

อิทธิพลทางจิตสังคมและการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มี
ภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร

งานวิจัย 2

ของ

สุพิชชา วงศ์จันทร์

เสนอต่อคณะกรรมการบริหารหลักสูตร (เน้นวิจัย)

เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เมษายน 2557

อิทธิพลทางจิตสังคมและการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มี
ภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร

งานวิจัย 2

ของ

สุพิชชา วงศ์จันทร์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าทำงานวิจัยนี้ด้วยตนเอง
ไม่มีส่วนใดๆ ที่คัดลอกมาจากของผู้อื่น
โดยไม่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายลิขสิทธิ์

.....
(นางสาวสุพิชชา วงศ์จันทร์)

เสนอต่อคณะกรรมการบริหารหลักสูตร (เน้นวิจัย)
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
เมษายน 2557

อิทธิพลทางจิตสังคมและการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มี
ภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร

งานวิจัย 2

ของ

สุพิชชา วงศ์จันทร์

เสนอต่อคณะกรรมการบริหารหลักสูตร (เน้นวิจัย)

เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เมษายน 2557

สุพิชชา วงศ์จันทร์. (2556).อิทธิพลทางจิตสังคมและการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร.กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
คณะกรรมการควบคุม :รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง ,อาจารย์ ดร.พรรณี
บุญประกอบ

การศึกษาครั้งนี้มีความมุ่งหมาย เพื่อ 1) พัฒนาแบบจำลองสมการโครงสร้างความสัมพันธ์
ของตัวแปรทางจิตสังคม และการกำกับตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะ
อ้วน 2) ศึกษาอิทธิพลของตัวแปรทางจิตสังคมที่มีผลต่อการกำกับตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะ
อ้วน 3) ศึกษาอิทธิพลของตัวแปรทางจิตสังคมและการกำกับตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการที่มีดัชนีมวลกาย 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร
ขึ้นไป จำนวน 442 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง .801 ถึง .957 และ
วิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้างด้วยโปรแกรม LISREL

ผลวิจัยพบว่าแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ
สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และดัชนีความเหมาะสมเป็นไปตามหลักเกณฑ์ในระดับที่ยอมรับ
ได้ ($\chi^2 = 327.89$, $df = 164$, $p\text{-value} = 0.0000$, $\chi^2 / df = 1.98$; $RMSEA = 0.048$; $RMR =$
 0.023 ; $CFI = 0.99$; $AGFI = 0.90$; $GFI = 0.94$; $CN = 279.84$) และผลการวิจัยพบว่า 1) การ
กำกับตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ 2) ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะ
อ้วนมีอิทธิพลทางตรงต่อเจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการกำกับตนเอง
ผ่านเจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3) เจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อม
ต่อพฤติกรรมสุขภาพ 4) เจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อการกำกับ
ตนเองผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง 5) การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลทางตรง
ต่อการกำกับตนเอง และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพผ่านการกำกับตนเอง 6) ความ
ไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ในโครงการมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ และ 7) การสนับสนุนทาง
สังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน เจตคติที่มีต่อพฤติกรรม
สุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ในโครงการ และการมีส่วนร่วม
ร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

จึงสรุปได้ว่า การใช้กรอบแนวคิด การปรับพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self มีอิทธิพลต่อการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยพบว่า การกำกับตนเอง เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ และ
ความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่โครงการ เป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ
โดยเฉพาะการกำกับตนเองมีตัวแปรมาประกอบเป็นตัวแปรสาเหตุคือ เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรม
สุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง

THE INFLUENCES OF PSYCHO - SOCIAL CHARACTERISTICS AND
SELF - REGULATION ON HEALTH BEHAVIORS OF OBESE CLIENTS IN BANGKOK

AN ABSTRACT
BY
SUPITCHA WONGCHAN

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Doctor of Philosophy (Ph.D.) in Applied Behavioral Science Research
at Srinakharinwirot University
April , 2014

Supitcha wongchan.(2014). The Influence of Psycho – Social Characteristics and Self – Regulation on Health Behaviors of Obese Clients in Bangkok. Srinakharinwirot University. Advisor committee: , Assoc Prof. Dr. Ungsinan Intarakamhang , Dr.Panee Boonprakob

Abstract

The purpose of this study was 1) to develop the model of Psycho – Social Characteristics and Self - regulation variables on Health Behaviors (HB) of Obese. 2) to study influences of Psycho – Social Characteristics on Self – regulation of Obese.3) to Study influences of Psycho – Social Characteristics and Self - regulation variables on HB of Obese. The Sample consisted 442 of body mass index above 25 kg/m² and Participated HB Modification in Metabolic Syndromes of Clients in Bangkok. The data was collected by questionnaire which had reliability between .80 to .95.The Hypothesis test Were Analysis through LISREL Program .

The results were found that the relationships among variables on health behavior was modified to fit the data and chi-square value and goodness-of-fit indices of the modified model was acceptable ($\chi^2 = 327.89$., df= 164, p-value = 0.0000, $\chi^2 / df = 1.98$; RMSEA = 0.048 ; RMR = 0.023; CFI = 0.99; AGFI = 0.90; GFI = 0.94; CN = 279.84).And the influence of social – psychology factors were found that 1) Self – regulation had direct effects on HB.2) HB and obesity knowledge had direct on attitude to HB had indirect on self – regulation thru attitude to health behavior. 3) Attitude to HB had direct and indirect effects on to HB.4) Attitude to HB had direct and indirect effects on to self – regulation thru self – efficacy.5) Self – efficacy had direct to self – regulation and indirect effects to HB thru self – regulation 6) Trust to staff in Project had direct to HB 7) Social Support had direct to HB and obesity knowledge Attitude to HB self – efficacy Trust to staff and participate in HB modification Project.

Conclusion 3 – Self behavior modification was appropriate to be used as a conceptual framework, as to describe an effective modification behavior. Specifically, self – regulation ,attitude to health behavior and trust to staff in project are important variables had direct to health behavior. Self – regulation is due to cause variable attitude to health behavior and self –efficacy.

งานวิจัยเล่ม 2

เรื่อง

อิทธิพลทางจิตสังคมและการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วน
ในเขตกรุงเทพมหานคร

ของ

สุพิชชา วงศ์จันทร์

ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตรให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ (เน้นวิจัย)

.....ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

(รองศาสตราจารย์ ดร.ดุขฎิ โยเหลา)

วันที่ เดือน เมษายน พ.ศ. 2557

คณะกรรมการควบคุมปริญญาบัตร

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง)

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง)

..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.พรรณี บุญประกอบ)

..... กรรมการ
อาจารย์ ดร.พรรณี บุญประกอบ)

..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.วิชุดา กิจธรรม)

..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.นริศรา ฟังโพธิ์สม)

ประกาศคุณูปการ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีจากบุคคลหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง อาจารย์ ดร. พรรณี บุญประกอบ คณะกรรมการควบคุมงานวิจัยที่ให้ความกรุณากับผู้วิจัยเป็นอย่างดีในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำต่างๆ ที่มีคุณค่าจนกระทั่งงานวิจัยได้เสร็จสมบูรณ์

ขอขอบคุณอาจารย์ ดร.วิชุดา กิจจรธรรม และอาจารย์ ดร. นริศรา พึ่งโพธิ์สม กรรมการสอบงานวิจัย ที่ได้ให้คำแนะนำเพื่อให้ผลการวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งผู้วิจัยขอขอบคุณว่าที่ร้อยตรีมนัส บุญประกอบ เกษัชกร ดร.พัชรี ดวงจันทร์ และอาจารย์ ดร.อนันต์ มาลารัตน์ ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือ ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ศุภฎี โยเหลา ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร ที่ได้ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และกำลังใจที่ดียิ่งแก่ผู้วิจัย นอกจากนี้ขอขอบคุณคณาจารย์ในสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้กำลังใจและอำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ด้วยดีมาโดยตลอด

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ประสานงานโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานในกรุงเทพมหานคร โดยสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับความไว้วางใจและได้รับการสนับสนุนทุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ที่กรุณาอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ให้ความช่วยเหลือ กำลังใจ และความร่วมมือเป็นอย่างดีจนงานวิจัยสำเร็จลุล่วง รวมทั้งขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยที่ให้ความเอาใจใส่และความร่วมมือทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณบิดา มารดา และทุกคนในครอบครัว ที่คอยให้ความช่วยเหลือ กำลังใจ และอยู่เคียงข้างผู้วิจัยมาโดยตลอด รวมทั้งขอบคุณพี่น้องและเพื่อนร่วมสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ที่ให้กำลังใจและสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา

สุพิชชา วงศ์จันทร์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	4
ความสำคัญของการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	12
สมมุติฐาน.....	16
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	18
โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ.....	18
ภาวะอ้วน.....	20
ความสำคัญ และสถานการณ์ของภาวะอ้วน.....	20
ความหมายและการประเมินภาวะอ้วน.....	23
ปัจจัยและกลไกของการเกิดภาวะอ้วน.....	25
แนวคิดในการป้องกันภาวะอ้วน.....	26
พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับภาวะอ้วน:ตัวแปร ความหมาย และการวัด.....	26
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร:ความหมายและการวัด.....	28
พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย:ความหมายและการวัด.....	29
พฤติกรรมการจัดการความเครียด:ความหมายและการวัด.....	31
แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory).....	36
แนวคิดทฤษฎีการกำกับตนเอง.....	38
การกำกับตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	39
ปัจจัยที่มีผลต่อการกำกับตนเอง.....	45
ลักษณะทางจิตที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	46
ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน.....	46
การรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ.....	49
เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	57
ความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่โครงการกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	60
ลักษณะทางสังคมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	65

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ	65
การมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับ พฤติกรรมสุขภาพ.....	71
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	78
การกำหนดประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง.....	78
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	78
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	84
การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล.....	85
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	86
5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	101
สังเขป ความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีดำเนินการวิจัย.....	101
สรุปและอภิปรายผลการวิจัย.....	103
ข้อเสนอแนะ.....	111
บรรณานุกรม.....	113
ภาคผนวก.....	129
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	167

ตาราง	หน้า
1 การจำแนกค่าดัชนีมวลกายของผู้ใหญ่ในแถบเอเชีย.....	24
2 สรุปปัจจัยที่ก่อให้เกิดความไว้วางใจ.....	62
3 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	86
4 สัญลักษณ์ของตัวแปรที่ทำการศึกษา.....	84
5 ค่าความถี่ และร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา.....	89
6 การตรวจสอบแจกแจงของตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษาในแบบจำลอง	90
7 การตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษา ในแบบจำลอง.....	93
8 การเปรียบเทียบความเหมาะสมของแบบจำลองสมมุติฐานกับแบบจำลองปรับแก้ ที่จะนำไปใช้ในการอ่านผลค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล.....	95
9 คะแนนมาตรฐานของผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม อิทธิพลรวม ของ แบบจำลองปรับแก้.....	98

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	12
2 แบบจำลองโครงสร้างของปัจจัยทางจิตสังคมและการกำกับตนเอง ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ.....	14
3 แสดงการกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยทางพฤติกรรม (B) ปัจจัยสภาพแวดล้อม (E) และปัจจัยส่วนบุคคล (P) ที่มีผลต่อการเรียนรู้และการกระทำ	36
4 การกำกับตนเอง	39
5 อิทธิพลทางจิตสังคมและการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร.....	45

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

องค์การอนามัยโลก (WHO.2005) ได้ระบุว่าในปี พ.ศ. 2548 ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง 35 ล้านคน ซึ่งมีค่าประมาณ 2 เท่าของผู้ที่เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 17 ในปี พ.ศ. 2558 โดยเฉพาะภาวะอ้วนซึ่งกำลังระบาดทั่วโลก ความชุกของภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในสหรัฐอเมริกาซึ่งถือว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยเสี่ยงหนึ่งปัจจัย หรือร่วมกัน จากการใช้วิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ บริโภคอาหารที่มีพลังงานเกิน กินผักผลไม้ไม่พอ ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่ ดื่มสุรา และความเครียด (WHO.1995 : 1- 45) และเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของคนทั่วโลก ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยหลักที่นำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อชีวิต เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็ง โรคข้อและเส้นเอ็น โรคหลอดเลือดแข็งและอุดตัน เป็นต้น ล้วนเป็นภาวะที่มีผลต่ออัตราการตายโดยรวม (Eugene ;& Bcisaubin.1984 : 794 - 797) นอกจากนี้ภาวะอ้วน ยังมีความสัมพันธ์กับโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันเฉียบพลัน โรคเกี่ยวกับถุงน้ำดี โรคผิดปกติทางจิต และความเครียดจากการกลั่นแกล้งไม่ได้ ซึ่งถือว่าเป็นการระบาดที่ต้องได้รับการป้องกันดูแลอย่างทันที่ (Arthur.2005: 103 - 113) และจากการสำรวจสุขภาพแห่งชาติและภาวะโภชนาการ (National Health and Nutrition Examination Survey: NHANES) เพื่อศึกษาแนวโน้มและความชุกของดัชนีมวลกายจากน้ำหนักและส่วนสูง ตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยพบความชุกของผู้ใหญ่ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ในสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 1999-2000, 2001-2002, 2003-2004, 2005-2006, และ 2007 – 2008 เท่ากับ 64.5 65.7 66.3 67.0 และ 68.0 ตามลำดับ จะเห็นว่าแนวโน้มภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นทุกปี และเมื่อเปรียบเทียบกับย้อนหลัง 20 ปี โดยในปี ค.ศ. 1999 – 2000 พบความชุกของคนอเมริกันมีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร้อยละ 64.5 โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 36 ในปี ค.ศ. 1976 – 1980 อาจกล่าวได้ว่าประมาณ 59 ล้านคนของผู้ใหญ่ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่อยู่ในกลุ่มนี้มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ (Katherine ;& et.al. 2010)

สถานการณ์ภาวะอ้วนของคนไทยจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552 พบว่า เกือบ 3 ใน 10 คนของผู้ชายไทย และ 4 ใน 10 คนของผู้หญิงไทยอยู่ในเกณฑ์อ้วน (BMI \geq 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 ปี พ.ศ. 2546 - 2547 พบว่า ความชุกของภาวะอ้วนมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในผู้หญิงความชุกเพิ่มจากร้อยละ 34.4 เป็นร้อยละ 40.7 ส่วนในผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ 22.5 เป็นร้อยละ 28.4 ซึ่งจากผลการสำรวจยังพบว่าใน

กรุงเทพมหานครมีความชุกภาวะอ้วนสูงที่สุดถึงร้อยละ 44.20 รองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามลำดับ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2547,2552) และนอกจากนั้น ผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บของคนไทย ในปี พ.ศ. 2550 พบว่า คนมีน้ำหนักเกินและอ้วนรวมกันร้อยละ 19.1 (8.8 ล้านคน) และผู้ที่อ้วนร้อยละ 3.7 (1.7 ล้านคน) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2548 ที่พบคนไทยที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 16.1 (7.3 ล้านคน) และผู้ที่อ้วนร้อยละ 3.0 (1.4 ล้านคน) และยังพบว่าในกรุงเทพมหานครมีน้ำหนักเกินและอ้วนถึงร้อยละ 25.9 และผู้ที่อ้วนถึงร้อยละ 6.0 (สำนักโรคไม่ติดต่อ.2548,2550) สอดคล้องกับผลการศึกษาความชุกของภาวะอ้วนในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกปี ค.ศ. 2004 พบว่าประเทศไทยมีอัตราความชุกของภาวะอ้วนสูงถึงร้อยละ 50 คิดเป็นลำดับที่ 5 จากทั้งหมด 14 ประเทศ รองจากประเทศออสเตรเลีย มองโกเลีย วานูอาตู และฮ่องกง (กองสถิติสาธารณสุข.2550)

จากข้อมูลสถิติเกี่ยวกับภาวะอ้วนคนไทยข้างต้นแสดงว่าคนไทยส่วนใหญ่ยังไม่เห็นความสำคัญของการดูแลเอาใจใส่สุขภาพ ประกอบกับ พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ ยังมีปัญหาเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจนก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ คือ ภาวะอ้วน ซึ่งจะส่งผลตรงก่อให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเก๊าต์ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้อเสื่อม และโรคมะเร็งบางชนิด เป็นต้น ซึ่งผลกระทบจากโรคเหล่านี้ทำให้เกิดการสูญเสียทั้งเวลา ค่าใช้จ่าย ศักยภาพในการทำงานของบุคคล การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรรวมทั้งการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพในการพัฒนาประเทศ อันเป็นการสูญเสียที่ประมาณค่าไม่ได้ ดังนั้น การป้องกันและควบคุมการเกิดภาวะอ้วนจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกันปัญหาดังกล่าว (ปราณีต ผ่องแผ้ว. 2539)

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังให้ความสนใจและใช้ความพยายามในการลดภาวะความรุนแรง ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมุ่งไปที่การควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ลดการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา จัดการอารมณ์ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ ลดอาหารหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักผลไม้ ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย ควบคุมป้องกันภาวะอ้วนตลอดจน การสร้างสิ่งแวดล้อม และกำหนดมาตรการทางกฎหมาย เพื่อให้เป็นปัจจัยเอื้อต่อการควบคุมวิถีชีวิต (นิตยา พันธุเวทย์ และ นุชรี อาบสุวรรณ. 2552) โดยภาวะอ้วนนี้เป็นผลเนื่องมาจากการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และขาดการออกกำลังกาย ทำให้พลังงานในร่างกายไม่สมดุลกันระหว่างการได้รับเข้ามากับการใช้ไป ซึ่งควรมีการปรับเปลี่ยนทั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อให้มีการใช้พลังงานให้สมดุลกัน ดังนั้น แนวทางการควบคุมและแก้ไขจึงควรมีการแก้ไขที่พฤติกรรมคือ ต้องหาสาเหตุและป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมนั้นโดยหยุดยั้งพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์เข้ามาทดแทน ทั้งนี้ผู้รับบริการภาวะอ้วนต้องมีความพอใจ และเข้าใจประโยชน์ของพฤติกรรมนั้น รวมทั้งต้องมีความตั้งใจและให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและคงสภาพที่ดีได้ตลอดไป (จุฬารัตน์ รุ่งพิสุทธิพงษ์ และคณะ. 2537 และ สุชาติมา มะโนทัย. 2541)

โดยหลักการแล้วการเสริมสร้างพฤติกรรมที่นำปรารถนาในบุคคล เมื่อเกิดผลจะทำให้พฤติกรรมที่ไม่นำปรารถนาลดน้อยลงโดยอัตโนมัติ เพราะเวลาในแต่ละวันของมนุษย์มีจำกัดเพียง 24 ชั่วโมง ถ้าคนเราใช้เวลาส่วนใหญ่ประพฤติปฏิบัติที่เหมาะสม เช่น การทำงาน การออกกำลังกาย และการนั่งสมาธิเป็นประจำ จะไม่มีเวลาเหลือไปทำพฤติกรรมอื่น ๆ ซึ่งอาจจะเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและเป็นโทษแก่ผู้กระทำ ฉะนั้นทางจิตวิทยาสังคม จึงเน้นการเสริมสร้างพฤติกรรมและลักษณะที่นำปรารถนาในบุคคลและป้องกันสิ่งที่ไม่นำปรารถนาไปพร้อม ๆ กัน การเน้นพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ด้วยการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ หรือการเสริมสร้างลักษณะทางจิตที่จะผลักดันพฤติกรรม จะทำให้เกิดพฤติกรรมที่นำปรารถนา และรักษาพฤติกรรมนั้น ส่วนการวิเคราะห์สาเหตุและผลของพฤติกรรมสุขภาพประเภทต่าง ๆ นั้น อาจกล่าวได้ว่าการที่บุคคลมีสุขภาพสมบูรณ์และปราศจากโรค เกิดจากลักษณะทางชีวภาพร่วมกับการมีพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ อย่างเหมาะสม การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ นั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะทางจิตและสภาพแวดล้อมของบุคคล รวมทั้งลักษณะทางชีวภาพของบุคคล เช่น กรรมพันธุ์ ความชราและความเจ็บป่วยในปัจจุบัน (ดวงเดือน พันธุมนาวิน.2538:38) เช่นเดียวกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของแบนดูรา (Bandura. 1989) ที่เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอิทธิพลจากการรู้คิดซึ่งเป็นปัจจัยภายในของบุคคล และทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยภายนอก ดังคำอธิบายเพิ่มเติมของอังคินันท์ อินทรกำแหง (2552:11) ที่กล่าวว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมแตกต่างกันออกไปตามสภาพของสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และประสบการณ์ร่วมกับความรูสึกนึกคิดที่เป็นพฤติกรรมภายใน เช่น การคิด การรับรู้ ความรู้สึก ความเชื่อ และค่านิยม เป็นต้น ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมภายนอกออกมา เช่น การเดิน และการนั่ง เป็นต้น ซึ่งทำให้เข้าใจได้ว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่งซึ่งสามารถเข้าใจได้ว่าต้องอาศัยปัจจัยทางจิตวิทยาควบคู่ไปกับเงื่อนไขทางสังคม

ภาวะอ้วนนั้น สามารถป้องกันและแก้ไขได้ ถ้ามีความรู้ ความเข้าใจ มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติอย่างจริงจัง โดยเฉพาะในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ดังนั้น จึงได้มีการนำแนวคิดทฤษฎีการกำกับตนเองซึ่งมีแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลไม่ได้เป็นผลมาจากการเสริมแรงและการลงโทษจากภายนอกเพียงอย่างเดียว แต่บุคคลสามารถทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึกและการกระทำของตนเองด้วยการจัดหาผลกระทบด้วยตนเอง ซึ่งกระบวนการดังกล่าวเป็นกระบวนการที่ต้องผ่านการฝึกฝน (Bandura.1977 อ้างอิงใน Duangsong.2001) และจากการศึกษาของมิเชล (Michael. 2003) ได้ศึกษาการกำกับตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและป้องกันภาวะอ้วน โดยได้รวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์มาสนับสนุนเป็นจำนวนมากในการป้องกันภาวะอ้วนและการบำบัดรักษาที่มีความหลากหลายวิธีรวมกัน คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้ความรู้ โภชนาการ การออกกำลังกาย และ เทคนิคการสื่อสารระหว่างบุคคลซึ่งมีความสำคัญในการควบคุมน้ำหนัก แต่คนส่วนใหญ่มักจะปฏิบัติไม่ได้เนื่องจากสภาพแวดล้อม ดังนั้นการกำกับตนเองจะเป็นสิ่งที่คอยควบคุมอิทธิพลที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมและ

พฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะอ้วนได้ โดยทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self – regulation Theory) ของแบนดูรา (Bandura.1989) เป็นแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของบุคคลอย่างเป็นระบบภายใต้จิตสำนึกของบุคคลนั้นๆ ทฤษฎีนี้ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามอย่างได้ผล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งปัจจัยทางจิตวิทยาและปัจจัยทางสังคม เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วน ทั้งนี้ ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมนั้นใช้แนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ทฤษฎีการกำกับตนเอง ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยเห็นว่า ทฤษฎีนี้จะสามารถอธิบายพฤติกรรมสุขภาพได้ เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอิทธิพลจากการรู้คิดและสภาพแวดล้อมทางสังคมซึ่งสอดคล้องกับแนวทางพฤติกรรมที่ใช้ทฤษฎีนี้ในการอธิบายและทำความเข้าใจ รวมทั้งทฤษฎีพฤติกรรมการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมและแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมเป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมที่ได้รับการยอมรับและมีการนำมาใช้ในการศึกษาเพื่ออธิบายพฤติกรรมของมนุษย์อย่างกว้างขวาง นอกจากนี้ ทฤษฎีนี้ยังได้รับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถนำมาใช้ทำนายพฤติกรรมได้ดีและครอบคลุมพฤติกรรมต่าง ๆ ที่หลากหลาย การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ปัจจัยที่หลากหลายสาขาเช่นนี้ ยังมีอยู่อย่างจำกัดในประเทศไทย ซึ่งพบงานวิจัยของพัชรีดวงจันทร์ (2553) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการวิเคราะห์และนำเสนอปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยทำการศึกษาเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่สามารถอธิบายการทำพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วน อันจะนำไปสู่แนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันภาวะอ้วนในที่มีประสิทธิผลและใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมต่อไป

จากความสำคัญที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาอิทธิพลทางจิตสังคมและการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมและแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมาเป็นกรอบในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อนำไปใช้กำหนดแนวทางในการแก้ปัญหาสุขภาพในกลุ่มที่มีภาวะอ้วนและสามารถนำข้อมูลไปปรับใช้เป็นกลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมป้องกัน และฟื้นฟูภาวะอ้วนให้กับบุคลากรในหน่วยงาน ประชาชนในวงกว้างและระยะยาวต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแบบจำลองสมการโครงสร้างความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคม และการกำกับตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วน
2. เพื่อศึกษาขนาดและเส้นทางอิทธิพลของปัจจัยทางจิตสังคมและการกำกับตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วน

ความสำคัญของการวิจัย

1. ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อเสนอแนะด้านนโยบายให้กับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวกับภาวะอ้วนของคนไทย
2. หน่วยบริการทางสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาล คลินิก ศูนย์สาธารณสุขชุมชน สามารถนำข้อมูลไปปรับใช้เป็นกลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริม และป้องกันภาวะอ้วนให้กับบุคลากรในหน่วยงาน ประชาชนในวงกว้างและระยะยาวต่อไป
3. ผู้วิจัย นักวิชาการ สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้นำไปศึกษาต่อยอดในงานวิจัยเชิงพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวกับภาวะอ้วนต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากร

ผู้รับบริการที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรคเมตาบอลิกของหน่วยงานในกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานครในปีงบประมาณ 2555 ให้จัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมจำนวน 35 โครงการ รวมผู้รับบริการที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งสิ้น 4,550 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนต้องมีดัชนีมวลกาย 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป ที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรคเมตาบอลิกของหน่วยงานในเขตกรุงเทพมหานครและได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานครในปีงบประมาณ 2555 จำนวน 25 โครงการที่ได้จากการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มีความคลาดเคลื่อน .05 โดยใช้วิธีการกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีของแฮร์และคณะ (Hair :& et.al. 1998 : 164-166) ซึ่งเป็นวิธีการกำหนดขนาดตัวอย่างตามอัตราส่วนขนาดตัวอย่างกับจำนวนตัวแปรพหุคูณที่จะสามารถนำผลการวิจัยไปอ้างอิงสู่ประชากรได้ ควรอยู่ระหว่าง 10 - 20 : 1 ในการวิจัยใช้อัตราส่วนขนาดตัวอย่างกับจำนวนตัวแปรพหุคูณเป็น 20 : 1 ตัวแปรมีจำนวน 23 ตัวแปร ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 460 คน ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามโควตา (Quota- Stratified Random Sampling) ที่กำหนดให้โครงการเป็นตัวแทนชั้นภูมิ โดยได้โครงการละ 15 – 20 คน สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ได้รับแบบสอบถามตอบกลับที่มีความสมบูรณ์เท่ากับ 442 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรแฝงภายนอก 1 ตัว ได้แก่

1.1 การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ตัวแปรสังเกตได้ ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อน และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่

2. ตัวแปรแฝงภายใน ได้แก่

2.1 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน ประกอบด้วย ตัวแปรสังเกตได้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน

2.2 เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ตัวแปรสังเกตได้ ได้แก่ ความรู้เชิงประเมินค่า ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ และความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรม

2.3 การรับรู้ความสามารถของตน ประกอบด้วย ตัวแปรสังเกตได้ ได้แก่ การรับรู้การมีกิจกรรมทางกาย การรับรู้การบริโภคอาหาร และการรับรู้การจัดการความเครียด

2.4 ความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ในโครงการ ประกอบด้วย ตัวแปรสังเกตได้ ได้แก่ ความสามารถ ความเมตตาากรุณา และความซื่อสัตย์

2.5 การมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ตัวแปรสังเกตได้ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

2.6 การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย ตัวแปรสังเกตได้ ได้แก่ การสังเกตตนเอง การตัดสินใจตนเอง การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง

2.7 พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ตัวแปรสังเกตได้ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ภาวะอ้วน หมายถึง บุคคลที่มีน้ำหนักตัวมากเกินไปเมื่อเทียบกับส่วนสูง คือมีค่าดัชนีมวลกาย 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป

2. ดัชนีมวลกาย หมายถึง ค่าที่ใช้ประเมินภาวะอ้วนของบุคคล โดยคำนวณจากการชั่งน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมและหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับ น้ำหนักตัวน้อย มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร น้ำหนักตัวปกติ 18.5 – 22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ท้วม มีดัชนีมวลกาย 23.0 – 24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และ อ้วน มีดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

3. โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง โครงการที่ได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานครในปีงบประมาณ 2555 จำนวน 35

โครงการ รวมผู้รับบริการที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งสิ้น 4,550 คน โดยมีสถานบริการพยาบาลที่มีสถานที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครเป็นผู้รับผิดชอบ และประชาชนในกรุงเทพมหานครเป็นกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในการดูแลที่ใช้หลักการสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือ ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (Self-care) กำกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง (Self-regulation) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Health Behavior Change) ให้ดีขึ้นได้ โดยยึดหลักในการดำเนินโครงการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ประกอบด้วย 1) การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) 2) หลักการบริหารเพื่อผลสัมฤทธิ์ของงาน (Result based management) 3) การมองโลกแง่ดี (Optimism) 4) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) 5) การยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Individual or client center) และ 6) หลักการเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง (Self-esteems)

4. เจ้าหน้าที่ของโครงการ หมายถึง บุคลากรที่มีประสบการณ์จัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นหัวหน้าโครงการ และคณะทำงานผู้ร่วมรับผิดชอบโครงการอย่างต่ำ 3 คน ตามภารกิจของงานและจำนวนกลุ่มเสี่ยง

นิยามปฏิบัติการ

1. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่ส่งเสริมให้มีดัชนีมวลกายลดลง ประกอบด้วย

1.1 การมีกิจกรรมทางกาย หมายถึง บุคคลนั้นๆ มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ด้วยการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน และการออกกำลังกาย ซึ่งมีผลให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ เพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ เช่น การเล่นกีฬา การทำงานบ้าน การเดินเร็ว การวิ่ง เป็นต้น ซึ่งการเคลื่อนไหวร่างกายดังกล่าวต้องมีความสม่ำเสมอ มีความหนัก และระยะเวลาในการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อส่งเสริมให้มีดัชนีมวลกายปกติ

1.2 การบริโภคอาหาร หมายถึง บุคคลนั้นๆ ปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ความถี่ในการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหารและการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ได้รับอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ

1.3 การจัดการความเครียด หมายถึง บุคคลมีความพยายามเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิดและอาการแสดงออก เพื่อจัดการกับเหตุการณ์หรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายและจิตใจ เพื่อลดความเครียดและรักษาภาวะสมดุลของร่างกาย จิตใจให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้มีภาวะโภชนาการเหมาะสม ตัวแปรนี้สามารถวัดได้โดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของลาซาลัส (Lazarus, 1984) ที่มีวิธีการจัดการความเครียด 2 วิธี คือ การมุ่งจัดการทางอารมณ์ และการมุ่งจัดการกับปัญหา

ตัวแปรนี้สามารถวัดได้จากแบบวัดที่ปรับมาจากแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของ สุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) และวัชรารัตน์ ภูมิภูเขียว (2552) ให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนโดยมีมาตราประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “ปฏิบัติมากที่สุด” จนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” เกณฑ์การให้คะแนนจากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “ปฏิบัติมากที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงตามลำดับจนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม ถ้าผู้ตอบได้คะแนนมากกว่าแสดงถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

2. การกำกับตนเอง หมายถึง การแสดงออกถึงการกระทำของบุคคลในการสังเกตด้วยตนเองถึงพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายและวางแผนในการกระทำกิจกรรมด้านการมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียดให้ตนเองมีดัชนีมวลกายลดลงหรือเป็นปกติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อาจกระทำด้วยการจดบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง กระตุ้นเตือนตนเองให้กระทำอย่างต่อเนื่องให้บรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดีตามที่ตนเองได้ตั้งเป้าหมายไว้ ประกอบด้วย

2.1 การสังเกตตนเอง หมายถึง การตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียด ในด้านปริมาณ ความถี่ การเตือนตนเอง และการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

2.2 การตัดสินใจตนเอง หมายถึง เป็นการเปรียบเทียบผลที่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียด กับเป้าหมาย โดยเปรียบเทียบอ้างอิงทางสังคมจากมาตรฐานส่วนบุคคลที่ได้ตั้งไว้ มาตรฐานทางสังคม และการให้คุณค่าของกิจกรรม

2.3 การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง หมายถึง เป็นการกระทำที่เกี่ยวข้องกับการมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียด ทางบวก เช่น การให้รางวัลตนเอง ในรูปของวัตถุ สิ่งของ การให้เวลาอิสระกับตนเอง หรือการยกย่องชมเชยตนเองและการกระทำที่เกี่ยวข้องกับทางลบ เช่น การลงโทษตนเอง การตำหนิตนเอง การละอายใจและเสียใจ

ตัวแปรนี้สามารถวัดได้โดยแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง โดยปรับใช้แบบวัดของกนิษฐา จันทร์ฉาย (2549) และวัชรารัตน์ ภูเขียว (2550) ลักษณะของแบบวัดเป็นข้อคำถามมาตราประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “ปฏิบัติมากที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงตามลำดับจนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม ถ้าผู้ตอบได้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีการกำกับตนเองสูงกว่า ผู้ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

3. ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน หมายถึง ความสามารถในการจดจำและเข้าใจข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับภาวะอ้วน ทั้งปัจจัยเสี่ยง ความรุนแรง การเกิดโทษ และการป้องกันภาวะอ้วน

ตัวแปรนี้สามารถวัดได้โดยการปรับใช้แบบวัดของกุสุมา สุริยา (2550) และสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) ลักษณะแบบวัดในแต่ละข้อแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นการตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ ส่วนที่สอง เป็นระดับความมั่นใจในคำตอบจากส่วนแรกมี 3 หน่วย คือ น้อย ปานกลาง และมาก กรณีตอบในมิติแรกได้ถูกต้องตามค่าเฉลย ให้คิดคะแนนในมิติที่สองโดยถ้าตอบว่ามั่นใจมาก ได้ 1 คะแนน มั่นใจปานกลาง ได้ 2 คะแนน และมั่นใจน้อยได้ 3 คะแนน กรณีตอบในมิติแรกผิดจากค่าเฉลย ให้คิดคะแนนในมิติที่สองโดยถ้าตอบว่ามั่นใจมากได้ 6 คะแนน มั่นใจปานกลาง ได้ 5 คะแนน และมั่นใจน้อยได้ 4 คะแนนผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า แสดงว่ามีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วนสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า

4. เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกเชิงประเมินค่าทั้งทางบวกและทางลบ ความรู้สึกชอบและไม่ชอบ รวมทั้งความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และ การจัดการความเครียด ของผู้เข้ารับบริการภาวะอ้วน ประกอบด้วย

4.1 ความรู้เชิงประเมินค่า หมายถึง ความรู้สึก การให้คุณค่าของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และ การจัดการความเครียดว่าดีหรือเลว มีประโยชน์หรือโทษสูงต่ำเพียงใด

4.2 ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกพอใจของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และ การจัดการความเครียด ว่าชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจ

4.3 ความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรม หมายถึง แนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และ การจัดการความเครียด

ตัวแปรนี้วัดโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับมาจากศศิธร ภูษยัน (2546) สุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) และอุดมศักดิ์ แสงวานิช (2546) ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “จริงที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง “ไม่จริงเลย” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม ถ้าผู้ตอบได้คะแนนมากกว่าแสดงถึงการมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่า ผู้ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

5. การรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ผู้เข้ารับบริการภาวะอ้วนมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหารและการจัดการความเครียดได้ด้วยตนเอง ประกอบด้วย

5.1 การรับรู้ความสามารถของตนต่อการมีกิจกรรมทางกาย หมายถึง ผู้เข้ารับบริการภาวะอ้วนมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมทางกายได้ด้วยตนเอง

5.2 การรับรู้ความสามารถของตนต่อการบริโภคอาหาร หมายถึง ผู้เข้ารับบริการ ภาวะอ้วนมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารได้ด้วยตนเอง

5.3 การรับรู้ความสามารถของตนต่อการจัดการความเครียด หมายถึง ผู้เข้ารับบริการภาวะอ้วนมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดได้ด้วยตนเอง

ตัวแปรนี้สามารถวัดได้โดยปรับมาจากแบบวัดของตรุณี ดลรัตนการ (2545) และสุภามิตร นามวิชา (2549) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “จริงที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงตามลำดับจนถึง “ไม่จริงเลย” จะได้ 1 คะแนน ถ้าผู้ตอบได้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่า ส่วนข้อคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงข้าม ถ้าผู้ตอบได้คะแนนต่ำกว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่า

6. ความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่โครงการ หมายถึง ความเชื่อมั่น หรือความคาดหวังในทางบวก ต่อเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และการจัดการความเครียดให้แก่ตนเองว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ ความเมตตากรุณา และความซื่อสัตย์ ในการบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

6.1 ความสามารถของเจ้าหน้าที่โครงการ หมายถึง การรับรู้ว่าเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการมีทักษะ และความรู้เกี่ยวกับให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางด้านการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และการจัดการความเครียด

6.2 ความเมตตากรุณาของเจ้าหน้าที่โครงการ หมายถึง ความรู้สึกของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนเกี่ยวกับการทำความดี ความตั้งใจ ของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย และการจัดการความเครียด

6.3 ความซื่อสัตย์ของเจ้าหน้าที่โครงการ หมายถึง ความรู้สึกของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนเกี่ยวกับความเสมอต้นเสมอปลาย ความจริงใจ ความตรงไปตรงมาของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย และการจัดการความเครียด

ตัวแปรนี้สามารถวัดได้โดยปรับใช้แบบวัดของศุภลรัตน์ อิงชาติเจริญ (2551) และอารีย์ คำนวนศักดิ์ (2545) ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “จริงที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงตามลำดับจนถึง “ไม่จริงเลย” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม ถ้าผู้ตอบให้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่โครงการสูงกว่า ผู้ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

7. การมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้รับบริการเข้ามามีบทบาท และร่วมทำกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโครงการ ร่วมรับผลประโยชน์ ในการดำเนินกิจกรรมและร่วมสำรวจแสดงความคิดเห็นต่อผลการประเมินกิจกรรมด้านสุขภาพที่ได้ร่วมปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Participation in Service) ประกอบด้วย

7.1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) หมายถึง การที่ผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรับรู้การมีส่วนร่วมในการรับฟัง พุดคุย รับรู้ประโยชน์ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมของโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและร่วมกำหนดขั้นตอนของการทำกิจกรรมกับเจ้าหน้าที่ในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

7.2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (Implementation) หมายถึง การที่ผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการให้การสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์ สถานที่ บอกต่อข่าวสารระหว่างผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งการเข้าร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมของโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

7.3 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ (Benefit) หมายถึง การที่ผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ทางวัตถุ ทางสังคม และโดยส่วนตัว ในการดำเนินกิจกรรมของโครงการ

7.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) หมายถึง การที่ผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีส่วนร่วมในการสำรวจ การแสดงความคิดเห็นต่อผลการประเมินกิจกรรมของโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติ รวมทั้งการได้รับทราบผลสรุปกิจกรรมของโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ตัวแปรนี้สามารถวัดได้ด้วยแบบวัดที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของโคเฮนและอัพฮอฟ (Cohen ;& Uphof.1977) ที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบวัดของสมใจ รัตนศรีทอง (2546) และกมลลา สาครมณีทรัพย์ (2545) ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “จริงที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง “ไม่จริงเลย” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม ถ้าผู้ตอบให้คะแนนมากกว่าแสดงว่ามีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าผู้ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

8. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์และสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการเงิน สิ่งของ และแรงงาน จากบุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและมีดัชนีมวลกายลดลง ประกอบด้วย

8.1 การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่โครงการ หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่โครงการทางด้านอารมณ์และสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการเงิน สิ่งของ และแรงงาน เพื่อช่วยให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

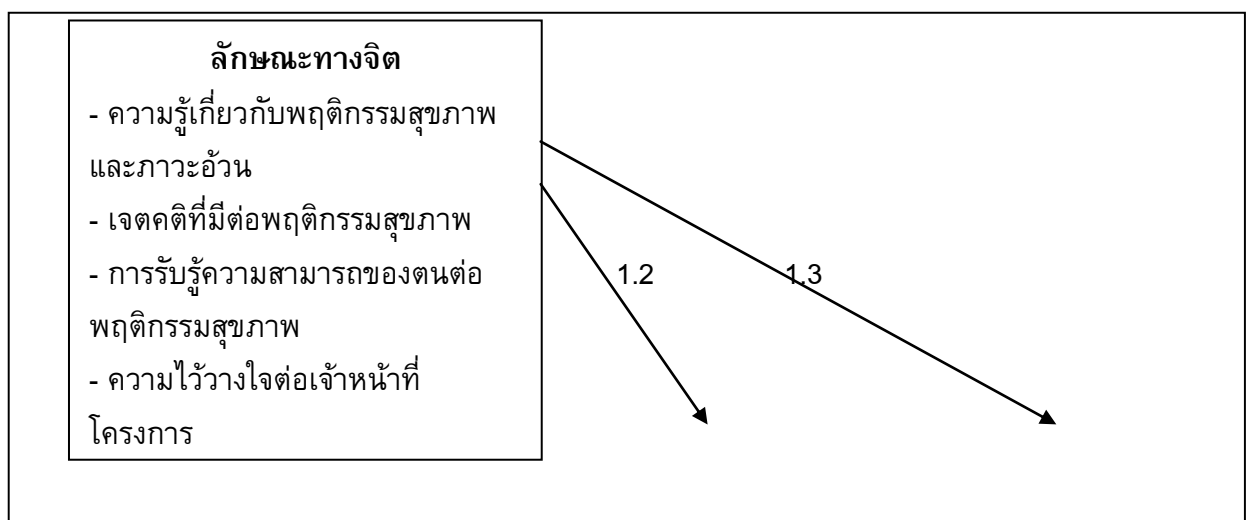
7.2 การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ทางด้านอารมณ์และสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการเงิน สิ่งของ และบริการ เพื่อช่วยให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

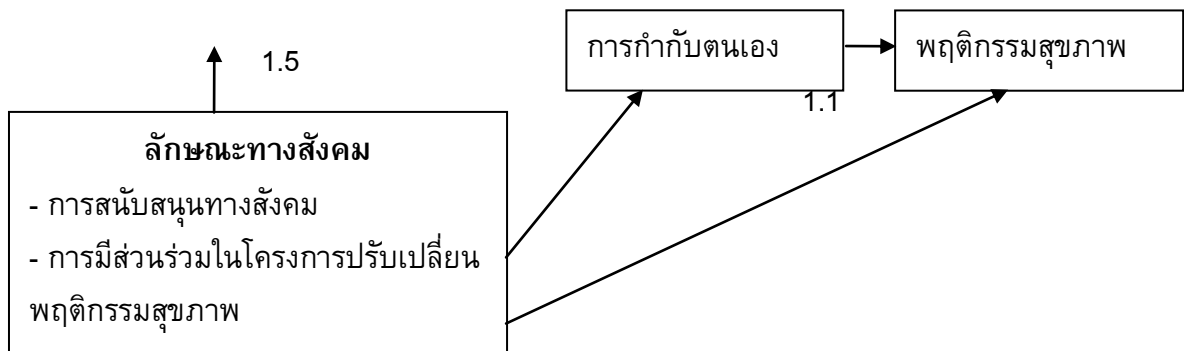
7.3 การสนับสนุนจากเพื่อน หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนทางด้านอารมณ์ และสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการเงิน สิ่งของ และบริการ เพื่อช่วยให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ตัวแปรนี้สามารถวัดได้ด้วยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮาว์ (House.1981) ซึ่งปรับมาจากแบบสอบถามของสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “จริงที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงตามลำดับจนถึง “ไม่จริงเลย” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม ถ้าผู้ตอบให้คะแนนมากกว่าแสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

กรอบแนวคิดในการวิจัย

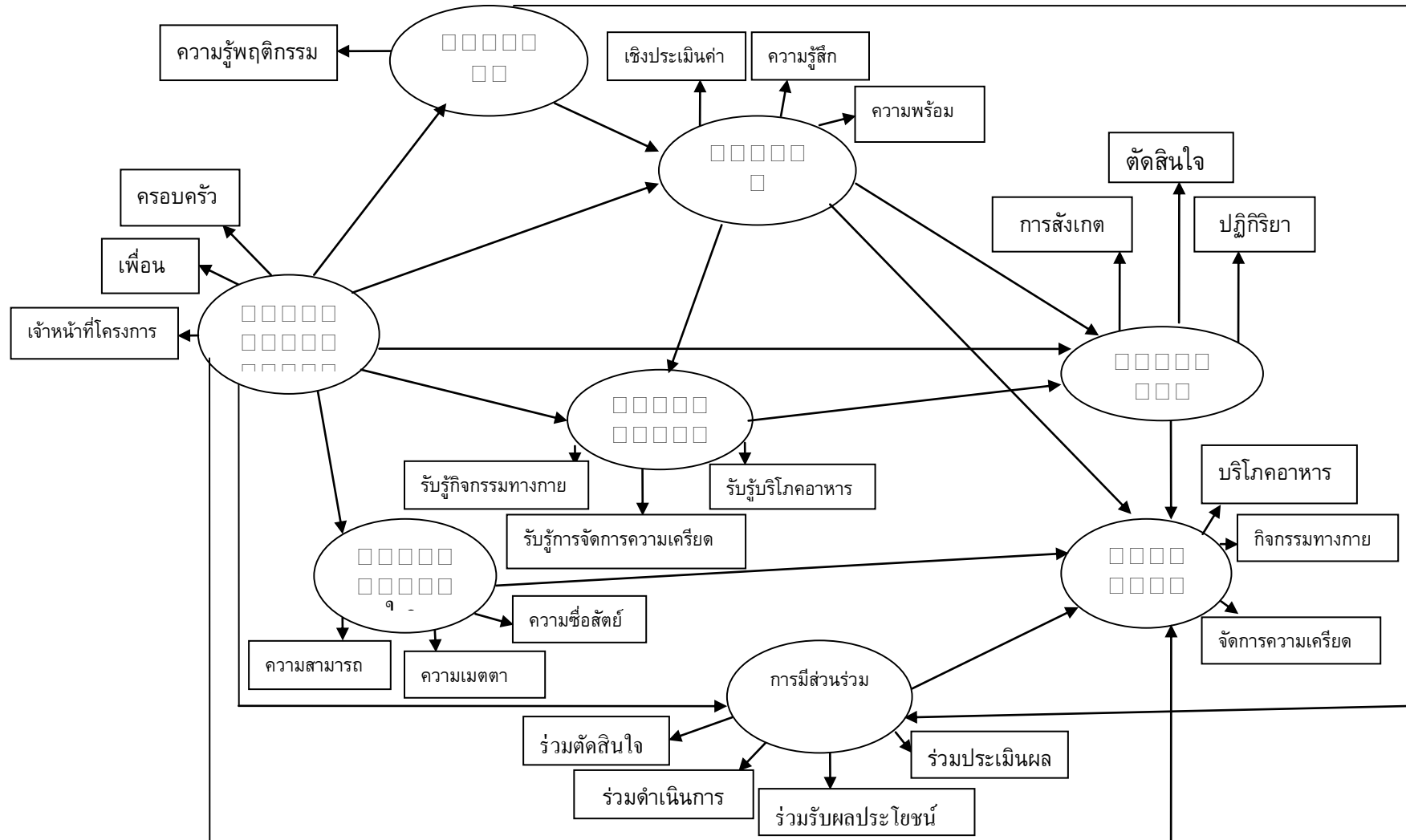
ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Bandura. 1989) เป็นกรอบในการกำหนดกลุ่มตัวแปรสาเหตุ ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดขึ้นนั้นเป็นอิทธิพลจากปัจจัยบุคคลและสภาพแวดล้อม แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง แนวคิดการกำกับตนเอง แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (House.1981) มาเป็นกรอบกำหนดตัวแปรอิสระซึ่งประกอบไปด้วย กลุ่มปัจจัยบุคคลหรือ ลักษณะทางจิต และกลุ่มปัจจัยสภาพแวดล้อมหรือลักษณะทางสังคม มาศึกษาเป็นตัวแปรปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และการจัดการความเครียด และภาวะอ้วน ของผู้เข้ารับบริการที่มีภาวะอ้วนที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานบริการพยาบาลที่มีสถานที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ดังแสดงในภาพประกอบ 1





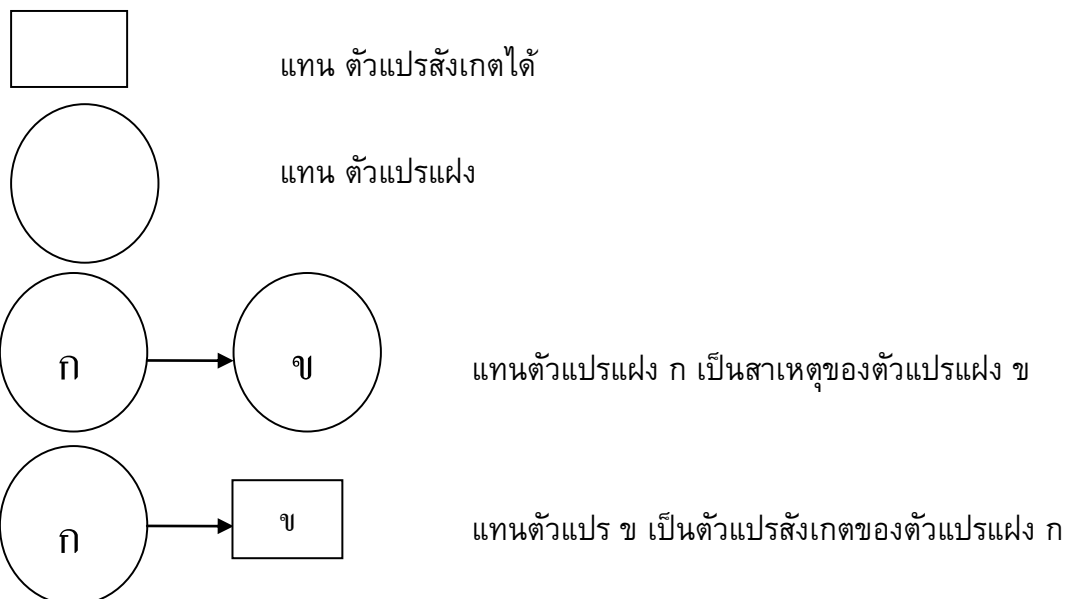
ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากกรอบแนวความคิดข้างต้น ผู้วิจัยได้พัฒนาโมเดลสมมุติฐานซึ่งเป็นโมเดลความสัมพันธ์ โครงสร้างเชิงเส้นของปัจจัยทางจิตสังคมและการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากหน่วยงาน สถานพยาบาลที่มีที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานครในปีงบประมาณ 2555 ดังนี้



ภาพประกอบ 2 แบบจำลองโครงสร้างของปัจจัยทางจิตสังคมและการกำกับตนเองที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

สัญลักษณ์และคำย่อที่ใช้ในโมเดลสมมติฐานการวิจัย



ตัวแปรสังเกต

ความรู้พฤติกรรม (KNOWL) แทน ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอัน

เชิงประเมินค่า (VALUE) แทน ความรู้เชิงประเมินค่า

ความรู้สึก (FEEL) แทน ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ความพร้อม (READY) แทน ความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมสุขภาพ

ครอบครัว (FAMILY) แทน การสนับสนุนจากครอบครัว

เพื่อน (FRAIN) แทน การสนับสนุนจากเพื่อน

เจ้าหน้าที่โครงการ (STAFF) แทน การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่โครงการ

ความสามารถ (ABILITY) แทน ความสามารถของเจ้าหน้าที่โครงการ

ความเมตตา (BENEVO) แทน ความเมตตาภรุษของเจ้าหน้าที่โครงการ

ความซื่อสัตย์ (INTEG) แทน ความซื่อสัตย์ของเจ้าหน้าที่โครงการ

การรับรู้กิจกรรมทางกาย (SELFPA) แทน การรับรู้ความสามารถของตนต่อการมีกิจกรรม

ทางกาย

การรับรู้การบริโภคอาหาร (SELFNU) แทน การรับรู้ความสามารถของตนต่อการบริโภค

อาหาร

การรับรู้การจัดการความเครียด (SELFCOPE) แทน การรับรู้ความสามารถของตนต่อ

การจัดการความเครียด

การสังเกต (OBS) แทน การสังเกตตนเอง

การตัดสิน (JUDG) แทน การตัดสินตนเอง

ปฏิกิริยา (REAC) แทน มีปฏิกิริยาต่อตนเอง

ร่วมตัดสินใจ (DEC) แทน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
 ร่วมดำเนินการ (IMP) แทน มีส่วนร่วมในการดำเนินการ
 ร่วมรับผลประโยชน์ (BENE) แทน มีส่วนร่วมรับผลประโยชน์
 ร่วมประเมินผล (EVA) แทน มีส่วนร่วมประเมินผล
 บริโภคอาหาร (NU) แทน การบริโภคอาหาร
 กิจกรรมทางกาย (PA) แทน การมีกิจกรรมทางกาย
 จัดการความเครียด (COPE) แทน การจัดการความเครียด

ตัวแปรแฝง

ความรู้ (KNOWL) แทน ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน
 เจตคติ (ATT) แทน เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ
 ความไว้วางใจ (TRUST) แทน ความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่โครงการ
 การรับรู้ความสามารถ (SELFEF) แทน การรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ
 การสนับสนุน (SOCA) แทน ได้รับการสนับสนุนทางสังคม
 การมีส่วนร่วม (PATI) แทน การมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
 การกำกับตนเอง (SELREG) แทน มีการกำกับตนเอง
 พฤติกรรมสุขภาพ (BEHA) แทน พฤติกรรมสุขภาพ

สมมติฐาน

จากภาพประกอบ 1 แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยและภาพประกอบ 2 แบบจำลอง
 โครงสร้างของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

1. แบบจำลองสมการโครงสร้างของปัจจัยด้านจิตสังคมและการกำกับตนเองที่ส่งผลต่อ
 พฤติกรรมสุขภาพมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิง
2. ปัจจัยทางจิตสังคมและการกำกับตนเองมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพตั้ง
 สมมติฐานย่อย ดังนี้
 - 2.1 การกำกับตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ
 - 2.2 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วนมีอิทธิพลทางส่งผลทางตรงต่อเจต
 คติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ
 - 2.3 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วนมีอิทธิพลทางตรงต่อการมีส่วนร่วม
 ในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
 - 2.4 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วนมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรม
 สุขภาพและการกำกับตนเอง
 - 2.5 เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลทางทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรม
 สุขภาพ

2.6 เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อการกำกับตนเอง

2.7 เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง
ต่อพฤติกรรมสุขภาพ

2.8 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อการ
กำกับตนเอง

2.9 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลทางอ้อมต่อ
พฤติกรรมสุขภาพผ่านการกำกับตนเอง

2.10 ความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่โครงการมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ

2.11 การมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อ
พฤติกรรมสุขภาพ

2.12 การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและ
ภาวะอ้วน เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่โครงการ การรับรู้
ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สุขภาพ

2.13 การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อการกำกับตนเอง

2.14 การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. ภาวะอ้วน
 - 2.1 ความสำคัญ และสถานการณ์ของภาวะอ้วน
 - 2.2 ความหมายและการประเมินภาวะอ้วน
 - 2.3 ปัจจัยและกลไกของการเกิดภาวะอ้วน
 - 2.4 แนวคิดในการป้องกันภาวะอ้วน
3. พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับภาวะอ้วน:ตัวแปร ความหมาย และการวัด
 - 3.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร:ความหมายและการวัด
 - 3.2 พฤติกรรมที่มีกิจกรรมทางกาย:ความหมายและการวัด
 - 3.3 พฤติกรรมจัดการความเครียด:ความหมายและการวัด
4. แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)
5. แนวคิดทฤษฎีการกำกับตนเอง
 - 5.1 การกำกับตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 5.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการกำกับตนเอง
6. ลักษณะทางจิตที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 6.1 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน
 - 6.2 การรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ
 - 6.3 เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 6.4 ความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่โครงการกับพฤติกรรมสุขภาพ
7. ลักษณะทางสังคมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 7.1 การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 7.2 การมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

1. โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานในกรุงเทพมหานคร โดยสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับความไว้วางใจและได้รับการสนับสนุนทุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ให้ดำเนินโครงการบริหารจัดการและประเมินโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานใน

กรุงเทพมหานคร ซึ่งการให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในกลุ่มโรคเมตาบอลิก ได้แก่ หลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง เบาหวานและภาวะอ้วน ภายใต้การดูแลประเมิน ควบคุมกำกับของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒให้เป็นไปตามกรอบแนวคิด การปรับพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และหลัก PROMISE Model ได้แก่ การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การดูแลสุขภาพตนเอง และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเมตาบอลิก

นอกจากนี้ หลักสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนที่มีประสิทธิภาพสูงสุด และได้ผลดีต่อประชาชนและประเทศชาติ คือ การสร้างคุณค่ากับผู้รับบริการ ให้เขาสามารถสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยเฉพาะโรคที่เกิดจากพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้องได้ด้วยตัวเอง ให้เกิดพฤติกรรม 3 Self ขึ้น คือ การให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (Self-care) กำกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง (Self-regulation) และให้มีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง จนเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Health Behavior Change) ให้ดีขึ้นได้ ด้วยการผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่เป็นการปรับเปลี่ยนทั้งทางจิตและทางสภาพร่างกายหรือพฤติกรรมภายในและภายนอก เพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามวิถีชีวิตของแต่ละปัจเจกบุคคล และเพื่อเป็นการกระจายเครือข่ายความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจึงควรมีการพัฒนาขีดความสามารถของสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ร่วมให้บริการ ให้มีสมรรถนะในการบริหารโครงการด้านการจัดบริการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในการดูแล โดยยึดหลัก PROMISE ตามแนวทางของ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ได้ผลและผู้ใช้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมักใช้ในการดำเนินการ 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 ประกันสังคมและประกันสุขภาพถ้วนหน้าในกรุงเทพมหานครจำเป็นต้องเตรียมหน่วยงานที่เข้าร่วมให้บริการให้มีความเข้มแข็งยิ่งขึ้นในการร่วมสร้างความเข้มแข็งให้บุคลากรในสังกัดและประชาชนในกลุ่มเป้าหมายสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองและให้เห็นคุณค่าในตนเองที่เป็นผู้มีความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น อันจะเป็นทุนมนุษย์ที่สำคัญของหน่วยงานและสังคมประเทศชาติต่อไป

โดยโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้เข้าถึงบริการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพขยายผลมากขึ้น 2) เพื่อให้หน่วยงาน

เครือข่ายมีขีดความสามารถในการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและบริหารจัดการโครงการด้านการให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการในเขตกรุงเทพมหานคร และประชาชนทุกเพศทุกวัยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงให้ครอบคลุมทั้งกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางจิตและทางกาย 3) เพื่อประเมินผลการบริหารจัดการและดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร 4) เพื่อกำกับ ติดตาม นิเทศโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ร่วมให้บริการสามารถดำเนินโครงการให้เป็นไปตามตัวชี้วัดของ สปสช. 5) เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไขในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานในเขตกรุงเทพมหานคร ให้เป็นผลสัมฤทธิ์ตามตัวชี้วัดที่กำหนดในโครงการ 6) เพื่อรวบรวมองค์ความรู้และสื่อ นวัตกรรมที่เกิดจากผู้เข้าร่วมโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานที่มีประสิทธิภาพเพื่อใช้เป็นแบบอย่างในการปฏิบัติที่ดีสำหรับหน่วยงานผู้ให้บริการและประชาชนที่สนใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง

หน่วยงานร่วมให้บริการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับกลุ่มเสี่ยงเป็นสถานพยาบาลที่มีที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานครที่มีภารกิจหลักในการดูแลรักษา ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของประชาชน มีบุคลากร ที่มงานหรือมีที่ปรึกษาที่มีประสบการณ์จัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นผู้รับผิดชอบและดำเนินโครงการ ผู้รับผิดชอบดำเนินการในรูปคณะกรรมการอย่างน้อย 3 คน ขึ้นกับปริมาณภารกิจของงานและจำนวนกลุ่มเสี่ยงที่รับบริการ และหัวหน้าโครงการที่ให้บริการครั้งแรกควรมีที่ปรึกษาเป็นนักวิชาการในสาขาที่เกี่ยวข้องหรือมีประสบการณ์การจัดโครงการในลักษณะเดียวกัน (อังศิรินทร์ อินทรกำแหง.2552)

