนำตัวแปรระดับผู้รับบริการมาอธิบายการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้รับบริการแล้วแต่ความแปรปรวนของการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้รับบริการก็ยังคงมีอยู่อย่างมีนัยสำคัญซึ่งก็หมายความว่าแม้ว่าจะปรับความแตกต่างอันเนื่องมาจากตัวแปรระดับผู้รับบริการแล้วผู้รับบริการก็ยังคงมีค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้รับบริการแตกต่างกันไปตามระหว่างผู้ให้บริการ เมื่อพิจารณาร้อยละความแปรปรวนของการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้รับบริการที่ตัวแปรระดับผู้รับบริการสามารถอธิบายได้ พบว่า ตัวแปรระดับผู้รับบริการสามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้รับบริการในระดับผู้รับบริการ ได้ร้อยละ 26.60 ($R^2 = .266$) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้รับบริการในระดับผู้ให้บริการได้ร้อยละ 77.30 ($R^2 = .773$) จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าว สรุปได้ว่าตัวแปรระดับผู้รับบริการที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้รับบริการ ได้แก่ เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการและการได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ

2.3.3 ผลวิเคราะห์เพื่อทดสอบอิทธิพลของตัวแปรระดับผู้ให้บริการที่มีต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

เป็นการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ เป็นการทดสอบว่าตัวแปรระดับผู้ให้บริการมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองหรือไม่ อย่างไร การวิเคราะห์นี้คือการวิเคราะห์ที่สร้างสมการพหุระดับที่นำเอาตัวแปรปัจจัยทางจิต ปัจจัยทางสังคมและปัจจัยด้านการจัดการโครงการในระดับผู้ให้บริการ มาเป็นตัวแปรอิสระในสมการ ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

ตาราง 19 การประมาณค่าอิทธิพลของตัวแปรอิสระระดับผู้ให้บริการที่มีต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

อิทธิพลคงที่ (Fixed Effects)	Coefficient(β)	SE	t-ratio	d.f.	p-value
ค่าเริ่มต้น (Intercept)	3.970	.046	85.322	11	.000
ปัจจัยทางจิต					
เชาว์สุขภาพ	.499*	.198	2.521	11	.029
เชาว์อารมณ์ของทีม	.576*	.369	2.561	11	.047
บทบาทผู้นำทีม	.051	.164	.313	11	.760
ปัจจัยทางสังคม					
การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	.003	.100	.035	11	.973
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีม	.076	.214	.357	11	.728
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	.438	.377	1.161	11	.271

ปัจจัยด้านการจัดการโครงการ					
การบริหารโครงการ	.709*	.377	2.902	11	.006
การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ	.183	.341	.537	11	.602
อิทธิพลเชิงสุ่ม (Random Effects)	SD	Variance	df	χ^2	p-value
ระดับผู้ให้บริการ					
- ค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพ	.241	.058	11	52.278*	.000
ระดับผู้รับบริการ	.587	.345			
R^2 Macro Level (ผู้ให้บริการ) เท่ากับ $(.053 - .012) / .053 = .773$, * $p < .05$					

ตาราง 19 พบว่าตัวแปรระดับผู้ให้บริการที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง มีตัวแปร คือ การบริหารโครงการ เข้าวารมณ์ของทีมและเขาวสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .709, .576 และ .494 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=2.902$, $t=2.561$ และ $t=2.521$) ทั้งนี้ตัวแปรระดับผู้ให้บริการสามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระดับผู้รับบริการ ได้ร้อยละ 77.30 ($R^2 = .773$)

2.3.4 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบผลปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยระดับผู้ให้บริการที่มีอิทธิพลของตัวแปรระดับผู้รับบริการที่มีต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

เป็นการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 คือ เป็นการทดสอบว่าตัวแปรระดับผู้ให้บริการมีผลปฏิสัมพันธ์ต่อตัวแปรระดับผู้รับบริการที่มีต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองหรือไม่ ซึ่งก่อนที่จะทดสอบสมมติฐานนี้ได้จำเป็นต้องสร้างสมการพหุระดับเพื่อตรวจสอบก่อนว่าอิทธิพลของตัวแปรอิสระระดับผู้รับบริการตัวแปรใดบ้างที่มีความแตกต่างกันไปตามระหว่างผู้ให้บริการ เนื่องจากการทดสอบผลปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรระดับที่สูงกว่าที่ส่งผลมายังอิทธิพลของตัวแปรระดับที่ต่ำกว่า เป็นการทดสอบเพื่อหาคำตอบว่าทำไมอิทธิพลของตัวแปรระดับที่ต่ำกว่านั้นจึงมีความแปรปรวนหรือความแตกต่างกันไปตามกลุ่มของตัวแปรระดับที่สูงกว่า (Raudenbush; & Bryk, 2002: 80) ดังนั้นสำหรับงานวิจัยนี้ จึงต้องตรวจสอบก่อนว่าตัวแปรอิสระใดที่มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลต่อตัวแปรตามแตกต่างกันไปตามระหว่างผู้ให้บริการบ้าง เมื่อพบแล้วจึงค่อยนำเอาตัวแปรที่มีอิทธิพลแตกต่างระหว่างผู้ให้บริการนั้นมาทดสอบผลปฏิสัมพันธ์กับตัวแปรระดับผู้ให้บริการ สมการพหุระดับที่ใช้ตรวจสอบว่าตัวแปรอิสระใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองแตกต่างกันไปตามระหว่างผู้ให้บริการ เป็นสมการที่กำหนดให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรอิสระระดับผู้รับบริการที่มีต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองให้เป็นอิทธิพลสุ่ม (Random-Coefficient model) ซึ่งรายละเอียดผลการวิเคราะห์ดังนี้

ตาราง 20 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบความแปรปรวนสัมประสิทธิ์อิทธิพลของปัจจัยระดับผู้รับบริการที่มีต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

อิทธิพลเชิงสุ่ม (Random Effects)	S.D.	Variance	df	χ^2	p-value
ระดับผู้ให้บริการ	.084	.007	18	35.836	.008
เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ	.118	.014	18	21.581	.251
ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ	.116	.013	18	26.203	.095
ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ	.236	.055	18	21.389	.260
การได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ	.079	.006	18	11.002	.500
การได้มีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ	.123	.015	18	10.974	.500
ระดับผู้รับบริการ	.483	.233			

จากตาราง 20 พบว่าเมื่อพิจารณาผลของอิทธิพลสุ่ม (Random Effects) ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรอิสระที่มีต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปรไม่พบว่า มีตัวแปรใดที่มีค่าอิทธิพลที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการที่แตกต่างกัน เมื่อพบผลดังกล่าว จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องทดสอบผลปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระระดับผู้ให้บริการที่มีต่อค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรอิสระระดับผู้รับบริการที่มีต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

ตาราง 21 ผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบผลปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรระดับผู้ให้บริการที่มีต่ออิทธิพลของปัจจัยระดับผู้รับบริการที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพตนเอง

อิทธิพลคงที่ (Fixed Effects)	Coefficient(β)	SE	t-ratio	d.f.	p-value
ปัจจัยระดับผู้รับบริการ: เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ					
ค่าคงที่ (Intercept)	4.293	.039	104.442	11	.000
เชาว์สุขภาพ	-.170	.189	-.896	11	.390
เชาว์อารมณ์ของทีม	-.101	.251	-.402	11	.695
บทบาทผู้นำทีม	-.292	.205	-1.424	11	.182
การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	.104	.111	.940	11	.368
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีม	-.247	.202	-1.22	11	.248
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	.026	.291	.091	11	.930
การบริหาร โครงการ	.418	.312	1.339	11	.208
การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ	.148	.264	.556	11	.587
ปัจจัยระดับผู้รับบริการ: ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ					
ค่าคงที่ (Intercept)	4.332	.032	133.433	11	.000
เชาว์สุขภาพ	-.077	.155	-.499	11	.627
เชาว์อารมณ์ของทีม	-.269	.204	-1.318	11	.214
บทบาทผู้นำทีม	.096	.171	.563	11	.584
การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	-.127	.101	-1.248	11	.238
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีม	.206	.163	1.259	11	.234
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	.244	.227	1.073	11	.307
การบริหาร โครงการ	-.114	0.265	-.430	11	.675
การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ	-.027	.206	-.134	11	.896

อิทธิพลคงที่ (Fixed Effects)	Coefficient(β)	SE	t-ratio	d.f.	p-value
ปัจจัยระดับผู้รับบริการ: ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ					
ค่าคงที่ (Intercept)	.185	.096	2.051	11	.089
เซาว์สุขภาพ	.111	.452	.334	11	.654
เซาว์อารมณ์ของทีม	.494	.650	1.073	11	.317
บทบาทผู้นำทีม	-.417	.482	-.844	11	.352
การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	-.126	.282	-.200	11	.505
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีม	.312	.511	.815	11	.323
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	.395	.706	.706	11	.283
การบริหารโครงการ	.214	.763	.176	11	.753
การจัดการเรียนรู้ที่ผู้รับบริการเป็นสำคัญ	.120	.685	.133	11	.783
ปัจจัยระดับผู้รับบริการ: การได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ					
ค่าคงที่ (Intercept)	.110	.065	1.460	11	.103
เซาว์สุขภาพ	.456	.265	1.732	11	.153
เซาว์อารมณ์ของทีม	-.011	.382	-.039	11	.938
บทบาทผู้นำทีม	.011	.287	.051	11	.959
การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	-.202	.123	-1.253	11	.223
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีม	.673	.283	1.787	11	.087
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	.293	.203	.729	11	.457
การบริหารโครงการ	.371	.580	.803	11	.483
การจัดการเรียนรู้ที่ผู้รับบริการเป็นสำคัญ	-.919	.435	-1.903	11	.091
ปัจจัยระดับผู้รับบริการ: การได้มีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ					
ค่าคงที่ (Intercept)	.027	.104	-.267	11	.795
เซาว์สุขภาพ	.080	.452	.195	11	.859
เซาว์อารมณ์ของทีม	.207	.626	.332	11	.746
บทบาทผู้นำทีม	.129	.524	.241	11	.834
การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา	.170	.337	.595	11	.561
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีม	-.414	.554	-.721	11	.450
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	.187	.764	.247	11	.812
การบริหารโครงการ	.243	.860	.321	11	.732
การจัดการเรียนรู้ที่ผู้รับบริการเป็นสำคัญ	-.074	.712	-.081	11	.921
อิทธิพลเชิงสุ่ม (Random Effects)	SD	Variance	df	χ^2	p-value
ระดับผู้ให้บริการ					
ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแล					
สุขภาพ (Intercept)	.115	.025	10	22.312*	.019
เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ	.380	.252	10	32.324*	.000
ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ	.155	.024	10	14.533	.086
ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ	.355	.106	10	31.007*	.001
การได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ	.103	.017	10	3.124	.500
การได้มีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ	.346	.116	10	24.258*	.015
ระดับผู้รับบริการ	.320	.143			

ตาราง 21 เมื่อนำเอาตัวแปรระดับผู้ให้บริการมาทดสอบปฏิสัมพันธ์ของอิทธิพลที่มีความแปรปรวนในระดับผู้ให้บริการ พบว่า ไม่ปรากฏการมีปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับระหว่างปัจจัยระดับผู้ให้บริการกับปัจจัยระดับผู้รับบริการที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพ และเมื่อพิจารณาถึงอิทธิพลร่วม ความแปรปรวนระดับผู้ให้บริการของค่าอิทธิพลทั้งห้าตัวแปรซึ่งมี 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ 1) เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ($SD = .380, p < .01$) 2) ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ ($SD = .355, p < .01$) และ 3) การมีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ ($SD = .346, p < .01$) แสดงว่า ยังมีตัวแปรหรือปัจจัยระดับผู้ให้บริการอื่นอีกที่สามารถนำมาอธิบายได้ว่าทำไมค่าอิทธิพลทั้งห้าตัวแปรจึงแตกต่างกันไปตามระหว่างผู้ให้บริการ

ตอนที่ 3 แนวทางในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ

ในส่วนนี้คณะผู้วิจัยใช้การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง จากเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น เป็นกลุ่มผู้รับบริการโรคอ้วนที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร (สปสช.) ในช่วง 6 เดือนและประสบความสำเร็จน้ำหนักตัวลดลง โดยมีค่า BMI ลดลง รอบเอวลดลงในระดับสูงสุดของกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ รวมจำนวน 4 คนที่สามารถลดน้ำหนักได้อยู่ในช่วง 5-10 กิโลกรัมในระยะเวลา 5 เดือน และกลุ่มผู้บริหารโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่ประสบความสำเร็จในการจัดโครงการและได้บรรลุตามเป้าหมายตามตัวชี้วัดได้สูงสุดของโครงการทั้งหมดจำนวน 4 คนและภายหลังจากทำโครงการสามารถเป็นวิทยากรหรือเป็นผู้ถ่ายทอดในการทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับหน่วยงานต่าง ๆ พร้อมทั้งได้รับการประเมินโครงการอยู่ในระดับดีมาก จากทีมนิเทศโครงการของคณะผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒและ สปสช.ประจำปี 2554-2555 สำหรับการสัมภาษณ์กลุ่มเพื่อค้นหาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคอ้วนอย่างมีประสิทธิภาพ

3.1 ผลการสัมภาษณ์กลุ่มผู้รับบริการโรคอ้วน สามารถสรุปประสบการณ์เป็นรายกรณีได้ดังนี้

1. ประเด็นคำถาม มีสาเหตุหรือมูลเหตุจูงใจอะไรบ้างให้หันกลับมาสนใจ ลดน้ำหนักและดูแลสุขภาพตนเองอย่างจริงจัง

กรณีที่หนึ่ง มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยร้ายแรง ดังทำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ที่ว่า “ทรมานมาก อยากจะทำอะไรก็ได้ อยากจะจีจ๊กรยานเหมือนคนอื่นๆเขา ก็ไม่ได้ทำ เล่าพร้อมกับสีหน้าที่รับรู้ได้ว่าทรมานจริงๆ และเล่าต่อว่า เมื่อตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลพบว่า เป็นความดันโลหิตสูงก็ไม่คิดอะไร ทุกอย่างยังเหมือนเดิม หมอให้กินยา ก็กินบ้างไม่กินบ้าง วันไหนอยากกินก็กิน วันไหนไม่อยากกินก็ไม่กิน เป็นมานานหลายปีก็ไม่มียาอะไรเปลี่ยนแปลง อาหารที่ชอบคือ พวกที่มีกะทิ ขาหมูและของหวาน อยากกินอะไรก็กิน ไม่ได้คิดอะไร ร่างกายเราก็แข็งแรงดี ถึงแม้แพทย์เคยให้ความรู้เรื่องภัยมีคจากการกินเป็นอันตรายต่อหลอดเลือด ก็ไม่ได้สนใจ แพทย์ได้อธิบายมีรูปประกอบที่น่ากลัว ก็ไม่เชื่อเพราะว่าเราก็แข็งแรงดี ทั้งๆที่มีพี่น้องในครอบครัวตายหมดแล้วเมื่อ 2 ปีที่ผ่านมาด้วยโรคหลอดเลือดในสมองแตก แต่แล้ววันหนึ่งมีเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เมื่อกลางปี เริ่มมีอาการปวดศีรษะ เมื่อลุกเข้าห้องน้ำมารู้สึกตัวอ่อนแรงซีกซ้ายทั้งแขน

ขา รู้สึกตัวหนักควบคุมไม่ได้ ญาตินำส่งมาโรงพยาบาลในเวลาเช้ามืด มีความรู้สึกอยากจะทำอะไรตลอดเวลา หมอบอกว่าน่าจะมีปัญหาหลอดเลือดสมอง เนื่องจาก อ้วน มีไขมันโคเลสเตอรอลสูงและมีความดันโลหิตสูงด้วย และภายหลังสแกนสมองแล้วว่าเป็นเส้นเลือดในสมองจะแตกแล้วต้องรีบส่งตัวไปผ่าตัดด่วน ระหว่างนั้นนึกกลัวและก็ตั้งสติว่าขอให้รอดจากภาวะวิกฤตินี้ด้วย ในใจมีความรู้สึกว้าวยากมากตอนนั้น ทำไมคนมาอยู่รอบๆตัวหลุมไปหมด ทั้งเจาะเลือด แขนงน้ำเกลือ อยู่บริเวณแขนข้างขาข้าง เวลาวิ่งเลยมา รู้สึกว่าแก้มข้างซ้ายหนักๆ ลิ้นแข็ง หน้าอกแข็งมาก หัวใจเต้นไม่ปกติ และในที่สุดก็วิ่งไปไม่รู้สึกตัว มารู้ตัวอีกทีก็อยู่ในห้อง ICU ขยับตัวไม่ได้แม้แต่จะขยับนิ้วก็ทำไม่ได้ นี่เราเป็นอะไรขณะที่เธอเล่า เราได้รับทราบได้ถึงความรู้สึกทุกข์ทรมานของเธอ หมอบอกดิฉันว่าคงผ่าตัดไม่ได้เพราะอยู่ลึกมากมันอันตราย ในใจคิดแต่ว่าดิฉันอยากรอดชีวิตออกไปจากที่นี่และความตายมันอยู่แค่เอื้อมเท่านั้น หมอพยายามที่จะช่วยชีวิตเราอย่างถึงที่สุดให้น้ำเกลือ ฉีดยาหลายอย่างเข้าไป เราไม่รู้เพียงแต่ว่าปากแข็งๆ หมอบอกกับเราว่าพูดไม่ค่อยชัดเจน ตามตัวซิกซ่ายขยับไม่ได้ ขณะนั้นไม่มีใครอยู่เราอยากเข้าห้องน้ำมาก ดิฉันพยายามที่จะไปเข้าห้องน้ำพยาบาลมาเห็นพอดี ดิฉันจึงถูกว่าเลยซึ่งเขาบอกว่าถ้าล้มไปจะเป็นอันตรายมาก จากนั้นก็นอนอยู่บนเตียงผู้ป่วยคอยนับวันจาก 1 วัน 2 วันและ 2 สัปดาห์และใน 2 สัปดาห์ที่อยู๋โรงพยาบาลทำให้ได้คิด ถ้าได้กลับไปจะเริ่มค้นปฏิบัติตัวใหม่โดยจะกินอย่างมีสติ ไม่ตามใจปาก เพราะเหนื่อยกับความพยายามที่จะทำเหมือนคนอื่นๆ พยายามที่จะอาสาหัวหน้าที่จะเดินทางไปตามหน่วยงานต่างๆ จนหัวหน้าบอกว่า “ไหวหรือ” และต้องทนกับสายตาของหลายๆคนที่มองเหมือนเราเป็นคนไม่ปกติ แต่เราจะไม่ย่อท้อเพราะถ้าเราท้อใครจะมาดูแลเราแล้วเราจะอยู่อย่างไรต่อไป อยากบอกหลายๆคนที่ไม่ตระหนักในเรื่องโรคกลุ่มนี้ ไม่อยากให้เรามาทรมานเหมือนเรา และถ้าเป็นไปได้อยากกลับไปเป็นคนเก่าในอดีตที่สามารถทำอะไรได้ด้วยตัวเอง และที่เป็นเช่นนี้ก็เพราะตัวเองไม่มีวินัยในตัวเอง อยากจะบอกเพื่อนๆว่าพวกคุณยังโชคดีมีโอกาสที่จะปรับเปลี่ยนนิสัยการกิน และการออกกำลังกาย ยังไม่เป็นแบบดิฉันและคุณยังได้มีโอกาสได้เข้าร่วมโครงการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อลดไขมันในเส้นเลือดจะบอกคุณๆ ว่าเขาสอนเราดีให้เรานำไปทำจริงๆ จะทำให้ตัวเองสุขภาพดี เทคนิคสะกดกลั้นความอยากจะบอกตนเองว่า ความอร่อยมันมาเปลี่ยนเดียวเท่านั้นเอง แท้จริงมันไม่มีประโยชน์ แต่สุขภาพมันต้องอยู่กับตัวเองอีกนาน และควรให้ออกาสดีๆกับตัวเองด้วย จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวจึงขอฝากด้วยใจจริง พุดด้วยน้ำเสียงที่สั่นเครือ สายตาทำทางวิงวอน เพื่อนๆในกลุ่มสงบนิ่งฟังอย่างตั้งใจเหมือนถูกมนต์สะกด”

กรณีที่สอง มีสาเหตุมาจากการทำงานด้านสุขภาพจึงทำให้ได้พบเห็นการเจ็บป่วยของผู้อื่น และเกิดการเจ็บป่วยขึ้นกับตนเอง ดังคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ที่ว่า “สถานการณ์เป็นแผนกผู้ป่วยนอก ผมเป็นเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ผมพบว่าคนไข้หลายคนที่ผ่านมามือผมส่วนใหญ่จะนอนอยู่บนเตียง เดินไม่ได้ หรือไม่ก็แขนหรือขาซิกโคซิกหนึ่งไม่มีแรง ผมสงสัยว่าคนไข้เหล่านี้เป็นอะไรหรือ และอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้เขาเป็นอย่างนี้ ผมเข้าไปอ่านประวัติของแต่ละคน ได้คำตอบว่าคนเหล่านี้จะชอบกินของมันๆทอดๆผัดๆ กะทิและน้ำอัดลม ผมลองมาคุยกับเขา เขาเล่าให้ผมฟังโดยไม่ปิดบัง ผมฟังแล้วก็ยังไม่ได้อะไรแต่มีอะไรอยู่บ้างที่พวกเขาเหล่านั้นชอบกินอะไรที่คล้ายๆกับผมเลย และแล้วผลการตรวจสุขภาพประจำปีของผม แพทย์บอกว่าผมมีไขมันในเลือดสูงและความดันโลหิตสูงควรเริ่มดูแลสุขภาพตนเองได้แล้ว แต่ใจผมกลับเถียงว่า