2. ภาวะอ้วน

2.1 ความสำคัญ และสถานการณ์ของภาวะอ้วน

ภาวะอ้วน เป็นภัยเงียบที่คุกคามสุขภาพของคนในยุคปัจจุบันและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ที่กำลังระบาดในหลายประเทศทั่วโลก ทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศพัฒนาแล้ว องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่าภาวะอ้วนเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรคที่ทำให้เสียชีวิตได้ง่ายขึ้น เพราะภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิต โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคนิ่วในถุงน้ำดี และโรคมะเร็งบางชนิด (ศุภวรรณ มโนสุนทร. 2548) ซึ่งสาเหตุของการตายในคนอ้วนส่วนใหญ่ นั้น เกิดจากโรคหัวใจและหลอดเลือดกับโรคเบาหวาน ในปี ค.ศ. 2002 พบชาวตะวันออกที่มีภาวะอ้วนป่วยเป็นโรคเบาหวาน 16 ล้านคน และคาดว่าจะมีแนวโน้มที่คนอ้วน จะป่วยเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 43 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2025 (WHO. 2003) จากรายงานความสัมพันธ์ของภาวะอ้วนกับโรคต่างๆ ในคนที่มีดัชนีมวลกายแตกต่างกัน ระหว่างปี 1988 – 1994 พบว่าในผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป จะมีปัญหาสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น และเพิ่มขึ้นตามค่าดัชนีมวลกาย ตัวอย่างเช่น ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย

มวลกายเพิ่มขึ้นจาก 25 เป็น 40 จะพบโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากร้อยละ 2.38 เพิ่มเป็นร้อยละ 19.89 โรคหลอดเลือดหัวใจ จากร้อยละ 6.87 เพิ่มเป็นร้อยละ 19.22 โรคความดันโลหิตสูงจากร้อยละ 23.26 เพิ่มเป็นร้อยละ 63.16 และโรคข้อเข่าอักเสบจากร้อยละ 5.22 เพิ่มเป็นร้อยละ 19.22 โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มจากร้อยละ 23.26 เพิ่มเป็นร้อยละ 63.16 และข้อเข่าอักเสบจากร้อยละ 5.22 เพิ่มเป็นร้อยละ 17.19 เป็นต้น (นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์.2546) นอกจากนี้ ยังพบว่า ในเพศหญิง ถ้ามีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานประมาณร้อยละ 40 จะมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งในมดลูก มะเร็งรังไข่ และ มะเร็งเต้านมมากขึ้น และถ้าเป็นผู้ชายจะมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งต่อมลูกหมากได้มากกว่าคนที่น้ำหนักตัวปกติ (กมลพรรณ เมฆวรุฒิ และอัมพร ชัยสิริรัตน์.2544) สอดคล้องกับ คณะทำงานจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย (2549) ที่กล่าวว่าภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และ มะเร็ง ภาวะอ้วนจึงมีผลทำให้ปีสุขภาวะลดลงจากการเกิดโรคเรื้อรัง มีผลต่อคุณภาพชีวิตและความสูญเสียทางเศรษฐกิจเนื่องจากเพิ่มค่าใช้จ่ายทางสุขภาพและการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะพิการ และการตายก่อนวัยอันควร ในปี 2547 ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years (DALYs) Loss) เป็นอันดับที่ 2 ในผู้หญิง และเป็นอันดับ 6 ในผู้ชายไทย และ องค์การอนามัยโลก (WHO. 2000) กล่าวว่า ภาวะอ้วน จะมีความเสี่ยงต่อโรคและสภาวะต่อไปนี้คือ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไชมันในเลือดผิดปกติ โรคของถุงน้ำดี มีการหยุดหายใจเป็นพักๆในขณะนอนหลับ และปัญหาเกี่ยวกับการหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิต กระดูกข้ออักเสบ มะเร็งเต้านม มะเร็งมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่ ไต และต่อมลูกหมาก ปัญหาทางจิต มีความไม่สะดวกในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ภาวะเจริญพันธุ์เสื่อม

จะเห็นได้ว่าในคนที่มีภาวะอ้วนนั้น มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ มากมายที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และยังมีความสัมพันธ์กับอัตราตายที่เพิ่มขึ้นตามค่าดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ความอ้วนเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ที่ควรได้รับการแก้ไขทั้งในระดับโลก ประเทศ และชุมชนทุกพื้นที่ รวมทั้งควรมีการรณรงค์ให้คนที่ยังไม่ประสบปัญหา ได้ใส่ใจตนเอง ด้วยการป้องกันภาวะอ้วนเพื่อลดความเสี่ยงจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากภาวะอ้วน

สถานการณ์ของภาวะอ้วน

ปัจจุบันพบว่า ความชุกของภาวะอ้วนนั้น มีแนวโน้มสูงขึ้น ทุกกลุ่มอายุ ทั้งเด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่ โดยเฉพาะกลุ่มวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีความชุกของภาวะอ้วนสูงกว่าวัยอื่นๆ องค์การอนามัยโลก ได้รายงานในปี 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) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวโน้มและความชุกของ

ภาวะอ้วนค่าดัชนีมวลกายจากน้ำหนักและส่วนสูง ตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร จากการสำรวจในปี 2007 – 2008 พบว่า ผู้ใหญ่ในอเมริการ้อยละ 68.0 มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรโดยในปี 1999 – 2000 พบว่า ความชุกของคนอเมริกามีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร ร้อยละ 64 โดยเพิ่มขึ้นร้อยละ 14 จากปี 1988 – 1994 และเพิ่มขึ้น ร้อยละ 36 จากปี 1976 – 1980 และประมาณ 59 ล้านคนในผู้ใหญ่อเมริกันอยู่ในกลุ่มนี้มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ และจากการสำรวจในปี 2007 – 2008 พบว่า มีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นจากปี 1988 – 1944 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 คนของผู้หญิงไทยอยู่ในเกณฑ์อ้วน (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 44.2 รองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามลำดับ และจากผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (2550) พบว่า คนมีน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 19.1 (8.8 ล้านคน) และมีภาวะอ้วนร้อยละ 3.7 (1.7 ล้านคน) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2548 ที่พบคนไทยที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 16.1 (7.3 ล้านคน) และมีภาวะอ้วนร้อยละ 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 ประกอบกับองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ภาวะอ้วนเป็นโรคระบาดของโลก (World Wide Epidemic) ซึ่งเป็นภัยใหญ่ที่สุดของศตวรรษและจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน และยังเป็นโอกาสดีที่ภาวะอ้วนสามารถป้องกันและแก้ไขได้ ถ้าตระหนักในปัญหาสุขภาพเหล่านี้แล้ว ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1997 (WHO.2003)

2.2 ความหมายและการประเมินภาวะอ้วน

ความอ้วน ไม่ได้ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสรีระและความสวยงามเท่านั้นแต่ความอ้วนยังส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีผู้ให้ความสนใจของคำว่าภาวะอ้วนหลายท่านดังนี้ ภาวะอ้วนในคนเอเชียจะมีเกณฑ์ในการประเมินแตกต่างจากคนซีกโลกตะวันตกเนื่องจากดัชนีมวลกายในการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นอย่างมากเมื่อค่ามากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งภาวะอ้วน (Obesity) เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งเกิดจากการที่มีปริมาณไขมันในร่างกาย (Body Fat) มากกว่าปกติ จนมีผลกระทบต่อสุขภาพ (WHO. 2004) เช่นเดียวกับแทนและคณะ (Tan, Ma, Wai;& et.al. 2004) ที่ให้คำจำกัดความของภาวะอ้วนในคนเอเชียคือ คนที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และทรูท (Treuth;& et.al. 2000) ได้อธิบายไว้ว่าความอ้วนเกิดจากความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับเข้าไปมากและพลังงานที่ร่างกายใช้น้อย พลังงานที่เหลือจึงถูกสะสมในรูปไขมัน

สำหรับในประเทศไทยมีผู้ให้ความสนใจของภาวะอ้วนไว้ดังนี้ คือ กำพล ศรีวัฒนกุล (2543) ได้อธิบายไว้ว่าภาวะอ้วน หมายถึง ภาวะที่มีการสะสมไขมันส่วนเกินจนเป็นอันตรายต่อสุขภาพและจะเกิดเมื่อได้รับปริมาณสารอาหารมากกว่าพลังงานที่ถูกใช้ไป และกฤษฎา ศิรามพุช (2549) กล่าวว่า ภาวะอ้วน คือ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับน้ำหนักมาตรฐานต่อความสูงหรือบุคคลที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เช่นเดียวกับ พรหมมิตร เมธากาญจนศักดิ์ (2548) ได้อธิบายไว้ว่าน้ำหนักตัวมากกว่าปกติในคนเอเชียนั้น ได้จากการนำค่าดัชนีมวลกายที่คำนวณได้มาเทียบตามเกณฑ์สำหรับคนเอเชียโดยมีดัชนีมวลกาย 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ถือว่าอ้วน

สรุปได้ว่า ภาวะอ้วน หมายถึง สภาวะที่ร่างกายมีปริมาณไขมันสะสมในร่างกายมากเกินไปจนเกิดความต้องการเกิดจากการได้รับสารอาหารมากเกินไปที่ร่างกายจะนำไปใช้ประโยชน์ได้หมด และถูกเก็บสะสมไว้ในส่วนต่างๆ ของร่างกายในรูปของไขมันจนทำให้ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

การประเมินภาวะอ้วน

การประเมินภาวะอ้วนมีหลายวิธีดังนี้

1. อัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพก (Waist – Over – Hip Circumference Ratio) ทำได้โดยการวัดเส้นรอบเอวที่บริเวณสะดือ และเส้นรอบสะโพกที่ส่วนนูนที่สุดของ สะโพกเส้นรอบเอวเป็นดัชนีที่คาดคะเนไขมันในช่องท้อง และไขมันในร่างกายทั้งหมด ส่วนเส้นรอบสะโพกให้ข้อมูลด้านมวลกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกบริเวณสะโพก สำหรับค่าอัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพกที่ใช้ในการตัดสินภาวะอ้วนในผู้ชายไทยและผู้หญิงไทยคือเกณฑ์ของบอร์นทอร์ป (Bjorntorp) : ผู้ชายที่มีอัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพกมากกว่า 1.0 และผู้หญิงที่มีอัตราส่วนนี้มากกว่า 0.8 จัดเป็นผู้ที่เป็นภาวะอ้วนลงพุง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.2548)

2. การวัดเส้นรอบเอว ขนาดของรอบเอวบ่งชี้ถึงปริมาณไขมันหน้าท้อง เป็นบริเวณที่ไขมันส่วนเกินมาจับเกาะ สามารถพยากรณ์การเกิดภาวะอ้วนได้โดยเฉพาะ ภาวะอ้วนลงพุง กอง

โภชนาการ (2550) ได้แนะนำวิธีการวัดรอบเอวดังนี้ อยู่ในทำยืนตรงใช้สายวัดวัดรอบเอวผ่านสะดือ อ่านค่าในช่วงหายใจออก โดยให้สายวัดแนบกับลำตัวอยู่ในแนวขนานกับพื้นไม้รัดแน่น การแปลผล การประเมินเส้นรอบเอว คือ ในผู้ชายวัดเส้นรอบเอวได้เท่ากับหรือมากกว่า 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้ว และผู้หญิงวัดเส้นรอบเอวได้เท่ากับหรือมากกว่า 80 เซนติเมตรหรือ 32 นิ้ว หมายถึง อ้วนลงพุง

3. การคำนวณดัชนีมวลกาย (Body mass Index : BMI) เป็นหน่วยมาตรฐานสากลที่ใช้ จำแนกเพื่อประเมินน้ำหนักของร่างกายว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีน้ำหนักน้อยเกินไป หรือมีน้ำหนักตัว มากเกินไปหรือเป็นภาวะอ้วนซึ่งค่าดังกล่าวนิยมใช้ในการคำนวณอย่างแพร่หลายเนื่องจากคำนวณ ง่าย และสะดวกในการวัด คำนวณได้จาก

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

แต่ค่าดัชนีมวลกายที่จะนำมาใช้อ้างอิงว่าอ้วนหรือไม่นั้น คงไม่สามารถใช้ตัวเลขเดียวกันทั่วโลกได้ เพราะชาวยุโรปจะมีโครงสร้างร่างกายใหญ่กว่าชาวเอเชีย ดังนั้น ค่าดัชนีมวลกายของชาวยุโรปจึงใช้เกณฑ์ที่ค่อนข้างสูง กล่าวคือจะถือว่าอ้วนเมื่อดัชนีมวลกายมากกว่า 29.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร ส่วนชาวเอเชีย จะถือว่าอ้วนคือดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร ชาวเอเชียซึ่งมีโครงสร้างร่างกายที่เล็กกว่าชาวอเมริกาและยุโรป ดังนั้น คนแถบเอเชียเช่น คนไทย จีน ญี่ปุ่น เกาหลี ฟิลิปปินส์ ควรใช้ค่าดัชนีมวลกายที่แตกต่างจากยุโรปและอเมริกาดังแสดงในตาราง 1 (WHO ; IASO;&IOTF. 2000 ;กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2548;& พรหมมินทร์ เมธากาญจนศักดิ์.2548 ;&บุญยง กสันต์ ดุลยจินดาว.2544)

ตาราง 1 การจำแนกค่าดัชนีมวลกายของผู้ใหญ่ในแถบเอเชีย

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

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

2.3 ปัจจัยและกลไกของการเกิดภาวะอ้วน

สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วน ได้แก่ กรรมพันธุ์ซึ่งถ่ายทอดจากพ่อและแม่ และสิ่งแวดล้อม คือ การดำเนินชีวิตทั้งการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร คนอ้วนมักรับประทานอาหารไม่ถูกลักษณะ รับประทานอาหารมันหรือหวานมาก รับประทานอาหารจุบจิบ และขาดการออกกำลังกาย ถ้ารับประทานอาหารมากกว่าที่ร่างกายใช้แต่มีการออกกำลังกายบ้างอาจทำให้อ้วนช้าลง แต่ถ้าขาดการออกกำลังกายร่างกายจะสะสมไขมันไว้ตามส่วนต่างๆ ของร่างกายทำให้อ้วนได้ คนอ้วนมักมีความกังวลกับรูปร่างจึงส่งผลกระทบต่อด้านอารมณ์และจิตใจ ซึ่งมีคนจำนวนมากที่รับประทานอาหารขึ้นกับสภาพอารมณ์และจิตใจขณะนั้นเช่น เพื่อดับความแค้น กลุ้มใจ กังวลใจ เข้าทำนองดีใจหรือเสียใจก็กิน เป็นต้น และ เพศหญิงมีโอกาสอ้วนได้มากกว่าเพศชายเพราะมีกล้ามเนื้อน้อยกว่า (สุรัตน์ โคมินทร์.2549) และ นาดาชา เดชดำรงคุณ (2549) กล่าวว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะอ้วน คือ ลักษณะทางพันธุกรรม ยีน ระบบต่างๆ ในร่างกายแต่ละคน เพศ กล้ามเนื้อของผู้ชายมากกว่าผู้หญิง อายุที่มากขึ้นการเผาผลาญพลังงานลดลง สภาวะทางจิตใจ อารมณ์ดี เศร้า มีการแสดงออกแตกต่างกัน บางคนดับทุกข์โดยการรับประทานอาหาร บางคนเศร้าหมองก็รับประทานไม่ได้ สุขภาพ อุดหนุนมีในร่างกายมีผลต่ออัตราการเผาผลาญด้วย ระดับฮอร์โมนในร่างกายเช่น ฮอร์โมนไทรอกซินที่เกี่ยวกับการเผาผลาญพลังงาน การใช้ยา ผลบางอย่างจากยา เช่น ยาคุมกำเนิด ยาระงับอาการแพ้ หรือฮอร์โมนบางชนิดและชนิดของอาหารพลังงานที่ได้รับจากอาหาร สอดคล้องกับ พิมลพรรณ อนันต์กิจไพศาล (2549) และ อรุณี ตั้งเผ่า (2544) กล่าวว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนมี 2 ปัจจัย คือ กรรมพันธุ์หรือสิ่งแวดล้อม จากกรรมพันธุ์ที่ได้รับประกอบกับวิธีการเลี้ยงดูและการดำเนินชีวิตจากครอบครัวมักได้รับแรงผลักดันจากพฤติกรรมในวัยเด็กอย่างมากทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัวเมื่อเป็นผู้ใหญ่ พันธุกรรมหรือสิ่งที่ได้รับจากบรรพบุรุษมียีนเป็นตัวกำหนดความจุของเซลล์ไขมัน และการกระจายของไขมันทั่วร่างกาย คนที่อ้วนตอนเด็กก็มีแนวโน้มเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนถึงแม้ว่าอ้วนตอนเด็ก หากไม่มีไขมันส่วนเกินเข้าไปสะสมก็ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนได้ สำหรับปัจจัยสิ่งแวดล้อม แบ่งเป็น 2 ปัจจัย คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารเร็วเกินไปจนขาดการยั้งคิด การรับประทานอาหารมากเป็นครั้งคราว การรับประทานมากในมื้อเย็น งดอาหารมื้อเช้า รับประทานบ้างในมือกลางวัน พอมื้อเย็นรับประทานมากหรือรับประทานติดต่อกันเป็นเวลานานจนถึงเวลานอน การเสียดายอาหารเหลือ และพฤติกรรมการใช้พลังงานกิจกรรมต่างๆ ในภาวะปกติ งานประจำที่ทำในชีวิตประจำวันและการออกกำลังกาย

จากการประมวลเอกสาร ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะอ้วนจะเห็นว่าจะเกิดจากปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ คือ กรรมพันธุ์ เพศ อายุ และระบบฮอร์โมน และปัจจัยที่ควบคุมได้ คือ การบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และความเครียด รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่มีต่อวิถีชีวิตของคนนั้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาปัจจัยที่เกิดจากพฤติกรรมที่ควบคุมได้ร่วมกับลักษณะทางจิตและสังคม

2.4 แนวคิดในการป้องกันภาวะอ้วน

หลักการควบคุมภาวะอ้วนทำได้โดยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย โดยให้ลดพลังงานจากอาหารที่รับประทานและเพิ่มการออกกำลังกาย การลดอาหารเพื่อลดน้ำหนักที่ได้ผลมากที่สุดในระยะยาวคือการลดพลังงานจากอาหารที่ควรได้รับประมาณวันละ 500-1,000 แคลอรี การลดน้ำหนักในระยะยาวที่จะได้ผลดีนั้นจำเป็นที่จะต้องมีการออกกำลังกายร่วมด้วย เป้าหมายที่เหมาะสมในการลดน้ำหนักคือการลดน้ำหนักในช่วง 6-12 เดือน ให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 5-10 ของน้ำหนักตัวเริ่มต้น พบว่าทำให้ปัจจัยเสี่ยงต่างๆของโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ระดับไตรกลีเซอไรด์ลดลง และระดับเอช-ดี-แอลโคเลสเตอรอลเพิ่มขึ้น (National Institutes of Health. 1998: 2)

จากการประมวลเอกสารสรุปได้ว่าภาวะอ้วน หมายถึง สภาวะที่ร่างกายมีปริมาณไขมันสะสมในร่างกายมากเกินไปจนความต้องการเกิดจากการได้รับสารอาหารมากเกินไปที่ร่างกายจะนำไปใช้ประโยชน์ได้หมด และถูกเก็บสะสมไว้ในส่วนต่างๆ ของร่างกายในรูปของไขมันจนทำให้มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งเกิดจากปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ ปัจจัยที่ควบคุมได้ และสิ่งแวดล้อมที่มีต่อวิถีชีวิตของคนนั้น และในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการประเมินภาวะอ้วน คือ การวัดดัชนีมวลกาย โดยเป็นวิธีที่นิยมและสะดวกในการปฏิบัติ

3. พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับภาวะอ้วน:ตัวแปร ความหมาย และการวัด

ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การกระทำของบุคคลเพื่อป้องกันตนให้ปลอดภัยจากโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดโดยมีกิจกรรมเป็นตัวกำหนดเพื่อให้บุคคลกระทำซึ่งมีจุดมุ่งหมายในการรักษาสุขภาพให้ปลอดภัยเบียดเบียน (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534: 30 – 31 อ้างอิงจาก Parson. 1958: 176 - 177;& Lawrence Green. 1970) และจิริศักดิ์ เจริญพันธ์และเฉลิมพล ตันสกุล (2549) และ เฉลิมพล ตันสกุล (2542) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง คุณสมบัติต่างๆของบุคคล อาทิ เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์ความรู้อื่นๆ ซึ่งรวมถึง ลักษณะบุคลิกภาพ อารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย และรูปแบบพฤติกรรมที่ปรากฏเด่นชัด การกระทำ และลักษณะนิสัย ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการส่งเสริม การฟื้นฟู และป้องกันสุขภาพ สอดคล้องกับอังคินันท์ อินทรกำแหง (2552:11) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออกและทำที่ที่จะกระทำ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะคือ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพและการงดเว้นไม่กระทำหรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ และธนวรรณ อิมสมบูรณ์ (2549) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำการปฏิบัติของบุคคลต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของตนเองครอบครัว และชุมชน และก๊อต (Good.1973 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2537: 162–185) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ

หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายนอกและภายในของบุคคลพฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติได้และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้แต่วัดได้ว่ามีพฤติกรรมเกิดขึ้น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537 : 75) แบ่งประเภทพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ชนิด คือ

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

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

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

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนแล้วจะป้องกัน ควบคุมและลดน้ำหนักด้วยการมีพฤติกรรมรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และการจัดการความเครียดอย่างไร

พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับภาวะอ้วน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อดัชนีมวลกายประกอบด้วย 1) ปัจจัยที่ควบคุมได้คือกระทำหรือกิจกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวันจนเกิดความเคยชินโดยบางกิจกรรมส่งผลให้อ้วน เช่น การไม่ออกกำลังกาย นั่งทำงานที่โต๊ะเป็นเวลานานทำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย พฤติกรรมการเลือกรับประทานที่มีไขมันสูงและเกินความต้องการของร่างกาย ด้านความเครียด ซึ่งส่งผลต่อจิตใจและอารมณ์ บางคนใช้การรับประทานอาหารเพื่อระบายอารมณ์แก้อาการซึมเศร้า และเมื่อมีภาวะเครียดร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล ยิ่งหลั่งมากไขมันก็จะถูกเก็บสะสมมากโดยเฉพาะในส่วนพุง การนอนหลับพักผ่อนหากพักผ่อนไม่เพียงพอจะมีผลต่อระดับฮอร์โมนที่ควบคุมความอยากอาหารทำงานแปรปรวนทำให้หิวมากขึ้นและรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นได้มีผลกระทบต่ออัตราการเผาผลาญพื้นฐาน คือ ลดระดับการใช้พลังงานในร่างกาย 2) ปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ คือ กรรมพันธุ์ เพศ อายุ และรวมทั้งอัตราการเผาผลาญพลังงานขณะพัก (ตัลยา คงสมบูรณ์เวช (2551 ;& กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2548) สอดคล้องกับ ประณีต ผ่องแผ้ว (2539) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับดัชนีมวลกาย คือ การมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียด และกรมอนามัยร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ร่วมกันขับเคลื่อนให้คนไทยมีสุขภาพดีภายใต้โครงการภาคีร่วมใจคนไทยไร้พุง โดยการส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรได้เกิดความรู้ความตระหนักและมีทักษะในการลดอ้วน ลดพุงของคนในองค์กรที่อ้วนตลอดจน

ควบคุมป้องกันอ้วนในกลุ่มคนปกติ โดยมีระบบการจัดการที่ดี และใช้หลักแนวคิด 3 อ. พิชิตอ้วน พิชิตพุง คือ อ.อาหาร อ.ออกกำลังกาย และ อ.อารมณ์ (กองโภชนาการ.2551)

จากการประมวลเอกสารสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำของบุคคลที่จะลดและป้องกันภาวะอ้วน โดยมีการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับภาวะอ้วน คือ การมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด

3.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร: ความหมาย และการวัด

การบริโภคอาหาร หมายถึง การแสดงออกของบุคคลทั้งที่สังเกตเห็นได้และสังเกตไม่ได้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร โดยมีความสัมพันธ์กับสิ่งอื่นๆ ได้แก่ ความเชื่อ ความนิยมในการบริโภคอาหาร เป็นความเข้าใจและประสบการณ์ที่ได้รับถ่ายทอดและสะสมกันมา โดยมักจะมีเหตุผลหรือข้ออ้างอิงเป็นคำอธิบายถึงผลของความเชื่อนั้นๆ ซึ่งอาจจะเป็นจริงหรือไม่ก็ได้ (สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ. 2533: 1-9) สอดคล้องกับวีณะ วีระไวทยะ และสง่า ดามาพงษ์ (2541:22) กล่าวว่า การบริโภคอาหาร หมายถึง การนำอาหารเข้าสู่ร่างกาย เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย เป็นความเชื่อถือ เป็นข้อห้าม หรือข้อบังคับแนะนำที่ถือปฏิบัติในสังคมจนกลายเป็นบริโภคนิสัย และศีลลักษณะ สิ้นขวาลัย (2533:86) ให้ความหมายพฤติกรรมการบริโภค หมายถึง เรื่องของลักษณะการรับประทานอาหารว่ารับประทานอะไร รับประทานอย่างไร มากหรือน้อย บ่อยหรือไม่ในรอบวันหรือเดือน มีระเบียบมารยาทการรับประทานอาหารเป็นอย่างไร เป็นต้น และ แซนเจอร์ (Sanjur.1982 ;& Suitor ;& Crowley. 1984) กล่าวว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง สิ่งที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติในการเลือกหาอาหารมาบริโภคและนำอาหารไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย ซึ่งมีความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐาน 4 ปัจจัย คือ การบริโภคอาหาร ความชอบอาหาร ความเชื่อเกี่ยวกับอาหารและปัจจัยเกี่ยวกับสังคมวัฒนธรรม

ดังนั้น สรุปได้ว่าการบริโภคอาหาร หมายถึง การแสดงออกของบุคคล การกระทำหรือปฏิบัติในการรับประทานอาหาร ความถี่ในการบริโภค ลักษณะนิสัย และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติต่อการบริโภคอาหารเกี่ยวกับปริมาณและคุณค่าของอาหารที่ได้รับ ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม

ปัญหาการได้รับสารอาหารเกิน (Over Nutrition) เป็นต้นเหตุนำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับอาหาร (Non Communicable Chronic Degenerative Diet Related Diseases) ได้แก่ ภาวะอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและโรคมะเร็งต่างๆ ซึ่งมักเกิดกับผู้ใหญ่ วัยกลางคน วัยหนุ่มสาวในประเทศที่พัฒนาแล้ว สาเหตุของการเกิดโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับอาหารเนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ อาหารเป็นตัวกำหนดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค โดยเฉพาะในวัยทำงานที่มีพฤติกรรมการบริโภคไขมันประเภทอิ่มตัวสูง เกลือ น้ำตาลมาก ประกอบกับวิถีชีวิตที่มีการออกกำลังกายน้อยใช้แรงงานต่ำ รวมทั้งมี

ปัจจัยอื่นร่วมด้วย ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และความเครียด เป็นต้นเหตุให้เกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคมะเร็ง ซึ่งเป็นสาเหตุการตายสองอันดับแรก (สาคร ธนสมิตต์. 2545: 25)

ดังนั้น การบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการทั้งปริมาณและคุณภาพเพื่อให้มีภาวะโภชนาการดี ควรรับประทานอาหารให้สมดุลและปริมาณอาหารแต่ละกลุ่มให้พอเหมาะในแต่ละวัน ผู้หญิงควรได้รับพลังงานวันละ 1600 กิโลแคลอรี ผู้ชาย ควรได้รับพลังงานวันละ 2000 กิโลแคลอรี

ปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคอาหาร

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

1. ปัจจัยภายนอก หรือปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ ขนาดครอบครัวและลักษณะของครอบครัว การปฏิบัติของบิดามารดา กลุ่มเพื่อน ขนบธรรมเนียมประเพณี สังคม ค่านิยม สื่อ อาหาร ด่วนทันใจ ค่านิยมการรับประทานอาหาร ความรู้เรื่องโภชนาการ และประสบการณ์ส่วนบุคคล

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

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

3.2 พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย: ความหมาย และการวัด

ความหมายของการมีกิจกรรมทางกาย

การมีกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) หมายถึง การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกายที่เกิดจากการทำงานกล้ามเนื้อลายซึ่งทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มจากขณะพัก แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) การเคลื่อนไหวร่างกายในงานอาชีพ เช่น หาบขนมขาย ขนของ ถีบ

สามล้อ เกี้ยวข้าว ฯลฯ 2) การเดินทางจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง เช่น เดินไปทำงาน ถีบจักรยานไปทำงาน เดินไปทำธุระ เดินขึ้นบันได ฯลฯ 3) การทำกิจกรรมในเวลาว่าง เช่น เดินเล่น เดินทางไกล ปีนเขา ถีบจักรยาน ว่ายน้ำ ลีลาศ รำมวยจีน เล่นโยคะ เป็นต้น (Pate JAMA.1995:273;& U.S. Department of health and human services. 1996 ;& Bouchard;& Shepharal.1994 อ้างอิงใน Seefeldt; Malina ;& Clark. 2002: 144) และ โรเบิร์ตและคณะ (Gaspersem; Power;& Christenson.1985 cited in Robetr;& et.al. 1993: 349 – 369 ;& Dipietro;& et.al. 1993:628 – 642 ;& Burns.1996) กล่าวว่า การมีกิจกรรมทางกาย คือ การเคลื่อนไหวร่างกายที่เกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อโครงสร้าง ส่งผลให้มีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นมากกว่าระดับปกติ ประกอบด้วย การทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก การเดิน และการเคลื่อนที่ของร่างกาย เช่นเดียวกับแพนเดอร์ (Pender.2002) กล่าวว่า การมีกิจกรรมทางกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายแล้วทำให้มีการหดตัวของกระดูกและกล้ามเนื้อ ทำให้การใช้พลังงานเพิ่มมากกว่าปกติ และ วิศาล คันธรัตน์กุล (2542) ได้ให้ความหมายของกิจกรรมทางกายว่า การเคลื่อนไหวหรือทำงานของส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยใช้กล้ามเนื้อโครงสร้างจะทำให้มีการใช้พลังงานของร่างกาย สอดคล้องกับ ศิริมาวงศ์แหลมทอง (2542) กล่าวว่า การมีกิจกรรมทางกาย คือ การเคลื่อนไหวร่างกายโดยอาศัยการทำหน้าที่ของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีการเผาผลาญพลังงานเกิดขึ้น และเป็นการเคลื่อนไหวที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับร่างกาย

การมีกิจกรรมทางกายเป็นองค์ประกอบที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการดำเนินชีวิต อยู่อย่างปกติสุข การมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ หรือการดำเนินชีวิตอย่างกระฉับกระเฉงมี ชีวิตชีวา จะส่งผลให้มีสุขภาพร่างกายดี โดยประโยชน์ของการมีกิจกรรมทางกายที่พอเพียงและ สม่าเสมอมีดังนี้ 1) ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ ชนิด Coronary และภาวะการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง 2) ทำให้ความดันโลหิตลดต่ำลง หรือควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 3) ลดคลอเรสเตอรอลในเลือด และควบคุมระดับไขมันในเลือด 4) ทำให้การเผาผลาญอาหารภายใน เซลล์ต่างๆ ของร่างกายเป็นไปอย่างรวดเร็ว หัวใจและปอดได้ทำงานมากขึ้น ช่วยรับประทานอาหาร ได้มากขึ้นและยังช่วยย่อยอาหารอีกด้วย 5) ช่วยให้คุณสุขภาพจิตดีขึ้น อารมณ์แจ่มใส 6) ช่วยเพิ่มความหนาแน่นของมวลกระดูก และช่วยป้องกันโรคกระดูกพรุน 7) ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ 8) ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดต้องพึ่งอินซูลิน 9) ช่วยควบคุมน้ำหนักตัว และมีรูปร่างสมส่วน 10) ช่วยป้องกันโรคกระดูกอักเสบ 11) ช่วยให้เกิดความยืดหยุ่นและการทำงาน ประสานกันของอวัยวะทำให้ลดความเสี่ยงในการที่จะล้ม (Davison ;& Grant. 1993 ;และ มงคล แฝงสาเคน. 2541: 109 – 110)

ข้อแนะนำการมีกิจกรรมทางกายที่เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ คือ การเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งส่งผลให้เกิดการเผาผลาญพลังงานมากขึ้น เช่น การเดินเร็วๆ การเล่น ทำความ สะอาดบ้าน เดินรำ เดินขึ้นบันได ล้วนเป็นการเคลื่อนไหวเพื่อสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกายเพื่อ ป้องกันโรคจะต้องกระทำด้วยความแรงระดับปานกลางอย่างน้อย 30 นาทีทุกวัน (สมชาย ลีทองอิน. 2545: 29-30) สอดคล้องกับวิทยาลัยกีฬาเวชศาสตร์แห่งอเมริกา (American College of Sport

Medicine : ACSM. 2006) ได้สนับสนุนให้มีการทบทวนงานศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายและออกรายงาน Report of Surgeon General : Physical Activity and Health ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 พบว่ากิจกรรมทางกายทุกอย่างล้วนเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกายเป็นพื้นฐานที่สำคัญของสุขภาพ ปริมาณกิจกรรมทางกายขั้นต่ำ (Dose-Response) ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ในที่นี้หมายถึง ลดปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากภาวะโภชนาการที่ไม่ดี คือการปฏิบัติกิจกรรมทางกายด้วยความแรงระดับปานกลาง สะสมเป็นระยะเวลาอย่างน้อยวันละ 30 นาที อย่างน้อย 5 วันหรือเกือบทุกวันต่อสัปดาห์ หรือมีการใช้พลังงานออกไปเพิ่มขึ้นจากภาวะปกติอย่างน้อยวันละ 150 กิโลแคลอรี (1000 กิโลแคลอรีต่อสัปดาห์) เช่นเดียวกับและศูนย์ควบคุมโรคแห่งอเมริกา (Center for Disease Control and Prevention.1996) ได้เสนอข้อแนะนำสำหรับการเคลื่อนไหวที่เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ คือ การมีกิจกรรมทางกายที่ความหนักระดับปานกลางอย่างน้อย 30 นาที อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรือ มีกิจกรรมทางกายที่ระดับหนักอย่างน้อย 20 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ และการออกกำลังกายนอกจากจะมีผลดีต่อการลดน้ำหนักตัวแล้ว ยังพบว่าทำให้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้นด้วย การออกกำลังกายควรจะทำทุกวันอย่างน้อยวันละ 30 นาที ด้วยความแรงของการออกกำลังกายที่เหมาะสม (Moderate Intensity) นอกจากนี้การออกกำลังกายในระยะเวลาสั้นๆ ครั้งละ 10-15 นาที เช่น การเดินเร็วๆ การทำงานบ้าน แต่ทำบ่อยๆ วันละหลายครั้งก็พบว่า มีประโยชน์เช่นกัน (Thompson.;& et al. 2003;107:3109-16.)

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

3.3 พฤติกรรมการจัดการความเครียด

ความหมายของการจัดการความเครียด

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

พยายามใช้กลไกในการป้องกันตัวทางจิตแล้วไม่สามารถกำจัดภาวะคุกคามได้ และ บาร์ออน (Baron.1997) ได้ให้ความหมายของการจัดการความเครียดว่าเป็นความสามารถในการทำงานภายใต้ความกดดันได้ มีความอดทนต่อความเครียดและควบคุมอารมณ์ได้ดี มีความสามารถในการต่อต้านเหตุการณ์ร้ายๆ หรือสถานการณ์ที่มีความกดดันโดยไม่มีอาการเหนื่อย แต่กลับเพิ่มการจัดการความเครียดในทางบวก สามารถรับมือกับสิ่งต่างๆ ด้วยเทคนิคและวิธีการต่างๆ เพื่อจัดการความเครียดทั้งหลายได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในที่ทำงานและที่บ้าน ตลอดจนมีความสามารถในการยืดเวลาที่จะแสดงความยินดีปรีดาได้ สอดคล้องกับดาเรย์ (Darley;& et.al.1981:432; สุดารัตน์ หนูหอม.2544 อ้างอิงจาก Ignatavicius;& Bayne.1991;และ อารยา ด้านพานิช. 2542) ได้ให้ความหมายการจัดการความเครียดว่า เป็นพฤติกรรมหรือความคิดของบุคคลที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการรับรู้สถานการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยผ่านกระบวนการทางความคิดเพื่อควบคุมสาเหตุของความเครียดหรือควบคุมความรู้สึกเครียด บุคคลจะใช้สติปัญญาในการเลือกวิธีการเผชิญความเครียดที่เคยใช้แล้วประสบความสำเร็จในอดีต บุคคลจะแสดงพฤติกรรมในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งหรือหลายรูปแบบที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิด จิตใจ และอารมณ์ในขณะนั้น ต่อสิ่งที่มาคุกคามหรือเหตุการณ์ที่ทำให้ตั้งเครียดเพื่อจัดหรือบรรเทาเหตุการณ์ตั้งเครียดนั้น ถ้ากลวิธีนี้ใช้แล้วไม่ประสบความสำเร็จบุคคลจะคัดเลือกวิธีอื่นต่อไป และบุคคลที่มีประสิทธิผลต้องสามารถจัดการความเครียดเป็นอย่างดี (Schermerhorn. 1988: 539)

จากความหมายของการจัดการความเครียดทั้งหมดที่กล่าวมา สามารถสรุปได้ว่า การจัดการความเครียด หมายถึง การที่บุคคลทำให้ความเครียดลดลงหรือจัดให้หมดไป เพื่อรักษาภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจและป้องกันหรือลดความทุกข์ทรมานเมื่อถูกรบกวนจากสิ่งที่มากระตุ้น โดยบุคคลจะใช้สติปัญญา ความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมที่แสดงออก จากประสบการณ์ของการจัดการความเครียด

รูปแบบการจัดการความเครียด

การแก้ปัญหาเป็นความพยายามทางปัญญาและพฤติกรรมของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดยั้ง เพื่อจัดการกับความต้องการหรือข้อเรียกร้องจากภายในและภายนอกที่บุคคลประเมินว่าเกินความสามารถที่ตนจะรับได้ หรือเป็นภาวะที่คุกคามต่อความเป็นอยู่ของบุคคลจากความหมายการจัดการความเครียด แสดงให้เห็นว่า การแก้ปัญหามีลักษณะเป็นกระบวนการ (Process) คือ 1) การแก้ปัญหามีความเกี่ยวข้องกับการประเมินหรือการรับรู้ของบุคคลในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ซึ่งบุคคลจะเกิดความเครียดมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับการที่บุคคลประเมินสิ่งที่ต้องใช้ (Demands) ในสถานการณ์นั้นอย่างไร และประเมินสิ่งที่ตนมีอยู่ (Resource) เพื่อแก้ปัญหาในสถานการณ์หนึ่งมากน้อยเพียงใด ทั้งนี้ความแตกต่างจากการรับรู้หรือการประเมินของบุคคล จึงทำให้บุคคลที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกันมีความเครียดต่างกัน 2) การแก้ปัญหามีลักษณะเป็นพลวัตรหรือเคลื่อนไหวตลอดเวลา การแก้ปัญหาไม่ใช่การตอบสนองแบบครั้งเดียว แต่ทุกครั้งที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์บุคคลจะพยายามปรับเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหาอยู่เสมอ

3) การแก้ปัญหาที่มีเป้าหมายเป็นที่ตั้ง การแก้ปัญหาหรือการปรับตัวเป็นการกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตนเองต้องการ และนอกจากนี้ยังได้กล่าวถึง การจำแนกวิธีการแก้ปัญหา (Coping Effort) ออกเป็น 2 วิธี คือ 1) แบบมุ่งจัดการกับปัญหา (Problem - Focused Coping) เป็นวิธีการที่บุคคลพยายามจัดการกับสภาพการณ์ที่เป็นสาเหตุของความเครียดให้คลี่คลายลง โดยพยายามทำความเข้าใจปัญหา สาเหตุและหาทางออกที่เป็นไปได้ กลวิธีที่ใช้อาจปรับเปลี่ยน แก้ไขที่สถานการณ์หรือพฤติกรรมของผู้อื่นหรืออาจปรับเปลี่ยนแก้ไขที่ตัวบุคคลเอง 2) แบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotion-Focused Coping) เป็นวิธีการที่บุคคลใช้กระบวนการทางปัญญา เพื่อจัดการหรือควบคุมอารมณ์หรือความทุกข์ที่เกิดจากเหตุการณ์ให้คลี่คลายลง วิธีการที่ใช้อาจเป็นการมองปัญหาในทางบวก (ณัฐกานต์ ทองสนธิ. 2549: 12-16 อ้างอิงจาก Lazarus;& Folkman.1984:141-163)

ทั้งนี้การจัดการความเครียดของบุคคลย่อมแตกต่างกัน โดยบุคคลจะมีวิธีการจัดการกับความเครียดอย่างไร และจะแก้ปัญหานั้นๆ ได้สำเร็จมากน้อยเพียงไรนั้น ลาซารัสและโฟล์คแมน (ณัฐกานต์ ทองสนธิ. 2549: 12 - 16 อ้างอิงจากLazarus; & Folkman.1984) กล่าวว่าขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีต่อความสามารถในการจัดการความเครียดหลายด้านอาทิเช่น 1) ความเชื่อในทางบวก (Positive Believe) คือ ความเชื่อในความสามารถของตน ซึ่งบุคคลที่เชื่อในความสามารถของตนมักจะใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา ส่วนบุคคลที่เชื่อความสามารถของตนจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ 2) ทักษะในการแก้ปัญหา (Problems - Solving Skills) บุคคลที่สามารถแสวงหาความรู้ ข้อมูลต่างๆ สามารถใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล รวมทั้งคิดวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ได้ดี เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้ดียิ่งขึ้น 3) แหล่งทรัพยากรทางด้านวัตถุ (Material Resource) บุคคลที่มีทรัพย์สินหรือสิ่งของต่างๆ ที่บุคคลมีทางเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้มากขึ้น โดยโมเนต (Monet;& Lazarus.1977: 360; Goosen;& Bush. 1979: 54) กล่าวว่า พฤติกรรมที่ใช้ในการจัดการความเครียดเป็นความพยายามที่เป็นทั้งการกระทำที่เห็นชัดเจนและการกระทำที่ซ่อนอยู่ภายในจิตใจ เพื่อที่จะจัดการกับความต้องการของสิ่งแวดล้อมกับความต้องการภายในตน และจัดการกับความขัดแย้งของสิ่งเหล่านั้น ซึ่งต้องใช้พลังและทรัพยากรมากมาย หรือเป็นกลไกที่บุคคลใช้เพื่อรักษาภาวะสมดุลของจิตใจเมื่อถูกรบกวน เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ละพฤติกรรมจะประกอบด้วย การสนองต่อสิ่งแวดล้อม ที่ช่วยให้บุคคลควบคุมความเครียดได้ รวมทั้งกระบวนการทางจิตที่เสริมสร้างความสำเร็จในการปรับตัวต่อภาวะเครียด

จากการประมวลเอกสารสรุปว่าการจัดการความเครียด หมายถึง การที่บุคคลทำให้ความเครียดลดลงหรือขจัดให้หมดไป เพื่อป้องกันหรือลดความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความเครียด และมีดัชนีมวลกายปกติ โดยบุคคลจะใช้สติปัญญาในการเลือกวิธีการจัดการความเครียดที่เคยใช้แล้วประสบความสำเร็จในอดีต ตามแนวคิดการจัดการความเครียดของลาซาลัส (Lazarus.1984) ซึ่งแบ่งการจัดการความเครียดไว้ 2 วิธีคือ 1) แบบมุ่งจัดการกับปัญหา 2) แบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งผู้ที่มีการจัดการความเครียดที่ดีก็จะส่งผลให้มีภาวะโภชนาการที่ดีตามไปด้วย

การวัดพฤติกรรมการสุขภาพ

จากการศึกษาของจำปี ประสิทธิ์ชัย (2548) ได้สร้างแบบวัดพฤติกรรมการสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ การบริโภค ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.77 กิจกรรมทางกาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.86 และการผ่อนคลายความเครียด ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.58 ซึ่งมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบอัตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ และ สุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) ได้สร้างแบบวัดพฤติกรรมการสุขภาพของบุคลากรกรมอนามัย ได้แก่ การบริโภคอาหาร ประกอบด้วยข้อคำถาม การบริโภคอาหาร ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89 กิจกรรมทางกาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.87 และการจัดการความเครียด 10 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.78 และวัชรารัตน์ ภูมิภูเขียว (2552) ได้สร้างแบบวัดพฤติกรรมการสุขภาพของข้าราชการอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดเลย แบบสอบถามมีทั้งหมด 20 ข้อ เป็นข้อคำถามประเมินค่า 3 ระดับ และมีค่าความเชื่อมั่น 0.84 และอุดมศักดิ์ แสงวานิช (2546) ได้สร้างแบบวัดพฤติกรรมการสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ แบบสอบถามมีทั้งหมด 25 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.80 แบบสอบถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “ปฏิบัติมากที่สุด” จนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับมาจากแบบสอบถามของ สุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) และวัชรารัตน์ ภูมิภูเขียว (2552) ให้เหมาะสมกับกลุ่มที่เข้ารับบริการภาวะอ้วนโดยมีมาตราประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “ปฏิบัติมากที่สุด” จนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” ถ้าผู้ตอบได้คะแนนมากกว่า แสดงถึงการมีพฤติกรรมการสุขภาพดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าแสดงถึงการมีพฤติกรรมการสุขภาพต่ำกว่า

ปัจจัยของพฤติกรรมการสุขภาพเกี่ยวกับภาวะอ้วน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับดัชนีมวลกาย คือ การรับประทานอาหารเกินความต้องการในกลุ่มคาร์โบไฮเดรต ไขมันและขาดการมีกิจกรรมทางกาย รวมทั้งพฤติกรรมเฉพาะบุคคล ประกอบด้วยนิสัยการรับประทานอาหาร กิจกรรมประจำวัน การจัดการกับความเครียด เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมสิ่งเร้า การแก้ไขปัญหา การใช้จ่าย การใช้เวลาว่าง การจัดการกับสถานการณ์ในอนาคต และการปฏิบัติซ้ำๆ จนเกิดปัญหาสุขภาพเกิดโรคเรื้อรังซึ่งเป็นผลจากการปฏิบัติมาเป็นระยะเวลานาน และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ครอบครัว และคนรอบข้างซึ่งส่งผลต่อการมีวิถีชีวิตของคนนั้นๆ (Spiegel. 1998) สอดคล้องกับศัลยา คงสมบูรณ์เวช (2551) และกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2548) กล่าวว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อดัชนีมวลกายประกอบด้วย 1) ปัจจัยที่ควบคุมได้คือกระทำหรือกิจกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวันจนเกิดความเคยชินโดยบางกิจกรรมส่งผลให้อ้วน เช่น การไม่ออกกำลังกาย นั่งทำงานที่โต๊ะเป็นเวลานานทำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย การเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและการรับประทานอาหารเกินความต้องการของร่างกาย ด้านความเครียด ซึ่งส่งผลต่อจิตใจและอารมณ์ บางคนใช้การรับประทานเพื่อระบายอารมณ์แก้อาการซึมเศร้า และเมื่อมีภาวะเครียดร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล ยิ่งหลั่งมากไขมันก็จะถูกเก็บสะสมมากโดยเฉพาะในส่วนท้อง การนอนหลับพักผ่อนหากพักผ่อนไม่

เพียงพอจะมีผลต่อระดับฮอร์โมนที่ควบคุมความอยากอาหารทำงานแปรปรวนทำให้หิวมากขึ้นและรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นได้มีผลกระทบต่ออัตราการเผาผลาญพื้นฐานลดระดับการใช้พลังงานในร่างกาย 2) ปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ คือ กรรมพันธุ์ เพศ อายุ และรวมทั้งอัตราการเผาผลาญพลังงานขณะพักและสรีรวิทยา วงศ์จันทร์ (2554) ได้ศึกษาอิทธิพลของลักษณะทางจิต ลักษณะสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของบุคลากรกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลงานวิจัยของพจมาน มุสิกะสาร (2547) ได้ศึกษาการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และภาวะโภชนาการของผู้ชายวัยทองในชุมชนหนองแวงตาชู 5 เขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า การบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ สมลักษณ์ นิ่มสกุล และคณะ (2543) ได้ศึกษาผลกระทบของการบริโภคอาหารต่อภาวะโภชนาการของหญิงวัยเจริญพันธุ์ชนบทจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การบริโภคอาหารของหญิงวัยเจริญพันธุ์ชนบทมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการทั้งลักษณะผอมและภาวะน้ำหนักเกิน จึงควรปรับปรุงการบริโภคอาหารในปริมาณที่เหมาะสมและมีคุณภาพมากขึ้น

จากการศึกษารัชดาวรรณ ลิมาชาน (2549) ได้ศึกษากิจกรรมทางกายและภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีกิจกรรมทางกายแตกต่างกันมีดัชนีมวลกายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ อารีรัตน์ สุขโข (2546) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทางกายของสตรีวัยกลางคนที่มีความเสี่ยงน้ำหนักเกินมาตรฐานที่อยู่ใกล้เขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการควบคุมตนเอง ทำให้สตรีวัยกลางคนที่มีความเสี่ยงน้ำหนักเกินมาตรฐานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทางกายให้ดีขึ้น ส่งผลให้มีภาวะโภชนาการดีขึ้น ซึ่งเป็นผลดีต่อสุขภาพโดยช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นผลตามมาจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

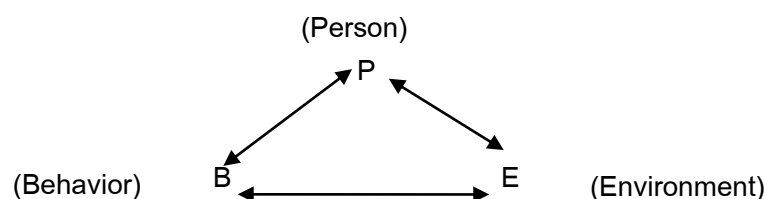
จากการศึกษาของ สุภักดิ์ เพ็ชรนิล (2548) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของคนวัยทำงาน ตำบลเชิงกลัด อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี พบว่า สำหรับพฤติกรรมความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการจากเกณฑ์ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และสัดส่วนเอวต่อสะโพก และศุภจิรา สืบสีสุข (2548) ได้ศึกษาภาวะโภชนาการและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความเครียดร้อยละ 83.5 และ 1 ใน 5 ของพยาบาลวิชาชีพมีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ และ 1 ใน 10 มีภาวะโภชนาการเกิน พบว่าแบบแผนการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ ดังนั้นควรส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โดยการกระตุ้นให้พยาบาลเห็นผลเสียของภาวะทุพโภชนาการ ส่งเสริมการบริโภคอาหารให้ได้พลังงานและสารอาหารที่พอเพียงกับความต้องการของร่างกายและสมดุลกับการเคลื่อนไหวและลดแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพคือ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง การสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่เป็นประจำ การจัดการความเครียด การพักผ่อนหย่อนใจ และการนอนหลับพักผ่อน เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาโภชนาการและสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพ และไฟโรจน์ ลีพกุล และคณะ (2541) ได้ทำการศึกษาภาวะโภชนาการและแบบแผนสุขภาพผู้ใหญ่วัยก่อนเกษียณอายุการทำงาน ซึ่งแบบแผนสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อภาวะโภชนาการและสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า แบบแผนสุขภาพและภาวะโภชนาการมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ ดังนั้นควรมีการปรับแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายที่สม่ำเสมอ และการจัดการความเครียดที่ดี จะช่วยทำให้มีภาวะโภชนาการและสุขภาพที่ดีขึ้น

จากการประมวลเอกสารเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามของสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) และ วัชรารัตน์ ภูมิภูเขียว (2552) โดยแบบสอบถามเป็นมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “ไม่เคยปฏิบัติเลย” จนถึง “ปฏิบัติเป็นประจำ”

3 . แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura) จัดได้ว่าเป็นทฤษฎีที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาเทคนิคการปรับพฤติกรรมในปัจจุบัน แบนดูรา (Bandura.1989: 1 - 60) มีความเชื่อว่า พฤติกรรมของคนเรานั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่จะเปลี่ยนแปลงไปตามเงื่อนไขของปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยพฤติกรรม และ สภาพแวดล้อม ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 แสดงการกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยทางพฤติกรรม (B) ปัจจัยสภาพแวดล้อม (E) และปัจจัยส่วนบุคคล (P) ที่มีผลต่อการเรียนรู้และการกระทำ (Bandura.1997)

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

ทางอารมณ์ของเขา ลักษณะของร่างกาย ระบบการรับรู้และระบบประสาทมีผลต่อพฤติกรรม และ ศักยภาพของบุคคล เช่นเดียวกับระบบการรับรู้และโครงสร้างของสมองก็ปรับเปลี่ยนได้โดย สิ่งแวดล้อมและประสบการณ์ทางพฤติกรรมเช่นกัน (Greenough.;& et al.1987) เช่นเดียวกับ อังคินันท์ อินทรกำแหง (2552:11) กล่าวว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมแตกต่างกันออกไปตามสภาพ ของสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และประสบการณ์ร่วมกับพฤติกรรมภายใน เช่น การคิด การรับรู้ ความรู้สึก ความเชื่อ และค่านิยม เป็นต้น ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมภายนอกออกมา เช่น การเดิน และการนั่ง เป็นต้น ซึ่งทำให้เข้าใจได้ว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่งซึ่งสามารถ เข้าใจได้ว่าต้องอาศัยปัจจัยทางจิตวิทยาควบคู่ไปกับเงื่อนไขสังคม ขณะเกิดการเรียนรู้สอดคล้องกับ พาแลค (Palank. 1991: 815-832) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพ คือการแสดงออกที่บุคคลกระทำในสิ่ง ที่ถูกต้องและไม่กระทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง ทั้งที่สังเกตได้ เช่น นิสัยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และที่สังเกตไม่ได้หรือลักษณะทางจิต เช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ค่านิยม ความคาดหวัง แรงจูงใจ ความรู้ เป็นต้น

การเกิดโรคที่สำคัญบางโรคเกิดจากการส่งผลร่วมกันของสาเหตุทางสังคมและ สภาพแวดล้อม สาเหตุทางพฤติกรรม และสาเหตุทางชีวภาพของบุคคล อาทิเช่นโรคความดันโลหิตสูงเกิดจากพฤติกรรมและนิสัยที่ไม่เหมาะสมของบุคคลด้วย เช่น การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา เป็นต้น จากการวิเคราะห์สาเหตุและผลของพฤติกรรมสุขภาพประเภทต่างๆ นั้น อาจกล่าวได้ว่าการศึกษาที่มีสุขภาพสมบูรณ์และปราศจากโรคนั้นเกิดจากลักษณะทางชีวภาพร่วมกับการมีพฤติกรรมสุขภาพ ต่าง ๆ อย่างเหมาะสม การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ นั้น จึงขึ้นอยู่กับลักษณะทางจิตใจ และสภาพแวดล้อมของบุคคล รวมทั้งลักษณะทางชีวภาพของบุคคล เช่น กรรมพันธุ์ ความชราและความเจ็บป่วยในปัจจุบัน (ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2543: 155 - 157) ซึ่งปภัสนสร กิมสุวรรณวงศ์ (2546) ได้ศึกษาจิตลักษณะและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพกาย และ พฤติกรรมสุขภาพจิตของข้าราชการสูงอายุในมหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า ข้าราชการสูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมาก และเจตคติต่อการรักษาสุขภาพมากจะมีพฤติกรรมสุขภาพกายและพฤติกรรมสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มที่มีลักษณะดังกล่าวน้อย

โดยสรุป ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) เชื่อว่าพฤติกรรม ของบุคคลที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอิทธิพลลักษณะทางจิต และสภาพแวดล้อมซึ่งองค์ประกอบได้ เปลี่ยนแปลงไปย่อมส่งผลให้องค์ประกอบที่เหลือเปลี่ยนแปลงไปด้วย ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย จึงนำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมมาใช้เพื่อศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลทางจิตสังคม ที่มีต่อการกำกับตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร

5. แนวคิดทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self – Regulation)

แนวคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับการกำกับตนเองของกลุ่มที่เชื่อว่าการกำกับตนเองได้รับอิทธิพลจากสังคมเป็นกลุ่มที่ได้รับความสนใจอย่างมากมีทฤษฎีที่กล่าวถึงการกำกับตนเองในกลุ่มนี้หลายทฤษฎี ได้แก่

1. ทฤษฎีเชิงปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)
2. ทฤษฎีวิวัฒนาการเชิงสังคม (Sociocultural Theory)
3. ทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self – determination Theory)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สนใจแนวคิดการกำกับตนเองจากทฤษฎีเชิงปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของแบนดูรา (Bandura. 1986 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2549: 54) แนวคิดนี้แบนดูราเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลไม่ได้เป็นผลพวงของการเสริมแรงและการลงโทษจากภายนอกแต่เพียงอย่างเดียวแต่บุคคลสามารถกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึกและการกระทำของตนเองด้วยผลกรรมของตนเอง ซึ่งความสามารถนี้แบนดูราเรียกว่าเป็นการกำกับตนเอง การกำกับตนเองนี้ไม่สามารถจะบรรลุได้ด้วยอำนาจทางจิต หากแต่จะต้องฝึกฝนและพัฒนาความตั้งใจและความปรารถนาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนเรานั้นยังไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลง ถ้าขาดหนทางที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนั้น (Self – regulation)

5.1 การกำกับตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ (Self-regulation)

ความหมายของการกำกับตนเอง

การกำกับตนเอง หมายถึง กระบวนการที่บุคคลปฏิบัติและสนับสนุนต่อพฤติกรรมจากความรับรู้ความเข้าใจและอารมณ์ความรู้สึกที่มุ่งไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ด้วยตนเองอย่างเป็นระบบ และสารานุกรมนานาชาติทางการศึกษา (The international encyclopedia of education) เล่มที่ 9 (Husen ;& Postlethwait. 1994: 5400 อ้างอิงใน กนิษฐา จันท์ฉาย. 2549) ได้นิยามการกำกับตนเองว่าหมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตเพื่อไปสู่ความมุ่งหมายของแต่ละคนอย่างยืดหยุ่นด้วยตัวของตัวเอง ชุงค์ (Schunk. 1991: 348 อ้างอิงใน กนิษฐา จันท์ฉาย. 2549) และชุงค์และซิมเมอร์แมน (Schunk ;& Zimmerman.1997: 195-208 อ้างอิงใน กนิษฐา จันท์ฉาย. 2549) ได้นิยามการกำกับตนเองว่า หมายถึง กระบวนการที่กระตุ้นและสนับสนุนต่อความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรมและความพอใจเพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ในที่สุด และชินะพัทธ์ ชื่นแดชคุ้ม (2542: 15) ได้นิยามการกำกับตนเองว่าหมายถึงการใช้กลวิธีซึ่งได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การวางแผน การดำเนินการติดตามผล ทั้งในด้านพฤติกรรม ด้านความรู้ ความเข้าใจ และด้านแรงจูงใจของตนเอง เพื่อให้บรรลุถึงสิ่งที่มุ่งหวังได้ด้วยตนเอง

สรุปได้ว่า การกำกับตนเอง หมายถึง การแสดงออกถึงการกระทำโดยการสังเกตพฤติกรรม การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกาย พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายและวางแผนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้มีดัชนีมวลกาย

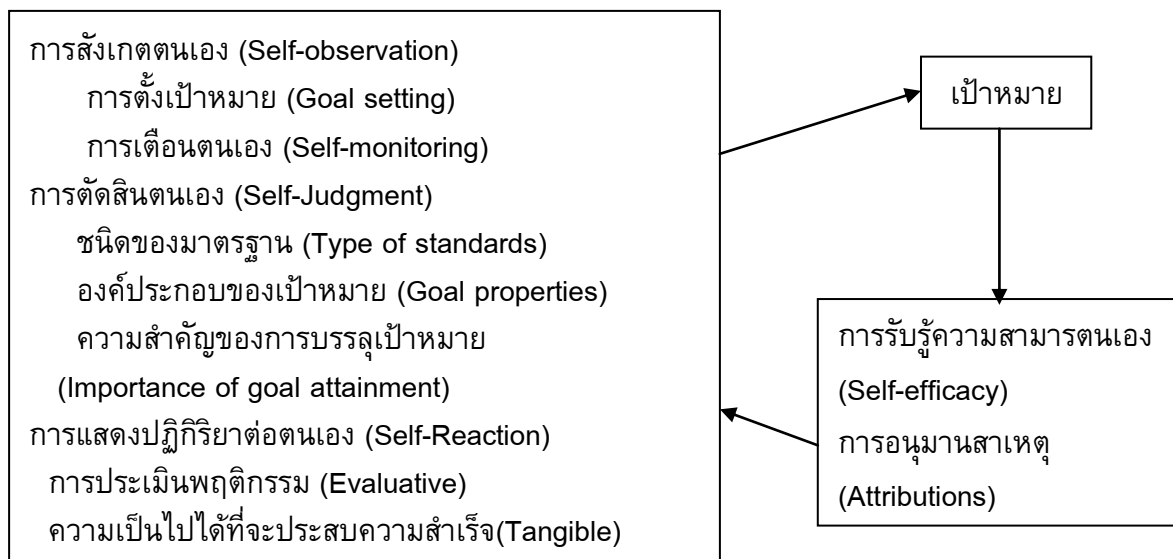
ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อาจกระทำได้ด้วยการจดบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง กระตุ้นเตือนตนเองให้กระทำอย่างต่อเนื่องให้บรรลุถึงการมีดัชนีมวลกายลดลงตามที่ตนเองได้ตั้งเป้าหมายไว้

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

การกำกับตนเอง (Self – regulation) ประกอบด้วย 3 กระบวนการย่อยดังนี้ (Bandura (1986 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2549: 54 ;& Schunk and Zimmerman, 1994: 76-79)

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

ทั้งนี้ กระบวนการกำกับตนเองแสดงไว้ในภาพประกอบ 4 ดังต่อไปนี้



ภาพประกอบ 4 การกำกับตนเอง (Schunk. 1994: 76 อ้างอิงใน กนิษฐา จันทรฉาย. 2549) สามารถอธิบายรายละเอียด ได้ดังนี้