ไปว่าไม่เห็นเป็นอะไรเลยก็ผมไม่มีอาการอะไรที่ตรงกับที่แพทย์บอกเลย และผมก็ยังใช้ชีวิตเหมือนเดิม กินเหมือนเดิม ไม่ออกกำลังกายเป็นเช่นนี้อีกหลายเดือน แต่แล้ววันหนึ่งผมเริ่มมีอาการชาๆ มึนๆ เหนื่อยๆ ผมตกใจ มาพบหมอๆ บอกผมว่าผมเริ่มมีอาการในกลุ่มโรคเส้นเลือดสมองตีบแล้วและว่าผมจะต้องนอนโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 6 เดือน ใจผมยังค้านว่าจริงหรือไม่ หมอให้ผมหัดเดินใหม่ให้ตัวตรงๆ แวบแรกผมคิดว่าผมจะเหมือนคนไข้ที่ผมดูแลหรือไม่ ใจยังปฏิเสธนะว่าไม่เหมือน ผมต้องไม่เหมือน”

กรณีที่สาม มีสาเหตุมาจากการสภาพแวดล้อมรอบตัวที่อุดมไปด้วยอาหารที่มีคลอเลสเตอรอลสูง และได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด จึงเกิดการเจ็บป่วยขึ้นกับตนเอง ดังคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ที่ว่า “บ้านอยู่ติดทะเล และความรู้ในเรื่อง คลอเลสเตอรอล นั้นบอกได้เลยว่าเป็นศูนย์ เดือนนึงก็จะกลับไปเยี่ยมบ้านที กลับไปพี่น้องๆ ที่บ้านก็ซื้อโน่นซื้อนี่มาให้กินอยู่เสมอและขาดไม่ได้ก็เป็นจำพวกปลาหมึก กุ้ง ปู หอย เขารู้ว่าเราชอบ กินที่บ้านยังไม่พอยังเตรียมขอให้เรานำกลับมากินต่อที่กรุงเทพฯ ในปริมาณมาก ๆ ทุกครั้งที่กลับบ้าน พี่ๆ น้องล้วนรักเราและคิดว่าเราจะไม่ได้กิน เพราะอยู่ที่กรุงเทพฯ ของราคาแพงและที่สำคัญไม่อร่อยเหมือนที่บ้าน เรากลัวพี่ๆ น้องๆ จะเสียใจและก็ของเขาร่อยจริง ๆ จากวันนั้นถึงวันนี้กินานหลายปีอยู่ เมื่อผลการตรวจสุขภาพนั้นตอนแรกๆ ก็ไม่มีอะไรที่สังเกตเห็นว่าเปลี่ยนไปก็คือ คลอเลสเตอรอลที่จะสูงขึ้นทุกๆ ปี น้ำหนักก็ขึ้นมาเกือบตลอด คนข้างเคียงก็คือสามี ไม่เคยห้ามเลยคะ บอกว่ากินเข้าไปเถอะ อ้วนๆ แหะละดี จนต่อมาใน 2 ปีที่แล้ว ผลการตรวจเลือดออกมาพบว่า คลอเลสเตอรอล ขึ้นไปถึง 300 (ปกติต้องไม่เกิน 200 mg%) และพี่ที่ทำงานบอกว่า น้องทราบหรือไม่ว่าน้องมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจหลอดเลือดสมองและอาจตายทันทีได้โดยไม่รู้ตัว จึงตกใจมากเราจะเป็นอะไรหรือเปล่าไปหาหมอ หมอก็บอกว่าต้องกินยา นี่หว่านลูกก็ยังไม่เลิ่ก จึงกังวลและเครียด และเริ่มมีอาการวูบๆ เราจะทำอย่างไรดี พี่ๆ มาชวนเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดไขมันในเส้นเลือด บอกว่าจะทำให้เราเห็นชัดขึ้นว่าเราควรจะทำอย่างไรที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพของตัวเองต่อไป ”

กรณีที่ดี มีสาเหตุมาจากไม่มีความรู้และความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ จึงเกิดการเจ็บป่วยขึ้นกับตนเอง ดังคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ที่ว่า “เดินผ่านตลาดกลิ่นหอมเตะจมูกมาก คงไม่มีอะไรที่จะหอมเกินหมูทอดและเนื้อทอดไปได้ กลิ่นเห้ายวนชวนเสียดังค์จริงและก็อดใจไม่ได้ ตัวดิฉันเองเป็นแม่บ้านคะ วันๆ ก็ทำแต่กวาดแต่ถู ไม่ค่อยรู้อะไร เหนื่อยก็หยุดพักกินและดิฉันมีความเชื่อว่าการใช้แรงมากๆ ก็ต้องกินเข้าไปให้มากๆ เพื่อจะได้มีแรงและของทีนิยมของดิฉันก็คืออาหารจำพวกทอดๆ โดยเฉพาะพวกมันฝรั่ง หมูทอด เห็นอะไรก็กินไปหมดไม่เคยรู้เลยว่าตามใจปากจะส่งผลร้ายให้กับตัวเอง จนพี่ๆ มาชวนเข้าร่วมโครงการฯ ตอนแรกก็ยังไม่รู้แต่ว่าก็อยากลองเข้าร่วมดู ไปนั่งฟังฟังรู้ว่าคนเราเกิดมากินเพื่ออยู่มิใช่อยู่เพื่อกิน ที่ผ่านมารเราเป็นคนประเภทอยู่เพื่อกินจริงๆ และเริ่มมีอาการปวดหัว มีหน้ามืด วูบๆ เป็นบางครั้ง เอ๊ะเราเป็นอะไร ไปฟังบรรยายเริ่มเข้าใจว่ามันเป็นสัญญาณเตือนของกลุ่มโรคเมตาบอลิก จึงรีบกลับบ้านไปดูแลสุขภาพ ตรวจ คลอเลสเตอรอล ที่ผ่านมามีทั้งที่ไม่เคยสนใจที่จะดูมันมาก่อน โอ้โหใช่เลย คลอเลสเตอรอลปาเข้าไปตั้ง 373 (ปกติต้องไม่เกิน 200 mg%) ทำอย่างไรดีละเรา เริ่มคิดถึงคำบรรยายของอาจารย์ ว่าทุกอย่างเริ่มที่ตัวเรา ถ้าเราไม่ดูแลตัวเองก็ไม่มีใครที่จะช่วยเราได้ ความกลัวเริ่มเข้ามาเยือน ก็คือกลัวตายนั่นเอง แล้วคนอื่นๆ ในครอบครัวละเขาจะอยู่อย่างไรถ้าไม่มีเราและก็ได้แรงบันดาลใจจนหันกลับมาดูแลตนเองจนถึงทุกวันนี้ ”

2. ประเด็นคำถาม ท่านปฏิบัติตนอย่างไรจึงสามารถลดน้ำหนักได้และยังคงมีสุขภาพที่แข็งแรงขึ้นได้จนถึงทุกวันนี้

กรณีที่หนึ่ง เริ่มจากการเข้าร่วมโครงการและได้เรียนรู้วิธีการจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้รู้เรื่องความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief Model) และความสามารถของตนเอง (Self efficacy) มาผสมผสานกันโดยการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค โดยนำประสบการณ์ที่ตนเองทุกข์ทรมานมาเป็นตัวตั้งต้นในการตั้งเป้าหมายชีวิตของตนเองและปรับเปลี่ยนวิถีคิดจากการสิ่งสนับสนุนทางสังคมโดยได้รับความรู้ คำแนะนำต่างๆ โดยเฉพาะการดูแลกำกับตนเอง ดังคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ที่ว่า “ได้รู้ ในเรื่องการกินอาหารว่า ไม่ใช่การอด แต่เป็นการฉลาดที่จะเลือกกินเลือกใช้ต่างหาก และต้องออกกำลังกายให้เหมาะกับตนเอง ไม่ใช่หักโหมมากเกินไป หรือทำตามแฟชั่นเท่านั้นแต่เป็นการทำเพื่อตนเอง และต้องพยายามควบคุมอารมณ์ตนเองโดยยึดหลักธรรมะให้มาก เพราะการรู้และเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยดูจากการเจ็บป่วยของเราเองเป็นหลักส่งผลให้เราเร่งรีบหรือเลิพฤติกรรมการกินการอยู่ที่ทำให้สุขภาพของเราไม่ดี และทำให้รู้ถึงประโยชน์ของการกระทำที่ถูกต้องของเราเอง ว่ามีมากมายขนาดไหน”

กรณีที่ 2 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและแรงจูงใจภายในตนเองสูง ดังคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ที่ว่า “ผมตั้งใจว่าผมต้องทำให้ได้ ผมเริ่มตั้งใจและปฏิบัติตามคำแนะนำ จนผมได้กลับบ้าน และผมก็รู้ตัวว่าผมโชคดีที่มีตัวช่วย ไม่ใช่ใครหรอกครับ คือแม่ผมเองที่ท่านห่วง ท่านคอยดูแลผม ทำอาหารสุขภาพให้ผมรับประทาน และท่านยังคอยย้ำเตือนให้ผมดูแลตนเอง แล้วอย่างนี้ผมจะไม่ทำเพื่อตัวเองได้อย่างไร ผมเริ่มคิดเอาหลักการ 3 S และ promise (การรับรู้ความสามารถตนเอง การกำกับตนเอง การดูแลสุขภาพตนเอง และการเสริมแรงทางบวก การมุ่งผลสัมฤทธิ์ การสร้างแรงจูงใจ การมองโลกในแง่ดีและการเห็นคุณค่าในตนเอง) มาใช้ทั้งที่ไม่เคยอยู่ในหัวผมเลยก็ว่าได้ การรับรู้ในความสามารถของตนเองว่าเราทำได้ การดูแลตนเอง เรากำกับตัวเองได้และที่สำคัญคือผมได้แรงจูงใจ กำลังใจ จากแม่ที่ท่านไม่เคยเลยสักวันที่แม่จะไม่ห่วงผม จากวันนั้นจนวันนี้ผมเริ่มสนใจและห่วงใยสุขภาพของตนเอง ใส่ใจกับการเลือกกิน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งผมไม่ได้ยุ่งยากอะไร ผมใช้การเดินเข้าซอยเข้าบ้านแทนการนั่งรถมอเตอร์ไซด์ซึ่งก็ได้ผลนะ ประหยัดดีและได้ร่างกายที่แข็งแรงชะด้วย และสิ่งที่ผมเห็นว่าสำคัญและมีประโยชน์คือการบอกต่อไปในคนที่ผมรักคนใกล้ชิดและที่สำคัญยังเผื่อแผ่ไปยังคนไข้ของผมด้วย และสิ่งดีๆ ก็เข้ามาในชีวิตผมมากขึ้นและความสุขใจก็เกิดขึ้นในชีวิตของผมอย่างที่หาซื้อที่ไหนไม่ได้เลย ”

กรณีที่สาม ใช้การตั้งเป้าหมายที่เป็นแรงจูงใจที่ชัดเจนและได้รับการเสริมแรงทางบวกสูงจากเจ้าหน้าที่โครงการ ดังคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ที่ว่า “ได้เข้าร่วมกิจกรรมได้รู้ข้อมูลที่ไม่เคยรู้เลยเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การเลือกกินอย่างฉลาด การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง และที่สำคัญคือเราก็อายุสวยหุ่นดีเหมือนคนอื่นๆ เช่นกัน และได้รับการให้กำลังใจ และการเอาใจใส่จากทีมงาน โดยพี่ๆ ให้หาแรงจูงใจให้ตนเอง เคยฝันว่าอยากหุ่นดีไปไหนใครๆ จะได้ไม่ล้อเลียน เพราะตนเองไม่สูงและยังอ้วนละก็ไม่อยากจะทำเลย ตรงนี้เอาเป็นเป้าหมายและวางแผนเพื่อหุ่นสวย ก็เลยจะไม่เลือกเสื้อผ้าที่ตัวใหญ่ โคร่งๆ เหมือนเดิมแต่จะเลือกเสื้อผ้าที่พอดีตัว...จากนั้นเริ่มนำสิ่งที่ได้มาใช้กับตนเองพยายามลดการทานของจุบจิบระหว่างมือและ

ของหวาน บอกที่บ้านว่าไม่ต้องซื้อของไว้ให้และพยายามกำกับตัวเองให้เลิกเสียดายของและไม่นำของจากบ้านมากักตุนไว้ทาน พยายามออกกำลังกายให้ได้ทุกวัน โดยเฉพาะสูลาสุป จากวันนั้นถึงวันนี้ฉันมั่นใจขึ้นทุกครั้งที่แต่งตัว ไปที่ไหนไม่มีใครล้อเลียน....และที่สำคัญ คลอเลสเทอรอลลดลงเหลือ 190 ฉันทำได้จริงๆนี้แหละคือรางวัลอันยิ่งใหญ่ของฉัน”

กรณีที่ดี ใช้การสัญญากับตนเอง และเลือกชนิดอาหาร ดังคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ที่ว่า “เริ่มจากออกกำลังกาย งดของทอดของมัน ในช่วงแรกใช้วิธีการอดเลยแต่ไม่ค่อยได้ผล ทำไม่ได้ทุกวัน ท้องมันร้องจึงเริ่มหันมาเลือกกิน กินพออิ่มจากเดิมกินจนอímเป้ และใช้การควบคุมตนเองให้เว้นของมันของทอดและตอนนี้ของชอบของฉันเป็นประเภทเต้าหู้ ผักต้ม ส้มตำ และเริ่มออกกำลังกายโดยเดินสูลาสุป วิ่งคู่เท่าที่มีเวลา และสามารถทำได้และให้สัญญากับตนเองว่าถึงไขมันจะลงแต่จะไม่เลิกเด็ดขาด ฉันสัญญากับตัวเองว่าจะทำได้”

3. ประเด็นคำถาม บทเรียนที่ได้จากประสบการณ์ในครั้งนี้

กรณีที่หนึ่ง ดังคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ที่ว่า “บทเรียนของตนเองนี้ ที่พ่อบอกถึงความรู้สึกที่ได้พบทบทวนตนเองว่า การใช้ชีวิตในอดีตที่ผ่านมาฉันไม่เคยใส่ใจในเรื่องสุขภาพ การดูแลตนเอง ไม่มีวินัยในตนเองเลย คิดในรสชาติของอาหารโดยเฉพาะของมันๆ กะทิ และของหวาน ไม่สนใจในความรู้ที่ได้รับจากแพทย์ ตอนนี้รู้และเข้าใจว่าพฤติกรรมในอดีตทำให้คุณค่าความเป็นคนลดลงและรู้ว่าทุกอย่างมันสายเกินไปแล้ว ตอนนี้เป็นคนป่วยความสามารถต่างๆ ลดลงไม่เหมือนเดิม และตนเองจึงต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ทั้งหมดในทุกๆ เรื่อง ทั้งเรื่องการใช้ชีวิต การเคลื่อนไหว การเลือกกินอาหาร การออกกำลังกาย โดยตนเองต้องมีสติตลอดเวลา นำธรรมะมาใช้ในชีวิตประจำวัน มีการจดบันทึก กำหนดเป้าหมายทำการสัญญากับตัวเองว่าเราทำได้ เราต้องอดทน และเราก็พบกับชีวิตที่ดีขึ้น และเมื่อเราทำได้ตามสัญญาที่ให้ไว้กับตนเองรู้สึกภาคภูมิใจ เดินได้ดีขึ้นใกล้เคียงกับของเดิม และทางด้านหน้าที่การงานหัวหน้าก็ประเมินผลงานอยู่ในระดับดีที่เทียบเท่ากับคนปกติ และอยากจะเผยแพร่กับคนอื่นๆว่าการป้องกันหรือดูแลตนเองให้สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงนั้นผลที่ได้มากกว่าการมาฟื้นฟูหลังเจ็บป่วยแล้วเพราะถึงแม้จะฟื้นฟูอย่างสม่ำเสมอแต่บางเรื่องบางกิจกรรมก็ยังไม่สามารถทำได้เหมือนคนปกติทั่วไป นี่คือการเรียนรู้ที่ได้จากประสบการณ์ที่ผ่านมายู่ตรงกลางระหว่างความเป็นกับตาย นั่นคือ วิกฤตของชีวิตฉัน”

กรณีที่สอง ดังคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ที่ว่า “การเรียนรู้จากเนื้อหาทฤษฎีที่หมอแนะนำไม่ว่าจะเป็นแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม แนวคิดการปรับพฤติกรรม 3 S และ promise ล้วนแต่ช่วยส่งเสริมให้เราพยายามที่จะดูแลสุขภาพของตนเองในเรื่องการเลือกรับประทานอาหาร แต่สิ่งที่เป็นจุดเด่นของเรื่องนี้จะอยู่ที่มีแม่ที่เข้าใจในเรื่องการดูแลสุขภาพเป็นตัวช่วยที่สำคัญทั้งในเรื่องการสนับสนุนทั้งกำลังใจและแรงจูงใจ เสียดสละแรงกายในการดูแลเรื่องอาหาร ซึ่งการได้รับทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และบุคคลที่มาจากครอบครัวนั้นเป็นแรงผลักดันให้ตัวเองก้าวไปสู่เป้าหมายที่ต้องการคือพฤติกรรมสุขภาพดี จึงสรุปได้ว่า ประสบการณ์ที่ผ่านมามีชีวิตนำมาซึ่งวิกฤตของชีวิต แต่เมื่อปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมมารับประทานอาหาร ออกกำลังกาย มองโลกในแง่บวก ตนเองและครอบครัวร่วมมือกัน ทำให้ชีวิตนี้มีความสุขมากขึ้นและมีแต่สิ่งดีๆเข้ามาในชีวิต ท้ายนี้ขอบอกว่า “สุขภาพดีไม่มีขาย ทุกคนต้องทำเอง”

กรณีที่สาม ดังคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ที่ว่า “การเรียนรู้ที่ได้จากการฝึกตั้งเป้าหมายของตนเองที่มีความมุ่งมั่นและตั้งใจจริง โดยมีแรงจูงใจว่าต่อไปนี้จะเป็นคนหุ่นดี ไปที่ไหนๆใครๆก็ชื่นชม ส่งผลให้มีการกำกับและควบคุมตนเองไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมการกิน พฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยมีความตั้งใจมากและได้รับแรงสนับสนุน มีเวลาในการออกกำลังกาย การได้รับความรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรม ส่งผลให้ตนเองประสบผลสำเร็จ จึงสรุปได้ว่า ถึงแม้ว่าอยู่ในโรงพยาบาลแล้วจะรู้และเข้าใจเรื่องกลุ่มโรค Metabolic ที่แฝงอยู่ในตัวเอง การได้รับรู้และนำหลักการ 3S กับอีก 1 Promise มาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติอย่างจริงจังส่งผลที่ได้ต้องบอกว่าสมกับความตั้งใจจริงๆ”

กรณีที่ดี การเรียนรู้ที่ได้ก็คือ ดังคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ที่ว่า “การรู้เพียงอย่างเดียว จากคนแบบเดียวกับเราไม่เคยคิดตาม แต่เมื่อมีสัญญาณที่ร่างกายเตือนมา เช่น ปวดหัวนำ น้ำมีดๆ รู้สึกรูๆ ก็ทำให้คิดถึงตนเองและอนาคตของครอบครัว กลัวว่าตนเองจะเป็นอะไรไป อันนี้เป็นแรงจูงใจอันหนึ่งที่จะทำให้เรามีความพยายามที่จะทำการปฏิบัติตามที่วิทยากรได้สอนให้เชื่อในความสามารถของตนเอง รู้จักควบคุมตนเองและดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี โดยการเลือกอาหาร ออกกำลังกายและทำอารมณ์ให้แจ่มใส จึงขอสรุปได้ว่า ความพยายาม ความอดทน และเชื่อในความสามารถของตนเอง จะมีอุปสรรคอีกกี่ครั้งก็ไม่ได้ทำให้เราเลิกล้มความตั้งใจและพยายามทำต่อไป ขอขอบคุณทีมพี่ๆในโครงการทุกคนที่นำสิ่งดีๆมาให้เรา”

3.2 ผลการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้บริการโรคอ้วนในโครงการปรับพฤติกรรมสุขภาพ สรุปผลได้ดังนี้

1. ประเด็นคำถาม มีมูลเหตุจูงใจอย่างไรบ้างที่มาร่วมจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชน

กรณีหนึ่ง เป็นงานประจำที่อยู่ในหน้าที่ด้านการส่งเสริมสุขภาพประชาชน สามารถสรุปคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ได้ว่า “มีความจำเป็นที่จะต้องจัดโครงการปรับพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนเพราะจากการปฏิบัติหน้าที่ประจำเพราะ ประชาชนส่วนใหญ่ยังคงมีปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะพฤติกรรมการกินที่พบเป็นส่วนใหญ่ส่งผลต่อการเกิดโรคอ้วน และภาวะเสี่ยงต่างๆ โดยที่ประชาชนไม่รู้ตัว แสดงให้เห็นถึงว่าประชาชนบางส่วนยังขาดองค์ความรู้ที่ดี และพบว่าประชาชนจำนวนมากที่เข้ารับบริการมีโรคประจำตัวเรื้อรังเกือบทุกคน เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อ้วน ดังนั้น คนกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จึงได้ทำการสำรวจถึงปัญหาจากสภาพชุมชนอย่างแท้จริงร่วมด้วยก่อนที่จะทำโครงการ”

กรณีที่สอง มีความพร้อมของทีมงานจัดทำโครงการ สามารถสรุปคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ได้ว่า “ก่อนเริ่มโครงการนั้น คณะทำงานได้ทำการวิเคราะห์แล้วว่า ศักยภาพของคณะทำงานมีอย่างเพียงพอที่จะผลักดันให้โครงการประสบความสำเร็จได้เพราะส่วนใหญ่แล้วก็เป็นบุคลากรทางด้านการแพทย์ มีความเชี่ยวชาญในเนื้อหาด้านสุขภาพพอในด้านนี้ ประกอบกับรับทราบมาก่อนที่จะจัดโครงการจะต้องได้รับการถ่ายทอด และมีพี่เลี้ยงจาก มศว และโครงการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารเป็นอย่างดี หน่วยงานมีสถานที่ อุปกรณ์ที่