1. การสังเกตตนเอง (Self-observation) หมายถึงความสนใจต่อลักษณะที่จำเพาะในพฤติกรรมของบุคคลอย่างพิถีพิถะ (Bandura. 1986 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น. 2542: 54) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ประการ ได้แก่

1.1 การตั้งเป้าหมาย (goal setting) หมายถึงการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายหรือกำหนดเกณฑ์ในการแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง (อรอุมา จิรนิตกุล. 2544: 15) และ แบนดูรา เสนอว่าการตั้งเป้าหมายในการกระทำพฤติกรรมให้มีประสิทธิภาพและ

สะดวกต่อการตัดสินใจหรือประเมินพฤติกรรมตนเองนั้นควรตั้งเป้าหมายให้มีลักษณะดังนี้ (Bandura. 1997, 1986, 1988 อ้างใน จิตติพัฒน์ สงบกาย. 2533)

1.ควรเป็นเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง คือบุคคลจะกำหนดเป้าหมายในการทำพฤติกรรมที่เฉพาะชัดเจนลงไปว่าเขาจะต้องทำพฤติกรรมอย่างไร หรือเท่าไร

2.ควรเป็นเป้าหมายที่มีลักษณะท้าทาย การตั้งเป้าหมายที่มีลักษณะท้าทายจะเป็นสิ่งกระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลใช้ความพยายามในการกระทำพฤติกรรมให้มากขึ้น

3.ควรเป็นเป้าหมายที่ระบุแน่ชัดและมีทิศทางในการกระทำแน่นอนโดยไม่มีทางเลือกได้หลายทางเช่นควรตั้งเป้าหมายว่า “วันนี้ฉันจะออกกำลังกาย 30 นาที” หรือตั้งว่า “สัปดาห์นี้ฉันจะไม่รับประทานขนมหวาน”

4.ควรเป็นเป้าหมายระยะสั้น การตั้งเป้าหมายระยะสั้นในการกระทำพฤติกรรมจะมีผลต่อแรงจูงใจเนื่องจากบุคคลจะพบกับความสำเร็จที่ตั้งไว้ง่ายและเร็วและเมื่อบุคคลประสบความสำเร็จในเป้าหมายที่ตั้งไว้ก็จะมีคามพึงพอใจและเป็นแรงจูงใจให้บุคคลพยายามกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายในระยะยาวเพิ่มมากขึ้น

5. ควรเป็นเป้าหมายที่อยู่ในระดับใกล้เคียงกับความเป็นจริงและสามารถปฏิบัติได้ไม่เป็นเป้าหมายที่มีลักษณะเพื่อฝันคือสูงหรือต่ำกว่าความเป็นจริงและเป้าหมายที่ต้องสามารถปฏิบัติได้

1.2 การเตือนตนเอง (Self-monitoring) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายที่เกิดขึ้นด้วยตนเองเพื่อเป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ตนเองกระทำ การเตือนตนเองจะทำให้บุคคลรู้ว่าตนเองกระทำพฤติกรรมในลักษณะใด ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้เนื่องจากบุคคลได้เห็นข้อมูลย้อนกลับแล้วก็จะทำให้เขารู้ว่าควรทำเช่นไรต่อไปเพื่อไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ

โคเมอร์ (Cormier. 1979 อ้างใน จิตติพัฒน์ สงบกาย. 2533: 10) ได้เสนอขั้นตอนในการเตือนตนเองให้มีประสิทธิภาพไว้ดังนี้

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

นอกจากกระบวนการสังเกตตนเองที่กล่าวมาแล้ว แบนดูรา เสนอว่า ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการสังเกตตนเองอีกด้วย

1. เวลาที่ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง คือ บุคคลจะต้องทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองทันทีที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องแม่นยำและต่อเนื่อง (Bandura. 1986)

2. การให้ข้อมูลย้อนกลับจะทำให้บุคคลทราบว่าตนกระทำพฤติกรรมเป็นอย่างไรเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ถ้าเป็นไปตามเป้าหมายบุคคลก็ควรจะมีกำลังใจสูงมากขึ้นแต่ถ้าหากไม่เป็นไปตามเป้าหมายบุคคลก็จะค้นหาแนวทางแก้ไขให้ดีขึ้นต่อไป (Agras, Leitenberg & Barlow. 1968 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น. 2542: 57)

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

4. คุณค่าของพฤติกรรมที่สังเกต พฤติกรรมใดก็ตามที่บุคคลเห็นว่ามีคุณค่าต่อตนเองเขาก็ จะให้ความสนใจในการสังเกตมากกว่าพฤติกรรมที่เขาไม่เห็นคุณค่า (Kanfer. 1970 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น. 2542: 57)

5. ความสำเร็จและความล้มเหลวของพฤติกรรมที่สังเกต การที่บุคคลกระทำพฤติกรรมแล้ว ได้รับความสำเร็จบุคคลก็จะให้ความสนใจสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเองมากกว่าพฤติกรรม ที่เขากระทำแล้วล้มเหลว (Kischenbaum ;& Karoly.1977 อ้างในดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น. 2542:57)

6. ระดับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่สังเกต พฤติกรรมใดก็ตามที่บุคคลสามารถ ควบคุมได้ บุคคลก็จะสนใจสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเองมากกว่าพฤติกรรมที่เขาไม่ สามารถควบคุมได้ (Johnson and White. 1971 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น. 2542: 57)

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

พฤติกรรมจะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวขึ้นอยู่กับมาตรฐานที่นำมาประเมิน ข้อมูลที่จะ นำมาเป็นมาตรฐานได้มาจากแหล่งต่างๆ เช่น การแสดงปฏิกิริยาทางสังคมต่อพฤติกรรมของบุคคล มาตรฐานของบุคคลอื่น การตั้งมาตรฐานที่ดีคือการตั้งพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงระบุอย่างชัดเจนมี แนวทางในการกระทำอย่างแน่นอนเป็นมาตรฐานที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงและสามารถปฏิบัติได้ หลังจากทีบุคคลนำมาตรฐานมาใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินมีแนวโน้มว่าพวกเขาจะนำมาตรฐานไป ดัดแปลงใช้ในสภาพอื่นๆ และมาตรฐานนั้นยังส่งผ่านจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่งด้วยตัวแบบ และความสำเร็จทางสังคม เช่น เด็กดัดแปลงมาตรฐานของผู้ใหญ่มาใช้แล้วนำมาใช้กับเพื่อน (อรอุมา จิรนนิตกุล. 2544: 18)

เมื่อเป้าหมายหรือมาตรฐานของพฤติกรรมใดไม่ได้รับการยอมรับหรือไม่มีความชัดเจน บุคคลก็จะใช้มาตรฐานไม่สมบูรณ์ซึ่งเกิดจากวิธีการเปรียบเทียบทางสังคมซึ่ง แบนดูรา (Bandura. 1986 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น. 2542: 59-62) กล่าวไว้ดังนี้

1. การเปรียบเทียบอ้างอิงทางสังคม (Social referential comparison) เมื่อบุคคลทราบผล การกระทำต่างๆ ของตนเองจากการวัดและการประเมินก็จะมีการเปรียบเทียบการกระทำของตนเอง

กับผู้อื่นด้วยเพื่อจะได้ทราบว่า การกระทำของตนเองสูงหรือต่ำกว่าคนอื่นเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาการกระทำของตนเองให้ดีขึ้นในการประเมิน การทำพฤติกรรมของตนเองโดยการเปรียบเทียบกับผู้อื่นนั้น บุคคลสามารถเลือกเกณฑ์ในการเปรียบเทียบได้ 4 ลักษณะคือ

1.1 การเปรียบเทียบกับบรรทัดฐานที่เป็นมาตรฐานของกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มอายุ กลุ่มระดับการศึกษา กลุ่มเพศหรือกลุ่มสภาพที่อยู่อาศัย เป็นต้น ซึ่งบรรทัดฐานของกลุ่มต่างๆ เหล่านี้ได้มาจากการที่มีผู้ทำการสำรวจและหาค่าเฉลี่ยของกลุ่มนั้นๆ จนเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป แล้วและบรรทัดฐานที่บุคคลนำมาใช้ในการเปรียบเทียบกับ การกระทำของตนเองจะต้องมีลักษณะคล้ายคลึงกับตนด้วย

1.2 การเปรียบเทียบกับตนเอง คือ การที่บุคคลเปรียบเทียบผลการกระทำของตนเองกับสิ่งที่เขาได้เคยกระทำมาแล้วหรือเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตนตั้งขึ้น ซึ่งการเปรียบเทียบกับตนเองนี้จะก่อให้เกิดความท้าทายจะทำให้บุคคลพยายามกระทำพฤติกรรมให้ดีกว่าครั้งที่ผ่านมา เพราะถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมได้เท่ากับครั้งที่ผ่านมา การกระทำระดับนั้นอาจจะไม่ก่อให้เกิดความท้าทายอีกต่อไป

1.3 การเปรียบเทียบกับสังคม คือ การที่บุคคลใช้ผลการกระทำของผู้อื่นมาใช้เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบกับผลการกระทำของตนเองซึ่งผลการกระทำของผู้อื่นนำมาใช้เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบนี้จะต้องเป็นบุคคลที่อยู่ในสภาพการณ์ที่เหมือนกันหรือคล้ายกันกับตน เช่น เพื่อนร่วมชั้น หรือผู้ร่วมงาน เป็นต้น

1.4 การเปรียบเทียบกับกลุ่ม คือ การที่บุคคลเปรียบเทียบผลการกระทำของตนเองกับค่าเฉลี่ยจากการกระทำของกลุ่มโดยบุคคลจะเปรียบเทียบว่าผลการกระทำของตนเองอยู่ลำดับที่เท่าไรของกลุ่ม

2. คุณค่าของกิจกรรม องค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่งในกระบวนการตัดสินใจ คือ คุณค่าของกิจกรรม บุคคลจะสนใจตัดสินใจกิจกรรมที่ตนกระทำน้อยหากเขาพบว่ากิจกรรมนั้นมีคุณค่าต่อเขาน้อยหรือไม่มีคุณค่าต่อเขาเลยและจะใช้ความพยายามในการกระทำกิจกรรมนั้นน้อย ในทางตรงกันข้ามบุคคลจะใช้ความพยายามมากในการทำกิจกรรมที่เขาพิจารณาว่าเป็นกิจกรรมที่มีคุณค่าต่อเขามาก ส่วนกิจกรรมที่มีคุณค่าปานกลางจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมน้อย เพราะจะไม่กระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมมากนัก คุณค่าของกิจกรรมนั้นขึ้นอยู่กับมติตัดสินใจของบุคคล กิจกรรมจะมีคุณค่าถ้าบุคคลเห็นคุณประโยชน์ที่จะได้รับ

3. การอนุมานสาเหตุของพฤติกรรม การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองขึ้นอยู่กับ การรับรู้ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม บุคคลมักจะภูมิใจเมื่อตนเองประสบความสำเร็จแล้วจะบอสาเหตุว่าเป็นเพราะความสามารถและความพยายามแต่จะรู้สึกพึงพอใจกับงานไม่มากถ้าบอสาเหตุว่าเป็นปัจจัยภายนอกเพราะคิดว่าความสำเร็จนั้นมีได้มาจากความสามารถและความพยายาม

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

1. ทำหน้าที่ตอบสนองผลการประเมินพฤติกรรมของตนเอง จากกระบวนการตัดสินใจ ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมเป้าหมายได้เท่ากับหรือสูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้บุคคลจะแสดงปฏิกิริยาทางบวกต่อตนเองหรือให้รางวัลกับตนเอง แต่ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมต่ำกว่าเป้าหมายเขาจะแสดงปฏิกิริยาทางลบต่อตนเองหรือการลงโทษตนเอง หรืออาจไม่แสดงปฏิกิริยาต่อตนเองก็ได้

2. ทำหน้าที่เป็นตัวจูงใจสำหรับการกระทำพฤติกรรมของตนเอง ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายแล้วจะให้สิ่งจูงใจกับตนเอง

2.1 สิ่งจูงใจตนเองจากภายนอก ได้แก่ วัตถุประสงค์ที่สามารถจับต้องได้หรืออาจเป็นการให้เวลาอิสระกับตนเอง การกระทำที่ชอบหรือการกระทำกิจกรรมบันเทิงต่างๆ

2.2 สิ่งจูงใจตนเองจากภายในเป็นผลกรรมภายในที่บุคคลให้กับตนเองหลังจากที่ประเมินการทำพฤติกรรมของตนเองแล้วซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

- การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางบวก คือ การที่บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางบวกเมื่อกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น การยกย่อง ชื่นชมตนเอง เป็นต้น

- การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางลบ คือ การที่บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางลบเมื่อกระทำพฤติกรรมได้ต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น การตำหนิตนเอง การวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง ละอายใจ และการเสียใจ เป็นต้น

การที่บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางบวกนับว่าเป็นกลไกการส่งเสริมพฤติกรรมส่วนการแสดงผลปฏิกิริยาทางลบต่อตนเองนั้นเป็นกลไกป้องกันตนเองจากการที่ถูกสังคมหรือบุคคลภายนอกลงโทษเพราะเมื่อบุคคลลงโทษตนเองนั้นสามารถเป็นการระบายสิ่งที่ผิดพลาดที่ตนได้กระทำลงไป และจะกระทบกระเทือนจิตใจน้อยกว่าที่ถูกผู้อื่นลงโทษ

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

1. ประโยชน์ส่วนตัว (Personal Benefits) เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมกำกับตนเองแล้วบุคคลก็จะได้รับประโยชน์โดยตรงต่อตัวเขาเองเขาก็จะยึดมั่นต่อการกำกับตนเองจะทำให้กระบวนการกำกับตนเองคงอยู่ได้

2. รางวัลทางสังคม (Social Reward) การที่บุคคลมีพฤติกรรมกำกับตนเองแล้วบุคคลในสังคมให้การยกย่องชมเชย สรรเสริญ ให้เกียรติ ให้การยอมรับหรือให้รางวัลซึ่งการให้รางวัลทางสังคมเหล่านี้ก็จะมีส่วนช่วยให้กระบวนการกำกับตนเองของบุคคลคงอยู่ได้

3. การสนับสนุนจากตัวแบบ (Modeling Supports) บุคคลที่มีมาตรฐานในการกำกับตนเอง เช่น การพูดจาไพเราะ หากได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คนอื่น ๆ รอบด้านล้วนแต่มีการพูดจาไพเราะด้วยกันคนที่พูดจาไพเราะทั้งหลายเหล่านี้จะมีส่วนช่วยเป็นตัวแบบที่จะสนับสนุนซึ่งกันและกัน

4. ปฏิกิริยาทางลบจากผู้อื่น (Negative Sanctions) บุคคลที่พัฒนามาตรฐานในการกำกับตนเองขึ้นมาแล้วหากภายหลังให้รางวัลกับตนเองต่อพฤติกรรมที่ต่ำกว่ามาตรฐานก็จะทำให้บุคคลในสังคมแสดงผลปฏิกิริยาทางลบต่อตัวเขาปฏิกิริยาเหล่านี้จะส่งผลให้บุคคลย้อนกลับไปใช้มาตรฐานของเดิมของเขาอีก

5. การสนับสนุนจากสภาพแวดล้อม (Contextual Supports) บุคคลที่อยู่ในสภาพแวดล้อมซึ่งในอดีตเคยส่งเสริมให้ตนกำกับตนเองด้วยมาตรฐานระดับหนึ่งย่อมมีโอกาสกำกับตนเองด้วยมาตรฐานนั้นอีก บุคคลเช่นนี้มีแนวโน้มจะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่จะมีอิทธิพลให้ตนต้องลดมาตรฐานลงไป

6. การลงโทษตนเอง (Self – inflicted Punishment) จะเป็นหนทางช่วยให้บุคคลลดความไม่สบายใจจากการทำผิดมาตรฐานของตนได้และในหลายๆ กรณีก็เป็นกรลดปฏิกิริยาทางลบจากผู้อื่นได้ แทนที่จะถูกคนอื่นเหล่านั้นลงโทษเอาโดยตรงคนส่วนมากจะมีความรู้สึกว่าการลงโทษตนเองมีความไม่พอใจน้อยกว่าการถูกผู้อื่นลงโทษและในบางกรณีการลงโทษตนเองก็เป็นการกระทำที่ได้รับการชมเชยจากผู้อื่น

การวัดการกำกับตนเอง

จากการวิจัยของกนิษฐา จันท์ฉาย (2548) ได้สร้างแบบวัดการกำกับตนเองเกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียนประถมศึกษาโรงเรียนบารุงวิทยารุ่นบุรี กรุงเทพมหานคร โดยแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ และเป็นแบบสอบถามประเมินค่า 3 ระดับ และมีค่าความเชื่อมั่น 0.66 และวัชรารัตน์ ภูมิภูเขียว (2550) ได้สร้างแบบสอบถามการกำกับตนเองในการควบคุมน้ำหนัก โดยแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ และมีค่าความเชื่อมั่น 0.82 ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามของกนิษฐา จันท์ฉาย (2548) และ วัชรารัตน์ ภูมิภูเขียว (2552) เพื่อให้เหมาะสมกับการวิจัยในครั้งนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการกำกับตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาของมิเชล (Michael. 2003) ได้ศึกษาการกำกับตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและป้องกันภาวะอ้วน โดยได้รวบรวมมาสนับสนุนข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นจำนวนมากในการป้องกันภาวะอ้วนและการบำบัดรักษาที่มีความหลากหลายวิธีรวมกัน คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้ความรู้ โภชนาการ การออกกำลังกาย และ เทคนิคการสื่อสารระหว่างบุคคลซึ่งมีความสำคัญในการควบคุมน้ำหนัก แต่คนส่วนใหญ่มักจะไม่ปฏิบัติตามได้เนื่องจากสภาพแวดล้อม ดังนั้นการกำกับตนเองจะเป็นสิ่งที่คอยควบคุมอิทธิพลที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะอ้วนได้ และกฤษมา สุริยา (2550) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนัก โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่ากลุ่มที่ได้รับการให้โปรแกรมการกำกับตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวและค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายที่ลดลง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และวัชรารัตน์ ภูมิภูเขียว(2552) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการพัฒนาพฤติกรรมลดน้ำหนักของข้าราชการอำเภอหนองบัวลำภู จังหวัดเลย ซึ่งมีกิจกรรมการให้ความรู้ การใช้ตัวแบบจากวีดีโอ การแจกคู่มือการลดน้ำหนัก การสังเกตตนเองและประเมินพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การฝึกปฏิบัติออกกำลังกายและการจัดหาอาหารเพื่อลดน้ำหนัก การวางแผนการลดน้ำหนัก

กำหนดการลงโทษและการให้รางวัลแก่ตนเอง การให้รางวัล คำชมเชย และการให้กำลังใจ ฯลฯ ซึ่งกลุ่มที่ได้รับการกำกับตนเองมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่า การกำกับตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวความคิดการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา

5.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการกำกับตนเอง

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการกำกับตนเองกับเจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาของริชาร์ด (Richard. 1992) เกี่ยวกับการกำกับตนเองที่เกี่ยวกับเจตคติ ความตั้งใจ และพฤติกรรม พบว่า เจตคติอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะกำหนดให้มีความตั้งใจและไม่เพียงพอที่จะผลักดันให้เกิดการกระทำพฤติกรรมได้ แต่เจตคติจะมีบทบาทต่อการรู้คิดและการกำกับตนเอง และเจตคติมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายที่จะกระทำพฤติกรรมและความสำเร็จในการกระทำตามเป้าหมาย ซึ่งเจตคติเกี่ยวข้องกับการวางแผน การกำกับ และการควบคุมในการกระทำพฤติกรรม และมีผลต่อแรงจูงใจเกี่ยวกับความมุ่งมั่น ความพยายาม ที่จะทำพฤติกรรมต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำกับตนเองกับการสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาของกุกสุมา สุริยา (2550) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนัก โดยการประยุกต์ใช้แนวความคิดกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการลดน้ำหนักมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนัก คือ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียดของกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำกับตนเองกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

จากการศึกษาของ ไพโรจน์ พัวพันธ์ และเพลินจิต คันถรจนจารย์ (2551) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในหญิงวัยกลางคน อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในภาพรวมมีระดับปานกลางรวมทั้งทางด้านการปฏิบัติตนในการควบคุมอาหารและด้านการมีกิจกรรมทางกาย แต่ยังพบว่าหญิงวัยกลางคนส่วนมากยังมีปัญหาในเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูงพบว่าหญิงวัยกลางคนจำนวนมากประสบปัญหาทางด้านภาวะน้ำหนักตัวเกินแต่การควบคุมน้ำหนักตัวให้ได้ผลจำเป็นต้องอาศัยพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี และการรับรู้ความสามารถแห่งตนจะช่วยให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนซึ่งอาจนำไปสู่การปฏิบัติตนที่เหมาะสมได้

จากการศึกษาผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อการกำกับตนเอง

6. ลักษณะทางจิตที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ลักษณะทางจิต หมายถึง ลักษณะทางจิตใจที่อาจเป็นพื้นฐานของการกระทำ ที่น่าปรารถนา และการละเว้นการกระทำที่ไม่น่าปรารถนา (ดวงเดือน พันธุนาวิน. 2537 : 11) สอดคล้องกับจินตนา บิลมาต (2529 : 6) ที่ให้ความหมายว่า ลักษณะทางจิต หมายถึง ลักษณะพื้นฐานหรือองค์ประกอบทางจิตใจที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่น่าปรารถนาส่วน ชัยนาถ นาคนบุปผา (2540 : 4) ได้ให้ความหมายว่า ลักษณะทางจิต หมายถึงแบบแผนพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดจากการรับรู้ และการตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือเรื่องราวต่าง ๆ ในประสบการณ์ของชีวิตจากความหมายของจิตลักษณะดังกล่าว พอสรุปได้ว่า ลักษณะทางจิต หมายถึง ลักษณะพื้นฐานทางจิตใจที่อาจเป็นสาเหตุของการกระทำ พฤติกรรมที่น่าปรารถนา และละเว้นการกระทำ พฤติกรรมที่ไม่น่าปรารถนาของบุคคลซึ่งเป็นแบบแผนพฤติกรรมที่เกิดจากประสบการณ์ของชีวิต

6.1 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน

ความหมายของความรู้

ความรู้ หมายถึง ความสามารถในการจดจำหรือระลึกได้ซึ่งประมวลจากประสบการณ์ต่างๆ ที่เคยได้รับรู้มา (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2536: 196) และกรีนและกรูเตอร์ (Green ;& Kreuter. 2005; 154 – 155) กล่าวถึงความรู้ว่า เป็นสิ่งที่สะสมความรู้ ความเข้าใจจากประสบการณ์และความตระหนักในสิ่งนั้นๆ สิ่งที่เกิดขึ้นจะถูกจดจำและระลึกได้ ในที่สุดก็จะวิเคราะห์ที่ทักษะที่เกี่ยวกับสิ่งนั้น การเพิ่มพูนความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เสมอไป ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพบางอย่างมีความจำเป็นน้อยหากปฏิบัติเกี่ยวกับสิ่งนั้นสามารถนำไปพบกับสิ่งที่เราต้องการได้ และกู๊ด (Good. 1973 : 325) ได้ให้ความหมาย ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมไว้

ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน

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

ผลเสียของภาวะอ้วนมีหลายประการ ดังนี้ 1) ด้านเศรษฐกิจ คือ คนอ้วนส่วนมากต้องมีค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันสูงกว่าคนปกติทั่วไป ทั้งในด้านอาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และยารักษาโรคเพราะคนอ้วนมักกินอาหารมากกว่าคนปกติทั่วไป ที่อยู่อาศัยต้องปลอดโปร่งอยู่สบาย

เพราะคนอ้วนเป็นคนขี้ร้อน ซึ่งอาจต้องใช้ทั้งพัดลม เครื่องปรับอากาศ เพื่อบรรเทาความร้อน เครื่องนุ่งห่ม ต้องใช้ผ้าในปริมาณมากจึงจะปกปิดร่างกายได้มิดชิด เป็นต้น 2) ด้านสังคม โดยทั่วไป สังคมจะชื่นชมบุคคลที่มีรูปร่างสมส่วน แข็งแรง หน้าตาสดใสที่แสดงถึงความมีสุขภาพที่แข็งแรง แต่งกายได้สวยงาม น่าดู น่าชม ในขณะที่คนอ้วนมักจะถูกวิจารณ์ไปต่างๆ นานาในเรื่องการสมัครงานหรือหางานทำ นายจ้างมักจะพิจารณารูปร่างหน้าตาของผู้สมัครร่วมด้วย 3) ด้านสุขภาพ ภาวะอ้วนนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคที่ไม่ติดต่อหลายโรค เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเกี่ยวกับกระดูกและข้อ โรคมะเร็งบางชนิด เป็นต้น ซึ่งเป็นโรคที่รักษาเรื้อรังทำให้เป็นภาระแก่ครอบครัว ทั้งในเรื่องการดูแลและค่าใช้จ่ายนอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุของการตายก่อนวัยอันควร (บุญยงสุข เกษมสันต์ ดุลยจินดา. 2544 และกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2548) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ความอ้วนเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ที่ควรได้รับการแก้ไขทั้งในระดับโลก ประเทศ ชุมชนทุกพื้นที่ รวมทั้งควรมีการรณรงค์ให้คนที่ยังไม่ประสบปัญหาได้ใส่ใจตนเองด้วยการป้องกันภาวะอ้วนเพื่อลดความเสี่ยงจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากภาวะอ้วน

สาเหตุหลักของภาวะอ้วนเกิดจากความไม่สมดุลของการใช้พลังงานทำให้มีการสะสมไขมันมากเกินไป โดยเกิดจากสาเหตุ ดังนี้ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2548) คือ 1) พฤติกรรมการบริโภค คือ การรับประทานอาหารมากกว่าพลังงานที่ใช้ไปในการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การรับประทานอาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล ไขมัน และอาหารแคลอรีสูง เช่น หนังกุ้งทอด มันหมู หมูสามชั้น ขาหมู ฯลฯ จนเกิดการสะสมเป็นเซลล์ไขมันอยู่ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ต้นแขน ต้นขา หน้าท้อง 2) พฤติกรรมการขาดการมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ 3) ภาวะทางด้านจิตใจ เช่น ความเครียดทำให้เกิดความอยากอาหารมากขึ้น 4) ภาวะอ้วนที่เกิดจากพันธุกรรม ถ้าพ่อแม่เป็นภาวะอ้วน ลูกที่เกิดมาก็มีโอกาสเป็นภาวะอ้วนสูงโดยพบว่าถ้าบิดา มารดามีน้ำหนักเกินร้อยละ 80 บุตรจะอ้วน แต่ถ้ามีเพียงคนเดียวคนหนึ่งที่อ้วน อุบัติการณ์อ้วนในบุตรจะลดลงเหลือร้อยละ 40 และถ้าบิดา มารดาผอมทั้งคู่ อุบัติการณ์อ้วนในบุตรจะลดลงเหลือร้อยละ 14 5) ภาวะอ้วนที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของต่อมไร้ท่อ ทำให้การผลิตฮอร์โมนบางชนิดผิดปกติ เช่น สเตียรอยด์ เป็นต้น ต้องรักษาที่ต้นเหตุ คือ ฮอร์โมนที่มีความผิดปกติจึงจะรักษาภาวะอ้วนชนิดนี้ได้ 6) พฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสมให้มีการใช้พลังงานต่ำ และทำให้เสียโอกาสในการทำกิจกรรม หรือออกกำลังกายที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น การจราจรที่ติดขัดทำให้คนทำงานส่วนใหญ่ต้องนั่งอยู่บนรถยนต์หลายชั่วโมงต่อวัน เป็นต้น

โดยแบนดูรา (Bandura.1997: 206) กล่าวว่าความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อของคนมีบทบาทสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรม และมีเชลและมิเชล กล่าวว่า (Mischel;& Mischel. 1976 : 5) ตามหลักจิตวิทยาการกระทำพฤติกรรมใดๆ ของบุคคลจะเกิดขึ้นได้นั้นจะต้องมีองค์ประกอบ 2 อย่าง ได้แก่ ความรู้ความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ความสามารถดังกล่าวรวมทั้งความรู้ ทักษะ กฎเกณฑ์ สติปัญญาที่จะทำให้บุคคลสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมได้ 2) ความต้องการที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น จากหลักการนี้จะเป็นแนวทางในการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ แม้ความรู้ความ

เข้าใจจะเป็นพื้นฐานของความสามารถที่จะนำพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ แต่จะนำไปปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล คนที่มีความรู้ความสามารถจะกระทำในสิ่งที่ตนสามารถจนเป็นพฤติกรรมปกติหรือเป็นกิจวัตรนั้น ต้องอาศัยการมีความต้องการที่จะกระทำ จึงต้องสร้างจิตลักษณะอีกหลายด้าน ให้บุคคลกระทำพฤติกรรมสุขภาพซึ่งแรงจูงใจและบุคลิกภาพที่จะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมโดยสม่ำเสมอเป็นจิตลักษณะที่เกิดภายในตัวบุคคล เพราะพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งที่ต้องทำให้สม่ำเสมอจึงเป็นความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลโดยเฉพาะ

จากการประมวลเอกสารแสดงความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน พบว่า ภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอื่นๆ ที่อันตรายและอาจเป็นสาเหตุนำไปสู่การสูญเสียชีวิตได้ โดยจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด แสดงให้เห็นว่าการมีความรู้ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา เป็นตัวทำนายทางจิตที่สำคัญต่อภาวะอ้วน จึงสามารถสรุปได้ว่าความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน หมายถึงความสามารถในการจดจำ เข้าใจ และวิเคราะห์ ข้อมูลสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับภาวะอ้วน ทั้งปัจจัยเสี่ยง ความรุนแรง การเกิดโทษ และการป้องกันภาวะอ้วน เข้าใจข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน

ระดับความรู้

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 และเอมอัชมา วัฒนบุชานน. 2542 : 137) และอรพรรณ พรหมเชยธีระ (2549) สร้างแบบวัดความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 12 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น

เท่ากับ .70 ซึ่งในแต่ละข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบ เกณฑ์การให้คะแนนคือตอบถูก ได้ 1 ตอบผิด หรือไม่ทราบ ได้ 0 และบุตรีนทร์ 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 $r = 0.2 - 0.8$

งานวิจัยที่เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วนกับเจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาของณิชาพัฒน์ ชีระพลเศรษฐ์ (2552) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนและพฤติกรรมในการควบคุมและลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าการมีความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนที่ถูกต้อง จะส่งผลถึงทัศนคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนและเกี่ยวเนื่องถึงพฤติกรรมในการควบคุมและลดน้ำหนักที่ถูกต้องตามไปด้วย และศศิธร อุตสาหกิจ (2550) ได้ศึกษาการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักและดัชนีมวลกายในสตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินโดยการให้ความรู้และคำแนะนำรายกลุ่มเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก พบว่า การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนทำให้สตรีวัยกลางคนมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักดีขึ้นและดัชนีมวลกายลดลงแสดงให้เห็นว่าความรู้มีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนและมีผลทางตรงและทางอ้อมต่อการกำกับตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ

จากการประมวลเอกสารที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วนมีอิทธิพลทางตรงต่อเจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วนมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการกำกับตนเองและพฤติกรรมสุขภาพผ่านเจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ

6.2 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นหนึ่งในแนวคิด 3 ประการของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา ซึ่งประกอบด้วย แนวคิดของการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning) แนวคิดของการควบคุมตน (Self-control) และแนวคิดของการรับรู้ความสามารถของตน ในระยะแรกแบนดูราเสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถของตนเอง (Efficacy Expectation) โดยให้ความหมายว่า เป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตน ในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม แต่ต่อมาแบนดูราได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-efficacy) โดยที่แบนดูราเน้นไม่ได้กล่าวถึงคำว่า คาดหวังอีกเลย (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2549: 47-60) โดยแบนดูรา

(Bandura.1997) มีความเชื่อว่ามนุษย์มีความกระตือรือร้นที่จะควบคุมสภาพแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อชีวิตของเขา แต่เขาไม่เห็นด้วยกับนักทฤษฎีที่กล่าวว่าความต้องการที่จะควบคุมเป็นแรงขับที่มีมาแต่กำเนิดของมนุษย์ เขาเห็นว่ามนุษย์ทุกคนอย่างน้อยก็พยายามที่จะมีอิทธิพลต่อสิ่งที่มีผลกระทบต่อชีวิตเขา ซึ่งไม่ได้แสดงว่าเป็นแรงจูงใจที่มีมาแต่กำเนิดของมนุษย์และก็ไม่ได้หมายความว่า การควบคุมจะเป็นเป้าหมายสุดท้าย เขาเชื่อว่าการที่มนุษย์ใช้วิธีการควบคุมสิ่งแวดล้อมที่ได้มาซึ่งผลลัพธ์ที่พึงปรารถนา และป้องกันผลลัพธ์ที่ไม่พึงปรารถนาจะมีคุณค่ามหาศาลและจะเป็นแหล่งจูงใจที่สำคัญของมนุษย์ต่อไปในบรรดากลไกของการกระทำอย่างตั้งใจ เพื่อให้บังเกิดผลบางประการไม่มีกลไกใดสำคัญไปกว่าความเชื่อในความสามารถของตน แม้ว่าความรู้และทักษะจะเป็นสิ่งจำเป็นต่อการปฏิบัติงานให้บรรลุผลได้แต่ก็ยังไม่เพียงพอเพราะบุคคลมักไม่ปฏิบัติให้ดีที่สุด แม้เขาจะรู้ว่าต้องทำอะไรบ้าง ถ้าเขาไม่เชื่อว่าตนมีความสามารถพอที่จะกระทำ (Bandura.1986 อ้างอิงใน วิลาสลักษณ์ ชวัลลีย์. 2542) และการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดก็ด้วยการรับรู้ความสามารถของตน ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลได้ดีกว่าผลของการกระทำในครั้งที่ผ่านมา (สุกัญญา กฤษณะเศรษฐี. 2542:18 อ้างอิงจาก Pajares.1997 :3)

ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตน

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-efficacy) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura.1997 : 3)

แบนดูรามีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน แบนดูราเห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพการณ์นั้นๆ นั่นเอง นั่นคือถ้าเรามีการรับรู้ว่าเรามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้น คนที่รับรู้ว่าจะตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2549: 47-60) และ วิลาสลักษณ์ ชวัลลีย์ (2542) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลว่า บุคคลจะมีวิธีการอย่างไร มีความพยายามเพียงใด อดทนต่ออุปสรรคและความล้มเหลวได้มากน้อยเพียงใด มีแบบแผนการคิดที่จะขัดขวางหรือให้กำลังใจตนเอง มีความเครียดเพียงใดในการจัดการกับเหตุการณ์ที่ยากลำบาก เป็นต้น

สรุปได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำพฤติกรรมสุขภาพและความมั่นใจของบุคคลว่าสามารถกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้มากน้อยเพียงใด และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อความพยายามในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลได้

อิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ

การรับรู้ความสามารถของตนจะเป็นตัวกำหนดตัวหนึ่งว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมอย่างไร มีแบบแผนในการคิดอย่างไรและมีการตอบสนองทางด้านอารมณ์อย่างไรเมื่ออยู่ในสภาพการณ์ที่ต้องใช้ความพยายามสูง การรับรู้ความสามารถของตนจึงเป็นตัวกำหนดในเรื่องต่อไปนี้

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

กระบวนการจูงใจ (Motivation Process) ความสามารถที่จะจูงใจตนเองและกระทำตามที่ตั้งเป้าหมายจะมีพื้นฐานมาจากกระบวนการคิด ขณะที่คาดการณ์ในอนาคตจะทำให้เกิดแรงจูงใจและการควบคุมการกระทำของตนเองได้ กล่าวคือ สิ่งที่คิดเอาไว้ล่วงหน้าจะถูกเปลี่ยนให้เป็นสิ่งจูงใจและการกระทำซึ่งจะถูกควบคุมด้วยกระบวนการกำกับตนเองแรงจูงใจส่วนใหญ่ของมนุษย์เกิดจากการคิด และความเชื่อในความสามารถของตนก็จะมีบทบาทสำคัญในการคิดที่เป็นพื้นฐานของแรงจูงใจ บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองและตั้งเป้าหมายไว้สูงจะมีแรงจูงใจในการกระทำและจะปฏิบัติงานได้ดีกว่าคนที่สงสัยในความสามารถของตนเอง

กระบวนการด้านความรู้สึก (Affective Process) การรับรู้ความสามารถของตนสามารถมีผลกระทบต่อประสบการณ์ทางอารมณ์โดยผ่านการควบคุมตนเองทางด้านความคิดการกระทำ และความรู้สึก ในด้านการคิด ความเชื่อในความสามารถของตนมีอิทธิพลต่อความสนใจและการตีความเหตุการณ์ในชีวิตที่อาจให้ความรู้สึกในทางบวกหรือทางลบได้ และมีผลต่อการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะควบคุมความคิดทางลบที่เกิดขึ้นได้หรือไม่ด้วย ด้านการกระทำ การรับรู้ความสามารถของตนจะจัดการกับสภาวะอารมณ์โดยการส่งเสริมการกระทำที่มีประสิทธิผลเพื่อเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในลักษณะที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ได้ ส่วนด้านความรู้สึก จะเกี่ยวข้องกับการรับรู้ว่าคุณสามารถทำให้สภาวะทางอารมณ์ของตนที่ไม่ดีให้ดีขึ้นได้หรือไม่

กระบวนการเลือก (Selection Process) บุคคลมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงกิจกรรมและสภาพการณ์ที่เขาเชื่อว่ายากเกินความสามารถของเขา และบุคคลจะกระทำกิจกรรมและเลือกสิ่งแวดล้อมที่เขาแน่ใจว่ามีความสามารถของเขา และบุคคลจะกระทำกิจกรรมและเลือกสิ่งแวดล้อมที่เขาแน่ใจว่ามีความสามารถที่จะจัดการได้ ผู้ที่ยังมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะเลือกกิจกรรมที่ยังมีความท้าทาย

กระบวนการทั้งสี่ที่กล่าวมานี้โดยปกติจะทำงานร่วมกันมากกว่าแยกจากกันในการดำเนินการกำกับพฤติกรรมมนุษย์

แหล่งที่มาของการรับรู้ความสามารถของตน

แบนดูรากล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเกิดจาก 4 แหล่งที่สำคัญต่อไปนี้

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

การสังเกตตัวแบบ (Vicarious Experience) การที่เห็นบุคคลอื่นที่คล้ายคลึงกับตนประสบความสำเร็จ ก็สามารถเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนได้ คือ บุคคลจะเห็นว่าตนก็มีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมในทำนองเดียวกันนั้นได้สำเร็จเช่นเดียวกัน และการที่สังเกตผู้อื่นที่เห็นว่ามีความสามารถใกล้เคียงกับตนล้มเหลวทั้งๆที่เขาได้พยายามมากแล้วก็จะทำให้การตัดสินความสามารถของตนต่ำลงได้

การพูดชักจูง (Verbal Persuasion) การพูดชักจูงเป็นวิธีการที่ใช้กันอย่างแพร่หลายที่จะทำให้บุคคลเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมให้สำเร็จได้ การพูดชักจูงที่ได้ผลมากขึ้นจะต้องเป็นเรื่องที่เป็นไปได้ การพูดชักจูงในเรื่องที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง อาจทำลายความรู้สึกของผู้ฟังว่าตนมีความสามารถได้และทำให้ผู้ชักจูงไม่ได้รับความเชื่อถือ

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

การตัดสินความสามารถนี้จะต้องผ่านกระบวนการรู้คิด (Cognitive Processing) กล่าวคือ บุคคลจะมีการคัดเลือก ชั่งน้ำหนัก และบูรณาการ ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ บางคนจะบวกข้อมูลเรื่องความสามารถของตนเข้าด้วยกัน คือ ถ้ายังมีหลายตัวบ่งชี้ก็ยิ่งเชื่อว่าตนมีความสามารถ ส่วนบางคนก็จะรวมในลักษณะของการคูณ คือ ให้น้ำหนักแก่สิ่งบ่งชี้บางตัวมากกว่าบางตัว เพราะแหล่งบ่งชี้ถึงความสามารถแต่ละแหล่งนอกจากจะให้ข้อมูลมากน้อยแตกต่างกันแล้ว ยังให้ข้อมูลที่เชื่อถือได้มากน้อยแตกต่างกันด้วย ความสามารถในการตระหนักได้อย่างชัดเจนถึงแหล่งที่ให้ข้อมูลความสามารถในการให้น้ำหนักสำคัญของข้อมูล และความสามารถในการรวมข้อมูลต่างๆ เข้าด้วยกันจะดีขึ้นถ้าบุคคลมีทักษะในการจัดกระทำกับข้อมูลเพิ่มขึ้น ซึ่งทักษะดังกล่าว ได้แก่ ความตั้งใจ ความจำ การอ้างอิงถึง และการบูรณาการ เพื่อการสร้างมโนทัศน์เรื่องความสามารถของตน

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 ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ในความสามารถแห่งตนเองต่ำ มักจะหลีกเลี่ยงงาน ท้อถอย ขาดความมั่นใจในตนเอง ซึ่งเป็นการปิดโอกาสที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเอง อย่างไรก็ตามบุคคลที่ประเมินความสามารถของตนเองสูงเกินไปก็มักจะประสบความล้มเหลวในการทำงาน และส่งผลให้เกิดความเครียด ความผิดหวัง และรู้สึกว่าการล้มเหลวนี้เป็นสิ่งที่เลวร้าย ไม่สามารถแก้ไขได้ ส่วนบุคคลที่ประเมินความสามารถของตนเองต่ำกว่าที่เป็นจริง มักจะขาดความพยายาม และความมุ่งมั่นในการทำงาน และมีความสงสัยเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ดังนั้น ถ้าบุคคลประเมินความสามารถของตนเองถูกต้อง จะส่งผลต่อการเลือกกิจกรรม ทำให้การกระทำนั้นมีโอกาสประสบความสำเร็จสูง และในการประเมินความสามารถของตนเองที่ดี ต้องประเมินสูงกว่าที่บุคคลนั้นสามารถที่จะทำได้เล็กน้อยจึงจะทำให้บุคคลทำกิจกรรมที่ยากพอเหมาะและท้าทายความสามารถ

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

3. แบบแผนของความคิดและการตอบสนองทางอารมณ์ (Thought Patterns and Emotion Reaction) การตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลจะมีอิทธิพลต่อกระบวนการคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ของบุคคลในระหว่างที่กระทำพฤติกรรม และมีผลต่อการคาดคะเนเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในกายภาคหน้าของเขา บุคคลซึ่งรับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูงจะมีความพยายามและเอาใจใส่ในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ มาก และเมื่อพบกับอุปสรรคต่างๆ บุคคลก็จะกระตุ้นตนเองให้ใช้ความพยายามมากยิ่งขึ้น ส่วนบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำมีแนวโน้มที่จะมี

ปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อตนเองทางลบ เช่น ไม่มีความสุข มีความหวาดหวั่น มีความเครียดสูง และเขาจะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ อย่างไม่เต็มความสามารถอันจะส่งผลให้บุคคลประสบกับความล้มเหลวในการกระทำพฤติกรรมมากยิ่งขึ้น จากการศึกษาของคอลลิน (Collin, 1982) พบว่า ในการแก้ปัญหาที่ยาก ๆ นั้นนักเรียนที่มีการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูงมักจะอนุমানสาเหตุของความล้มเหลวว่าเกิดจากการขาดความพยายาม ส่วนนักเรียนที่มีการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำจะอนุমানสาเหตุของความล้มเหลวว่าเกิดจากการขาดความสามารถ

4. เป็นสิ่งที่กำกับผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมมากกว่าเป็นสิ่งที่ทำนายพฤติกรรม (Humans as Producer rather than Simply Foretellers of Behavior) นั่นคือ บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงมักจะเป็นคนที่พยายามกระทำพฤติกรรมและจะยอมรับผลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน จะเลือกการกระทำที่มีลักษณะท้าทาย และจะใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อให้การกระทำนั้นบรรลุเป้าหมาย แม้ว่าในบางครั้งการกระทำนี้จะประสบความล้มเหลวบ้างก็ตาม เขาก็จะไม่ท้อถอยและจะไม่อ้างว่าเป็นเรื่องโชคชะตา แต่เขาจะให้เหตุผลของความล้มเหลวที่เกิดขึ้นว่า เป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จต่อไป ซึ่งต่างจากบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ มักจะเป็นคนที่ไม่ค่อยกระทำพฤติกรรมจะรอให้ความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการกระทำเป็นไปตามความเชื่อหรือคำทำนายและมักจะหลีกเลี่ยงการกระทำที่มีลักษณะยาก ๆ ขาดความพยายามมีความทะเยอทะยานต่ำและมีความเครียดสูง

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

การวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

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

1. มิติตามขนาดหรือตามระดับ (Level) หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นของบุคคลในการกระทำกิจกรรมซึ่งจะผันแปรตามความยากง่ายของงานที่จะกระทำ บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่ำหรือขีดความสามารถทำงานได้เฉพาะเรื่องง่าย ๆ หากถูกมอบหมายให้ทำกิจกรรมที่

ยากเกินความสามารถก็จะส่งผลให้บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองต่ำ ขาดความมั่นใจ และมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงที่จะทำงานที่ยากนั้น

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

3. มิติความเป็นสากล (Generality) หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในความสำเร็จที่เคยประสบในอดีต และสามารถนำเอาทักษะจากประสบการณ์นั้นมาใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความคล้ายคลึงกันในต่างสถานการณ์ได้

ลีและบอบโก (Lee ;& Bobko. 1994 : 364 – 369) ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดของแบนดูราพบว่ามีการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4 วิธีคือ

1. การวัดความเข้มหรือความมั่นใจ (Self – efficacy Strength) เป็นวิธีที่นำมาใช้วัดการรับรู้ความสามารถของตนเองมากที่สุด วิธีการวัดทำโดยการถามผู้ตอบถึงความมั่นใจว่าเขาสามารถปฏิบัติที่มีความยากของงานเพิ่มขึ้นได้เพียงใด ข้อคำถามมักมีลักษณะให้ประเมินความมั่นใจจากไม่มีความมั่นใจ (0) จนถึงมีความมั่นใจเต็มที่ (10) หรืออาจทำโดยใช้มาตราส่วนแบบอื่นๆก็ได้ เช่น จากร้อยละ 0 ถึง ร้อยละ 100 เป็นต้น

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

3. การวัดแบบผสม คือ การวัดที่ใช้ทั้งความมั่นใจ และระดับความยาก พบว่า มีการวิจัยจำนวนหนึ่งที่ใช้การวัดแบบผสมนี้ โดยช่องหนึ่งเป็นแบบใช่ /ไม่ใช่ ส่วนอีกช่องหนึ่งจะเป็นมาตราส่วนประเมินค่าหรือใช้ประเมินเป็นร้อยละ การรวมคะแนนจะทำการรวมคะแนนของความมั่นใจ เฉพาะข้อที่ผู้ตอบว่าใช่ในการวัดระดับความยาก การวัดแบบนี้ พบว่า เป็นการวัดที่สอดคล้องกับแนวความคิดของแบนดูรามากที่สุด

4. การวัดความเข้มหรือความมั่นใจ โดยใช้ข้อคำถามเพียงข้อคำถามเดียวเกี่ยวกับงานที่กำหนดแล้วให้ผู้ตอบประเมินค่าระดับความมั่นใจของตนเองต่อการทำงานที่กำหนดนั้น ซึ่งวิธีนี้เรียกว่า One – Item Confidence Rating

จากการศึกษาแบบวัดของดรูณี ดลรัตน์การ (2545) ที่ได้สร้างแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของกลุ่มของผู้ใหญ่ในวัยกลางคน โดยการดัดแปลงจากกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender.1996) มีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อลักษณะคำตอบเป็นมาตรา

ส่วนประเมินค่า 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และ นิศารัตน์ เซตวรณ (2543) ได้ใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ซึ่งแปลมาจากแบบสอบถามกลวิธีที่ประชาชนใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของเลฟและโอเวนมีข้อคำถามจำนวน 29 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 นำฝน ทองตันไตรย์ (2541) ได้สร้างแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนโดยลักษณะแบบประเมินมีความเฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ เป็นข้อคำถามมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

สรุปได้ว่า ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินแบบเฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ซึ่งส่วนใหญ่สร้างโดยการดัดแปลงมาจากแนวคิดของซีเรอร์และแมตดอกรี และดัดแปลงมากจากกรอบแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura.1986) ข้อคำถามจะมีลักษณะเฉพาะเจาะจงกับเรื่องที่จะศึกษา และปรับมาจากแบบสอบถามของ ดรุณี ดลรัตนการ (2545) นิศารัตน์ เซตวรณ (2543) และนำฝน ทองตันไตรย์ (2541) 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

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนกับการกำกับตนเอง

จากการศึกษาของ ไพโรจน์ พัวพันธ์ และเพลินจิต คันถรจนาคารย์ (2551) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในหญิงวัยกลางคน อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในภาพรวมมีระดับปานกลางรวมทั้งทางด้านการปฏิบัติตนในการควบคุมอาหารและด้านการมีกิจกรรมทางกาย แต่ยังพบว่าหญิงวัยกลางคนส่วนมากยังมีปัญหาในเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูงพบว่าหญิงวัยกลางคนจำนวนมากประสบปัญหาทางด้านภาวะน้ำหนักตัวเกินแต่การควบคุมน้ำหนักตัวให้ได้ผลจำเป็นต้องอาศัยพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี และการรับรู้ความสามารถแห่งตนจะช่วยให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนซึ่งอาจนำไปสู่การปฏิบัติตนที่เหมาะสมได้ และดรุณี ดลรัตนการ (2545) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่วัยกลางคน พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักและการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักในกลุ่มผู้ใหญ่วัยกลางคนได้ร้อยละ 28.4 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ และแอนนิซี และ โกจารา (Annesi;&

Gorjala. 2010) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการกำกับตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย การรับประทานอาการและการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของใช้ทักษะการกำกับตนเองด้วยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกายที่เกิดจากพฤติกรรมรับประทานอาการและการออกกำลังกาย พบว่า การกำกับตนเองของพฤติกรรมออกกำลังกายและการรับประทานอาการมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

จากการประมวลเอกสารพบว่าทั้งการกำกับตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเองมีส่วนสำคัญในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกาย ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อการกำกับตนเอง และส่งผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ

6.3 แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายของเจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ

เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ อาจแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งต่างๆในทางบวก คือ เห็นด้วย พอใจ ยอมรับหรือสนับสนุน หรือในทางลบ คือ ไม่เห็นด้วย ไม่พอใจ ไม่ยอมรับ หรือไม่สนับสนุน (พินิตา พัฒนบณเมือง. 2545) สอดคล้องกับ พวงรัตน์ ทวีรัตน์ (2540) ได้ให้ความหมายว่าเจตคติ หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลอันเป็นผลเนื่องมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ และเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมสุขภาพต่อสิ่งต่างๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นไปในทางสนับสนุนหรือต่อต้านก็ได้ เช่นเดียวกับไอเซนและฟิชไบน์ กล่าวว่า เจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Attitude towards behavior) (Ajzen and Fishbein. 1980; ธีระพร อุวรรณโณ. 2535: 255-265; ศิริวรรณ โพธิ์วัน. 2546: 24-26; อังอิงใน พัทรี ดวงจันทร์. 2550.36 - 39) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นว่าเป็นทางบวกหรือทางลบ หรือสนับสนุน-ต่อต้านการกระทำนั้นๆ โดยทั่วไปถ้าบุคคลมีเจตคติทางบวกมากเท่าใด ก็ควรมีเจตนาหนักแน่นที่จะกระทำพฤติกรรมมากเท่านั้น ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมีเจตคติทางลบมากเท่าใด ก็ควรมีเจตนาหนักแน่นที่จะไม่กระทำพฤติกรรมมากเท่านั้น ดวงเดือน พันธมนาวิน (2524 : 5 - 9) กล่าวว่า เจตคติ (Attitude) หมายถึง การที่บุคคลประเมินสิ่งหนึ่งสิ่งใดในลักษณะของความชอบหรือไม่ชอบ เจตคติจะรวมเอาความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อว่าสิ่งนั้นมีประโยชน์หรือมีโทษไว้ด้วย เจตคติของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้นจะประกอบด้วย 1) ความรู้เชิงประเมินค่า (Cognitive Component) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของหรือเหตุการณ์ต่างๆ รวมทั้งความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งนั้นๆ ว่าดีหรือเลว มีประโยชน์หรือโทษสูงต่ำเพียงใด และความรู้เชิงประเมินค่านี้อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลด้วย 2) ความรู้สึก (Affective Component) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลในลักษณะชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจต่อสิ่งนั้นๆ การที่บุคคลรู้ว่าสิ่งใดมีโทษ บุคคลนั้นก็จะมีรู้สึกไม่ชอบหรือ

เกลียดสิ่งนั้น ส่วนมากแล้วความรู้สึกพอใจของบุคคลต่อสิ่งนั้นๆ ด้วย 3) ความพร้อมที่จะกระทำ (Behavior Intention Component or Action Tendency Component) หมายถึงความพร้อมที่จะแสดงออกมาในรูปของความช่วยเหลือ ให้การสนับสนุนหรือยอมรับในสิ่งที่ตนพอใจ หรือเห็นว่ามีประโยชน์ แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีความรู้สึกว่สิ่งนั้นมีโทษเขาก็จะปฏิเสธและไม่สนับสนุนส่งเสริมสิ่งนั้น

องค์ประกอบของเจตคติ

เจตคติเป็นตัวแปรที่การวิจัยทางสาธารณสุขในปัจจุบันได้ให้ความสนใจศึกษา เนื่องจากมีการศึกษา พบว่า เจตคติเป็นตัวแปรหนึ่งที่จะทำนายพฤติกรรม ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขของบุคคลนั้นได้ ปัจจุบันมีแนวคิดที่อธิบายองค์ประกอบเจตคติไว้ 3 แนวคิด ดังนี้ (นีออน พิณประดิษฐ์. 2541)

เจตคติมี 3 องค์ประกอบ แนวคิดนี้จะระบุว่าเจตคติมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านความรู้คิด (Cognitive Component) ประกอบด้วย ความเชื่อ ความรู้ ความคิดและความคิดเห็น 2) องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective Component) หมายถึง ความรู้สึกชอบ - ไม่ชอบ หรือทำทางที่ดี - ไม่ดี 3) องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) หมายถึง แนวโน้มหรือความพร้อมที่บุคคลจะปฏิบัติ

เจตคติมี 2 องค์ประกอบ แนวคิดนี้จะระบุว่า เจตคติมี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านความรู้คิด (Cognitive Component) 2) องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective Component)

เจตคติมี 1 องค์ประกอบ แนวคิดนี้จะระบุว่าเจตคติมีองค์ประกอบเดียว คือ อารมณ์ ความรู้สึกในทางชอบหรือไม่ชอบที่บุคคลมีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด

นอกจากนั้น เจตคดียังมีลักษณะอีก 2 ประการ คือ 1) มีทิศทาง (Direction) หมายถึง เจตคติของบุคคลที่มีทิศทางไปในทางบวกหรือลบ ดีหรือเลวพอใจหรือไม่พอใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์หนึ่งสถานการณ์ใด 2) เจตคติมีปริมาณ (Magnitude) หมายถึง ความเข้มหรือความรุนแรง กล่าวคือ บุคคลมีเจตคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดรุนแรงสูงหรือเจตคติต่ออีกสิ่งหนึ่งไม่รุนแรงหรือเบา ปริมาณเหล่านี้ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ของสิ่งของหรือสถานการณ์นั้น จึงควรจะวัดเจตคติตามองค์ประกอบ และคะแนนทิศทาง ตลอดจนความรุนแรงของเจตคติต่อสิ่งหนึ่ง

การวัดเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ

แบบวัดเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบวัดของอุบล เลี้ยววาริน (2534) ที่สร้างแบบวัดเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เชิงประเมินค่าเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับจากจริงที่สุด ถึงไม่จริงเลย ควบคู่กันไป มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 และศศิธร ภูษยัน (2546) ได้สร้างแบบวัดเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับจากจริงที่สุด ถึงไม่จริงเลย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และอุดมศักดิ์ แสงวานิช (2546) ได้สร้างแบบวัดเจตคติต่อ

พฤติกรรมสุขภาพเช่นเดียวกัน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับจากจริงที่สุด ถึงไม่จริงเลย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 และสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) ได้สร้างแบบสอบถามเจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลกรรรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ จาก จริงที่สุด ถึง ไม่จริงเลย มีค่าความเชื่อมั่น 0.82

งานวิจัยเกี่ยวกับเจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

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

จากการประมวลเอกสาร สรุปได้ว่า เจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การประเมินทางบวก-ลบ ของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นความรู้สึกโดยรวมของบุคคลในลักษณะชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และ การจัดการความเครียด ของผู้เข้ารับบริการภาวะอ้วน ซึ่งเจตคติเป็นตัวแปรสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลและเมื่อบุคคลมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมแล้วจะส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า คนที่มีเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าแสดงว่ามีเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพดีกว่า คนที่มีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่าแสดงว่ามีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่า ใน การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัดที่ปรับมาจากศศิธร ภูษยัณ (2546) และอุดมศักดิ์ แสงวานิช (2546) และสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) โดยมีการปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับการศึกษาในครั้งนี้ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบวัดมาตราประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” มีข้อคำถามที่มีทั้งทางบวกและทางลบ

6.4 แนวคิดเกี่ยวกับความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ในโครงการกับพฤติกรรมสุขภาพ ความหมายความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ในโครงการ

ความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ในโครงการ หมายถึง ความคาดหวังว่าเจ้าหน้าที่ในโครงการจะกระทำในสิ่งที่พึงพอใจ และเป็นการเต็มใจที่จะยอมรับความเสี่ยงโดยความไว้วางใจจะยังไม่ปรากฏในระยะแรกของสัมพันธภาพเพราะเป็นสิ่งที่เกิดจากการสั่งสมของประสบการณ์ (Rempel, Holmes ;& Zanna. 1985 : 95 citing Scanzoni. 1979) สอดคล้องกับเมเยอร์ เดวิส และชัวร์แมน (Mayer, Davis ;& Schoorman. 1995 : 712) กล่าวว่า ความไว้วางใจ หมายถึง ความเต็มใจที่จะยอมรับความเสี่ยงในการกระทำของอีกฝ่าย บนพื้นฐานของความคาดหวังว่าผู้นั้นจะกระทำในสิ่งที่ เป็นผลดีต่อเรา โดยที่ไม่ได้คำนึงถึงการติดตามหรือควบคุมและดักจับ (Deutsch. 1973) กล่าวว่า ความเชื่อมั่นที่บุคคลหนึ่งปรารถนาจากอีกบุคคลหนึ่ง มากกว่าความกลัว สอดคล้องกับพุกีส และ สมิก (Purkey; & Schmidt. 1978) กล่าวว่า ความไว้วางใจเป็นการแสดงความไว้วางใจระหว่างผู้รับบริการกับเจ้าหน้าที่ในโครงการ ให้เห็นถึงรูปแบบการกระทำ ที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ยาวนานซึ่งสอดคล้องกับมิชชา (Mishra.1996: 265) ที่ให้ความหมายความไว้วางใจไว้ว่า เป็นความสมัครใจของผู้รับบริการที่จะยอมตามเจ้าหน้าที่โครงการด้วยความเชื่อมั่นว่าเจ้าหน้าที่โครงการนั้นมีความสามารถ เปิดเผย ให้ความหวังใย และเชื่อถือได้

รุจ เจริญลาภ (2548 : 12) ได้ให้ความหมายของความไว้วางใจว่า เป็นความเชื่อมั่น ความเชื่อ หรือ ความคาดหวังในแง่บวกของผู้รับบริการที่มีต่อผู้ให้บริการ หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งว่าจะปฏิบัติกับ ผู้รับบริการตามที่ได้คาดหวังหรือเชื่อมั่นไว้ ความไว้วางใจจะเพิ่มขึ้นเมื่อความคาดหวังในแง่บวก ได้รับการสนองตอบ หรือเป็นจริง แต่ความไว้วางใจจะลดลง หากความคาดหวังในแง่บวกนั้นไม่ได้รับการสนองตอบ หรือสนองตอบได้ในระดับต่ำกว่าที่คาดหวัง กล่าวคือ เราจะเชื่อไว้วางใจกับคนที่ ไม่ทำให้เราผิดหวัง โดยสามารถกระทำในสิ่งที่เราคาดหวังได้บรรลุผลสำเร็จ ซึ่งฟอรัส (Frost. 1978) กล่าวว่า ความไว้วางใจ (Trust) หมายถึง การเห็นประโยชน์ของผู้อื่นไม่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตัว

จากการประมวลเอกสารสามารถสรุปได้ว่า ความไว้วางใจในเจ้าหน้าที่โครงการ หมายถึง ความเชื่อมั่น หรือความคาดหวังในทางบวก ต่อบุคคลอื่นไม่ว่าจะเป็นคำพูด การกระทำหรือการตัดสินใจที่จะกระทำตามสมควรแล้วแต่โอกาส และเป็นความเต็มใจที่จะยอมรับผลที่จะเกิดขึ้นโดยไม่คำนึงถึงการติดตามหรือควบคุม

ความสำคัญของความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ในโครงการ

ความไว้วางใจ (Trust) มีรากศัพท์มาจากคำว่า Trost ในภาษาเยอรมัน ซึ่งหมายถึง ความสะดวกสบาย (Get Comforts) และมีความหมายที่ใกล้เคียงกับคำว่า Cooperation Believe Confidence Reliance Predictability Hope Expect และ Assume ส่วนคำจำกัดความที่เก่าแก่ที่สุดคือศรัทธา (Faith) ซึ่งหมายถึงความเชื่อมั่นในอำนาจเหนือธรรมชาติที่มนุษย์จำต้องพึ่งพา อันเป็นที่มาของกำเนิดศาสนาและความเชื่อ ทั้งนี้ คำว่า ศรัทธาก็ไม่ใช่เรื่องของความมั่งงาย แต่เป็นการตัดสินใจเชิงยุทธศาสตร์ของบุคคลเพื่อที่จะเผชิญกับ “ความเสี่ยง” ในสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอน

โดยการมอบหมายความศรัทธาและความไว้วางใจให้กับผู้อื่นจึงเกิดขึ้นด้วยเหตุที่ว่า “เราไม่สามารถที่จะตรวจสอบพฤติกรรมต่างๆ ของอีกฝ่ายหนึ่งได้ตลอดเวลา” นอกจากนี้ แรม เพล โชมเมส และแซนนา (Rempel;& Zanna. 1985: 95 – 112) ได้กล่าวถึงความศรัทธาว่าเป็นสิ่งสำคัญสำหรับความไว้วางใจ เพราะความศรัทธาเป็นความเชื่อมั่นในการกระทำของอีกฝ่ายว่าจะเป็นไปได้ด้วยความจริงใจ และได้คำนึงถึงเหตุการณ์ข้างหน้า และจัดเป็นหลักพื้นฐานของความปลอดภัยทางอารมณ์ รวมถึงเป็นแนวคิดของความสามารถในการพึ่งพาและความสามารถในการคาดเดา

สทินเน็ตต์ และวอลเทอร์ (Larzelere ;& Huston. 1980 : 595 citing Stinnett ;& Walters . 1977 : 61 – 98) กล่าวว่า ความไว้วางใจ เป็นบทบาทหลักในการเพิ่มความปลอดภัยในสัมพันธภาพ ลดการต่อต้านและการป้องกัน รวมถึงทำให้คนมีการแบ่งปันความรู้สึกและจินตนาการ และ ความไว้วางใจเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ทำให้เกิดการสื่อสารอย่างเปิดเผย มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Share Information) ช่วยลดความขัดแย้ง เกิดความราบรื่น เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ และบรรลุเป้าหมาย หากปราศจากความไว้วางใจจะทำให้เกิดการสูญเสียเวลา และทรัพยากรจำนวนมาก กว่า จะประสบผลสำเร็จ

ความไว้วางใจเป็นแนวคิดที่มีความแตกต่างกัน ทั้งทางด้านสังคม จิตวิทยา การเมือง เศรษฐกิจ มนุษยวิทยา ประวัติศาสตร์ และชีววิทยาสังคม ซึ่งความแตกต่างของมุมมองเหล่านี้สามารถรวบรวมออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ คือ (Lewicki and Bunker. 1996: 115-116)

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

มุมมองของนักสังคมวิทยาและนักเศรษฐศาสตร์ (The View of Sociologists and Economists) เป็นมุมมองที่มุ่งเน้นว่า ความไว้วางใจเป็นปรากฏการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นในองค์กรหรือสถาบัน (Institutional phenomenon) ดังนั้น ความไว้วางใจจึงเป็นแนวคิดที่เป็นทั้งปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นภายในและระหว่างองค์กร และเป็นความไว้วางใจของบุคคลในสถาบันหรือองค์กรเหล่านั้น

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

ปัจจัยที่มีผลต่อความไว้วางใจ

เมเยอร์ เดวิส และซัวร์แมน (Mayer;& Davis ;& Schoorman. 1995 : 709 – 734 อ้างอิงใน ศุกลรัตน์ อิงชาติเจริญ.2551) ได้ศึกษารวบรวมปัจจัย คุณลักษณะ และจิตลักษณะที่ก่อให้เกิดความไว้วางใจ พบว่า มีหลายปัจจัยที่ปรากฏอยู่ในตัวของผู้ที่ได้รับความไว้วางใจ (Trustee) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความไว้วางใจจากผู้ที่มีมอบความไว้วางใจ (Trustor) ดังตาราง 2

ตาราง 2 สรุปปัจจัยที่ก่อให้เกิดความไว้วางใจ (Mayer, Davis ;& Schoorman.1995 : 178 อ้างอิงใน ศุกลรัตน์ อิงชาติเจริญ.2551)

ผู้เขียน	ปัจจัยเหตุ
บอยล์และโบนาซิซ (Boyle ;& Bonacich. 1970)	สัมพันธภาพ (Past Interactions)
บัทเลอร์ (Butler. 1991)	การมีส่วนร่วม (Availability) ศักยภาพ (Competence) ความสอดคล้อง (Consistency) ความรอบคอบ (Discreetness) ความยุติธรรม (Fairness) ความซื่อสัตย์ (Integrity) ความภักดี (Loyalty) ความเปิดเผย (Openness) การรักษาสัญญา (Promise Fulfillment) การเป็นมิตร (Receptivity)
คูกและวอลล์ (Cook ;& Wall.1980)	การแสดงความซื่อสัตย์ (Trustworthy Intentions) ความสามารถ (Ability)
ดัทซ์ (Ducht 1960)	ความสามารถ การแสดงความเอาใจใส่ (Intentions to Produce)
แฟร์ริส เซ็นเนอร์ และบัตเทอร์ฟีลด์ Farris ,enner ;& Butterfield. 1973)	ความเปิดเผย การแสดงความเป็นพวกพ้อง (Ownership of Feeling) ประสบการณ์ (Experience) วัฒนธรรมกลุ่ม (Group norm)
โจนส์ เจมส์และบรูไน (Jones James ;& Bruni. 1975)	ความสามารถ ความจำเป็นและความต้องการส่วนบุคคล (Individual's Needs and Desires)
กู๊ด (Good.1988)	ความสามารถ การความเอาใจใส่ (Intentions) ความสามารถในการพูด (Trustee' Claims about how (they) will Behave)
ลาเซเลอร์ และฮุสตัน (Larzelere ;& Huston.1980)	ความเมตตากรุณา (Benevolence) ความซื่อตรง (Honesty)
ลีเบอร์แมน (Lieberman.1981)	ศักยภาพ (Competence) ความซื่อสัตย์ (Integrity)

ตาราง 2 (ต่อ)

ผู้เขียน	ปัจจัยเหตุ
ลีเบอร์แมน (Lieberman.1981)	ศักยภาพ (Competence) ความซื่อสัตย์ (Integrity)
ริงและแวน ดี เวน (Ring ;& Van de Ven.1992)	การรับรู้ความสามารถ (Judgment of Competence) เป้าหมายกลุ่ม (Group Goals)
ซีทกิน และรอตต์ (Sitkin ;& Roth.1993)	ความสามารถ ความเกี่ยวข้อง (Value Congruence)
โซโลมอน (Solomon.1960)	ความเมตตากรุณา (Benevolence)
สตรีกแลนด์ (Strickland.1958)	ความเมตตากรุณา (Benevolence)

จากตาราง 2 พบว่า มีหลายปัจจัยในตัวผู้ที่มีความไว้วางใจ (Trustee) ที่ส่งผลต่อการเกิดความไว้วางใจของบุคคล และโดยสรุปจะพบว่ามีอยู่เพียง 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ความสามารถ ความเมตตากรุณา ความซื่อสัตย์ ที่สามารถอธิบายการเกิดความไว้วางใจได้ดีที่สุด เนื่องจากทั้ง 3 ปัจจัยหลักนี้มาจากการศึกษาการรับรู้ในตัวผู้ที่มีความไว้วางใจโดยตรง และจากผลการวิจัยเชิงประจักษ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ความสามารถเป็นเรื่องของทักษะ ความรู้และพฤติกรรมอันเป็นลักษณะส่วนบุคคลที่สำคัญ เนื่องจากผู้ที่มีความไว้วางใจจะมีความสามารถเฉพาะทางในบางเรื่องเท่านั้น ซึ่งความไว้วางใจในเรื่องใดก็มีความสัมพันธ์กับความสามารถในเรื่องนั้น มีนักทฤษฎีจำนวนหนึ่งได้อธิบายตรงกันว่า ความสามารถเป็นปัจจัยหลักสำคัญที่ก่อให้เกิดความไว้วางใจ และเป็นลักษณะที่ปรากฏอยู่ในตัวของผู้ที่มีความไว้วางใจ

ความเมตตากรุณา มาจากความเชื่อของผู้ที่มีความไว้วางใจเกี่ยวกับการทำความดีแก่ผู้ที่มอบความไว้วางใจ (Trustor) นอกเหนือไปจากแรงจูงใจที่มาจากการเห็นประโยชน์ส่วนตนโดยผู้ที่มีความไว้วางใจต้องการที่จะช่วยเหลือผู้ที่มอบความไว้วางใจ ถึงแม้ว่าผู้ที่มอบความไว้วางใจจะไม่ได้รับขอความช่วยเหลือ และไม่ได้ต้องการรางวัลจากผู้ที่มีความไว้วางใจ ซึ่งความเมตตากรุณาเป็นการรับรู้ทางด้านบวกเกี่ยวกับการแสดงออกของผู้ที่มีความไว้วางใจที่กระทำต่อผู้ที่มอบความไว้วางใจ ความเมตตากรุณาจัดเป็นปัจจัยหลักสำคัญที่ทำให้เกิดความไว้วางใจ ผู้ที่มีความเมตตากรุนามากก็เป็นผู้ที่มีความตั้งใจจริง ซึ่งความตั้งใจจริงไม่หลอกลวงนี้จะเป็นส่วนสำคัญต่อความไว้วางใจ

ความซื่อสัตย์ มีความสัมพันธ์กับความไว้วางใจ เนื่องจากผู้ที่มีความไว้วางใจจะยึดมั่นในหลักการ จริงใจ และกระทำในสิ่งที่ผู้ที่มอบความไว้วางใจ ยอมรับได้ ความสำคัญของการยึดมั่นในหลักการก็คือ ความซื่อสัตย์ส่วนบุคคล (Personal Integrity) ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรจะมีในตัวผู้ที่มีความไว้วางใจ เช่น การมีความเสมอต้นเสมอปลายในการกระทำ มีการใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจ และจัดกระทำได้อย่างเหมาะสมตรงไปตรงมา ระดับความซื่อสัตย์ในตัวผู้ที่มีความ

ไว้วางใจ และสามารถรับรู้ได้ว่ามีระดับสูงหรือต่ำ (เช่น การขาดความสม่ำเสมอ การไม่ปฏิบัติตามหลักการ)

แบบวัดความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ในโครงการ

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความไว้วางใจส่วนมากจะเป็นการสร้างแบบวัดความไว้วางใจภายในองค์กรขึ้นโดยนำแนวคิดต่าง ๆ มาใช้ เช่น รุจ เจริญลาภ (2548) ได้นำแบบสอบถามของชอร์ (Shaw) มาปรับปรุงใช้การแสดงถึงความไว้วางใจภายในองค์กรของพนักงาน มีจำนวน 8 ข้อ แต่ละข้อคำถามเป็นมาตราประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพนักงานบริษัทปูนซีเมนต์ 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 คำนวนคักดิ์ (2545) ได้สร้างแบบวัดความไว้วางใจในองค์กรกับผลการดำเนินการของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลศูนย์ที่ผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.97

งานวิจัยที่เกี่ยวกับความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ในโครงการกับพฤติกรรมสุขภาพและการกำกับตนเอง

จากการศึกษาจักร ททรัพย์เย็น (2552) ได้ศึกษาทัศนคติต่อสารเมลามีน และความไว้วางใจในผลิตภัณฑ์นมตรามะลิที่มีผลต่อแนวโน้มพฤติกรรมการซื้อผลิตภัณฑ์ในอนาคต พบว่า ความไว้วางใจในผลิตภัณฑ์นมตรามะลิโดยรวมมีความสัมพันธ์ทิศทางเดียวกันในระดับปานกลางกับแนวโน้มพฤติกรรมการซื้อหรือดื่มโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอารีย์ คำนวนคักดิ์ (2545) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมเชิงสร้างสรรค์ ความไว้วางใจในองค์กรกับผลการดำเนินงานของกลุ่มงานพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ที่ผ่านการประเมินการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า ความไว้วางใจในองค์กรมีผลการดำเนินงานของกลุ่มงานพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ที่ผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจารุพรรณ ลีละยุทธโยธิน (2544) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการพัฒนากุลากร ความไว้วางใจในหัวหน้าหอผู้ป่วย การทำงานในทีมการพยาบาลกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ความไว้วางใจในหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการประมวลเอกสารสรุปได้ว่า ความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ในโครงการ หมายถึง การรับรู้ความสามารถ ความเมตตา กรุณา และความซื่อสัตย์ของเจ้าหน้าที่ในโครงการ ที่ให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบนพื้นฐานของความคาดหวังว่าจะทำให้มีดัชนีมวลกายลดลง ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดที่ปรับมาจากของ ศุภรัตน์ อิงชาติเจริญ (2551) และอารีย์ คำนวนคักดิ์

ศักดิ์ (2545) ลักษณะของแบบวัดเป็นประโยคบอกเล่าและเป็นมาตราประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” ผู้ที่ได้คะแนนรวมสูงกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีความไว้วางใจในเจ้าหน้าที่โครงการสูงกว่าและผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าเป็นผู้ที่มีความไว้วางใจในเจ้าหน้าที่โครงการต่ำกว่า

จากการประมวลเอกสารสรุปได้ว่าความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ

7. ลักษณะทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

7.1 การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ

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

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาทางพฤติกรรมสุขภาพทั้งสุขภาพจิตและสุขภาพกาย เพราะสาเหตุที่ว่าคนเราเกิดมาแล้วไม่ได้อยู่คนเดียวในสังคมต้องมีการติดต่อพบปะกับบุคคลอื่นเสมอ การติดต่อกันทำให้รู้จักกันทำให้เกิดความสัมพันธ์กับคนอื่นหลายคน จนกลายเป็นเครือข่ายทางสังคม (Social Network) ขึ้นซึ่งเครือข่ายทางสังคมเป็นเครือข่ายโยงใยที่แสดงให้เห็นว่าคนนั้นมีการติดต่อสัมพันธ์กับใครบ้าง เช่นกับคนในครอบครัวและญาติ เป็นต้น จากคนใกล้ตัวขยายวงกว้างออกไปถึงเพื่อนบ้าน เพื่อนที่เรียนหนังสือด้วยกัน เพื่อนร่วมงาน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสมาชิกชมรม หรือสมาคมต่างๆ เป็นต้น

การได้ติดต่อกันและการได้สื่อสารกันทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร สร้างความสนิทสนมคุ้นเคยทำให้มีโอกาสเกื้อหนุนซึ่งกันและกันมีการช่วยเหลือกันบางครั้งบุคคลหนึ่งอาจจะ

เป็นฝ่ายให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น แต่บางครั้งอาจจะเป็นผู้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นด้วยการเกื้อกูลกันทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความมั่นคงปลอดภัย ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิดความไว้วางใจ ความใกล้ชิดสนิทสนม การได้เลี้ยงดูช่วยเหลือ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการยอมรับ และเห็นคุณค่าและความผูกพัน (Kaplan;& et.al.1977: 50-51) สอดคล้องกับอิสราเอล (Israel.1985:65-80) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมี 2 แนวทาง คือ 1) หมายถึงความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานของสังคมในแต่ละคนซึ่งได้รับมาจากสิ่งแวดล้อมในสังคมของคนนั้น โดยได้รับการติดต่อสัมพันธ์กับคนในกลุ่มสังคม 2) หมายถึง ความสัมพันธ์ที่มีอยู่หรือหายไปของแหล่งซึ่งให้การสนับสนุน คือ บุคคลที่มีความสำคัญต่อคนคนนั้น สำหรับความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมที่บุคคลได้จากกลุ่ม และธอท์ส (Thoits.1982: 147-148) ได้ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมว่า การที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้ จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น และเห็นว่าเป็นมโนทัศน์หลายมิติ ซึ่งจะพิจารณามิติใดมิติหนึ่งไม่ได้ต้องพิจารณารวมกันทุกด้าน และเชลเฟอร์ (Shaefer; Coyne;& Lazarus.1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ประคับประคองจิตใจของคนในสังคม หมายถึง การแลกเปลี่ยนแหล่งประโยชน์ระหว่างผู้รับกับผู้ให้ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้รับมีความสุขและกตเวที (Stewart.1993 อ้างอิงจาก Gottlied.1983) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัตถุหรือการกระทำที่ได้รับจากผู้ที่มีความใกล้ชิด เพื่อประโยชน์ด้านอารมณ์และพฤติกรรมต่อผู้รับ

จากการประมวลเอกสารสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ผู้รับการสนับสนุนทางสังคมได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน ซึ่งเป็นผลทำให้ผู้รับปฏิบัติไปในทางที่ผู้ให้ต้องการ

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมและแบ่งประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้มากมายมีรายละเอียดดังนี้

ธอท์ส (Thoits.1986: 417) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภทคือ

1. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental Aid) หมายถึง การช่วยเหลือด้านแรงงาน อุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำให้บุคคลได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่ที่รับผิดชอบได้ตามปกติ
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Aid) หมายถึง การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการแนะนำและข้อมูลย้อนกลับ (Feedback)

3. การให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socioemotional Aid) หมายถึง การให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ เห็นคุณค่าและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

เฮาส์ (House. 1985 : 201) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มี 4 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การสนับสนุนด้านการยกย่อง การให้ความรักความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support) หมายถึง การเห็นพ้อง การรับรอง และการให้ข้อมูลป้อนกลับ เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทาง และการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคล ในเรื่องเงิน เวลา แรงงาน และการปรับสภาพแวดล้อม

ไวส์ (Weiss. 1969 อ้างอิงจาก Diamond;& Johes. 1983: 146) ได้กล่าวถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคมและผลของการขาดการสนับสนุนทางสังคมตามชนิดต่าง ๆ ดังนี้

1. การได้รับความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) เป็นสัมพันธภาพแห่งความใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกว่าเป็นที่รักและได้รับการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักได้รับจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส สมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะรู้สึกเดียวดาย

2. การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อื่น (Opportunity of Nurturance) หมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบ ในการเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือผู้อื่นแล้วทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นและพึงพาอาศัยได้ ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าชีวิตนี้ไร้ค่า

3. การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) หมายถึง การมีโอกาสได้เข้าร่วมในกิจกรรมสังคม ทำให้มีการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความห่วงใยซึ่งกันและกัน ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคม

4. การได้รับกำลังใจว่าเป็นผู้มีคุณค่า (Reassurance of Worth) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการเคารพ ยกย่อง และชื่นชม ที่สามารถแสดงบทบาททางสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกขาดความเชื่อมั่นหรือไร้ประโยชน์

5. ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี (Sense of Reliable Alliance) การสนับสนุนจะได้อมาจากครอบครัวหรือเครือญาติ ซึ่งมีความคาดหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือ ห่วงใยซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าขาดความมั่นคงและถูกทอดทิ้ง

6. การได้รับการชี้แนะ (The Obtaining of Guidance) หมายถึง การได้รับความจริงใจช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารจากบุคคลที่ตนศรัทธา และเชื่อมั่นในช่วงที่บุคคลเผชิญกับความเครียด หรือภาวะวิกฤติ ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง

คอบบ์ (Cobb.1976: 302) กล่าวถึงชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า ประกอบด้วย การสนับสนุน 3 ด้าน คือ

1.การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การให้ความรักและการดูแลเอาใจใส่

2. การสนับสนุนด้านการให้การยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่ช่วยให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นคนมีค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

3. การสนับสนุนด้านการได้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) เป็นข้อมูลที่ช่วยให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 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. องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized Support) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกันเป็นหน่วย ชมรม สมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ 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 ด้านการ

ยืนยันรับรองพฤติกรรมของกันและกัน และด้านการให้ความช่วยเหลือ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ วัดได้ทั้งชนิดและปริมาณของการสนับสนุนของสังคม

2. The Personal Resource Questionnaire (PRQ) เป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างโดยเบรนและไวร์เนอร์ (Brandt ;& Weinert. 1981) ที่สร้างจากแนวคิดของไวร์ (Weiss.1974) แบ่งการวัดเป็น 2 ส่วน คือ PRQ 1 เป็นส่วนที่วัดจำนวนและชนิดของแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับและ PRQ 2 เป็นส่วนที่วัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ ด้านความใกล้ชิด ด้านการดูแลเอาใจใส่ ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม ด้านการได้รับการยอมรับ ด้านการได้รับคำแนะนำและช่วยเหลือลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ

3. 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 กลุ่มสมรส เพื่อนสนิท เครือญาติ เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Hanucharunkul.1988)

โดยแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวที่สร้างโดยศศิธร ภูษยัณ (2546) ได้ใช้แบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัวในการศึกษาจิตลักษณะและปัจจัยสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นแบบวัดที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และปภัสนสร กิมสุวรรณ (2546) ได้สร้างแบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อศึกษาจิตลักษณะและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพกาย และจิตของข้าราชการสูงอายุในมหาวิทยาลัยขอนแก่น ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ มีมาตรประเมิน 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” มีความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 และแบบวัดการสนับสนุนของครอบครัวของฉัตรแก้ว เกษมสำราญ (2549) ที่ใช้ในการศึกษาความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ บุคลิกภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ประกอบด้วยข้อคำถาม 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

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมกับการกำกับตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาของคอบบ์และแคสเซล (Cobb. 1976: 300-313;& Cassel. 1974: 471 – 482 อ้างอิงใน อังคินันท์ อินทรกำแหง. 2552:30) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วย วัณโรค ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาด การสนับสนุนทางสังคมหรือถูกตัดขาดจาก เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม และการศึกษาาระบาดวิทยาพบว่า คนที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม จะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการติดโรคได้ง่ายเนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อ และมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงอีกด้วย และได้รายงานการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจร่างกายเป็นประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้น จึงเห็นได้ว่ามีรายงานการศึกษามากมายที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อสุขภาพ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพอนามัยของบุคคลโดยที่อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัวเพื่อนและเพื่อนบ้านช่วยให้มีอาการดีขึ้น นอกจากนี้การได้รับบริการจากแพทย์และพยาบาลสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้มากกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนน้อย ผลจากการขาดการสนับสนุนทางสังคมทำให้สภาวะจิตใจของบุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงทำให้มีผลกระทบต่อการผลิตฮอร์โมนของร่างกายและในที่สุดทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงจึงทำให้เกิดโรคได้ง่ายและเจ็บป่วยบ่อยและมีอัตราตายสูงกว่าบุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และกุสุมา สุริยา (2550) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนักโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการลดน้ำหนักมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักคือ การมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหารและอารมณ์ ของกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) ได้ศึกษาอิทธิพลของลักษณะทางจิต ลักษณะสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของบุคลากรกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับภาวะโภชนาการของบุคลากรกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 58.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากประมวลเอกสารสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับจากบุคคลหรือกลุ่มคน แล้วมีผลทำให้ผู้รับการสนับสนุนปฏิบัติไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยให้ผู้รับมีพฤติกรรมส่งเสริมและป้องกันการเกิดภาวะอ้วนอย่างเหมาะสมและถูกต้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาเว่ (House.1986) ซึ่งได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 3) การสนับสนุนด้านสิ่งของ อุปกรณ์ และเงินทอง โดยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และเจ้าหน้าที่ใน

โครงการมาใช้ศึกษาอิทธิพลทางจิตและสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกายของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยใช้แบบวัดที่ปรับมาจากแบบวัดของสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) โดยมีการปรับข้อความให้เหมาะสมกับการศึกษาในครั้งนี้ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบวัดมาตราประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” มีข้อคำถามที่มีทั้งทางบวกและทางลบจากการประมวลเอกสารแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อลักษณะทางจิต การกำกับตนเอง พฤติกรรมสุขภาพและมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการกำกับตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ

7.2 การมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายของการมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลหรือกลุ่มได้เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งหรือทุกขั้นตอนในกิจกรรมต่างๆ อาจมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเพื่อผลประโยชน์ทั้งสองฝ่าย คือ ฝ่ายเจ้าหน้าที่โครงการและผู้รับบริการ (จุฬารัตน์ โสตะ.2546) สอดคล้องกับสำนักงานแรงงานระหว่างชาติ (International Labour Office.1971 อ้างอิงในสัมฤทธิ์ ต่อสดี. 2542) ได้ให้ความหมาย การมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความร่วมมือ (Cooperation) การมีส่วนร่วมในบางสิ่งบางอย่างซึ่งรวมถึงความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมและโคเฮนและอัฟฮอฟ (Cohen ;& Uphoff. 1977) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การเข้ามาเกี่ยวข้องในด้านกระบวนการตัดสินใจ การดำเนินงาน การแบ่งปันผลประโยชน์ที่จะได้รับและการประเมินผลของโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนเครตันและแพท (Clayton ;& et.al. 1997) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการของความร่วมมือร่วมใจของผู้รับบริการเป็นแนวทางที่สามารถทำให้การปฏิบัติมีประสิทธิภาพมากขึ้นซึ่งจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ประสบความสำเร็จและสอดคล้องกับการให้ความหมายของสุพัชรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2545:36) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพสำหรับภาครัฐคือ หน่วยบริการมีบทบาทสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนได้ 2 ลักษณะ คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมบริการของหน่วยบริการกับการที่หน่วยบริการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพของประชาชน

จากความหมายทั้งหมดข้างต้น ผู้วิจัยพอสรุปได้ว่า การรับรู้การมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของผู้ใช้บริการในการเข้ามามีบทบาทในการร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการในการทำกิจกรรมร่วมรับผลประโยชน์และร่วมในการประเมินผลกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ

รูปแบบการมีส่วนร่วม

องค์การอนามัยโลก (WHO อ้างถึงใน ปรีดา ปูนพันธ์ฉาย. 2540) ได้เสนอรูปแบบของการมีส่วนร่วมที่แท้จริงต้องมีกระบวนการ 4 ขั้นตอน

- 1) การวางแผน ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาจัดลำดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมายกำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีการติดตามและประเมินผล
 - 2) การดำเนินกิจกรรมประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการจัดการและบริหารการใช้ทรัพยากร
 - 3) การใช้ประโยชน์ประชาชนต้องมีความสามารถในการทำกิจกรรมให้เกิดประโยชน์ซึ่งเป็นการเพิ่มระดับการพึ่งตนเองและการควบคุมทางสังคม
 - 4) การได้รับประโยชน์ซึ่งอาจเป็นผลประโยชน์ส่วนตัวในสังคมหรือเป็นวัตถุกู้ได้
- นอกจากนี้ยังเติมขั้นตอนที่สำคัญเข้าไปอีก คือ ขั้นตอนในการติดตามและประเมินผล จากแนวคิดการมีส่วนร่วมการที่บุคคลหรือกลุ่มได้มีส่วนเข้ามาเกี่ยวข้องในการดำเนินกิจกรรมเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ในเรื่องสุขภาพหรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและประชาชนต้องมีการติดต่อสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์กัน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน ทำให้ทราบถึงจุดมุ่งหมายและปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการร่วมกันหาวิธีและแนวทางปฏิบัติเพื่อจุดมุ่งหมายซึ่งเป็นที่ยอมรับกันทั้งสองฝ่าย

รูปแบบการมีส่วนร่วมมีขั้นตอนดังนี้ (ปรีดา ปูนพันธ์ฉาย. 2540)

- 1) การสร้างสัมพันธภาพ เจ้าหน้าที่กับผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นผู้รับบริการที่ไม่รู้จักกันมาก่อนแต่ต่างฝ่ายต่างมีสิทธิได้รับและให้บริการในขอบเขตของวิชาชีพต้องมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันซึ่งต้องอาศัยสัมพันธภาพทั้งสองฝ่ายเพราะสัมพันธภาพนี้จะนำไปสู่ความไว้วางใจและเปิดเผยการรับรู้ของตนเองมากขึ้น
- 2) การประเมินการรับรู้และปัญหา เจ้าหน้าที่กับผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะเป็นผู้ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับภาวะอันตลอดจนการปฏิบัติตน ถ้าพบว่าการปฏิบัติใดไม่ถูกต้องและอาจเกิดอันตรายต่อสุขภาพ เจ้าหน้าที่ต้องชี้ให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงนั้น เพื่อร่วมกันหาทางแก้ไขหรือป้องกันปัญหาที่ประชาชนปฏิเสธจะไม่นำมาร่วมกันตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติ
- 3) การตั้งเป้าหมายและวางแนวทางปฏิบัติร่วมกัน ขั้นตอนนี้เกิดขึ้นหลังจากมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันและได้ข้อมูลที่เหมาะสมในการตั้งเป้าหมายจะทำให้เกิดแนวทางปฏิบัติตามมาเพื่อแก้ปัญหาเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขต้องเรียนรู้ถึงระบบบุคคลเพื่อนำมาประกอบการให้คำแนะนำและเสนอแนวทางในการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับชีวิตประจำวันของแต่ละคนตลอดจนเสริมสร้างความมั่นใจ กระตุ้นเตือนการปฏิบัติระหว่างที่ดูแลตนเองด้วยการบันทึก
- 4) การประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง เป็นการตรวจสอบหลังจากนั้นว่ามีปฏิบัติตามแนวทางที่ร่วมกันกำหนดหรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคอย่างไร ข้อมูลที่ให้เพียงพอหรือไม่ที่จะทำให้ประชาชนมีการรับรู้ที่ดีขึ้น พฤติกรรมการปฏิบัติที่ดีและถูกต้องในขั้นตอนนี้ก็ให้ดำเนินการ

ต่อไป ส่วนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องก็ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางใหม่แล้วยังต้องช่วยส่งเสริมให้กำลังใจด้วย

แนวคิดการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแนวคิดของโคเฮนและอัฟออฟ (Cohen and Uphoff .1975) ซึ่งอธิบายการมีส่วนร่วมไว้ว่า การมีส่วนร่วมมี 4 ประการ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หมายถึง การมีโอกาสในการแสดงความคิดเห็น 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) เป็นการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนในเรื่องของทรัพยากรด้านต่างๆ เช่น กำลังกาย เงิน ข้อมูล หรือสิ่งของที่มีความจำเป็นต่อการดำเนินการ เป็นต้น

2.2 การบริหารและการประสานงาน (Administration and Coordination)