พร้อม และได้เคยสอบถามความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่มีความสนใจที่จะมาเข้าร่วมโครงการมาบ้างแล้ว จึงน่าจะมียอมรับบริการมากพอ”

กรณีที่สาม มีกลุ่มเป้าหมายในเขตพื้นที่บริการมีความเสี่ยงสูงควรที่จะได้รับการปรับพฤติกรรม สุขภาพอย่างเร่งด่วน ซึ่งสามารถสรุปคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ได้ว่า “มีความจำเป็นที่จะต้องจัดโครงการ เพราะว่าได้สัมผัสกับกลุ่มเป้าหมายที่จะเข้าร่วมโครงการมาโดยตรง เพราะเป็นผู้เข้ารับบริการของ โรงพยาบาลเป็นประจำ ที่พบว่า ส่วนใหญ่แล้วมักจะเป็นโรคประจำเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต ที่ควรจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีถึงจะทำให้การใช้ชีวิตเป็นปกติได้ และประชาชนหลายคน ในเขตพื้นที่ ให้บริการ ก็ยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมการกิน และการออกกำลังกายที่พบว่ามีปัญหาที่รุนแรงขึ้นทุกวัน หากไม่ดำเนินการมาตรการป้องกันก็จะทำให้สูญเสียงบประมาณการรักษาอีกจำนวนมาก”

กรณีที่สี่ มีความพร้อมและสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน ซึ่งสามารถสรุปคำให้ข้อมูล สัมภาษณ์ได้ว่า “ก่อนอนุมัติโครงการวิเคราะห์แล้วว่า คณะทำงานมีศักยภาพในการทำงานที่เพียงพอ เพราะเป็นความชำนาญในหน้าที่ประจำอยู่แล้ว มีผลงานเป็นที่ปรากฏชัดเจน สอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน ที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันโรค และปัจจัยทางการบริหารก็มีเพียงพอ เช่น พร้อมที่จะสนับสนุน งบประมาณเพิ่มเติม หรือให้ยืมก่อน มีสถานที่เพียงพอ วัสดุอุปกรณ์มีจำนวนเพียงพอ มีสื่อการเรียนรู้ที่ หลากหลาย แต่ปัญหาสำคัญที่คาดว่าจะเกิดขึ้นก็คือ ผู้เข้ารับบริการน่าจะมีความหลากหลาย อาจจะทำให้การ ร่วมกิจกรรมในครั้งเดียวกันเกิดปัญหาได้ แต่เชื่อมั่นในความสามารถของคณะทำงานว่าจะสามารถบริหารจัดการจนประสบความสำเร็จได้”

2. ประเด็นคำถาม มีการเตรียมความพร้อมอย่างไรบ้างในการทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เสี่ยงของประชาชน

กรณีที่หนึ่ง เน้นการทำงานเป็นทีม ซึ่งสามารถสรุปคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ได้ว่า “มีการเตรียมความพร้อมคณะทำงานโดยแบ่งหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน เช่น การประชาสัมพันธ์โครงการ การเชิญวิทยากร แต่ การคิดกิจกรรมนั้นจะทำงานร่วมกันโดยเน้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในทีมงานเป็นสำคัญ ซึ่งทุกคนจะมีความเข้าใจเรื่องหลัก PROMISE Model และ 3Self จากประสบการณ์เดิม แต่ยังพบว่า ถึงแม้จะเป็นกิจกรรม ฐานก็ตาม ก็ยังคงเน้นมีคณะทำงานเป็นผู้อธิบายหลักเพื่อป้อนความรู้ให้กับผู้เข้ารับบริการในฐานะ ไม่นั่นให้ ได้ปฏิบัติด้วยตนเอง มีเพียงบางโครงการที่เน้นปฏิบัติระหว่างการจัดกิจกรรม เพราะส่วนใหญ่ที่เน้นจะเป็น การให้ผู้เข้ารับบริการไปปฏิบัติหรือกำกับตนเองที่บ้าน”

กรณีที่สอง เน้นการประสานงานด้านทรัพยากรทั้งหมด ซึ่งสามารถสรุปคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ได้ว่า “ได้จัดเตรียมทรัพยากรทางการบริหารไว้เป็นอย่างดี โดยได้ประสานงานกับฝ่ายบริหารในเรื่องงบประมาณ สรรอง และการประกาศให้ทุกแผนกในหน่วยงานได้รับทราบถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นเพื่อขอความร่วมมือ สำหรับ วัสดุอุปกรณ์ก็ได้มีการจัดเตรียมอย่างพร้อมเพียงเพราะหลายโครงการมีประสบการณ์จากปีที่ผ่านมาจึงไม่พบ ปัญหาเรื่องวัสดุอุปกรณ์ และเกือบทุกโครงการได้มีการจัดหารางวัลสำหรับผู้เข้ารับบริการที่ประสบความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมเพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจ”

กรณีที่สาม เน้นการสนับสนุนจากผู้บริหาร ซึ่งสามารถสรุปคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ได้ว่า “พูดคุยกับผู้บริหารให้เห็นความสำคัญต่อหน่วยงาน โดยให้ผู้บริหารช่วยเหลือคณะทำงานอย่างเต็มที่ มีผู้บังคับบัญชาหลายคนได้เข้าไปเป็นที่ปรึกษาโดยตรงให้กับคณะทำงาน และได้มีการประกาศในที่ประชุมของหน่วยงานถึงบทบาทของคณะทำงานต่อผู้บริหารระดับสูงเพื่อให้ทุกแผนกได้ให้ความช่วยเหลือในการจัดกิจกรรมครั้งนี้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย และได้รับคำปรึกษา คำกำลังใจ เป็นระยะๆ ให้เห็นถึงความเอาใจใส่ การสนับสนุนเป็นอย่างดีของผู้บังคับบัญชา”

กรณีที่สี่ เน้นการได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรจากหน่วยงาน ซึ่งสามารถสรุปคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ได้ว่า “ได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรที่ชัดเจน คือ การเปิดโอกาสให้คณะทำงานโครงการได้ใช้สถานที่ และวัสดุ อุปกรณ์ต่างๆ ของหน่วยงานอย่างเต็มที่ ให้ความเวลาในการดำเนินโครงการอย่างเต็มที่ รวมทั้งช่วยสนับสนุนงบประมาณที่ไม่เพียงพอ หรือยังไม่ได้รับจากทาง สปสช. ได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการบริหารจัดการโครงการ ผู้บริหารช่วยประสานงานกับหน่วยงานภายนอก จนหลายหน่วยงานหลายแผนกได้ประกาศยกย่องคณะทำงานโครงการนี้อย่างเป็นทางการในที่ประชุมคณะผู้บริหารโรงพยาบาล จึงนับว่าโครงการมีความพร้อมในด้านสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ในระดับสูง เพราะสิ่งที่น่าสนใจก็คือ การจัดอาหารให้ผู้รับบริการนั้นจะเน้นอาหารด้านสุขภาพซึ่งสามารถเป็นต้นแบบที่ดีได้ แต่สิ่งที่น่าจะเป็นสิ่งที่จะต้องเพิ่มเติมก็คือ ยังขาดเอกสารประกอบความรู้ที่น่าสนใจ ที่จะจูงใจผู้เข้ารับบริการมาร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง”

3. ประเด็นคำถาม มีการทำกิจกรรมในการสร้างเสริมให้ผู้รับบริการเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองอย่างไรบ้าง

กรณีที่หนึ่ง มีกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ซึ่งสามารถสรุปคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ได้ว่า “ในระหว่างการทำกิจกรรมจะเน้นให้ผู้เข้ารับบริการได้ลงมือทำกิจกรรมมากกว่าการนั่งฟังบรรยาย ทำให้เกิดความสนุกสนาน ไม่น่าเบื่อ แต่ก็ยังเป็นที่น่าสังเกตว่า หลายโครงการส่งเสริมสุขภาพที่เคยเห็นและที่เคยทำมาก่อน มักจะทำกิจกรรมในลักษณะที่เป็นการเล่นๆ โดยคณะทำงาน หรือวิทยากรเป็นส่วนใหญ่ ไม่ได้เน้นให้ผู้รับบริการได้มีบทบาทนำ แต่โครงการนี้ให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์กิจกรรมทั้งแบบเป็นทีมและแบบเดี่ยว แม้กระทั่งการบริหารจัดการโครงการ เช่น การเงิน ให้เงินทีมผู้รับบริการได้ไปคิดออกแบบสร้างสรรค์ตามเงื่อนไขปริมาณแคลลอรี่ที่กำหนดพร้อมลงมือทำอาหารสุขภาพมาทานกันในวันที่มาร่วมกิจกรรมกันโดยไม่เคยมีผู้รับบริการโครงการไหนได้มีส่วนร่วมขนาดนี้ และให้ทีมผู้รับบริการเป็นผู้ถ่ายทอด หรือเสนอต่อผู้เข้ารับบริการด้วยกัน และทีมคณะทำงานมีการประเมินความพึงพอใจเป็นระยะๆ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง”

กรณีที่สอง เน้นการเสริมแรงทางบวกและการติดตามอย่างใกล้ชิด ซึ่งสามารถสรุปคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ได้ว่า “เทคนิคส่วนใหญ่ที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ การเสริมแรงทางบวก โดยคณะทำงานจะพูดคุยชมเชยผู้เข้ารับบริการที่สามารถทำกิจกรรมได้เป็นอย่างดี พูดให้กำลังใจ และการสร้างแรงจูงใจโดยใช้สิ่งของเป็นรางวัล สำหรับผู้ชนะการแข่งขันลดน้ำหนัก โดยรางวัลนั้นเกิดมาจากผู้รับบริการเสนอมาว่าอยากจะได้ และใช้เทคนิคการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางโทรศัพท์สอบถามระหว่างการเดินทาง การตรวจสมุ่ดบันทึกสุขภาพ และการตรวจสุขภาพเบื้องต้น ทุกครั้งที่เข้าร่วมโครงการ และใช้เทคนิค

สร้างเสริมคุณค่า ในบางครั้งมีการนำตัวแบบด้านลบมาพูดในกิจกรรมเพื่อสร้างความตระหนักให้เห็นคุณค่าในตนเอง ชีวิตมีคุณค่ามากขึ้น และ คณะทำงานทุกคนมีการมองโลกในแง่ดี ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นได้และมองว่าเป็นโอกาสในการเรียนรู้จากอุปสรรคที่เกิดขึ้นเสมอ”

กรณีที่สาม เน้นการให้คำปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งสามารถสรุปคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ได้ว่า “คณะทำงานทุกคนและหัวหน้าทีมผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษา โดยใช้การจัดกิจกรรมที่เน้นผู้เข้ารับบริการเป็นสำคัญนั้นก็ให้คำปรึกษาในลักษณะที่ว่า ให้ทำความเข้าใจก่อนว่าผู้เข้ารับบริการมีความหลากหลาย มีความต้องการ มีปัญหา มีข้อจำกัดหรือมีอุปสรรคในชีวิตที่แตกต่างกันไป ถ้าเป็นเช่นนั้นก่อนคิดกิจกรรมจึงต้องให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายนั้น”

กรณีที่ดี เน้นการให้ข้อมูลย้อนกลับกับผู้รับบริการ ซึ่งสามารถสรุปคำให้ข้อมูลสัมภาษณ์ได้ว่า “ได้ติดตามผลการตรวจสอบสุขภาพและการทดสอบสมรรถภาพ พร้อมให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างละเอียดเป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้รับบริการได้พูดคุยสนทนากับทีมงานถึงปัญหาสุขภาพที่พบและการวางแผนออกแบบการดูแลป้องกันความเสี่ยงไม่ว่าจะเป็นเรื่องความดันโลหิตสูง ไชมันสูง หรือโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายทั้งระยะสั้นและระยะยาวร่วมกันระหว่างกลุ่มผู้รับบริการกับทีมงาน และสอบถามจากผู้รับบริการโดยตรงถึงความพึงพอใจ และความสำเร็จด้านการปรับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการได้เข้าร่วมในโครงการสังเกตจากการมีสุขภาพที่แข็งแรงขึ้น และนำไปประเด็นปัญหาอุปสรรคในการปรับพฤติกรรมของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลมาเข้าที่ประชุมคณะทำงานเพื่อวางแผนการปรับพฤติกรรมให้สำเร็จมากยิ่งขึ้น และคณะทำงานมีการปรับกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อผู้เข้ารับบริการให้มากที่สุด”

4. ประเด็นคำถาม เกิดผลอะไรบ้างกับผู้เข้ารับบริการจากการทำโครงการปรับพฤติกรรมสุขภาพ

กรณีที่หนึ่ง หลังจากเข้าร่วมโครงการแล้ว พบว่า “ผู้เข้ารับบริการมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในด้านพฤติกรรมกรกิน และการออกกำลังกายที่มีความชัดเจนมากที่สุด หลายคนเลิกกินอาหารเย็นเป็นมื้อหลัก อาหารประเภททอด หันมากินผักแทน มีการออกกำลังกายด้วยเทคนิคต่างๆ ที่คณะทำงานได้ถ่ายทอดไป เช่น การเล่นสูลาซูป การเล่นไม้พลอง เล่นหนังยางยืด เป็นต้น สำหรับด้านภาวะสุขภาพ พบเช่นเดียวกันว่า หลายคนมีน้ำหนักตัวที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัด ความดันโลหิตอยู่ในระดับที่ปกติ ระดับน้ำตาลอยู่ในระดับปกติ ส่งผลทำให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการเป็นอย่างมาก เมื่อมีการประเมินถึงพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ของผู้เข้ารับบริการพบว่าส่วนใหญ่แล้วในกลุ่มที่มีความตั้งใจ แน่วแน่ที่จะปรับพฤติกรรม มีความมั่นใจในตนเองเพิ่มมากขึ้นว่าจะสามารถลดน้ำหนักได้ ความคุมระดับน้ำตาลหรือความดันโลหิตได้ มีกำกับตนเองในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เพราะว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งจะต้องมีกิจกรรมการออกกำลังกายควบคู่ไปด้วย สามารถสร้างความตระหนักได้เป็นอย่างดี สำหรับด้านภาวะสุขภาพนั้นก็เห็นได้ชัดเจนในกลุ่มที่มีความตั้งใจว่า มีน้ำหนักตัวที่ลดลง บางคนลดได้ 20 กิโลกรัมในเวลาเพียง 2 เดือน หลายคนสามารถควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดเบาหวาน ความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ สังเกตเห็นว่าผู้เข้ารับบริการส่วนใหญ่พึงพอใจที่ได้เข้าร่วมโครงการ มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงขึ้น มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปในทิศทางที่ดีกว่าเดิม”

กรณีที่สอง หลังจากเข้าร่วมโครงการ พบว่า “หลายคนมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้มากขึ้นจากแต่เดิมที่ไม่มั่นใจเพราะว่าสภาพแวดล้อมรอบข้างไม่ได้เอื้ออำนวยต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ สามารถกำกับตนเองด้านการกิน การออกกำลังกายได้ดีขึ้น มีการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ วิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องให้กับบุคคลรอบข้างด้วย พึงพอใจต่อการดำเนินโครงการ เพราะประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย คณะทำงานได้มีการเรียนรู้เกิดขึ้น แต่สิ่งที่เป็นจุดด้อยก็คือ โครงการยังคงเป็นแกนนำในการจัดกิจกรรมมากกว่าที่จะให้ผู้เข้ารับบริการเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักตลอดกิจกรรม งบประมาณในการใช้เงิน วัสดุต่างๆ บางโครงการผู้เข้ารับบริการมีความหลากหลายมากเกินไปทำให้ยากต่อการคัดค้านกิจกรรมที่สามารถตอบสนองทุกคนได้ จุดเด่นคือ ความร่วมมือของคณะทำงาน และความพร้อมของผู้รับบริการที่จะปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง”

กรณีที่สาม หลังจากเข้าร่วมโครงการ พบว่า “พึงพอใจต่อผลลัพธ์ เพราะ ทำให้ผู้เข้ารับบริการมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน คณะทำงานมีความเชี่ยวชาญในการทำงานมากขึ้น สามารถกระตุ้นให้บุคลากรคนอื่นๆ ของหน่วยงานเห็นความสำคัญของงานป้องกันโรคเพิ่มมากยิ่งขึ้น โครงการมีความสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงานเป็นอย่างดี มีโครงการต่อยอดเป็นผลการวิจัยที่ดีในระดับที่ได้รับรางวัล สามารถสร้างชื่อเสียงให้กับหน่วยงานได้”

กรณีที่ดี หลังจากเข้าร่วมโครงการ พบว่า “พึงพอใจต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ที่สังเกตเห็นชัดเจนก็คือ ผู้รับบริการหลายมีความมั่นใจตนเองเพิ่มมากขึ้น แต่เนื่องจากเป็นสิ่งที่สังเกตเห็นได้ยากจึงทำให้ผู้บังคับบัญชาหลายท่านไม่ได้แสดงทรรชนะด้านนี้ชัดเจนเท่าที่ควร สำหรับด้านพฤติกรรมสุขภาพ 3อ มีความพึงพอใจสูงเช่นเดียวกันที่พบเห็นว่า ผู้เข้ารับบริการสามารถกำกับตนเองในการออกกำลังกายได้มากขึ้น มีการควบคุมอาหารที่ดี ลดการกินอาหารประเภทมัน ทอด เน้นผักมากขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของคณะทำงานได้อย่างชัดเจน”

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

เป็นงานวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods) โดยเริ่มด้วยงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation Research) ที่ใช้การวิเคราะห์แบบพหุระดับ (Multilevel Analysis) เพื่อตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเหตุกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ทั้งตัวแปรระดับเดียวกันและตัวแปรต่างระดับ และตามด้วยงานวิจัยเชิงคุณภาพแบบพหุกรณีศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมในระดับผู้ให้บริการและระดับผู้รับบริการสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของผู้รับบริการ 2) ศึกษาผลปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยระดับผู้ให้บริการสุขภาพที่มีต่ออิทธิพลของปัจจัยระดับผู้รับบริการสุขภาพที่มีต่อการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพ การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้รับบริการ และ 3) ค้นหาแนวทางในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพวิเคราะห์ ด้วยโปรแกรม HLM Version 6.03 เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ปัจจัยทางจิตสังคมในระดับกลุ่มผู้รับบริการมีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านของผู้รับบริการโรคอ้วน ได้แก่ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองและการดูแลสุขภาพตนเอง
2. ปัจจัยทางจิตสังคมและพฤติกรรมการบริหาร โครงการสุขภาพของผู้ให้บริการมีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงรายด้านของผู้รับบริการโรคอ้วน
3. มีปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับระหว่างปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมบางประการทั้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงรายด้านของผู้รับบริการโรคอ้วน

โดยวิธีดำเนินการวิจัย ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย คณะผู้วิจัยจึงได้กำหนดขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัยไว้ 3 ตอนหลักใหญ่ ดังนี้

- 1) การตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเหตุของปัจจัยทางจิตสังคมที่มีต่อพฤติกรรมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มโรคอ้วนทั้งในระดับผู้ให้บริการและผู้รับบริการกับข้อมูลเชิงประจักษ์
- 2) การตรวจสอบอิทธิพลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในระดับกลุ่มผู้ให้บริการและระดับกลุ่มผู้รับบริการที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคอ้วน
- 3) ศึกษาแนวทางต้นแบบในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มโรคอ้วน

ตอนที่ 1 การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเหตุผลแบบพหุระดับของปัจจัยจิตสังคม และพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคอ้วน

1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ประกอบด้วย สถานการณ์และความรุนแรงของโรคอ้วน แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) แนวคิดการปรับพฤติกรรม (Behavior modification) ตามหลักการแห่งพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคม (Social cognitive theory) (Bandura, 1986; Mikulas, 1978; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) และทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change theory) ตามรูปแบบทฤษฎีสถิตีอโรติกอล (Thanstheoretical model: TTM) (Prochaska & DiClemente, 1983; Horneffer-Ginter, 2008) เซา์สุขภาพ (Health Quotient -HQ) เป็นการสะท้อนถึงควมมีสติด้านสุขภาพ (Health consciousness) ความรู้ด้านสุขภาพ (Health knowledge) (Lee Earn Chang, 2001) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) (Bandura, 1986) การกำกับตนเอง (Self-regulation) (Schunk, 1991; Schunk & Zimmerman, 1997) การดูแลตัวเอง (Self-care) (Gantz, 1990; Orem, 1991) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) (Caplan; Robinson; & French, 1976; House, 1981) การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) (Sanz, 1993; Burnet et al, 2002) การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result Based Management) สำนักงานข้าราชการพลเรือน (2541) การมองโลกแง่ดี (Optimism) (Seligman, 2002) แรงจูงใจ (Motivation) (Deci & Ryan, 1990) การบริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Individual or Clients-Center Approach) (Roger, 1961) การเห็นคุณค่าในตัวเอง (Self-esteem) (Makay and Gaw, 1975; Coopersmith, 1981) พฤติกรรมการบริหารโครงการ (Project management behavior) (Maylor, 1996) การแสดงบทบาทผู้นำทีม (The leading's role) (Bruke. et.al, 2006; Donnellon, 2006) ความฉลาดทางอารมณ์ของทีม (Druskat & Woff, 2001) และความไว้วางใจของผู้รับบริการ (Trust) (Roger-Millar & Millar, 1998)

7. จัดทำร่างต้นแบบของความสัมพันธ์เชิงเหตุผลแบบพหุระดับของปัจจัยจิตสังคมและพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคอ้วนที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และทำการตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเหตุผลแบบพหุระดับของปัจจัยจิตสังคมและพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มโรคอ้วนตามสมมติฐานครั้งนี้จากข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างโรคอ้วน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ จากแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับและใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เส้นทาง (Multilevel Analysis) ใช้โปรแกรม HLM ทำการวิเคราะห์หาปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างตัวแปรต่างระดับ โดยมีขั้นตอน การเลือกกลุ่มประชากร และการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อใช้ในการตรวจสอบรูปแบบตามสมมติฐานตามแนวคิดที่ว่าข้อมูลในการวิเคราะห์โมเดลอิสระใช้อัตราส่วนระหว่างหน่วยตัวอย่าง และจำนวนพารามิเตอร์หรือตัวแปรที่ควรจะเป็น 20 ต่อ 1 (Linderman, Merenda & Gold, 1980:163 & Weiss, 1972; อ้างใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542:54) ในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรวัดได้ที่ใช้ในการวิจัยรวมจำนวน 17 ตัวแปร จึงประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามข้อกำหนดนี้ขั้นต่ำได้ 340 คน

ตอนที่ 2 การตรวจสอบอิทธิพลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในระดับกลุ่มผู้ให้บริการและระดับกลุ่มผู้รับบริการที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคอ้วน

ในการวิเคราะห์แบบพหุระดับเพื่อทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรข้ามระดับ ชไนซ์เดอร์และโบสเกอร์ (Snijders & Bosker, 1999) แนะนำให้ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในระดับกลุ่มไม่น้อยกว่า 30 หน่วย และถ้าต้องการความแม่นยำมากขึ้นควรใช้กลุ่มตัวอย่างระดับกลุ่มไม่น้อยกว่า 100 หน่วย ส่วนกลุ่มตัวอย่างระดับบุคคลควรไม่น้อยกว่า 300 คนขึ้นไป ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่างระดับกลุ่มผู้ให้บริการจำนวน 87 คน และกลุ่มตัวอย่างระดับผู้รับบริการ จำนวน 412 คน จากที่เข้าร่วมโครงการใน 20 โครงการ โดยใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้น ให้โครงการเป็นตัวแปรจัดประเภท และใช้การกำหนดสัดส่วน โครงการต่อจำนวนตัวอย่าง เท่ากับ 1: 4-5

ตอนที่ 3 ศึกษาแนวทางการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่ความสำเร็จสูงของการปรับพฤติกรรมในกลุ่มโรคอ้วน

ส่วนในการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่สอง สำหรับเป็นกลุ่มสนทนากลุ่มผู้วิจัยใช้การคัดเลือกจากเกณฑ์ที่คณะผู้วิจัยกำหนดขึ้น เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนที่เข้าร่วมโครงการในช่วง 6 เดือนและประสบความสำเร็จน้ำหนักตัวลดลง ค่า BMI ลดลง รอบเอวลดลงในระดับสูงสุดของผู้เข้าร่วมโครงการ และไม่เป็นความดันโลหิตสูงรวมจำนวน 4 คน และกลุ่มผู้บริหารโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่ประสบความสำเร็จในการจัดโครงการและได้บรรลุตามเป้าหมายตามตัวชี้วัดได้สูงสุดของโครงการทั้งหมดใน 20 โครงการดังกล่าวจำนวน 4 คนจาก 4 โครงการ ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับการสนทนากลุ่มเพื่อแนวทางต้นแบบในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่ความสำเร็จสูงของการปรับพฤติกรรมในกลุ่มโรคอ้วน

ตัวแปรสำหรับการวิจัย

ในระดับผู้ให้บริการ มีตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย ตัวแปรทั้งหมด 8 ตัว ได้แก่

1. ปัจจัยด้านพฤติกรรมวัดจาก 2 ตัว ได้แก่ พฤติกรรมการบริหารโครงการสุขภาพ และการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญ
2. ปัจจัยทางจิตวัดจาก 3 ตัว ได้แก่ 1) เชี่ยวชาญภาพ 2) บทบาทผู้นำทีม 3) เชี่ยวชาญอารมณ์ของทีม
3. ปัจจัยทางสังคม วัดจาก 3 ตัว ได้แก่ 1) การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา 2) การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีม และ 3) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ในระดับผู้รับบริการ มีตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย ตัวแปรทั้งหมด 9 ตัว

ซึ่งเป็นตัวแปรตาม ได้แก่ การปรับพฤติกรรมสุขภาพ ที่วัดจาก 3 ตัว ได้แก่ 1) การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพ 2) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และ 3) การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

และเป็นตัวแปรต้น 2 กลุ่มปัจจัย มี 7 ตัวแปร ดังนี้

1. ปัจจัยทางจิต วัดจาก 3 ตัว ได้แก่ 1) เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ 2) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ 3) ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ
2. ปัจจัยทางสังคม วัดจาก 2 ตัว ได้แก่ 1) การได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ 2) การมีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กลุ่มแบบมีโครงสร้าง และแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับวัดตัวแปรทั้งหมด 17 ตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ด้วยสถิติบรรยาย และวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นรายคู่ หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวแปร เพื่อให้ได้เมตริกสหสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปร และวิเคราะห์สัมประสิทธิ์การถดถอย ด้วยโปรแกรม SPSS for windows
3. ตรวจสอบปัจจัยเชิงสาเหตุในระดับผู้รับบริการว่ามีความแปรปรวนระหว่างโครงการหรือไม่โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ภายในชั้น (Interclass correlation) หากตัวแปรระดับโครงการมีค่าสหสัมพันธ์ภายในชั้นไม่เป็นศูนย์ แสดงว่าตัวแปรระดับบุคคลมีความแปรปรวนระหว่างหน่วยงาน (Muthen, 1994:388) ดังนั้นจึงสามารถวิเคราะห์และตรวจสอบความกลมกลืนของรูปแบบเชิงสาเหตุไขว้ระดับได้
4. วิเคราะห์พหุระดับเพื่อทดสอบตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทั้ง 3 ด้าน ด้วยการวิเคราะห์แบบจำลองฐาน (Base model) และการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมุติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 - 3 ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลพหุระดับ (Multilevel Analysis) ด้วยโปรแกรม HLM Version 6.03
5. วิเคราะห์โมเดลเชิงสาเหตุระดับที่ 1 หรือระดับจุลภาค (Causal Micro Model) ซึ่งเป็น โมเดลเชิงสาเหตุระหว่างสมาชิกภายในหน่วยเดียวกัน โดยใช้สถิติทดสอบที (t-test) และการศึกษาอิทธิพลร่วมของตัวแปรสัมประสิทธิ์ในระดับที่ 2 (Causal Macro Model) ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง (Path Coefficient) หรือค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยที่เป็นมาตรฐานของแต่ละเส้นทางอิทธิพล (β)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า

ลักษณะของกลุ่มผู้เข้ารับบริการซึ่งเป็นประชาชนทั่วไปที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครทั้งหมด 20 แห่ง ที่ได้รับทุนสนับสนุนในการจัดกิจกรรมจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร รวม 412 คน ส่วนใหญ่มีน้ำหนักมากกว่า 80.01 กิโลกรัม จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 27.40 มีส่วนสูงน้อยกว่า 155.00 เซนติเมตร จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 29.60 และส่วนใหญ่เป็นโรคอ้วนอยู่ในระดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 52.67 รองลงมา อ้วนระดับ 2 และ ท้วม คิดเป็นร้อยละ 29.37 และ 17.96 ตามลำดับ

ลักษณะของกลุ่มผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นคณะทำงานในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลเขตกรุงเทพมหานครทั้งหมด 20 แห่ง ที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร รวมจำนวน 87 คนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 87.40 เคยทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมาเพียง 1 ครั้ง จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 34.48 มีบทบาทหน้าที่ในทีมเป็นสมาชิกของคณะทำงาน จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 51.72 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมานานกว่า 3 ปี จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 48.28 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 54.02

ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษาในกลุ่มผู้รับบริการ วัดจากแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.953 ถึง 5.125 โดยพบว่าตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.125 รองลงมาคือ ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ และการได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.874 และ 4.564 ตามลำดับ สำหรับการกระจายของข้อมูลโดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (%CV) พบว่า มีค่าอยู่ระหว่าง 13.15 ถึง 16.89 โดยพบว่าตัวแปรที่มีการกระจายของข้อมูลมากที่สุดคือ การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (%CV) เท่ากับ 16.89 เมื่อตรวจสอบถึงลักษณะของการกระจายของข้อมูลว่ามีการแจกแจงเป็นปกติ โดยพิจารณาจากค่าสถิติทดสอบไค-สแควร์ (χ^2)

ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษาในกลุ่มผู้ให้บริการ มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.671 ถึง 5.386 โดยพบว่าตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ เข้าวารมณของที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.386 รองลงมาคือ การจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.274 และ 5.226 ตามลำดับ สำหรับการกระจายของข้อมูลโดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (%CV) พบว่า มีค่าอยู่ระหว่าง 4.46 ถึง 13.55 โดยพบว่าตัวแปรที่มีการกระจายของข้อมูลมากที่สุดคือ การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชามีค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (%CV) เท่ากับ 13.55 เมื่อตรวจสอบถึงลักษณะของการกระจายของข้อมูลว่ามีการแจกแจงเป็นปกติโดยพิจารณาจากค่าสถิติทดสอบ Shapiro-Wilk พบว่า ทุกตัวแปรมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ ยกเว้นตัวแปรบทบาทผู้นำทีม

ตัวแปรอิสระในระดับผู้รับบริการและตัวแปรระดับผู้ให้บริการ กับตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กัน จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า มีค่าอยู่ระหว่าง .139 ถึง .776 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ของ Kline (2005: 56) ถึง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่ไม่สูงกว่า .85 จึงไม่เกิดปัญหาภาวะการร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity)

เนื่องจากตัวแปรอิสระในงานวิจัยนี้มีทั้งปัจจัยระดับผู้รับบริการและปัจจัยระดับผู้ให้บริการ ซึ่งการวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ในงานวิจัยนี้ จึงใช้การวิเคราะห์พหุระดับ (Hierarchical linear model) ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัย การนำเสนอผลการวิเคราะห์จะนำเสนอตามลำดับของสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ โดยจะเริ่มจากผลวิเคราะห์แบบจำลองฐานเป็นลำดับแรก

2. ผลการทดสอบสมมติฐาน

จากผลการตรวจสอบถึงความแปรปรวนของการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการว่าเป็นความแปรปรวนที่เกิดขึ้นภายในโครงการและระหว่างโครงการมากน้อยเท่าใด และเป็นการทดสอบว่าผู้รับบริการที่เข้ารับบริการในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่แตกต่างกัน จะมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพ แตกต่างกันไปตามระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการ

2.1 ปัจจัยทางจิตสังคมของผู้รับบริการมีอิทธิพลต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพรายด้านของผู้รับบริการ โรคอ้วน สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ดังนี้

- ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล (β) เท่ากับ .487, .274 และ .181 ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญ ($t= 8.060$, $t=3.206$ และ $t=2.639$, $P<.05$) และพบว่า ปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้รับบริการโรคอ้วนได้ร้อยละ 49.40

- ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพและการได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ มีอิทธิพลต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้รับบริการโรคอ้วน ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .656 และ .138 ตามลำดับ ($t= 10.382$, และ $t=1.969$, $P<.05$) และปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้รับบริการได้ร้อยละ 75.50

- ปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการและการได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการโรคอ้วน ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .401, .160 และ .123 ตามลำดับ ($t= 6.562$, 2.402 และ $t=2.288$, $P<.05$) และ ปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 26.6

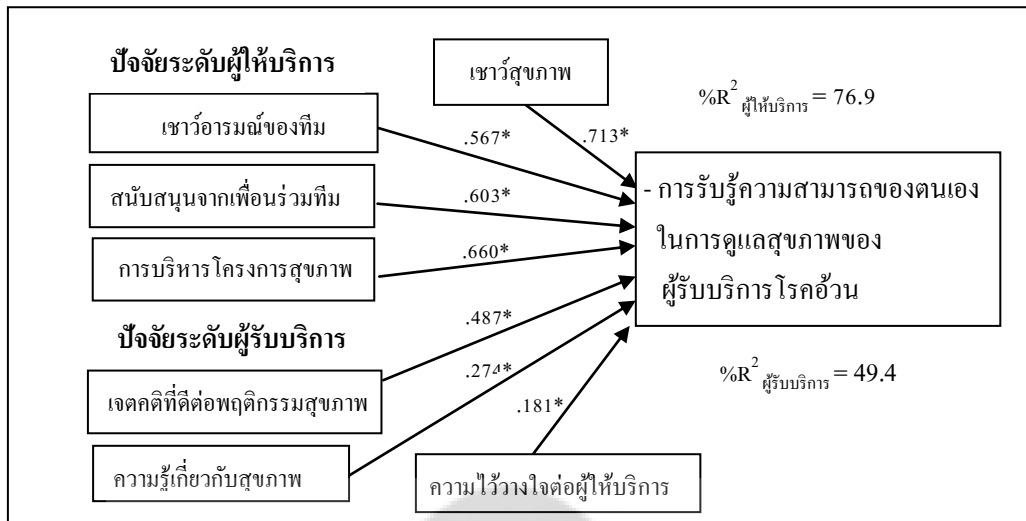
2.2 ปัจจัยทางจิตสังคมและพฤติกรรมการบริหาร โครงการสุขภาพของผู้ให้บริการที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงรายด้านของผู้รับบริการโรคอ้วน สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ดังนี้

- ปัจจัยทางจิตสังคมและพฤติกรรมของผู้ให้บริการที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ ได้แก่ เชี่ยวชาญสุขภาพ การบริหารโครงการ การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีม และเชาว์อารมณ์ของทีม ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .713, .660, .603 และ .567 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t= 2.910$, $t=2.336$, $t=2.263$ และ $t= 2.247$) และปัจจัยระดับผู้ให้บริการสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการโรคอ้วน ได้ร้อยละ 76.90

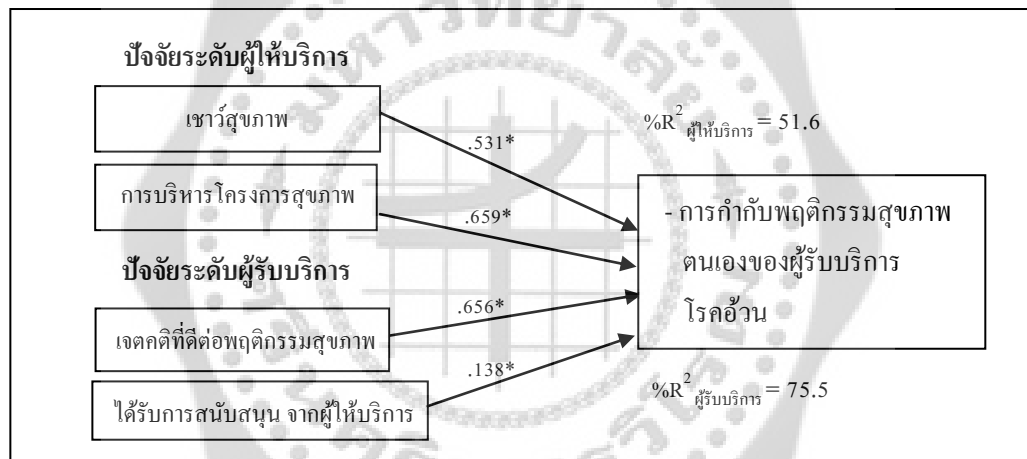
- ปัจจัยทางจิตสังคมและพฤติกรรมของผู้ให้บริการที่มีอิทธิพลต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้รับบริการ ได้แก่ การบริหารโครงการ และเชี่ยวชาญสุขภาพ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .659, และ .531 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t= 2.493$ และ $t= 2.233$) และปัจจัยระดับผู้ให้บริการสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้รับบริการโรคอ้วน ได้ร้อยละ 51.60

- ปัจจัยทางจิตสังคมและพฤติกรรมของผู้ให้บริการที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการ ได้แก่ การบริหารโครงการ เชาว์อารมณ์ของทีม และเชี่ยวชาญสุขภาพ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .709, .576 และ .499 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t= 2.902$, 2.561 และ $t= 2.521$) และปัจจัยระดับผู้ให้บริการสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการโรคอ้วน ได้ร้อยละ 77.30

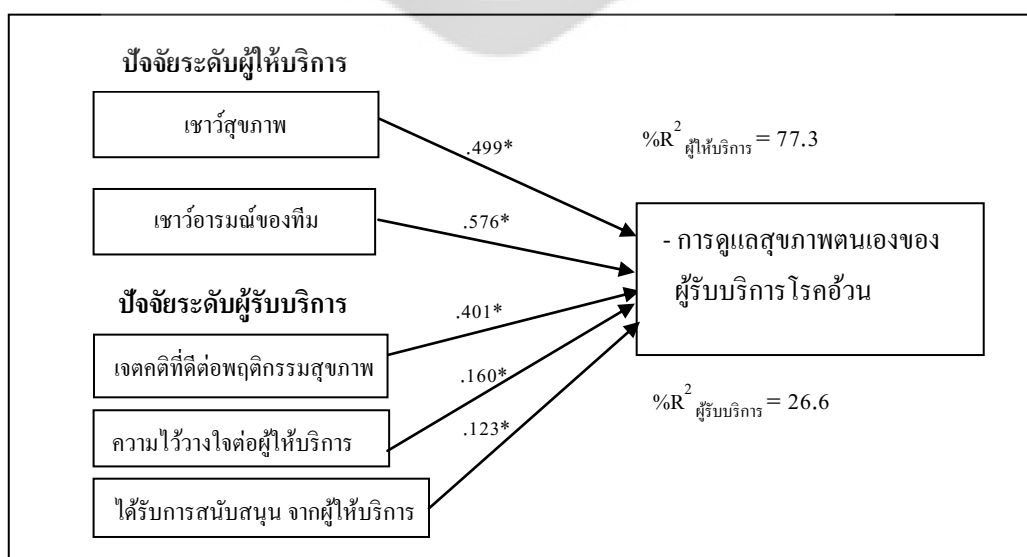
สามารถสรุปผลเป็นรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบพหุระดับได้ดังภาพประกอบ 6-8 ดังนี้



ภาพประกอบ 6 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบพหุระดับด้านจิตสังคมและพฤติกรรมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการโรคอ้วน



ภาพประกอบ 7 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบพหุระดับด้านจิตสังคมและพฤติกรรมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่มีต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้รับบริการโรคอ้วน



ภาพประกอบ 8 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบพหุระดับด้านจิตสังคมและพฤติกรรมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้รับบริการโรคอ้วน

2.3 ไม่พบผลการมีปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมบางประการในระดับผู้ให้บริการกับผู้รับบริการที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงรายด้านของผู้รับบริการ โรคอ้วน จึงไม่เข้าไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะตัวแปรตาม การกำกับพฤติกรรมตนเอง พบว่า ตัวแปรระดับผู้ให้บริการเพียงตัวเดียวได้แก่ การบริหารโครงการที่มีต่ออิทธิพลของความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ($t = 2.545, P = .027$) ซึ่งก็หมายความว่า ผู้ให้บริการที่มี พฤติกรรมการบริหารโครงการในปริมาณมาก กับผู้ให้บริการที่มีพฤติกรรมการบริหารโครงการน้อยมีความแตกต่างกันของขนาดอิทธิพลที่ส่งผลต่อ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่มีผลต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และผลปฏิสัมพันธ์ร่วมข้ามระดับนี้เป็นทิศทางเชิงบวก แสดงว่า โครงการที่ผู้รับบริการรับรู้ว่ามีผู้ให้บริการมีพฤติกรรมการบริหารโครงการที่ดีมาก ขนาดอิทธิพลของความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่มีต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองของผู้รับบริการ จะมีมากกว่าโครงการที่ผู้รับบริการรับรู้ว่ามีผู้ให้บริการมีพฤติกรรมการบริหารโครงการน้อย และเมื่อพิจารณาอิทธิพลสู่ความแปรปรวนระดับผู้ให้บริการของค่าอิทธิพลของตัวแปร 3 ตัวได้แก่ 1) ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ ($SD=.354, p < .01$) 2) การได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ ($SD=.335, p < .01$) และ 3) การได้มีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพ ($SD=.267, p < .05$) ซึ่งก็แสดงว่า ยังมีตัวแปรอื่นๆ ในระดับผู้ให้บริการที่สามารถอธิบายความผันแปรของตัวแปร ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ การได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ และการได้มีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพได้อีกว่าทำไมถึงแตกต่างกันไปตามระหว่างผู้ให้บริการ

3. แนวทางในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ

ในส่วนนี้คณะผู้วิจัยใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลการสนทนากลุ่ม จากเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นเป็นกลุ่มโรคอ้วนที่เข้าร่วมโครงการในช่วง 6 เดือนและประสบความสำเร็จน้ำหนักตัวลดลง โดยมีค่า BMI ลดลง รอบเอวลดลงในระดับสูงสุดของกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ รวมจำนวน 4 คน และกลุ่มผู้บริหารโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่ประสบความสำเร็จในการจัดโครงการและได้บรรลุตามเป้าหมายตามตัวชี้วัดได้สูงสุดของโครงการทั้งหมดจำนวน 4 คน ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับการสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาแนวทางในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคอ้วนอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถสรุปได้ดังนี้

- ช่วงเริ่มต้นตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้รับบริการส่วนใหญ่ เริ่มสร้างแรงจูงใจด้วยสิ่งจูงใจ ได้แก่ มีปัญหาทางด้านสุขภาพ อึดอัด หายใจลำบากใส่ไม่ได้ ห่วงลูก คิดว่าต้องแข็งแรงและอายุยืนเพื่อลูก ต้องการรางวัลจากโครงการ ต้องการรางวัลจากคนในครอบครัว พิสูจน์ตนเองให้เห็นว่าฉันทำได้ ผลสำเร็จจะเป็นรางวัลให้กับตนเอง จากหัวหน้าโครงการเชิญชวน ได้ฟังวิทยากร เรียนรู้พูดคุยแลกเปลี่ยนกับคนอื่น ต้องการลดการใช้ยาในการรักษา เห็นการเจ็บป่วยร้ายแรงของคนในครอบครัวและเพื่อนรอบข้าง และไม่ต้องการเป็นภาระของกลุ่มหรือของครอบครัว

- ได้รับการสนับสนุนจาก การแข่งขันในกลุ่มทำให้รู้สึกเป็นแรงกระตุ้นในการควบคุมน้ำหนัก มีครอบครัวให้การสนับสนุนและให้กำลังใจ มีแบบอย่างที่เหมาะสมผลสำเร็จ ได้รับคำชมจากทีมวิทยากร มีกลุ่มเพื่อนชักชวนดูแลสุขภาพ เกรงใจเจ้าหน้าที่โครงการที่ให้บริการ จัดกิจกรรมโครงการใกล้บ้าน มี

เพื่อนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรม สามิเป็นคนบอกว่าเริ่มอ้วนแล้ว พุดคุยกันเรื่องอาหารที่ทานในแต่ละวัน ทั้งครอบครัวเป็นโรคเรื้อรัง

- วิธีปฏิบัติในด้านพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและจัดการอารมณ์ ได้แก่ งดไขมัน แป้ง ของหวาน น้ำอัดลม กินแต่น้อย ลดปริมาณ/ควบคุมอาหารให้น้อยลง เลือก รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ กินพวกผัก ผลไม้ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานอาหารเย็นให้ ห่างจากเวลานอน รำเร็งแจ่มใส ไม่เครียด ไม่ทานอาหารรสจัด เค็มจัด เพิ่มทานเนื้อปลา ดื่มน้ำมากๆ ไม่ ทานข้าวเย็นแต่ทานผลไม้แทน ไม่กินจุบจิบ หางานอดิเรกทำสม่ำเสมอ พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหาร เช้า ลดอาหารเย็น ไม่เสียดายอาหารเหลือ เพื่อนเรียกทานก็ทานเล็กน้อยพอเป็นมารยาท แบ่งปัน อาหารให้กับผู้อื่น ลดการดื่มกาแฟ สนุกสนานในการทำกิจกรรมร่วมกัน ขับถ่ายให้ตรงเวลาเป็นประจำทุก วัน การควบคุมตนเอง ต้องมีความตั้งใจจริง และอดทน ตั้งเป้าหมายกับตนเอง หักห้ามใจตนเอง ไม่ตามใจ ปาก ต้องมีระเบียบกับตนเองให้มาก และปรับเปลี่ยนนิสัยการกิน

- เคล็ดลับความสำเร็จในการลดน้ำหนักของแต่ละคน ได้แก่ คำนวณพลังงานคร่าวๆ ก่อนเลือก รับประทานอาหาร คุ้ณลากก่อนซื้อ ชั่งน้ำหนักเป็นประจำ ดื่มน้ำมากขึ้น มีแบบอย่างสุขภาพไว้ในใจ เปลี่ยนรับประทานอาหารที่มีน้ำเป็นส่วนผสมมากๆ เข้านอนให้เร็วขึ้นเพื่อลดความอยากอาหาร ดื่มน้ำ 1 แก้วก่อนทานอาหาร บันทึกสุขภาพการรับประทานอาหารทุกวัน การรวมกลุ่มเป็นทีมทำให้มีเป้าหมายใน การลดน้ำหนัก พยายามทำกับข้าวกินเอง เคี้ยวอาหารนาน ทานผลไม้ก่อนอาหารเช้า หลังตื่นนอนจะ เหยียดร่างกายทุกวันประมาณ 20 นาที ไม่ดื่มเครื่องดื่มปรุงรสกินกล้วยเดี่ยว จะเดินให้มากขึ้น เพิ่มการ เคลื่อนไหวของร่างกายในชีวิตประจำวัน ไม่กินอาหารแก่เครียด และให้คิดถึงคนที่เรารัก

การอภิปรายผล

จากผลการทดสอบเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 พบว่ามีปัจจัยทางจิตสังคมของผู้รับบริการ มีอิทธิพลต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพรายด้านของผู้รับบริการ โรคอ้วน โดยพบว่า ตัวแปรปัจจัยระดับ ผู้รับบริการ ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ($\beta=.487, p<.05$) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ($\beta=.274, p<.05$) และความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ ($\beta=.181, p<.05$) มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ ดูแลสุขภาพ และสามารถร่วมกันทำนุบำรุงการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพได้ร้อยละ 49.4 ($*p<.05$) ส่วนปัจจัยระดับผู้รับบริการที่มีอิทธิพลต่อการกำกับตนเอง ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ($\beta=.656, p<.05$) และการได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ ($\beta=.138, p<.05$) และสามารถร่วมกันทำนุบำรุง การกำกับตนเองได้ร้อยละ 75.5 ($*p<.05$) ส่วนปัจจัยระดับผู้รับบริการที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ($\beta=.401, p<.05$) ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ ($\beta=.160, p<.05$) และ การได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ ($\beta=.123, p<.05$) และสามารถร่วมกันทำนุบำรุงการดูแลสุขภาพ ตนเองได้ร้อยละ 26.6 ($*p<.05$)ซึ่งเป็นไปตาม ทฤษฎีเชิงปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของ Bandura (1986) ที่ว่าพฤติกรรมของมนุษย์ไม่ได้เป็นผลมาจากการเสริมแรงและการลงโทษจากภายนอกแต่เพียงอย่าง เดียว แต่มนุษย์สามารถกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง

ด้วยกระบวนการกำกับตนเอง (Self – regulation) (Zimmerman, 1998) และ Bandura (1997) ได้กล่าวว่า ถ้าบุคคลมีความรู้และประสบการณ์โดยตรงในเรื่องนั้นก็จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Grey et al (2004: 10-5) ที่ทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นรวม 41 คน เป็นกลุ่มทดลอง 22 คน กลุ่มควบคุม 19 คน ระยะเวลา 12 เดือน เป็นโปรแกรมให้ความรู้และทักษะด้านโภชนาการ สัปดาห์ละ 45 นาที และ 2) กิจกรรมทางกายหลังเลิกเรียนวันละ 45 นาที สัปดาห์ละ 2 วัน เป็นเวลา 16 สัปดาห์ เพื่อเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมนำไปสู่ การมี HbA1c, น้ำหนัก และดัชนีมวลกายในกลุ่มทดลองมีอัตราการเพิ่มขึ้นที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และ วรินทร์ ปุยทอง (2547) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในตำบลวังดั่ง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนปัจจัยด้านเจตคติ พบว่าจากการศึกษาของฉันทพัฒน์ ชีระพลเศรษฐ์ (2552) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนและพฤติกรรมในการควบคุมและลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษา พบว่าการมีความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนที่ถูกต้อง จะส่งผลถึงทัศนคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนและเกี่ยวเนื่องส่งไปถึงพฤติกรรมในการควบคุมและลดน้ำหนักที่ถูกต้องตามไปด้วย ได้ผลเช่นเดียวกับ ปกัสสร กิมสุวรรณวงศ์ (2546) ที่ได้ศึกษาจิตลักษณะและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพกาย และพฤติกรรมสุขภาพจิตของข้าราชการสูงอายุในมหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าข้าราชการสูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมาก และเจตคติต่อการรักษาสุขภาพมากจะมีพฤติกรรมสุขภาพกายและพฤติกรรมสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มที่มีลักษณะดังกล่าวน้อย สอดคล้องกับ Ajzen and Fishbein (1980) ที่กล่าวว่า เจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Attitude towards behavior) เป็น ความรู้สึกของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นว่าเป็นทางบวกหรือทางลบ หรือสนับสนุน-ต่อต้านการกระทำนั้นๆ โดยทั่วไปถ้าบุคคลมีเจตคติทางบวกมากเท่าใด ก็ควรมีเจตนาหนักแน่นที่จะกระทำพฤติกรรมมากเท่านั้น ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมีเจตคติทางลบมากเท่าใด ก็ควรมีเจตนาหนักแน่นที่จะไม่กระทำพฤติกรรมมากเท่านั้น ซึ่ง พัชรี ดวงจันทร์ (2553) ได้นำแนวคิดของ Ajzen and Fishbein มาประยุกต์ใช้ ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนและดัชนีมวลกายในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนสาธิตกรุงเทพมหานครที่สำคัญได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับตัวแปร ความรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพดังผลการศึกษาของ ศศิธร อุตสาหกิจ (2550) ที่ได้ศึกษาการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักโดยการให้ความรู้และคำแนะนำรายกลุ่มเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก พบว่า ในการเสริมสร้างการรับรู้การรับรู้ความสามารถของตนเองทำให้สตรีวัยกลางคนมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักดีขึ้นและดัชนีมวลกายลดลงนั้นแสดงว่าแสดงให้เห็นว่าความรู้มีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตน และเมื่อพิจารณาตัวแปร ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ พบว่ามีความสัมพันธ์กับแนวโน้มการเกิดพฤติกรรม ดังเช่น การศึกษาของสัจพร ทรัพย์เย็น (2552) ได้ศึกษาความไว้วางใจในผลิตภัณฑ์นมตราหมีที่มีผลต่อแนวโน้มพฤติกรรมซื้อผลิตภัณฑ์ในอนาคต พบว่า ความไว้วางใจมีความสัมพันธ์ทิศทางเดียวกันในระดับปานกลางกับแนวโน้มพฤติกรรมซื้อหรือดื่มอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ และอารีย์ คำวนศักดิ์ (2545) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความไว้วางใจในองค์กร กับผลการดำเนินงานของกลุ่มงานพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โดยพบว่า ความไว้วางใจมีผล การดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจารุพรรณ ถีละยุทธโยธิน (2544) พบว่า ความไว้วางใจใน หัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงกล่าวได้ ว่าปัจจัยทางจิตระดับผู้รับบริการทั้ง 3 ตัวดังกล่าวมีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของผู้รับบริการ โรคอ้วนในด้านการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพ

จากผลการศึกษาพบว่ามีความสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า ปัจจัยทางจิตสังคมและ พฤติกรรมการบริหาร โครงการสุขภาพของผู้ให้บริการมีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงรายด้าน ของผู้รับบริการโรคอ้วน เมื่อพิจารณาปัจจัยทางจิตสังคมและพฤติกรรมในระดับผู้ให้บริการพบว่ามี 4 ตัวที่ มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้แก่ เซาว์ สุขภาพ ($\beta=.713$, $p<.05$) เซาว์อารมณ์ของทีม ($\beta=.567$, $p<.05$) การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีม ($\beta=.603$, $p<.05$) และการบริหาร โครงการสุขภาพ ($\beta=.660$, $p<.05$) และสามารถร่วมกันทำนายได้ถึงร้อยละ 76.9 นอกจากนี้ มี 2 ปัจจัยระดับผู้ให้บริการที่มีอิทธิพลต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ได้แก่ เซาว์สุขภาพ ($\beta=.531$, $p<.05$) และการบริหาร โครงการสุขภาพ ($\beta=.659$, $p<.05$) ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายได้ถึงร้อยละ 51.6 จึงนับได้ว่าปัจจัยดังกล่าวมีอิทธิพลสูงต่อการปรับพฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับรู้ความสามารถของตนในการ ดูแลสุขภาพ การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ทีมผู้ ให้บริการที่ตระหนักรู้ในบทบาทของทีมมีความเอื้ออาทรช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน เป็นแบบอย่าง ของผู้ดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีและมีทักษะในการบริหาร โครงการจะส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดการ เปลี่ยนแปลงสุขภาพไปในทิศทางที่ดีเช่นกัน ซึ่งเป็นไปตามที่ Druskat & Wolff (2001) ได้กล่าวว่า เมื่อ สมาชิกในทีมมีความตระหนัก สนับสนุนกันและกันให้มากมีความเข้าใจในความรู้สึกและความต้องการซึ่งกัน และกัน มีท่าทางอ่อนน้อม มีความปรารถนาดีซึ่งกันและกัน ให้ความสำคัญและเห็นคุณค่ากันและกัน ก็จะ สร้างความสามารถในการคิดหาแนวทางแก้ไขและป้องกันปัญหาทั้งในปัจจุบันและอนาคตได้ดีทั้งกับตนเอง และผู้อื่นก็จะเป็นการสนับสนุนภารกิจของทีมในการบริหาร โครงการไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่เกิด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการต่อไป และองค์ประกอบตามคุณลักษณะหนึ่งที่สำคัญของเซาว์ สุขภาพได้แก่ ความสุขทางอารมณ์ (Emotional Well Being) ตามที่ Diener (2000: 34) เรียกว่า “ความสุข (Happiness) ”ว่าเมื่อบุคคลมีสภาพจิตและอารมณ์ที่ดีงาม ที่ประกอบด้วยปัญญาจะสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่น ได้ดี และจะทำงานได้ประสบความสำเร็จได้โดยง่าย ซึ่งในการทำงานของผู้ให้บริการปรับพฤติกรรมเสี่ยง โรคอ้วนในการวิจัยนี้ก็คือ การบริหาร โครงการให้ประสบความสำเร็จที่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ที่ดีของผู้รับบริการได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเอง การกำกับพฤติกรรมตนเองและการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้รับบริการโรคอ้วนดีขึ้น อันส่งผลให้ผู้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความภาคภูมิใจในตนเองที่ สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง (Anbari et.al, 2008)

สำหรับปัจจัยระดับผู้รับบริการอีกตัวหนึ่งที่เพิ่มเติม ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้ให้บริการ ที่มีอิทธิพล โดยตรงต่อ การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ($\beta=.138$, $p<.05$) และส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของ

ผู้รับบริการโรคอ้วน ($\beta=.123, p<.05$) แสดงว่า หากผู้รับบริการได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้รับกำลังใจเอาใจใส่ดูแล และได้รับการจัดหาแหล่งทรัพยากรต่าง ๆ จากผู้ให้บริการแล้วก็จะส่งผลให้ผู้รับบริการมีการปรับพฤติกรรมในด้าน การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองและด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ดีขึ้น สอดคล้องตามแนวคิดของ Shaefer, Coyne & Lazarus (1981) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยประคับประคองจิตใจของคนในสังคมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไปสู่เป้าหมายได้ ทั้งนี้ กอทเทิล Stewart (1993 อ้างอิงจาก Gottfried, 1983) ได้กล่าวว่า การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัตถุหรือการกระทำที่ได้รับจากผู้ที่มีความใกล้ชิดกับตนเองจะยิ่งเอื้อประโยชน์ด้านอารมณ์และพฤติกรรมต่อผู้รับนั้นมากยิ่งขึ้น เห็นผลได้จากงานวิจัยของ กุสุมา สุริยา (2550) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนัก โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการลดน้ำหนักมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักคือ การมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหารและอารมณ์ ของกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและผลวิจัยของ สุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) ที่ศึกษาอิทธิพลของลักษณะทางจิต ลักษณะสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของบุคลากรกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จากเพื่อนร่วมงานและจากผู้บังคับบัญชา สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับภาวะโภชนาการของบุคลากรกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขได้ถึง ร้อยละ 58.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาที่ไม่พบผลการมีปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมบางประการในระดับผู้ให้บริการกับผู้รับบริการที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพและด้านการดูแลสุขภาพ ของผู้รับบริการ โรคอ้วน จึงไม่เป็นตามสมมติฐานข้อที่ 3 แต่สำหรับด้าน การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง พบว่า มี 1 ปัจจัยได้แก่ การบริหารโครงการที่มีต่ออิทธิพลของความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ($t = 2.545, P = .027$) ซึ่งหมายความว่า ผู้ให้บริการที่มี พฤติกรรมการบริหารโครงการที่ดีกับไม่ดีจะมีความแตกต่างกันของขนาดอิทธิพลที่ร่วมกับ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและส่งผลต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง แสดงว่า โครงการที่ผู้รับบริการรับรู้ว่ามีผู้ให้บริการมีพฤติกรรมการบริหารโครงการที่ดี ขนาดอิทธิพลของความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่มีต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองจะมากกว่าโครงการที่ผู้รับบริการรับรู้ว่ามีผู้ให้บริการมีพฤติกรรมการบริหารโครงการไม่ดี และจากการที่ไม่พบปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับของปัจจัยเกือบทุกตัวที่มีต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ นั้นแสดงว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการไม่แปรเปลี่ยนไปตามกลุ่มโครงการที่ให้บริการ แสดงว่า ผู้รับบริการก็สามารถที่จะไปเข้าร่วมในโครงการใดก็ได้ย่อมให้ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเช่นเดียวกัน เพราะสืบเนื่องจากการเริ่มต้นจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในช่วงปี 2553-2555 ของสถานพยาบาลที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งนี้ นั้น หัวหน้าโครงการและทีมงานทุกคนจะต้องได้รับการอบรมในด้านวิชาการความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self (Self-efficacy, Self-regulation, Self-care) และหลักการบริหารจัดการโครงการด้วยหลัก PROMISE Model ของ อังคินันท์ อินทรกำแหง (2552) นั้น จึงเป็นผลให้ทุกโครงการปรับพฤติกรรมสุขภาพจึงมีการจัดกิจกรรมให้บริการที่

คล้ายคลึงกันให้กับผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงเรื่องเดียวกันคือ โรคอ้วน ดังนั้นจึงเป็นทางเลือกที่สำคัญที่ผู้รับบริการสามารถเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ก็ด้วยตนเองสะดวกในการเข้าถึง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ

1. จากผลวิจัยพบว่าปัจจัยระดับผู้ให้บริการที่มีอิทธิพลตรงกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทั้งด้านการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพได้แก่ เชาว์สุขภาพและเชาว์อารมณ์ของทีม ดังนั้น ในการทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพิจารณาคุณลักษณะของหัวหน้าทีมและผู้ร่วมทีม ที่ควรเป็นแบบอย่างของผู้มีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีสติตามองค์ประกอบของเชาว์สุขภาพ และในการกำหนดสมาชิกทีมที่มีความเข้าใจและสัมพันธ์ภาพดีในทีมเป็นลำดับต้น ๆ ก่อน

2. จากผลวิจัยพบว่าปัจจัยระดับผู้รับบริการที่มีอิทธิพลตรงกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทั้ง 2 ด้านขึ้นไป ได้แก่ เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ และการได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ทีมผู้รับผิดชอบโครงการต้องคำนึงถึงการออกแบบกิจกรรมนอกจากมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว ควรมุ่งเน้นการสร้างและพัฒนาเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพควบคู่ไปด้วยตั้งแต่วันแรกที่ประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเสี่ยงสมัครเข้าร่วมโครงการ โดยชี้ให้เห็นประโยชน์ของโครงการ แสดงกำหนดการให้เห็นกิจกรรมที่น่าสนใจดึงดูดความชอบความสนุกสนานให้กับผู้รับบริการตั้งแต่วันแรกให้เขาพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยมีทีมผู้ให้บริการหรือตัวแทนคอยสนับสนุนการทำกิจกรรมด้วยตนเองของผู้เข้ารับบริการอย่างต่อเนื่อง

3. จากผลวิจัยที่พบปฏิสัมพันธ์ข้ามระดับเพียงตัวแปรคู่เดียวคือ พฤติกรรมการบริหารโครงการของผู้ให้บริการ กับความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนของผู้รับบริการ ที่มีต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้รับบริการโรคอ้วนนั้น ดังนั้น ผู้บริหารหน่วยงานควรสนับสนุนให้ทีมผู้ให้บริการในโครงการ ควรได้รับการพัฒนาหรือฝึกทักษะในด้าน การบริหารจัดการโครงการสุขภาพแบบมีอาชีพก่อนเริ่มโครงการก็จะยิ่งช่วยให้การจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีประสิทธิภาพส่งผลตรงต่อผู้รับบริการมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. กลุ่มประชากรของการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นลักษณะที่มีความคล้ายคลึงกันบางประเด็นที่สำคัญ เช่น ได้รับทุนวิจัยจาก สปสช.เช่นกัน ทีมผู้ให้บริการส่วนใหญ่ผ่านการอบรมในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมาก่อน ผู้ให้บริการเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ส่วนใหญ่มิบทบาทในการทำงานด้านการส่งเสริมป้องกันสุขภาพ เป็นต้น แต่มีความต่างในด้าน ทีมผู้ให้บริการมาจากต่างโรงพยาบาล แต่ทั้งนี้จึงอาจมีความหลากหลายของตัวอย่างระดับผู้ให้บริการไม่มาก แต่ระดับผู้รับบริการมีความต่างที่มาจากถิ่นฐานต่างกัน ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป อาจจะใช้กลุ่มประชากรที่เป็นทีมผู้ให้บริการสุขภาพทั้งที่ได้รับทุนและไม่ได้รับทุน ทั้งที่เคยผ่านการอบรมและไม่เคยผ่าน เป็นต้น

2. ผลที่ได้จากข้อมูลเชิงคุณภาพ สามารถนำไปใช้ในการออกแบบงานวิจัยเชิงทดลอง ในลักษณะของการออกแบบเนื้อหาในโปรแกรมการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับลักษณะตัวอย่าง หรือ ปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงต่อการปรับพฤติกรรม ที่ได้จากข้อมูลเชิงปริมาณ อาจนำไปใช้ในการออกแบบเนื้อหาในโปรแกรมเพื่อการสร้างและพัฒนาสุขภาพให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นต่อไป เช่น ด้านเจตคติ ความไว้วางใจ เชาวสุภาพ เชาวอารมณ์ของทีม เป็นต้น

3. ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการออกแบบในลักษณะการวิเคราะห์หุระดับ แบบโมเดลเชิงเส้นลดหลั่น (Hierarchical Linear Model) อาจจะทำให้ตอบโจทย์การวิจัยได้ไม่ลุ่มลึกในระดับตัวแปรการวัดด้วยข้อจำกัดที่ตัวแปรแฝงมีจำนวนมากและตัวแปรตามหลายตัวแปร จึงอาจตอบโจทย์ได้ในลักษณะภาพรวมของตัวแปร ถ้าเพื่อให้ผลวิจัยอธิบายได้มากขึ้นถึงความสัมพันธ์เชื่อมโยงขององค์ประกอบการวัดตัวแปรแต่ละปัจจัย และความสัมพันธ์แบบที่มีตัวแปรคั่นกลางทั้งในลักษณะอิทธิพลทางตรงทางอ้อมได้ละเอียดขึ้น อาจจะออกแบบในลักษณะโมเดลสมการโครงสร้างแบบพหุระดับ (Multilevel SEM) การวิเคราะห์เส้นทางแบบพหุระดับ (Multilevel path analysis) หรือโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบพหุระดับ (Multilevel Confirmatory Factor Analysis-MCFA) เป็นต้น



เอกสารอ้างอิง

- กมลลา สารกมลนิพัทธ์. (2545). ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหลังวัดลานบุญ. วิทยานิพนธ์ (สส.ม.). คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2548). คู่มือแนวทางการดูแลรักษาโรคอ้วน. กรุงเทพฯ:ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต.(2543). คู่มือความฉลาดทางอารมณ์. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- เกศแก้ว สอนดี. (2548). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แนวความคิดการควบคุมตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อการลดน้ำหนัก ของนักเรียนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กรมสุขภาพจิต.(2547).แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง.กรุงเทพฯ.สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2550. จาก www.dmh.go.th/.
- กองสุศึกษา. (2541). แนวปฏิบัติเพื่อสนองนโยบายสาธารณสุขในการดำเนินงานสุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.(2550).สถิติสาธารณสุขประจำปี 2550. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กุสุมา สุริยา. (2550). ประสิทธิผลของ โปรแกรมลดน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้แนวความคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภูจังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ (ส.ม.). สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กิตติมา บุญเงิน.(2549).ประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาตามหลักโภชนบัญญัติและการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักของผู้ที่เป็นโรคอ้วน.การค้นคว้าแบบอิสระ (วท.ม.). โภชนศาสตร์ศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ขวัญใจ ดันติวัฒนเสถียร. (2535). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จินตนา บิลมาศ. (2529). คุณลักษณะของข้าราชการพลเรือน. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน.
- จิตรวดี สุทธิอาภา. (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ (วท.ม.). สุขศึกษา. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- จริยา คมพยัคฆ์. (2531). การสนับสนุนทางสังคม : มโนทัศน์และการนำไปใช้. วารสารพยาบาลศาสตร์, 6(2), 96 – 105.

- จารุพรรณ ลีละยุทธโยธิน.(2544). ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมพัฒนาบุคลากร ความไว้วางใจในหัวหน้า
 หอผู้ป่วย การทำงานในทีมการพยาบาลกับประสิทธิผลของหัวหน้าหอผู้ป่วย การทำงานในทีมการ
 พยาบาลกับประสิทธิผลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร.วิทยานิพนธ์
 (ศศ.ม.)การบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จารุพร แสงเป้า. (2542). ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจที่จะลาออกจากงานของพยาบาลวิชาชีพ ใน โรงพยาบาล
 สังกัดส านักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปรินญาณินพนธ์ วท.ด (การวิจัย พฤติกรรมศาสตร์
 ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จุฬารณีย์ โสตะ. (2546). กลยุทธ์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ฉันทนา ภาคบงกช.(2551). การเสริมสร้างแนวคิดและการปรับปรุงโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของ
 ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร.เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เมื่อ 30 เมษายน – 2
 พฤษภาคม 2551 ณ โรงแรมแม็กซ์. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิ
 โรฒ.
- ชัยนาถ นาคบุปผา. (2540). รายงานการวิจัยจิตลักษณะกับแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของนักศึกษาคณะ
 ศึกษาศาสตร์. เชียงใหม่: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชัยพร วิชชาวุธ. (2530). เอกสารประกอบการสอนวิชามนุษยศาสตร์กับสังคม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย
 สุโขทัยธรรมาธิราช.
- ชินะพัฒน์ ชื่นแด่ม. (2542). ผลของการใช้กระบวนการเรียนการสอนตามแนวคิดการพัฒนาความสามารถ
 ในการเรียนรู้ของไวโกตสกีที่มีต่อทักษะทางภาษาไทยและการกำกับตนเองของนักเรียนชั้น
 มัธยมศึกษาตอนต้น. วิทยานิพนธ์ (ค.ด.). หลักสูตรและการสอนบัณฑิตวิทยาลัย. จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย
- ชมรมฟื้นฟูหัวใจ. (2550) .แบบบันทึกปริมาณอาหารที่บริโภคใน1วัน.กรุงเทพฯ: อาคารเฉลิมพระบารมี 50ปี.
- ชาญวิทย์ โคธีรานุรักษ์.(2550). อยู่อย่างไรให้มีสุข อายุยืนยาวถึง 100 ปี. นิตยสาร healthtoday. สืบค้นจาก
www.oknation.net/blog/print.php?id=151752. เมื่อ 10 กรกฎาคม 2550.
- เทอดศักดิ์ เดชคง. (2548). มีดีบ้างไหม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: มติชน.
- จิตพัฒน์ สงบกาย. (2533). ผลของการกำกับตนเองต่อความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองและ
 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาคณิตศาสตร์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่ 5. วิทยานิพนธ์ (ค.ม.).
 จิตวิทยา. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณิชาพัฒน์ ชีระพลเศรษฐ์.(2552). ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับโรคอ้วน และพฤติกรรมในการควบคุมและลด
 น้ำหนักของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.การศึกษาอิสระ (วท.ม.).
 วิทยาศาสตร์ความงามและสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ครุณี คลรตันภัทร. (2545). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่วัยกลางคน. วิทยานิพนธ์
 (พย.ม.) การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ดวงเดือน พันธุนาวิน. (2543). *ทฤษฎีต้นไม้อัจฉริยะ : การวิจัยและพัฒนาบุคคล*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงเดือน พันธุนาวิน. (2541). รูปแบบปฏิสัมพันธ์นิยม (Interactionism Model) เพื่อการวิจัย สาเหตุ ของ พฤติกรรม และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. *วารสารทันตภิบาล*, 10 (2): 105 – 108.
- ดวงเดือน พันธุนาวิน. (2551). *การวิจัยเพื่อการพัฒนาเครื่องมือวัดทางจิตแบบพหุระดับในบริบทของปรัชญา เศรษฐกิจพอเพียง*. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น. (2542). ผลของการใช้โปรแกรมฝึกการกำกับตนเองต่อการรับรู้ความสามารถของ ตนเองในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1. *วิทยานิพนธ์ (วท.ม.)* การ พยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นาคยา เกรียงชัยพุกภัย. (2544). *ประสิทธิผล โปรแกรมสุขภาพ โดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับ ทฤษฎีการดูแล ตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการคลาย ความเครียด ของผู้สูงอายุ ณ ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขภาพ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นิสาร์ตน์ เขตวรณ. (2543). *การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและความเข้มแข็งของผู้ติดเชื้อเอช ไอวี*. วิทยานิพนธ์ (พย.ม.) สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). *ความสัมพันธ์ โครงสร้างเชิงเส้น (LISREL): สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย ทาง สังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นืออน พินประดิษฐ์. (2541). *จิตวิทยาสังคม*. พิมพ์ครั้งที่ 5. ขอนแก่น: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นวลฉวี ประเสริฐสุข. (2542). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในอาชีพของผู้บริหารสตรีในธนาคารไทย พาณิชย์ไทย*. วิทยานิพนธ์ วท.ค (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- น้ำฝน ทองตันไทรย์. (2541). *การรับรู้ความสามารถของตนเองและการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในวัยรุ่น หญิง*. วิทยานิพนธ์ (พย.ม.). การพยาบาลแม่และเด็ก. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุศรินทร์ ประกอบธรรม. (2548). *ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณชายใน จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ (พย.ม) การพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปภัสสร กิมสุวรรณวงศ์. (2546). *จิตลักษณะและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ กาย และพฤติกรรมสุขภาพจิตของข้าราชการสูงอายุในมหาวิทยาลัยขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ (ศศ.ม.) จิตวิทยาการศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ. (2539). *การศึกษาพฤติกรรมและเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของ ประชาชน ในกลุ่มเยาวชน แม่บ้าน และคนงานในโรงงาน*. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ประภาศรี ทรัพย์ชนสมบุรณ์. (2546). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร. ปรินญาณิพนธ์ วท.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ประทีป จินน์. (2540). การวิเคราะห์พฤติกรรมและการปรับพฤติกรรม. เอกสารประกอบการสอน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ปิยวรรณ กมลวิทย์. (2547). การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน : ศึกษาเฉพาะศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลระนอง. วิทยานิพนธ์(สส.ม.) คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ภัทรารุช อินทรกำแหงและอังศินันท์ อินทรกำแหง. (2550). เอกสารประกอบการประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการ 6Qs หนทางสู่ความสุขความสำเร็จ: HQ พัฒนาชาวสุขภาพ. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พรรณราย พัทธเจริญ. (2543). จิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและจิตของข้าราชการสูงอายุ. ปรินญาณิพนธ์ (ศศ.ป.) พัฒนาสังคม. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาบริหารศาสตร์.
- พนิดา ผลานรินทร์. (2544). ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการปฏิบัติงานพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตากสิน. กรุงเทพมหานคร.
- พนิดา พัฒนบณเมือง. (2545). เจตคติของผู้บริโภคที่มีต่อการพัฒนาร้านสหกรณ์ กรณีศึกษาร้านสหกรณ์กรุงเทพจำกัดและร้านสหกรณ์พระนครจำกัด. วิทยานิพนธ์ (วท.ม.). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- พิสิทธิ์ ปทุมบาล. (2532). ผลของการเข้ากลุ่มแบบ Sensitivity Training ต่อการพัฒนา สัมพันธภาพระหว่างบุคคล. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พัชรี ดวงจันทร์. (2553). ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันการโรคอ้วนและดัชนีมวลกายในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนสาธิตกรุงเทพมหานคร. งานวิจัย (วท.ด.) วิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. สำนักทดสอบการศึกษาและจิตวิทยา. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เพชร อินทรพานิช. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัด เขตเทศบาลเมือง อุดรธานี. วิทยานิพนธ์ พย.ม.(พยาบาลครอบครัว). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ไพโรจน์ พัวพันธุ์ และเพลินจิต คันถรณาจารย์. (เม.ย. – มิ.ย., 2551). ความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในหญิงวัยกลางคน อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2(2).

- มณี ดิประสิทธิ์. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อัตมโนทัศน์ สัมพันธภาพเชิง ช่วยเหลือของพยาบาลประจำการกับความสามารถในการตัดสินใจทางการพยาบาลฉุกเฉิน ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ พย.ม (การพยาบาลศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รวิชา หงส์โรจนภักย์. (2545). การรับรู้สมรรถภาพแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในสตรีวัยกลางคน. วิทยานิพนธ์ (พย.ม.) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพฯ: บริษัทนานมีบุ๊คส์ จำกัด. จำกัด.
- รุจิเรข พิษิตานนท์. (2546). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมผลาญเลือกกินของนักเรียนวัยรุ่นตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ (ศศ.ม.พัฒนาลังคม).สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- รุจ เจริญลาภ. (2548). ความไว้วางใจภายในองค์กรกรณีศึกษาบริษัท ซีเมนต์ จำกัด กลุ่มธุรกิจสื่อสารเคลื่อนที่. สารนิพนธ์ (บธ.ม.). การจัดการ. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วรรณ อาภาอดุล. (2545). ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการปฏิบัติงานของครูวิทยาลัยสารพัดช่าง สังกัดกรมอาชีวศึกษา กรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์ ศศ.ม (จิตวิทยา การศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วัชรพงษ์ พนิธธารง. (2548, มกราคม – มีนาคม). ผู้บริหารแบบ 5 Q' S. วารสารตำรวจ, 41 (402), 20.
- วัฒนา ครูสวัสดิ์. (2544). มนุษยสัมพันธ์ในการบริหาร โรงเรียน. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- วิรัช วิรัชภีวรรณ. (2551). แนวคิดและความหมายของการบริหารและการบริหารจัดการ. สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2555 จาก <http://www.wiruch.com>.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคนอื่นๆ. (2549, ก.ค.-ส.ค.). รายงานสถานะสุขภาพคนไทย : การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการพ.ศ. 2546. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 15(4), 515-527.
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์. (2551). การสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. จาก http://www.cps.chula.ac.th/html_th/pop_base/pop_health/pop_health_053.htm เมื่อ 5 มิถุนายน 2551.
- วิไล พวรัถยา. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการปฏิบัติงานกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พย.ม (การบริหารการพยาบาล). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วีรพล จันธิมา. (2541). ลักษณะมุ่งอนาคต การควบคุมตน ทักษะต่อการออกกำลังกายและพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. วิทยานิพนธ์ (ศษ.ม). พลศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- วารินทร์ ปุยทอง. (2547). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเขต
องค์การบริหารส่วนตำบลวังด้ง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี. บัณฑิตวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ (วท.ม.)
สุศึกษา. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ศศิธร ภูษยัน. (2546). จิตลักษณะและปัจจัยสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของ
พยาบาลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ (ศษ.ม.). จิตวิทยาการศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย.
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศศิธร อุตสาหกิจ. (2550). ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนเองต่อพฤติกรรมควบคุม
น้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายในสตรีวัยกลางคนที่มีความน้ำหนักเกิน. วิทยานิพนธ์ (พย.ม.). การ
พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สยามล เอกะกุลนันต์. (2551). สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกทีม และกระบวนการทีมที่ส่งผล ต่อ
ประสิทธิผลของทีมข้ามสายงานในโรงงานอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนยานยนต์. ปริญญาโท วท.ม
(การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศรัณย์รัฐ นิลชาติ. (2545). การปฏิบัติเกี่ยวกับการลดปริมาณขยะมูลฝอยของนิสิตปริญญาตรี ในมหาวิทยาลัยศรีนคริน
ทรวิโรฒ. ปริญญาโท ศศ.ม. (การอุดมศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิ
โรฒ.
- ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2551). อันดับโรคและภาวะโรค. กรมควบคุมโรค กระทรวง
สาธารณสุข. สืบค้น เมื่อ 12 พฤศจิกายน 2551. จาก <http://www.thaincdinfo.com/index.php?option=com-content&task=view&id=30&Itemid=36> .
- ศิริภรณ์ สุขศรีลัด เลิศ. (2550). คุณลักษณะความทันสมัย และการสนับสนุนทางสังคม ที่สัมพันธ์ กับ
ความสามารถในการเป็นครูยุคปฏิรูปการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา. ปริญญาโท วท.ม (การวิจัย
พฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศุกลรัตน์ อิงชาติเจริญ. (2551). สัมพันธภาพ ประสบการณ์ และจิตลักษณะที่เกี่ยวข้องกับความไว้วางใจในทีม
แพทย์และพยาบาลที่ให้การผ่าตัดและระงับความรู้สึกของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิม
พระเกียรติ. วิทยานิพนธ์ (วท.ม.). วิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนคริน
ทรวิโรฒ.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2552). ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้ง
ที่ 4 พ.ศ. 2551 - 2552. กรุงเทพฯ: รายงานการวิจัย.
- สมใจ รัตนศรีทอง. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารสุขภาพเชิงรุก. การมีส่วนร่วมในบริการกับ
ความพึงพอใจในบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดนครสวรรค์.
วิทยานิพนธ์. (พย.ม.) สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ. (2543). การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิดทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล.
นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต.(2549). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม (*Theories and Techniques in Behavior modification*). พิมพ์ครั้งที่ 6. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
- สำนักงานข้าราชการพลเรือน. (2541). *ระบบบริการงานโดยมุ่งผลสัมฤทธิ์*. โครงการส่งเสริมประสิทธิภาพในส่วนราชการ : ระบบบริการงานโดยมุ่งผลสัมฤทธิ์. กรุงเทพฯ: สำนักงาน ก.พ.
- สิริธร พิงเทอดธรรม และ อธิยา จุลบาท. (2542). *เชาวน์สุขภาพ (Health Quotient)*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร.
- สิริลักษณ์ ตรีศรีตรึงศรีคุณ.(2550). *ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการทำงานประชาสัมพันธ์เชิงรุกของนักประชาสัมพันธ์ในสถาบันอุดมศึกษา เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล*. วิทยาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- เสกสรร สวณนาม. (2544). *เจตคติต่อยาเสพติดและพฤติกรรมป้องกันตนเองจากยาเสพติดของนักศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนจังหวัดอุดรธานี*. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- แสงทอง ประสุวรรณ. (2541). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล ชุมชน*. วิทยานิพนธ์ พย.ม (การบริหารการพยาบาล). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลัจพร ทรัพย์เย็น.(2552). *ทัศนคติต่อสารเมลามิน และความไว้วางใจในผลิตภัณฑ์นมตรา “มะลิ” ที่มีผลต่อแนวโน้มพฤติกรรมซื้อผลิตภัณฑ์ในอนาคต*. วิทยานิพนธ์ (บธ.ม.). สาขาวิชาการตลาด. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สัมฤทธิ์ ต่อสดี.(2542). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุขเขตเมือง: กรณีศึกษาศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา*. วิทยานิพนธ์ (ส.ม.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สาวตรี เชื้อแก้ว. (2553) *ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชากรกลุ่มเสี่ยงสุขภาพในการออกกำลังกาย* อำเภอตากกลาง จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ (ส.ม.). บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุกัญญา กฤษณะเสรี. (2542). *ผลของการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความจำต่อความเชื่อในความสามารถของตนเองและความสามารถในการระลึกตามลำดับของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ที่มีระดับสติปัญญาแตกต่างกัน*. ปรินญาณิพนธ์. (กศ.ม.). จิตวิทยาพัฒนาการ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรุงเทพฯ
- สุกามิตร นามวิชา. (2549). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตจังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์ (วท.ม.). สุขศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุพิชชา วงศ์จันทร์.(2554). *อิทธิพลของลักษณะทางจิต ลักษณะสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของบุคลากรกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข*. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุชาติ โสมประยูร ;& เอมอัฒา วัฒนบุรณนธ์. (2542). *การบริหารงานสุขศึกษาโรงเรียน*. กรุงเทพฯ : เอ บี เทรดิ่ง.

สุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ.(2545). *มาตรฐานและแนวทางการจัดบริการปฐมภูมิ*. กรุงเทพมหานคร:สาม
เจริญพานิชย์ กรุงเทพมหานคร.

สำนักโรคไม่ติดต่อ.(2550). *รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2550*.
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

อรกานต์ ชินพงษ์พานิช. (2542). *ผลของการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อความพึงพอใจใน
การรับบริการของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลางกรุงเทพมหานคร*.

วิทยานิพนธ์ (พย.ม.). การบริหารการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ พรหมเชยธีระ. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนพยาบาล:*

กรณีศึกษาวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก. วิทยานิพนธ์ (พย.ม.) สุขศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

อรอุมา จิรณิตกุล. (2544). *ผลของการฝึกการกำกับตนเองที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาภาษาไทยของ
นักเรียนที่มีบุคลิกภาพต่างกัน*. วิทยานิพนธ์ (ค.ม.). จิตวิทยาการศึกษา. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุบล นิวัติชัย.(2537). *หลักการพยาบาลจิตเวช*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อุบล เลี้ยววาริณ.(2534). *การศึกษาและอาชีพที่เกี่ยวข้องกับจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของชาว*

กรุงเทพ. ปริญญาานิพนธ์ (กศ.ค.) พัฒนาศึกษาศาสตร์ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

อุดมศักดิ์ แสงวานิช. (2546). *ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาล
ประจวบคีรีขันธ์*. วิทยานิพนธ์ (วท.ม.). สุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

อารีย์ คำวนศักดิ์.(2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมเชิงสร้างสรรค์ ความไว้วางใจในองค์กร กับผล
การดำเนินงานของกลุ่มงานพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ที่ผ่านการ
ประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ (พย.ม.). การบริหารการพยาบาล. จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

อำพล จินดาวัฒนะ. (2551). *ปฏิวัติมุมมองสุขภาพสู่สถานะสังคมที่ดีกว่า*. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
สืบค้น เมื่อ 10 ธันวาคม 2551 จาก <http://www.naewna.com/news.asp?ID=86119>.

อังศินันท์ อินทรกำแหงและภัทราวุธ อินทรกำแหง. (2550). *เชาวน์สุขภาพ*. รายงานการศึกษา. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัย
พฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทร วิโรฒ.

อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2550). *การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและดัชนีวัดภาวะวิกฤตชีวิตสตรีไทยสมรสวัย
กลางคนที่ทำงานนอกบ้านในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล*. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 12(1), 49-71.

อังศินันท์ อินทรกำแหง ทัศนาก้องกิติ และ วรสรณ์ เนตรทิพย์. (มิถุนายน, 2553). *ผลการจัดการโครงการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร*. *วารสาร
พฤติกรรมศาสตร์*, 16(2), 96-112.

อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2552). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง 3 Self ด้วยหลัก PROMISE*. กรุงเทพฯ: สุข
ชุมวิทการพิมพ์.

อาภรณ์ ภูวิทย์พันธุ์. (2548). *ทำงานอย่างไรให้ Happy*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ เนชั่นบุ๊คส์

- อำนาจ กาจันะ และคณะ.(2544). รายงานวิจัยการศึกษานาตสาธารณสุข พฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญในปี 2563 ที่ส่งผลทำให้เกิดโรค และการเจ็บป่วยของคนไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- อมวาลี อัมพันศิริรัตน์. (2539). ความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเขตชนบท อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. ปริญญาโท พย.ม. (การพยาบาลชุมชน). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรสา พันธุ์ภักดี (2542). กระบวนการการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพินทร์ ชูชม; และคนอื่นๆ. (2546). รายงานการวิจัยฉบับที่ 92 เรื่อง รูปแบบการพัฒนาดนเพื่อเพิ่มพลังใจในการทำงาน: กรณีข้าราชการ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- หลวงพ่อจัญญ์ จิตมโม. (2549). สุขยอกรรมฐานแก้กรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ผู้มอรั้ง.
- Amabile, M. T & Schatzel, A. E. (2004). Leader behaviors and the work environment for creativity: Perceived leader support. *The Leadership Quarterly*, 15 (1), 5-32.
- America College of Sports Medicine. (2006). *ACSM Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins. American College of Sports Medicine.
- 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.
- Arnold, B. H; & Feldman, D.C (1980). *Organization Behavior*. New York. McGraw – Hill.
- Arthur, H. Rubenstein. MB BCH. (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>.
- Ajzen, Icek. and Fishbein, Martin. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Alive Publishing Group. (Sep, 2002). Introduces health quotient (HQ) testing. Edgewater Natural Health Quotient. *Canadian Journal of Health & Nutrition*, Issue 239, 40.
- Amabile, M. T., Schatzel, A. E & Other. (2004). Leader behaviors and the work environment for creativity: Perceived leader support. *The Leadership Quarterly*, 15 (1), 5-32.
- Arnold, B. H., & Feldman, D. C., (1980). *Organization Behavior*. New York. McGraw – Hill.
- 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. (1989). Social cognitive theory. *Annals of Child Development*, 6: 1 – 60.

- Barofsky, I. (1978). Compliance, Adherence and the Therapeutic Alliance: Steps in the Development of Self Care. *Social Science and Medicine*, 12, 369-376.
- Bloom S. Benjamine. (1975). *Toxonomy of Education Objective Handbook I, Cognitive Domain*. New York : David Mckay.
- Burke, C.S., Stagl, C. K., & Other. (2006). What type of leadership behaviors are functional in teams A meta-analysis. *The Leadership Quarterly*. 17 (3). 228 – 307.
- Burnet, D., Plaut, A., Chin, M. H. (2002). A Practical Model for Preventing Type 2 Diabetes in Minority Youth. *The Diabetes Educator*. 28(5), 779-795.
- Caplan, R.D. & French. (1976). *Adhering to Medical Regimens: Pilot Experiment in Patient Education and Social support*. An Arboure: University of Michigan Health Medical Care Recommendation. *Medical Care*, 13(1), 12. 1-12.
- Chickering, S. W. (1969). *Education and Indentity*. Sanfrancisco: Jossey Bass.
- Clayton, A. ; & et.al. (1997). *UNDP Guidebook on Participation*. Oxford: n.p., London.
- Coopersmith, S. (1981). *The antecedents of self-esteem*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Cobb, s. (1976, September - October). *Social Support as A Moderator of Life Stress*. *Psychosomatic Medicine*. 38.
- Cohen, J.M. ; & Uphoff, N.T. (1977). *Rural Development Participation: Concept and Measures for Project Design, Implementation and Evaluation*. New York.
- Cooper, R.K; & Sawaf, A. (1997). *Executive EQ intelligence in leadership and organization*. New York.
- Day, L. A; & Carroll, A. S. (2004). Using an ability-based measure of emotional intelligence to predict individual performance, group performance, and group citizenship behaviors. *Personality and Individual Differences*, 36(6), 1443-1458.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1980). The empirical exploration of intrinsic motivational processes. In L. Berkowitzs (ed.). *Advances in Experimental Social Psychology*. 13(1), New York: Academic Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2002). *The motivation and self-determination of behavior : theoritical and applied issues*. Rochester, NY : University of Rochester Press.
- Dentsch, M. (1972). *Cooperation and trust : Some Theoretical Notes Nebraska Symposium on Motivation*. Lincoln: University of Nebraska press.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness, and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.

- Donnellon, A. (2006). *Leading Teams*. Boston : Harvard Business School Press.
- Druskat, V.U.; & Wolff, S.B. (2001a). Building The Emotional Intelligence of Groups. *The Harvard Business Review*, 79(3), 80-90.
- Eden Enterprises. (2005). *HQ*. Retrieved on 12/01/2008 from <http://www.edenlifestylecoaching.ca/HQ-Questionnaire.pdf>.
- Frost, T., Stipson, D.V; & Maughan, M.R.C. (1978). Some Correlates of Trust. *Journal of Psychology*, (99), 103-108.
- Gantz, S.B. (1990). Self-care: Perspectives from six disciplines. *Holistic Nursing Practice*, 4(2),
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16 (3), 354-361.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence: Why it can matter more I.Q.?*. New York: Bantam Books.
- Goleman, D. (1998). *Working with Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- Grey, M. et al. (2004). Preliminary Testing of a Program to Prevent Type 2 Diabetes Among High-Risk Youth. *The Journal of School Health*, 74(1), 10-15.
- Good,Carter V. (1973). *Dictionary of Education*. New York : Mc Graw – Hill Book.
- Green,L.W.;& Kreuter, M.W. (2005).*Health Program Planning an Educational and Ecological Approach* (4th ed). Boston. MacGrawhill.
- Greenough, W.T.; Black, J.E.;& Wallace, C.S. (1987). Experience and Brain Development. *Child Development*, 58, 539 – 559.
- Hair, Joseph, F.;& et al. (1998). *Multiple Regression Analysis*. In *Multivariate Data Analysis*. 141 – 213. Fifth edition. New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Hair, J. F. (1995). *Multivariate data analysis with readings*. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice Hall.
- Halloran, J. (1978). *Applied Human Relation : An organization Approach*. Englewood Cliffs New Jersey: Prentice-Hall.
- Hanucharurnkul, S. (1988). *Social Support, Self Care and Quality of Life in Cancer Patients Receiving Radiotherapy in Thailand*. Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University.
- Hoeger, W.K. Werner and Hoeger, Sharon. A. (2005). *Lifetime physical fitness and wellness: A personalized program*. 8th edition. USA: Thomson Wodsworth, Fittness & Wellness, Inc.
- House, J.S. & Kahn, R.L. (1985). *Measures and Concepts of Social Support*. *Social Support and Health*. New York : Academic Press, Inc.
- House, J.S.(1986). The Nature of Social Support.In M.A. (ed.).*Work Stress and Social Support* Philadelphia : Addison Wesley, 13 – 23.

- Humphrey, H.R. (2002). The many faces of emotional leadership. *The Leadership Quarterly*, 13(5), 493-504.
- Israel, Babara. A. (1985). Social network and social support : Implication of natural helper and community Level Intervention. *Health education quarterly*, 7, 66.
- Indian Medical Association (IMA, Mumbai branch). (2007). *Analysis of health quotient and mood stability of students in Shaanxi normal school*. Retrieved from http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_xdkf200307122.aspx#b (12/01/2008).
- Joreskog, K; & Sorbom, D (1993). *LISREL 8 : structural equation modeling with the SIMPLIS command language*. Chicago : Scientific Software International.
- Kahn, R. ;& House, J. (1985). Measures and Concepts of Social Support. Cohen, S. Syme, S.L. (Eds.) *Social Support and Health*, Academic Press, New York: 201.
- Kaplan, B.H.; Cassel, J.C.; & Gore, S. (1977). Social Support and Health. *Medical Care*, 15 (5), 50 – 51.
- Katherine, M. & et.al. (13 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.
- 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 Earn Chang. (2001). *HQ*. College of Physical Education, Shaanxi Normal University, Xi'an 710062, Shaanxi Province, China. Retrieved on May 12, 2009 from http://journal.shouxi.net/upload/pdf/145/2618/130594_1748.pdf and http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_zgyxllx200102009.aspx (4/07/ 2008).
- 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.
- Mayer, R. C.; Davis, J. H.; & Schoorman, F. D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20 (3), 709-734.
- Mayer, J.D. & Salovey, P. (1997). "What is emotional intelligence" In P. Salovey & D.J. Sluyter (eds.), *Emotional development and emotional intelligence*. Pp. 3-31. New York : Basic Books.
- Maylor, H. (1996). *Project Management*. London : Pitman Publishing.
- Mikulas, W. (1978). *Behavior Modification*. New York: Harper & Row.
- Mishra, A.K. (1996). *Organization Responses to Crisis: The Centrality of Trust*. In R.M.
- Moore, R. (2007). Leadership and teams. *Selecting the Right Manufacturing Improvement Tools*, 11 (4), 77-96.

- Murdaugh, C., & Hinshaw, J. (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.
- Norbeck, J.S.; Linsey, A.M.; & Carrieri, V.L., (1981). The Development of An Instrument to Measure Social Support. *Nursing Research*, 30(5), 264 – 269.
- O’Leary, K.D.; & Wilson, G.T. (1987). *Behavior Therapy*. 2nd ed. Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall.
- Orem, D.E. (1985). *Nursing Concepts of Practice*. 3rd ed. New York: Mc Graw Hill Book.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing Concepts of Practice*. 4th ed. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Pender, N.J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. 3rd (ed). Connecticut : Appleton & Lange.
- Pender, N.J.; & et.al. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. 4th (ed). USA: Pearson Education.
- Pender, N.J. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*. 5th (ed). New Jersey : Pearson Education, Inc.
- Polzer, R. J. (2004). *Creating Team With an Edge*. Boston : Harvard Business School Press.
- Powers, B. A. (1988). Social Network, Social Support, and elderly Institution People. *Advances in Nursing Science*. 10(2): 40 – 58.
- Raudenbush, S. W. Bryk, A. S. (2002). *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods*. 2nd edition. Newbury Park , CA : Sage public.
- Rempel, J.K.; Holmes, J.G.; & Zanna, M.P. (1985). Trust in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*. 49: 95–112.
- Rives, Torres, R. M. & Fernandez, P. (1995). *Self-esteem and value of health behavior*, *Journal of Adolescent Health*, 16, 60-63.
- Rogers, Carl R. 1961. *On Becoming a Person*. Houghton Mifflin
- Saksvig, B.I; et al. (2005). A Pilot School-Based Healthy Eating and Physical Activity Intervention Improves Diet, Food Knowledge, and Self-Efficacy for Native Canadian Children. *J Nutr*, 135, 2392–2398.
- Sanz, M.T. & Menendez F.J. (1993). *Early Acquisitions of Trisomic-21 and Social Reinforcement*. *Early-Child-Development-and-Care*. Retrieved on 26/01/2008 from <http://www.macses.ucsf.edu/Reseach/Psychosocial/notebook/selfesteem.html>.
- Schaefer, C.; Coyne, J.C.; & Lazarus, R.S. (1981). The Constraints of Cost and Efficacy. *Medical Care*, 27(2), 204 – 211.
- Stewart, M.J. (1993). *Integrating social support in nursing*. London .SAGE.
- Schunk, D.H. (1981, February). Modeling and Attributional Effects on Children’s Achievement : A Self-Efficacy Analysis. *Journal of Educational Psychology*, 73, 548 – 556.

- Schunk, D.H. (1991). *Learning Theory: an Educational Perspective*. London: Macmillan.
- Schunk, D.H.; & Zimmerman, B.J. (1994). *Self-regulation of Learning and Performance: Issues and Educational Applications*. NJ: Erlbaum.
- Schunk, D.H.; & Zimmerman, B.J. (1997). Social Origin of Self-regulatory Competence. *Educational Psychologist*, 32(4), 195-208.
- Schultz, D.E. (1991). Integrated Marketing Communications: The Status of Integrated Marketing Communications Programs in the US. Today. *Journal of Promotion Management*, 1, 37-41.
- Scott-Young, C.; & Danny, S. (2007). Project success and project team management: Evidence from capital projects in the process industries. *Journal of Operations Management*, 14 (1), 1 – 17.
- Seligman, M. E. P. (1998). *Learned Optimism: How to Change Your Mind and Your Life* (2nd Ed.). New York: Pocket Books.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press.
- Seligman, M.E.P. and Schulman, P. (1986). Explanatory style as a predictor of productivity and quitting among life insurance agents. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 832-838.
- Snell, William E. and Georgette Johnson. (1997). *The Multidimensional Health Questionnaire*. Retrieved on 21/02/2008 from <http://www4.semo.edu/snell/scales/MHQ.htm>.
- Stoeber, J., Hutchfield, J., & Kerry, V. W. (2008). Perfectionism, self-efficacy, and aspiration level: differential effects of perfectionistic striving and self-criticism after success and failure. *Personality and Individual Differences*, 45(4), 323-327.
- Suwannee Chearsawad. (2002). *The effectiveness of Self Control Skill Development on Avoidance of Unhealthy Snack Consumption among Grade five Students in Tak Province*. Thesis in Health Education and Behavioral Science. Bangkok: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Tabachnic, Barbara G. & Fidell, Linda S. (1996). *Using multivariate statistics*. NY: Harper Collins College Publishers.
- Taggar, S; & Ellis, R., (2007). The role of leaders in shaping formal team norms. *The Leadership Quarterly*, 18 (2), 105–120.
- Tilden, V.P. (1985). Issues of Conceptualization and Measurement of Social Support in the Construction of Nursing Theory. *Research in Nursing and Health*, 8(3), 199-206.
- Thoits, P.A. (1982). Conceptual, Methodological, and Theoretical Problem in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 145-159.
- William, B. ;& et.al. (2000). Student Functioning, Concerns, and Socio-Personal Wellbeing. *Social Indicators Research*, 51, 41-74.

- Wine, M; &Nancy, M. (1990). Adaptation to Multiple Sclerosis : The role of Social Support, Functional Disability and Perceived U Reily. 1988 :863 – 873. *certainty. Nursing Research, 39(5)*, 294-299.
- WellMed. (August,1999). *Introduces Industry's First Comprehensive Personal Health Management System Including Online Health Record 1999*. Retrieved on 11/01/2008 from <http://www.riskworld.com/pressrel/1999/PR99aa50.htm>.
- Wolpe, J. (1969). *The Practice of Behavior Therapy*. Elmsford, NY: Pergamom.
- World Health Organization. (2006). Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) Analysis Guide. Surveillance and Population – Base Prevention. Department of chronic Disease and Health promotion. Retrieved on 16/03/2009 from www.who.int/chp/steps.
- World Health Organization. (2003). *Obesity and Overweight. Global Strategy on Diet*, Geneva.



ตัวอย่าง แบบสอบถาม

ปัจจัยที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการปรับพฤติกรรมโรคอ้วน

คำชี้แจง โปรดเติมข้อมูลในช่องว่างและเลือกใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงแห่งเดียวในแต่ละประโยค

แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ

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. ฉันมั่นใจว่าสามารถเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหารของตนเองให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้นกว่าเดิมได้

.....					
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. ฉันมั่นใจว่าสามารถควบคุมการรับประทานอาหารเพื่อให้น้ำหนักลดลงได้สัปดาห์ละอย่างน้อยครึ่ง กิโลกรัม

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด

แบบสอบถามการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง

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

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

20. การที่ฉันทกลั่กเลียงการตีม่เครื่งตีม่ที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน ทำให้น้ำหนักตัวลดลงได้จริง

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

21. จันทุมิใจเมื่อสามารถลดน้ำหนักได้

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

22. ฉันหมั่นสังเกตถึงอารมณ์ ความอยาก และสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของฉัน

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

23.การที่ฉันบังคับตนเองให้ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์เพราะทำให้ฉันลดน้ำหนักได้จริง

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

24. ฉันวางแผนเป้าหมายให้ตนเองมีน้ำหนักที่ลดลงและหมั่นออกกำลังกายเพื่อไปส่เป้าหมายนั้นให้ได้

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

25. การงดรับประทานของจุบจิกระหว่างมื้ออาหาร ช่วยให้น้ำหนักได้จริง

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

26. ฉันคิดว่าตัวฉันสามารถควบคุมอารมณ์ให้ดีขึ้นได้

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

27. ฉันเห็นคนที่รับประทานอาหารตามธงโภชนาการทุกวันช่วยให้ลดน้ำหนักได้ฉันจึงเลือกทำตาม

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

28. ฉันเสียใจทุกครั้งที่ฉันออกกำลังกายไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

29. ฉันดีใจทุกครั้งที่ผมสามารถควบคุมความเครียดที่เกิดขึ้นได้

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

30.การเดินเร็วขณะปฏิบัติงานที่ผ่านมาของฉัน ช่วยให้การลดน้ำหนักได้ ฉันจึงเลือกปฏิบัติ

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

31. ฉันมุ่งมั่นและมีกำลังใจที่จะออกกำลังกายมากขึ้นเมื่อได้รับกำลังใจจากเพื่อน

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

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. ฉันรับประทานขนมกรุบกรอบหรือของว่างประเภทแป้งเสมอๆ

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

11. เมื่อจะจัดการแก้ไขปัญหาค้นคว้าคิดวางแผนและตั้งเป้าหมายเอาไว้ก่อนที่จะลงมือแก้ไข

.....
 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. ฉันออกกำลังกายที่บ้านจนรู้สึกเหนื่อย 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. ฉันรับประทานอาหารเพื่อให้อิ่มท้องโดยไม่ได้นึกถึงประโยชน์เท่าไร

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

22. ฉันได้ออกแรงทำกิจวัตรประจำวันอย่างน้อยวันละ 30 นาที

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

23. ฉันเติมน้ำตาลในอาหารทุกครั้งที่ได้รับประทานอาหาร เช่น กวยเตี๋ยว 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 เล่นไพ่ เป็นต้น

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

27. ฉันรับประทานผักและผลไม้ที่มีกากใยสูง ที่ไม่หวานเป็นประจำ

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

28. ฉันพยายามตัดปัญหานั้นออกไปจากจิตใจและหันไปสนใจเรื่องอื่นแทน

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

แบบสอบถามเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ

1. การดูทีวี ฟังเพลง ปลุกต้นไม้ หรือทำกิจกรรมต่างๆที่ชอบทำให้ผ่อนคลายความเครียดได้มาก

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

2. ฉันชอบออกกำลังกายเพราะทำให้ฉันมีน้ำหนักลดลง

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

3. เมื่อฉันรู้สึกเครียดฉันจะเลือกที่จะออกกำลังกายเพื่อผ่อนคลายความเครียด

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

4. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เป็นเรื่องที่ดีช่วยให้ลดน้ำหนักได้

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

5. ฉันชอบรับประทานผักและผลไม้มากกว่าขนมหวาน

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

6. การควบคุมน้ำหนักตัวให้ไม่อ้วนหรือผอมเกินไปจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยลง

.....

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. ฉันเลือกที่จะรับประทานอาหารที่มีรสชาตอร่อยมากกว่าที่จะพิจารณาถึงประโยชน์ของอาหาร

.....

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

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

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. เจ้าหน้าที่สนับสนุนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพียงพอ

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

7. เพื่อนช่วยให้ฉันรู้สึกสบายใจขึ้นเมื่อฉันอยู่ในภาวะเครียดจากการเข้าร่วมโครงการ

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

8. เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกต้องเจ้าหน้าที่ที่สามารถช่วยแก้ปัญหาหรือข้อสงสัยให้แก่ฉันได้

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

9. เจ้าหน้าที่พร้อมที่จะสละเวลาให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องกับฉันเมื่อต้องการ

.....

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. ฉันมีโอกาสแลกเปลี่ยนความเห็นข้อมูลข่าวสารและประสบการณ์เกี่ยวกับการลดน้ำหนักกับเพื่อนเสมอ

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

15. เพื่อนพร้อมที่จะออกกำลังกายกับฉันเมื่อฉันต้องการ

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

16. เพื่อนมักจะช่วยให้กำลังใจในการลดน้ำหนักของฉัน

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

17. เจ้าหน้าที่ที่เปิดโอกาสให้ฉันแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อมูลข่าวสาร และประสบการณ์เกี่ยวกับต
น้ำหนักตัวกับผู้รับบริการอื่นๆ 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. เจ้าหน้าที่ที่ชื่นชมเมื่อเห็นฉันมีพฤติกรรมสุขภาพถูกต้อง

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด

22. คนในครอบครัวสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการลดน้ำหนักของฉัน

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด

23. ฉันมีเพื่อนที่ไว้วางใจและสามารถพูดคุยปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการได้

.....					
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด



ตัวอย่างแบบสอบถามสำหรับการวิจัย เรื่อง

การวิเคราะห์เชิงสาเหตุแบบพหุระดับด้านจิตสังคมและพฤติกรรมของผู้ให้บริการและ
ผู้รับบริการที่มีผลต่อความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคอ้วน

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นการเก็บข้อมูลใน กลุ่มผู้ปฏิบัติโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. เขต 13 กทม. ปีงบประมาณ 2555 ภายใต้การบริหารโครงการของ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และในการตอบแบบสอบถามฉบับนี้จะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการนำเสนอเป็นรายบุคคล และการตอบแบบสอบถามจะไม่มีความผูกมัดใดๆ ทั้งสิ้นของผู้ตอบแบบสอบถาม ดังนั้น จึงขอความกรุณาท่าน ตอบแบบสอบถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความคิดเห็น และความเป็นจริงที่ปรากฏกับท่านมากที่สุด

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. หมายเลขโครงการ H/ 2555 ในสังกัดโรงพยาบาล
2. เพศ 1. ☐ ชาย 2. ☐ หญิง
3. ตำแหน่งงานในที่ทำงานของท่านในปัจจุบันคือ
4. ท่านทำหรือร่วมทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในปีกับ มศว เป็นครั้งที่.....
5. บทบาทหน้าที่ในการทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในครั้งนี้ หรือปีนี้ คือ
 1. ☐ เป็นหัวหน้าโครงการ 2. ☐ เป็นผู้รับผิดชอบโครงการหรือผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ
 3. ☐ เป็นสมาชิกทีมในโครงการ 4. ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
6. ประสบการณ์การปฏิบัติงานเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง.....ปี
7. ระดับการศึกษา 1. ☐ ปริญญาตรี 2. ☐ ปริญญาโท 3. ☐ สูงกว่าปริญญาโท

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการทำโครงการปรับพฤติกรรมฯ

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็นและความจริงที่ปรากฏกับท่าน					
	มากที่สุด (6)	มาก (5)	ค่อนข้างมาก (4)	ค่อนข้าง น้อย(3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาของท่าน						
1. ผู้บังคับบัญชาเชื่อมั่นในตัวท่านว่า ท่านมีความรู้ความสามารถ ในการบริหารโครงการปรับพฤติกรรมสุขภาพได้เป็นอย่างดี						
2. ผู้บังคับบัญชาแสดงความสนใจ เมื่อท่านรู้สึกท้อหรือมีปัญหาในการทำโครงการปรับพฤติกรรมสุขภาพ						

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็นและความจริงที่ปรากฏกับท่าน					
	มากที่สุด (6)	มาก (5)	ค่อนข้างมาก (4)	ค่อนข้าง น้อย(3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
3.ผู้บังคับบัญชากล่าวยกย่อง ชื่นชมท่าน ที่ได้เสียสละใน การทำโครงการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพ						
4.ผู้บังคับบัญชาให้เกียรติยอมรับในการตัดสินใจของ ท่านทุกครั้งในการทำกิจกรรมปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพ						
5.ผู้บังคับบัญชาได้ให้คำปรึกษาแนะนำแก่ท่านในการทำ โครงการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพ						
6.ผู้บังคับบัญชามอบถึงแหล่งข้อมูลความรู้ที่เป็น ประโยชน์ต่อการทำโครงการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพ						
7.ผู้บังคับบัญชามอบถึงจุดเด่น และจุดด้อยของการจัด โครงการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของท่านเพื่อหวังให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของโครงการ						
8. ผู้บังคับบัญชาได้ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติ หน้าที่ของท่านในการทำโครงการฯ						
9.ผู้บังคับบัญชาให้ความช่วยเหลือท่านได้ ในกรณีที่ งบประมาณจาก สปสช. กทม.ยังไม่ถึงมือท่านได้						
10.ผู้บังคับบัญชาได้กำชับให้บุคลากรในหน่วยงาน ให้ การสนับสนุน ช่วยเหลือท่านในการทำโครงการปรับ ปรุงพฤติกรรมสุขภาพของท่านอย่างเต็มที่						
11.ผู้บังคับบัญชาเปิดโอกาสให้ท่านใช้ทรัพยากรของ หน่วยงานได้ในการจัดทำโครงการปรับปรุงพฤติกรรมฯ						
12. ผู้บังคับบัญชาสนับสนุนอุปกรณ์ สถานที่ให้ท่านเพื่อ อำนวยความสะดวกในการทำโครงการปรับปรุงพฤติกรรมฯ						
การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน						
13. เพื่อนร่วมงานเห็นความสำคัญของการทำโครงการ ปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของท่าน						
14.เพื่อนร่วมงานให้กำลังใจในการทำโครงการปรับ ปรุงพฤติกรรมสุขภาพของท่านอย่างเป็นกัลยาณมิตร						
15. เพื่อนร่วมงานชมเชยท่านด้วยความจริงใจ เมื่อท่าน สามารถจัดโครงการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จ						
16.เพื่อนร่วมงานให้เกียรติยอมรับในการตัดสินใจของ ท่านทุกครั้งในการทำกิจกรรมปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพ						
17.เมื่อท่านขอข้อมูลข่าวสารเพื่อใช้ในการจัดโครงการ ปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนร่วมงานก็จะบอกหรือ อธิบายด้วยความเต็มใจ						

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็นและความจริงที่ปรากฏกับท่าน					
	มากที่สุด (6)	มาก (5)	ค่อนข้างมาก (4)	ค่อนข้าง น้อย(3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
18.เพื่อนร่วมงานมักเสนอแนะสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการ จัดโครงการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพ ให้กับท่าน						
19.เพื่อนร่วมงานมัก “กระซิบบอก” ถึงจุดด้อยในการจัด โครงการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของท่านด้วยความ จริงจัง โดยหวังให้ท่านได้มีการพัฒนาที่ดีขึ้น						
20.เพื่อนร่วมงานให้ข้อมูลย้อนกลับในเชิงสร้างสรรค์ เพื่อให้การจัดโครงการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของ ท่านเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน						
21.บ่อยครั้งที่เพื่อนร่วมงานได้มาช่วยจัดโครงการปรับ ปรุงพฤติกรรมสุขภาพของท่าน แม้ว่าเขาจะไม่ได้รับ ผลตอบแทนใดๆ ก็ตาม						
22.เพื่อนร่วมงานส่วนใหญ่มักทุ่มเทเวลาให้กับท่านในการ มาร่วมทำโครงการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของท่าน						
23.เพื่อนร่วมงานเปิดโอกาสให้ใช้ทรัพยากรของเขาเพื่อ นำมาใช้ประโยชน์ในการจัดโครงการปรับปรุงพฤติกรรม สุขภาพของท่าน						
สัมพันธภาพระหว่างท่านกับผู้รับบริการ						
24.ท่านรับรู้ได้ว่าผู้รับบริการสามารถพูดกับท่านได้อย่าง เปิดใจเกี่ยวกับการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ						
25.ท่านรับรู้ได้ว่าผู้รับบริการมอบความไว้วางใจให้ท่าน เข้ามาช่วยปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพของเขาด้วยความเต็มใจ						
26.ท่านรับรู้ได้ว่า ผู้รับบริการมองเห็นว่าท่านเป็นพวก เดียวกับเขา เปรียบเสมือนคนในชุมชนเดียวกัน						
27.ท่านรับรู้ได้ว่า ผู้รับบริการเห็นความสำคัญของ เป้าหมายโครงการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพร่วมกันท่าน						
28.ท่านรับรู้ได้ว่า ผู้เข้ารับบริการเชื่อมั่นในความรู้ ความสามารถของท่านที่จะทำโครงการนี้ให้สำเร็จได้						
29.ผู้รับบริการกับตัวท่าน ยอมรับในตัวตนและให้เกียรติ ซึ่งกันและกันอยู่เสมอ						
30.ผู้รับบริการกับตัวท่าน มีความปรารถนาที่ดีและมี เมตตาต่อกันและกัน						
31.ท่านเชื่อมั่นในความสามารถของผู้รับบริการที่จะปรับ พฤติกรรมลดฮวบด้วยตนเองให้สำเร็จตามเป้าหมายได้						

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็นและความจริงที่ปรากฏกับท่าน					
	มากที่สุด (6)	มาก (5)	ค่อนข้างมาก (4)	ค่อนข้าง น้อย(3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
เขาน้ำอารมณ์ของทีมในขณะทำงานโครงการฯ						
32.ท่านเห็นว่าคณะทำงานได้แสดงความเห็นใจซึ่งกันและกันในการทำโครงการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพนี้						
33.ท่านเห็นว่าคณะทำงานพยายามที่จะทำความเข้าใจและสร้างความสนิทสนมคุ้นเคยซึ่งกันและกันมากขึ้น						
34.ท่านเห็นว่าสมาชิกในคณะทำงานรู้จักกันดีว่าใครมีความสามารถเด่นในเรื่องใดบ้างเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้						
35.ท่านเห็นว่าสมาชิกในคณะทำงานใส่ใจกับเป้าหมายหลักของโครงการปรับปรุงพฤติกรรมนี้ จึงมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ						
36.ท่านเห็นว่าสมาชิกในคณะทำงานมักแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพจากบุคคลภายนอกเพื่อนำมาปรับปรุงการทำงานของ تیمอยู่เสมอ						
37.ท่านเห็นว่าสมาชิกในคณะทำงานสามารถดัดเดียนซึ่งกันและกันได้ด้วยความจริงใจเพื่อให้เกิดการปรับปรุงงานดีขึ้น						
38.ท่านเห็นว่าสมาชิกในคณะทำงานได้สร้างข้อตกลงร่วมกันในการทำงานโครงการนี้เพื่อให้ทำงานราบรื่นเป็นระบบ						
39.ท่านเห็นว่า สมาชิกในคณะทำงานสามารถพูดจาห้วงดังกันได้โดยไม่ผิดใจกัน เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้						
40.ท่านเห็นว่า สมาชิกในคณะทำงานมักให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงสร้างสรรค์ซึ่งกันและกันเพื่อปรับปรุงงานที่ดีขึ้น						
41.ท่านเห็นว่าคณะทำงานแต่ละคนระมัดระวังที่จะแสดงพฤติกรรมที่อาจทำให้เกิดความขัดแย้งภายในทีมงานได้						
42.ท่านเห็นว่าสมาชิกในคณะทำงานได้ร่วมกันหาทางป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากทำโครงการครั้งต่อไป						
43.ท่านเห็นว่าสมาชิกในคณะทำงานให้ความสนใจกับสถานการณ์ความเป็นไปขององค์กรในการทำโครงการนี้						

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็นและความจริงที่ปรากฏกับท่าน					
	มากที่สุด (6)	มาก (5)	ค่อนข้างมาก (4)	ค่อนข้าง น้อย(3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
44.ท่านเห็นว่าในการทำงานในโครงการนี้ของสมาชิกใน คณะทำงานจะคำนึงถึงความสอดคล้องกับระเบียบ วัฒนธรรมขององค์กร หรือชุมชนเสมอ						
45.ท่านเห็นว่าสมาชิกในคณะทำงานนี้ มีความเข้าใจใน การทำงานของผู้ร่วมงานคนอื่นๆ ในองค์กรเป็น อย่างดี						
46.ท่านเห็นว่าสมาชิกในคณะทำงานนี้ ได้พยายามสร้าง สัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงานคนอื่นๆ ในองค์กร						
47.ท่านเห็นว่าสมาชิกของคณะทำงานนี้ มีความยินดีที่ ผู้ร่วมงานคนอื่นๆ ได้เข้ามาช่วยเหลือในการทำ กิจกรรมปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพครั้งนี้						
48.ท่านเห็นว่าสมาชิกของคณะทำงานปรับปรุงพฤติกรรม สุขภาพนี้ มีความพยายามที่จะช่วยเหลือการทำงานของ ผู้ร่วมงานคนอื่นๆนอกคณะทำงานด้วยความเต็มใจ						
บทบาทผู้นำทีม						
49.ท่านพยายามที่จะเป็นบุคคลหนึ่งที่ริเริ่มกำหนด เป้าหมายของโครงการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพนี้ ก่อน คนอื่นๆ						
50.ท่านพยายามที่จะเป็นผู้ริเริ่มกำหนดแนวทางในการ จัดกิจกรรมการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง PROMISE Model ก่อนสมาชิกคนอื่นๆคนใดใน คณะทำงาน						
51.ท่านพยายามแสดงให้เห็นสมาชิกคนอื่นๆ เห็นว่าได้ทำสิ่ง ต่างๆ เพื่อผู้เข้ารับบริการ เพื่อทีมงานด้วยความจริงใจ ไม่ใช่ทำไปเพื่อประโยชน์ของตนเอง						
52.ท่านได้เสนอแนะเกี่ยวกับการทำงานโครงการนี้กับ สมาชิกในทีมงานโดยไม่ใช้วิธีการตำหนิ ดิเสียน						
53. ท่านไม่เคยแสดงท่าทางเบือนหน้าที่จะให้คำแนะนำ หรือให้ข้อเสนอแนะกับผู้ร่วมงานอยู่บ่อย ๆ						
54.ท่านมีความยินดีที่จะหาความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการปรับ พฤติกรรมสุขภาพแบบใหม่ เพื่อแลกเปลี่ยนกับทีมงาน						
55.ท่านได้โน้มน้าวให้ผู้ร่วมงานคนอื่นๆ เห็น ความสำคัญว่าโครงการนี้มีประโยชน์กับองค์กร						

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็นและความจริงที่ปรากฏกับท่าน					
	มากที่สุด (6)	มาก (5)	ค่อนข้างมาก (4)	ค่อนข้าง น้อย(3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
56.ท่านใช้เทคนิคการเจรจาต่อรองเพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากรที่สำคัญในการจัดโครงการปรับพฤติกรรมสุขภาพนี้						
57.ท่านโน้มน้าวให้ผู้รับบริการเห็นว่าความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการปรับพฤติกรรมสุขภาพนั้นเป็นของผู้รับบริการเอง						
58.ท่านได้แสดงความกระตือรือร้นในการทำงานโครงการนี้ให้กับสมาชิกในคณะทำงานได้เห็นเป็นประจำ						
59.หากท่านต้องการให้คนอื่น ๆ เปลี่ยนแปลงการทำงานให้ดีขึ้น ท่านจะใช้วิธีการ “ทำให้เห็น” มากกว่าการบอกกล่าว						
60.ท่านเป็นตัวแทนในการปรับพฤติกรรมสุขภาพในด้านการกิน ออกกำลังกาย ดูแลอารมณ์ ให้กับผู้รับบริการ						
พฤติกรรมกรรมการบริหารโครงการ						
61.ท่านได้จัดหาสิ่งของต่างๆ ที่ผู้รับบริการสนใจ/ต้องการ เพื่อนำมาเป็นรางวัลให้กับผู้ลดน้ำหนักได้ตามเป้าหมาย						
62. ในการให้รางวัลแก่ผู้รับบริการนั้น ท่านได้บอกเงื่อนไขที่ชัดเจนว่าเขาจะต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพได้บรรลุตามเป้าหมายใดบ้าง เพื่อที่จะได้รับรางวัลดังกล่าว						
63. ท่านได้กล่าวชมเชยทุกครั้งกับผู้รับบริการปรับพฤติกรรมสุขภาพตนเองได้ตามเป้าหมาย พร้อมกับบอกถึงเหตุผลในการชมเชยด้วยทุกครั้ง						
64.ท่านเห็นว่ารางวัลต่างๆ ที่ได้ให้กับผู้รับบริการไปนั้น ได้ผลดีเพราะสามารถทำให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้ได้ว่าจะกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเช่นไรต่อไป						
65.โครงการปรับพฤติกรรมสุขภาพของท่าน ได้กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการไว้อย่างชัดเจน						
66.ท่านมีแนวทางการปฏิบัติงานชัดเจนที่จะทำให้โครงการนี้บรรลุเป้าหมายได้ อย่างแท้จริง						

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็นและความจริงที่ปรากฏกับท่าน					
	มากที่สุด (6)	มาก (5)	ค่อนข้างมาก (4)	ค่อนข้าง น้อย(3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
67.ทุกครั้งที่ท่านวางแผนในการจัดกิจกรรมปรับพฤติกรรมสุขภาพ ท่านคำนึงถึงวิธีการที่ต้องทำให้สำเร็จได้จริงเสมอ						
68.ท่านมีการประเมินผลการดำเนินงานโครงการเป็นระยะ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงการดำเนินงานในครั้งต่อไป						
69.ท่านจะมองว่าปัญหา ความสับสนที่เกิดขึ้นระหว่างทำโครงการปรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น เป็นบทเรียนสำคัญในชีวิตการทำงานที่จะทำให้ท่านเข้มแข็งขึ้น						
70.ท่านคิดว่าผู้รับบริการทุกคนมีศักยภาพ มีความตั้งใจเพียงพอที่จะปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้						
71.ท่านคิดว่าความสำเร็จหรือความสับสนที่เกิดขึ้นในโครงการปรับพฤติกรรมสุขภาพนี้ ส่วนแต่มาจากผลการบริหารโครงการของท่านเป็นส่วนใหญ่ มิใช่ความบังเอิญ						
72.ท่านพยายามแสวงหากิจกรรมการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่หลากหลาย น่าสนใจ มาใช้ในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนี้						
73.ท่านค้นหาความคาดหวังของผู้รับบริการต่อโครงการนี้ เพื่อจะได้จัดกิจกรรมตอบสนองความคาดหวังนั้น						
74.ท่านได้พุดจูงใจโน้มน้าวให้ผู้รับบริการเห็นความสำคัญของการปรับพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาวกับตัวเขาเพื่อให้เขามีกำลังใจที่จะลดน้ำหนักหรือลดความเสี่ยงให้ได้						
75.ในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ท่านได้คำนึงถึงความแตกต่างของผู้รับบริการเป็นสำคัญ เช่น อายุ ระดับการศึกษา ภาวะของโรคที่เป็น ลักษณะงาน ฯลฯ ด้วย						
76.ท่านเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในการบริหารงบประมาณ หรือร่วมคิดสร้างสรรค์กิจกรรมต่างๆ ในครั้งต่อไป ร่วมกับคณะทำงานด้วย						

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็นและความจริงที่ปรากฏกับท่าน					
	มากที่สุด (6)	มาก (5)	ค่อนข้างมาก (4)	ค่อนข้าง น้อย(3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
77.ท่านจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบเป็นรายบุคคลร่วมด้วย เช่น การให้คำปรึกษาสุขภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้รับบริการ						
78.กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ท่านจัดขึ้น จะเน้นให้ผู้รับบริการเป็นผู้ลงมือปฏิบัติมากกว่าการนั่งฟังบรรยาย						
79.ท่านได้ทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเอง เพียงพอที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองต่อเนื่อง						
80.ท่านได้ทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อคนในครอบครัว และคนรอบข้าง เพียงพอที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองต่อเนื่องต่อไป						
81.ท่านแสดงให้ผู้รับบริการ เห็นว่าตนเองมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน แม้ว่าแต่ละคนจะต่างฐานะ ต่างระดับการศึกษาก็ตาม						
เขาวินิจฉัยของผู้ให้บริการ						
82.ท่านหมั่นออกกำลังกายและทำกิจกรรมทางกายอยู่เสมอ เพื่อให้ร่างกายมีความสมบูรณ์ แข็งแรง คล่องตัว						
83.ท่านเลือกรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์กับร่างกาย ตรงตามหลักโภชนาการอยู่เสมอ						
84.ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติดทุกชนิด						
85.ท่านหมั่นดูแลอนามัยส่วนบุคคลของตนเอง เช่น แปรงฟัน ชัดใหม่ฟัน ดูแลความสะอาดของร่างกายเป็นอย่างดี						
86.ท่านหมั่นดูแลป้องกันตนเองไม่ให้เป็นโรค ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น ตรวจสอบสุขภาพ หลีกเลี่ยงสถานที่สกปรก พักผ่อนเพียงพอ หลีกเลี่ยงอยู่กลางแจ้ง นิดวัคซีนที่จำเป็น เป็นต้น						
87.ท่านปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยตามกฎหมายที่กำหนด เช่น ปฏิบัติตามกฎหมายจราจร คาดเข็มขัดนิรภัย จัดระเบียบที่พักระวังพื้นลื่น ป้องกันไฟรั่ว ไม่เดินที่เปียก เป็นต้น						

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็นและความจริงที่ปรากฏกับท่าน					
	มากที่สุด (6)	มาก (5)	ค่อนข้างมาก (4)	ค่อนข้าง น้อย(3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
88.ท่านพยายามเลือกอยู่ในสถานที่แวดล้อมสะอาดปลอดภัย เช่นพักผ่อนในสวน ไม่อยู่ที่มีมลพิษ คบเพื่อนที่มีทัศนคติทางบวก ไม่เที่ยวกลางคืน ไม่ติดอบายมุข ฯลฯ						
89.ท่านมีวิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับตัวเองโดยไม่ให้อยู่กับความเครียดนาน ๆ						
90.ท่านหมั่นทำกิจกรรมที่ทำให้ตนเองมีความรู้สึกที่มีความสุขใจ สงบ และพึงพอใจในชีวิตตนเองอยู่เสมอ						
91.ท่านนำหลักธรรมมาใช้ในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน อยู่ตลอดเวลา						
การจัดการเรียนรู้เพื่อปรับพฤติกรรมเสี่ยง						
92. ท่านได้นำความคิดเห็น ข้อเสนอแนะของผู้รับบริการมาใช้เป็นส่วนสำคัญในการจัดกิจกรรมปรับพฤติกรรม						
93.ท่านจัดกิจกรรมปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นให้ผู้รับบริการได้ฝึกทักษะด้วยตนเองมากกว่าการนั่งฟังบรรยาย						
94.ท่านเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของคณะทำงาน และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จัดกิจกรรมหรือออกแบบโครงการในครั้งนี้						
95. ท่านเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้เรียนรู้ด้านสุขภาพด้วยตนเอง พร้อมนำตนเอง กำกับการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง						
96. ท่านให้ความสำคัญกับการนำทฤษฎี ความรู้ด้านสุขภาพ มาบรรยายให้ผู้รับบริการได้มีความรู้ความเข้าใจเป็นหลัก						
97.ท่านได้กำหนดแผนการสอนไว้อย่างแน่นอนเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความรู้ประสบการณ์ที่ควรมีครบถ้วน						
98.ท่านให้ความสำคัญกับวิทยากร ผู้เชี่ยวชาญ ที่สามารถถ่ายทอดให้ผู้รับบริการได้เข้าใจในเรื่องสุขภาพอย่างแท้จริง						
99.ท่านได้ใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปรับพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลที่ตรงกับความต้องการและสภาพบริบทของกลุ่มผู้รับบริการด้วยกันเอง						