โดยทั่วไปมักจำกัดการมีส่วนร่วมเป็นเพียงการสนับสนุนทรัพยากรด้านวัตถุ โดยแท้จริงแล้วคุณค่าของการมีส่วนร่วมนั้นเกิดจากการมีองค์กรที่หลากหลาย มีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติงานร่วมกันอย่างเข้มแข็งรวมถึงประชาชนในท้องถิ่นเข้ามาเกี่ยวข้องกับการบริหารงานและการประสานเปรียบเป็นบุคลากรประเภทกึ่งวิชาชีพ หรือเป็นแรงงานที่ใช้ทักษะเป็นต้น ดังนั้น การพัฒนาจะดีขึ้น ถ้าหาช่องทางของการสื่อสารระหว่างคนในท้องถิ่นกับผู้นำกลุ่มได้ โดยใช้โปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาระดับฝีมือ

2.3 การเข้าร่วมในกิจกรรมตามโปรแกรม (Program enlistment activities) การมีส่วนร่วมโดยการได้รับเกณฑ์เข้าร่วมงานเป็นการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติที่เกี่ยวกับความตั้งใจของบุคคล 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

จากแนวทางการมีส่วนร่วมที่ว่าคนที่บุคคลหรือกลุ่มได้มีส่วนเข้ามาเกี่ยวข้องในการดำเนินกิจกรรมเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ในเรื่องสุขภาพหรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและประชาชนต้องมีการติดต่อสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์กันเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันทำให้ทราบถึงจุดมุ่งหมายและปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการร่วมกันหาวิธีและแนวทางปฏิบัติเพื่อจุดมุ่งหมายซึ่งเป็นที่ยอมรับกันทั้งสองฝ่าย ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในขั้นตอน การประเมินการรับรู้ภาวะอ้วนของตนเองและเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม การตั้งเป้าหมายและวางแนวทางปฏิบัติในการลดน้ำหนัก และการประเมินผลพฤติกรรมกรรมการลดน้ำหนัก

ปัจจัยก่อให้เกิดการมีส่วนร่วม

นริรันตร์ จงวุฒิเวศย์ (2527 อ้างอิงในสมใจ รัตนศรีทอง.2546) ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย ปัจจัย 3 ประการคือ

1. การเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจและอารมณ์เป็นการเกี่ยวข้องทั้งตัว (Self) ไม่ใช่เฉพาะเพียงแต่เกี่ยวข้องด้านกำลังกายหรือทักษะ กล่าวคือ ผู้มีส่วนร่วมจะมีส่วนเกี่ยวข้องทางจิต (Ego – involved) ไม่เพียงเฉพาะด้านการทำงาน (Task-involved)

2. การกระทำการให้เมื่อผู้มีส่วนร่วมได้บังเกิดความเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจและอารมณ์แล้วก็เท่ากับเปิดโอกาสให้เขาได้แสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ กระทำการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของกลุ่ม

3. การร่วมรับผิดชอบ เมื่อเกิดการเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ อารมณ์และได้กระทำการให้แก่สถานการณ์กลุ่มนั้นแล้ว ผู้มีส่วนร่วมจะเกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่มนั้นๆด้วยและต้องการเห็นผลสำเร็จของการทำงานนั้นๆ

ซึ่งนริรันตร์ จงวุฒิเวศย์ (2527 อ้างอิงในสมใจ รัตนศรีทอง.2546) ได้กล่าวถึง เงื่อนไขสำคัญของการมีส่วนร่วม 3 ประการ คือ

1. ประชาชนต้องมีอิสระที่จะมีส่วนร่วม (Freedom to Participation)
2. ประชาชนต้องสามารถที่จะมีส่วนร่วม (Ability to Participation)
3. ประชาชนต้องเต็มใจที่จะมีส่วนร่วม (Willingness to Participation)

ซึ่งหากไม่มีอิสระภาพไม่มีความสามารถและไม่มีความเต็มใจแล้วการมีส่วนร่วมของประชาชนจะไม่เกิดขึ้นเลย

แบบวัดการมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

แบบวัดการมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้วิจัยได้ปรับมาจากแบบวัดของสมใจ รัตนศรีทอง (2546) สร้างขึ้นตามแนวคิดของโคเฮนและอัฟออฟ (1977) ซึ่งประกอบด้วย

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบบสอบถามการมีส่วนร่วม มีค่าความเชื่อมั่น .93 ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด ถึงไม่ปฏิบัติเลย และกมลลา สาครมณีทรัพย์ (2545) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะของการมีส่วนร่วมของประชาชนในขั้นตอนต่างๆ ความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน เหตุผลของการมีส่วนร่วม โดยการมีส่วนร่วมในชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 ประเด็น คือ การร่วมค้นหาปัญหาและการแสดงความคิดเห็น 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 สาคร มณีทรัพย์ (2545)

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับการกำกับตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาของสมใจ รัตนศรีทอง (2545) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบริการสุขภาพเชิงรุก การมีส่วนร่วมในบริการกับความพึงพอใจในบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการศูนย์สุขภาพ ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การบริการสุขภาพเชิงรุกและการมีส่วนร่วมในบริการมีความสำคัญต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการศูนย์สุขภาพชุมชน และผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลระดับผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริหารการพยาบาลของศูนย์สุขภาพในการปรับปรุงการทำงานเพื่อสามารถให้บริการที่มีความเหมาะสมต่อผู้รับบริการต่อเพราะฉะนั้นการมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงเกิดจากการสนับสนุนทางสังคม และจิตรวดี สุทธิอาภา (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ นโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพภาวะผู้นำของผู้บริหาร การติดต่อสื่อสารภายในองค์กร ปัจจัยดำเนินการเพื่อเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตามการรับรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ และตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์มี 5 ตัวแปร ได้แก่ ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยดำเนินการเพื่อเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์

ได้ร้อยละ 27.70 ตัวแปรทำนายได้ดีที่สุด คือ ทศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรม การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ได้ ร้อยละ 13.40

กมลลา สาครมณีทรัพย์ (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหลังวัดลานบุญ พบว่า ปัจจัยเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน นักวิชาชีพ และองค์กรที่เป็นทางการ ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนในด้านสิ่งของและบริการการสนับสนุนในด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนในด้านอารมณ์จิตใจ ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยทางสถิติ สาวิตรี เชื้อแก้ว (2553) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชากรกลุ่มเสี่ยงสุขภาพในการออกกำลังกาย อำเภอากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความรู้ด้านหลักการออกกำลังกาย เจตคติต่อการออกกำลังกาย และแรงกดดันทางด้านสังคม (ด้านเจ้าหน้าที่ ด้านผู้นำชุมชนและด้านประชาชน) มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของประชากร กลุ่มเสี่ยงสุขภาพในการออกกำลังกาย และปัจจัยด้านเจตคติต่อการออกกำลังกาย ปัจจัยด้านแรงกดดันทางด้านสังคมจากประชาชน ผู้นำชุมชน และปัจจัยด้านความรู้หลักการออกกำลังกาย สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของประชากรกลุ่มเสี่ยงสุขภาพในการออกกำลังกายได้ร้อยละ 54.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เจตคติต่อการออกกำลังกาย แรงกดดันทางด้านสังคมจากประชาชน แรงกดดันทางด้านสังคมผู้นำชุมชน และความรู้หลักการออกกำลังกาย มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยต่อการมีส่วนร่วมในการออกกำลังกาย เป็น .417 .308 .222 และ .106 ตามลำดับ

อรกานต์ ชินพงษ์พานิช (2542) ได้ศึกษาผลของการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลางกรุงเทพมหานคร พบว่าการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีความรูปธรรมของบริการและด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ สูงกว่าของผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้รับบริการในด้านความเชื่อถือว่าไว้วางใจได้ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการทันทีและด้านการเข้าใจและเห็นอกเห็นใจของผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน และปิยวรรณ กมลวิทย์ (2547) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน : ศึกษาเฉพาะศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลระนอง เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมและการรับรู้ของประชาชนต่อการดำเนินกิจกรรมบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน ตลอดจนถึงทัศนคติของประชาชนที่มีต่อการใช้บริการ รวมถึงศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อกิจกรรมบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาลและด้านการฟื้นฟูสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในด้านการรักษาพยาบาลมากที่สุดรองลงมาคือการป้องกันโรคและด้านการส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาแนวคิดการมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ว่าการมีส่วนร่วมเกิดจากการที่บุคคลมีความเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ โดยสถานการณ์และจุดมุ่งหมายของการกระทำเป็นสิ่งเร้ากระตุ้นให้บุคคลตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อจะได้ร่วมรับผลสำเร็จของการกระทำนั้นๆ ดังนั้น ในมุมมองในเชิงของการมีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่า การมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การที่ประชาชนเข้ามามีบทบาทและร่วมกิจกรรมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมรับผลประโยชน์ในการดำเนินกิจกรรม และร่วมแสดงความคิดเห็นต่อผลการประเมินกิจกรรมของโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ได้ร่วมปฏิบัติ โดยวัดจากการรับรู้การมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ปรับมาจากแบบวัดของสมใจ รัตนศรีทอง (2546) กมลลา สาครมณีทรัพย์ (2545) ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบวัดมาตราประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” มีข้อคำถามที่มีทั้งทางบวกและทางลบ จากการประมวลเอกสารแสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

1. การกำหนดประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้รับบริการที่เข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากหน่วยงานที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานครในปีงบประมาณ 2555 จำนวน 35 โครงการ รวมผู้เข้าร่วมโครงการซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายทั้งสิ้น 4,550 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนต้องมีดัชนีมวลกาย 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป ที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรคเมตาบอลิกของหน่วยงานในเขตกรุงเทพมหานครและได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานครในปีงบประมาณ 2555 จำนวน 25 โครงการที่ได้จากการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มีความคลาดเคลื่อน .05 โดยใช้วิธีการกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีของแฮร์และคณะ (Hair & et.al. 1998 : 164-166) ซึ่งเป็นวิธีการกำหนดขนาดตัวอย่างตามอัตราส่วนขนาดตัวอย่างกับจำนวนตัวแปรพารามิเตอร์ที่จะสามารถนำผลการวิจัยไปอ้างอิงสู่ประชากรได้ ควรอยู่ระหว่าง 10 - 20 : 1 ในการวิจัยใช้อัตราส่วนขนาดตัวอย่างกับจำนวนตัวแปรพารามิเตอร์เป็น 20 : 1 ตัวแปรมีจำนวน 23 ตัวแปร ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 460 คน ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามโควตา (Quota- Stratified Random Sampling) ที่กำหนดให้โครงการเป็นตัวแทนชั้นภูมิ โดยได้โครงการละ 15 - 20 คน สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ได้รับแบบสอบถามตอบกลับที่มีความสมบูรณ์เท่ากับ 442 คน

2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เพื่อศึกษาลักษณะบางประการของคนไทยที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบไปด้วยน้ำหนักเป็น กิโลกรัมและส่วนสูงเป็นเมตร ทั้งหมด 2 ข้อ

ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 และอุดมศักดิ์ แสงวานิช (2546) ที่ได้สร้างแบบสอบถามเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพเช่นเดียวกัน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ และ สุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับจากจริงที่สุด ถึงไม่จริงเลย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 โดยมีการดัดแปลงข้อคำถามเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกไว้ใช้จริงจำนวน 20 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .872 ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” และมีข้อคำถามที่มีทั้งทางบวกและทางลบ ถ้าผู้ตอบได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่ามีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

ตัวอย่างแบบสอบถามเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ

(0) การออกกำลังกายได้ตามเป้าหมายเป็นสิ่งที่น่าพอใจ

.....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “จริงที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงตามลำดับจนถึง “ไม่จริงเลย” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม

4. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้วิจัยวัดการรับรู้ความสามารถของตนจากแบบสอบถามที่ปรับมาจากแบบสอบถามของ วาสนา สารการ (2544) ที่ได้สร้างแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป ขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา แบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 6 ระดับ มีทั้งหมด 54 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.96 และริวิชา หงส์โรจนภาคย์ (2545) ที่ได้สร้างแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในสตรีวัยกลางคนตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura.1977) เป็นแบบสอบถามประเมินค่า 5 ระดับ มีข้อคำถาม 22 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.84 โดยมีการปรับข้อคำถามการรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกไว้ใช้จริงจำนวน 12 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .883 มีลักษณะแบบสอบถามแบบประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” เป็นคำถามที่มีทั้งทางบวก ผู้ตอบได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่า ผู้ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

ตัวอย่างแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ

(0) ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถออกกำลังกายครั้งละอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน

.....
 จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

เกณฑ์การให้คะแนน จากผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “จริงที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง “ไม่จริงเลย” จะได้ 1 คะแนน

5. แบบสอบถามความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่โครงการ

ผู้วิจัยวัดความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่โครงการจากแบบสอบถามที่ปรับมาจากแบบสอบถามของศุภรัตน์ อิงชาติเจริญ (2551) ได้สร้างแบบสอบถามความไว้วางใจในทีมแพทย์และพยาบาลที่ให้การผ่าตัดและระดับความรู้สึก ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แบบแอลฟาเท่ากับ .77 และอารีย์ คำนวนศักดิ์ (2545) ได้สร้างแบบสอบถามความไว้วางใจในองค์การกับผลการดำเนินการของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลศูนย์ที่ผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.97 โดยมีการปรับข้อคำถามความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่โครงการให้เหมาะสมกับการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกไว้ใช้จริงจำนวน 22 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .957 มีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราประเมิน 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” เป็นคำถามที่มีทั้งทางบวกและทางลบ ถ้าผู้ตอบได้คะแนนมากกว่าแสดงถึงการมีความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่สูงกว่าผู้ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

ตัวอย่างแบบสอบถามความไว้วางใจ

(0) ฉันมั่นใจว่าเจ้าหน้าที่จะแนะนำวิธีการที่ดีในการลดน้ำหนักให้ฉันได้

.....
 จริงที่สุด จริง ก่อนข้างจริง ก่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

เกณฑ์การให้คะแนน จากคำตอบทั้ง 6 ตัวเลือก ผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “จริงที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง “ไม่จริงเลย” จะได้ 1 คะแนน ในคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม

6. แบบสอบถามการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง

ผู้วิจัยวัดการกำกับตนเองจากแบบสอบถามที่ปรับมาจากแบบสอบถามของกนิษฐา จันทร์ฉาย (2548) ที่ได้สร้างแบบสอบถามการกำกับตนเองเกี่ยวกับการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียนประถมศึกษาโรงเรียนบำรุงวิทยารามบุรี กรุงเทพมหานคร โดยแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ และมีค่าความเชื่อมั่น 0.66 และวัชรภรณ์ ภูมิภูเขียว (2552) ที่ได้สร้างแบบสอบถามการ

กำกับตนเองในการควบคุมน้ำหนัก โดยแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถาม 15 ข้อ และมีค่าความเชื่อมั่น 0.82 โดยมีการดัดแปลงข้อคำถามการกำกับตนเองให้เหมาะสมกับการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกไว้ใช้จริงจำนวน 31 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .933 มีลักษณะเป็นแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “ปฏิบัติมากที่สุด” จนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” เป็นคำถามที่มีทั้งทางบวกและทางลบ ถ้าผู้ตอบได้คะแนนมากกว่าแสดงถึงการมีการกำกับตนเองมากกว่า ผู้ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

ตัวอย่างแบบสอบถามการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง

(0) ท่านเตือนตัวเองให้ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที

.....

ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย
เกณฑ์การให้คะแนน จากคำตอบทั้ง 6 ตัวเลือก ผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “ปฏิบัติมากที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” จะได้ 1 คะแนน ในคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม

7. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยจัดการสนับสนุนทางสังคมแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมเฮาเว่ (House.1981) โดยปรับเปลี่ยนแบบสอบถามจากของสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.89 โดยมีการปรับข้อคำถามการสนับสนุนทางสังคมให้เหมาะสมกับการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกไว้ใช้จริงจำนวน 24 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .937 ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบสอบถามประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” ผู้ตอบได้คะแนนมากกว่าแสดงถึงการมีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า ผู้ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

ตัวอย่างแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว

(0) คนในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกมั่นใจที่จะออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนัก

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย
เกณฑ์การให้คะแนน จากคำตอบทั้ง 6 ตัวเลือก ผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “จริงที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง “ไม่จริงเลย” จะได้ 1 คะแนน ในคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม

8. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้วิจัยวัดการมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของโคเฮนและอัฟฟอฟ (Cohen ;& Uphof.1977) ที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบสอบถามของสมใจ รัตนศรีทอง (2546) ซึ่งประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบบสอบถามการมีส่วนร่วม มีค่าความเชื่อมั่น .93 และกมลยา สาครมณีทรัพย์ (2545) ที่ได้สร้างแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 ประเด็น คือ การร่วมค้นหาปัญหาและการแสดงความคิดเห็น จำนวน 6 ข้อ ร่วมวางแผน จำนวน 5 ข้อ ร่วมดำเนินการ จำนวน 4 ข้อ และ ร่วมประเมินผล จำนวน 7 ข้อ โดยมีการปรับข้อคำถามการมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกไว้ใช้จริงจำนวน 16 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .897 ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบสอบถามประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” ถ้าผู้ตอบให้คะแนนมากกว่า แสดงว่ามีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่า ผู้ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

ตัวอย่างแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

(0) ปฏิบัติกิจกรรมของโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยความสมัครใจ

.....

.....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

เกณฑ์การให้คะแนน จากคำตอบทั้ง 6 ตัวเลือก ผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “จริงที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงมาตามลำดับจนถึง “ไม่จริงเลย” จะได้ 1 คะแนน ในคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม

9. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้วิจัยวัดพฤติกรรมสุขภาพโดยปรับแบบสอบถามมาจากสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) ได้สร้างแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรกรมอนามัย ได้แก่ การบริโภคอาหาร ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89 กิจกรรมทางกาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.87 และการจัดการความเครียด 10 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.78 และวัชรภรณ์ ภูมิภูเขียว (2552) ได้สร้างแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการอำเภอแห้ว จังหวัดเลย แบบสอบถามมีทั้งหมด 20 ข้อ และมีค่าความเชื่อมั่น 0.84 อุดมศักดิ์ แสงวานิช (2546) ได้สร้างแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ แบบสอบถามมีทั้งหมด 25 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.80 โดยมีการปรับข้อคำถามพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกไว้ใช้จริงจำนวน 28 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .882

แบบสอบถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ ตั้งแต่ “ปฏิบัติมากที่สุด” จนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” ถ้าผู้ตอบได้คะแนนมากกว่าแสดงถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่า ผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ตัวอย่างแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ

(0) ท่านออกกำลังกายต่อเนืองอย่างน้อย 30 นาที

- () 1. ไม่ได้ปฏิบัติเลย
- () 2. ปฏิบัติน้อย
- () 3. ปฏิบัติค่อนข้างน้อย
- () 4. ปฏิบัติค่อนข้างมาก
- () 5. ปฏิบัติมาก
- () 6. ปฏิบัติมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน จากคำตอบทั้ง 6 ตัวเลือก ผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบในแต่ละข้อ ถ้าตอบ “ปฏิบัติมากที่สุด” ในคำถามเชิงบวก จะได้ 6 คะแนน และลดลงตามลำดับจนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” จะได้ 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม ถ้าผู้ตอบได้คะแนนมากกว่าแสดงถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าแสดงถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพต่ำ

ขั้นตอนในการสร้างแบบสอบถาม

1. ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับลักษณะทางจิต ลักษณะสถานการณ์ การบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และการจัดการความเครียด

2. สร้างแบบสอบถาม จากนั้นนำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

3. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงของการศึกษา จำนวน 50 คน มาทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540) พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้ง 9 ฉบับที่มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง .801 ถึง .957 และมีค่า r อยู่ในช่วงระหว่าง 0.20 ถึง 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้วางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ เพื่อติดต่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากผู้รับบริการภาวะอ้วนที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร

2. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยนำแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ตามกำหนดวันและเวลาที่ได้นัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามด้วยตนเองทุกฉบับ ได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วน 442 ฉบับ จากกลุ่มตัวอย่าง 460 คน คิดเป็นร้อยละ 96.09

4. วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผล

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย ค่าสูงสุดต่ำสุด ค่าความเบ้ความโด่ง เพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูลและศึกษาการแจกแจงของตัวแปร โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

2. วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของ ตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของตัวแปรด้วยสถิติลิสเรล

3. วิเคราะห์แบบจำลองความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นของจิตและสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกายของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้โปรแกรมลิสเรล เพื่อทดสอบสมมุติฐานที่ 1 และ 2

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเรื่องอิทธิพลทางจิตสังคมและการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แบ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษาในแบบจำลอง

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้าง เรียงลำดับดังนี้

ตาราง 3 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์	ความหมาย
M	ค่าเฉลี่ย (Mean)
S.D.	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
r	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)
R ²	ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณยกกำลังสอง (Squared multiple correlation)
χ^2	ค่าสถิติไค – สแควร์ (Chi – square)
df	องศาแห่งความอิสระ (Degree of freedom)
P	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ
θ	ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน
λ	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบคะแนนมาตรฐาน
Beta	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยตัวแปรในรูปคะแนนมาตรฐาน
SE	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน
e	คะแนนมาตรฐานของความคลาดเคลื่อนตัวบ่งชี้
t	ค่าอัตราส่วน t ใช้ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย
F	ค่าอัตราส่วน F ใช้ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของความสัมพันธ์ร่วมของการพยากรณ์
MSE	ค่าความคลาดเคลื่อนกำลังสองเฉลี่ย (Mean square error)
GFI	ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (Goodness of fit index)
AGFI	ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแล้ว (Adjusted goodness of fit index)

ตาราง 3 (ต่อ)

สัญลักษณ์	ความหมาย
RMSEA	ค่าประมาณความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย (Root mean square error of approximation)
SRMR	ค่าดัชนีของรากกำลังสองเฉลี่ยมาตรฐานของส่วนที่เหลือ (Standardized root mean square residual)
RMR	ค่าดัชนีรากที่สองเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อน (root mean square)
CN	ค่าขนาดตัวอย่างวิกฤติ
DE	อิทธิพลทางตรง (direct effect)
IE	อิทธิพลทางอ้อม (indirect effect)
TE	อิทธิพลรวม (total effect)
ρ_v	ค่าความแปรปรวนเฉลี่ยที่ถูกสกัดได้ (Average Variable Extracted)
ρ_c	ค่าความเชื่อมั่นเชิงโครงสร้างของมาตรวัด (Construct Reliability)

ตาราง 4 สัญลักษณ์ของตัวแปรที่ทำการศึกษา

ตัวแปรแฝง	ตัวแปรสังเกต
1. ดัชนีมวลกาย (BMI)	1.1 ดัชนีมวลกาย (BMII)
2. พฤติกรรมสุขภาพ (BEHA)	2.1 การมีกิจกรรมทางกาย (PA) 2.2 การบริโภคอาหาร (NU) 2.3 การจัดการความเครียด (COPE)
3. การกำกับตนเอง (SELFREG)	3.1 การสังเกตตนเอง (OBS) 3.2 การตัดสินตนเอง (JUDG) 3.3 การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (REAC)
4. ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะ อ้วน (KNOWL)	4.1 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและ ภาวะอ้วน (KNOWL)
5. เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ (ATT)	5.1 ความรู้เชิงประเมินค่า (VALUE) 5.2 ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ (FEEL) 5.3 ความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรม (READY)

(ต่อ)

ตัวแปรแฝง	ตัวแปรสังเกต
6. การรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ (SELFEF)	6.1 การรับรู้ความสามารถของตนต่อการมีกิจกรรมทางกาย (SELFPA) 6.2 การรับรู้ความสามารถของตนต่อการบริโภคอาหาร (SELFNU) 6.3 การรับรู้ความสามารถของตนต่อการจัดการความเครียด (SELFCOPE)
7. ความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่โครงการ (TRUST)	7.1 ความสามารถของเจ้าหน้าที่โครงการ (ABILITY) 7.2 ความเมตตากรุณาของเจ้าหน้าที่โครงการ (BENEVO) 7.3 ความซื่อสัตย์ของเจ้าหน้าที่โครงการ (INTEG)
8. การสนับสนุนทางสังคม (SOCA)	8.1 การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่โครงการ (FAMILY) 8.2 การสนับสนุนจากครอบครัว (FRAIN) 8.3 การสนับสนุนจากเพื่อน (STAFF)
9. การมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (PATI)	9.1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (DEC) 9.2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (IMP) 9.3 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ (BENE) 9.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (EVA)

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้รับบริการที่เข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากหน่วยงานที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานครในปีงบประมาณ 2555 จำนวน 442 คน โดยมีคุณลักษณะดังนี้

ตาราง 5 ค่าความถี่ และร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา (n = 442)

ข้อมูลทั่วไป	ความถี่ (คน)	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย		
25 – 29.9 ตารางเมตร	307	69.50
ตั้งแต่ 30 ตารางเมตร	135	30.50
รวม	442	100.00
ช่วงอายุ		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	80	18.1
ระหว่าง 31 – 40 ปี	61	13.8
ระหว่าง 41 – 50 ปี	128	29.0
ระหว่าง 51 – 60 ปี	122	27.6
สูงกว่า 61 ปี	51	11.5
รวม	442	100.0

ตาราง 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีดัชนีมวลกาย จำนวน 307 คน คิดเป็นร้อยละ 69.50 มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 41 – 50 ปี จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 29.0

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษาในแบบจำลอง

ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สมการโครงสร้างเชิงเส้น (Structural Equation Model, SEM) ได้กำหนดให้ดำเนินการตรวจสอบการกระจายของตัวแปรสังเกต (Manifest Variable) ข้อมูลที่เหมาะสมในการนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคดังกล่าวควรมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ (Normal Distribution) และต้องทำการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษาทุกคู่เพื่อทำการตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นรายคู่ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation, r) เพื่อเป็นการตรวจสอบว่าตัวแปรสังเกตมีความสัมพันธ์กันในระดับที่สูงเกินไปหรือไม่จนกระทั่งเกิดปัญหาตัวแปร

สังเกตมีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (Multicollinearity Problem, ค่า r ในเมตริกซ์สหสัมพันธ์มีค่าเกิน .80)

ตาราง 6 การตรวจสอบแจกแจงของตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษาในแบบจำลอง (n = 442)

ตัวแปรสังเกต	\bar{X}	S.D	Z-Score		Chi-Square
			Skewness	Kurtosis	
การมีกิจกรรมทางกาย	3.824	0.821	1.780	-0.115	3.182
การบริโภคอาหาร	4.020	0.714	1.456	-1.106	3.342
การจัดการความเครียด	4.190	0.675	0.354	-0.807	0.777
การสังเกตตนเอง	4.238	0.708	-1.098	-1.192	2.625
การตัดสินใจตนเอง	4.282	0.723	0.192	-0.373	0.176
การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง	4.358	0.691	-0.910	-0.094	0.838
ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน	5.115	0.651	-6.644	1.368	46.014
ความรู้เชิงประเมินค่า	4.878	0.658	-2.607	-1.398	8.750
ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ	4.383	0.750	-1.112	-2.414	7.065
ความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรม	3.912	0.759	1.314	-0.900	2.538
การรับรู้ความสามารถของตนต่อการมีกิจกรรมทางกาย	4.161	0.995	-2.769	-0.737	8.208
การรับรู้ความสามารถของตนต่อการบริโภคอาหาร	4.415	0.758	-2.331	1.702	8.327
การรับรู้ความสามารถของตนต่อการจัดการความเครียด	4.446	0.786	-4.101	3.334	27.936
ความสามารถของเจ้าหน้าที่โครงการ	4.803	0.656	-1.583	0.095	2.514
ความเมตตากรุณาของเจ้าหน้าที่โครงการ	4.927	0.674	-2.381	-1.086	6.847
ความซื่อสัตย์ของเจ้าหน้าที่โครงการ	4.870	0.628	-1.502	-1.662	5.019
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	4.653	0.745	-2.620	1.225	8.365

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปรสังเกต	\bar{X}	S.D	Z-Score		Chi-Square
			Skewness	Kurtosis	
การมีส่วนร่วมในการ ดำเนินการ	4.031	0.831	1.827	-1.450	5.440
การมีส่วนร่วมรับ ผลประโยชน์	4.719	0.755	-2.843	0.988	9.058
การมีส่วนร่วมในการ ประเมินผล	4.729	0.740	-4.169	1.854	20.822
การสนับสนุนจากครอบครัว	4.392	0.877	-5.977	3.206	45.998
การสนับสนุนจากเพื่อน	4.867	0.660	-3.155	1.465	12.103
การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ โครงการ	4.373	0.808	-5.376	3.207	39.185

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 6 การตรวจสอบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษา พบว่า มีค่าอยู่ระหว่าง 3.824 - 5.115 เมื่อทำการตรวจสอบการกระจายของข้อมูลด้วยการพิจารณาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานพบว่า มีค่าอยู่ระหว่าง 0.628- 0.995 สำหรับตัวแปรที่มีการกระจายน้อยที่สุดคือ ความซื่อสัตย์ของเจ้าหน้าที่โครงการ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน และความสามารถของเจ้าหน้าที่โครงการ มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.628, 0.651 และ 0.656 ตามลำดับ สำหรับตัวแปรที่มีการกระจายตัวมากที่สุดคือ การรับรู้ความสามารถของตนต่อการมีกิจกรรมทางกายการสนับสนุนจากครอบครัว และการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.995, 0.877 และ 0.831 ตามลำดับ

เมื่อทำการตรวจสอบค่าความเบ้ (Skewness) ของตัวแปรสังเกตพบว่า ตัวแปรที่มีค่าความเบ้ติดลบซึ่งแสดงว่าข้อมูลค่อนข้างเบ้ไปทางซ้ายหรือค่าเฉลี่ยมีค่าน้อยกว่าค่ามัธยฐานประกอบด้วยตัวแปร มีค่าอยู่ระหว่าง -0.910 ถึง - 6.644 พบว่า ตัวแปรที่มีค่าเบ้ทางซ้ายน้อยที่สุดคือ การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง การสังเกตตนเอง และ ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าเท่ากับ -0.910 - 1.098 และ -1.112 ตามลำดับ และตัวแปรที่มีค่าเบ้ซ้ายมากที่สุดคือ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่โครงการ มีค่าเท่ากับ -6.446 -5.977 และ -5.376 ตามลำดับ สำหรับตัวแปรสังเกตที่มีค่าความเบ้เป็นบวกซึ่งแสดงว่าข้อมูลค่อนข้างเบ้ไปทางขวา หรือ ค่าเฉลี่ยมีค่ามากกว่าค่ามัธยฐาน มีค่าอยู่ระหว่าง 0.192 - 1.827 พบว่าตัวแปรที่มีค่าความเบ้ขวาน้อยที่สุดคือ การตัดสินใจตนเอง การจัดการความเครียด และ ความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรม มีค่าเท่ากับ 0.192 0.354 และ 1.314

ตามลำดับ และตัวแปรที่มีค่าเบี่ยงเบนมากที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีกิจกรรมทางกาย และ การบริโภคอาหาร มีค่าเท่ากับ 1.827 1.780 และ 1.456 ตามลำดับ

เมื่อทำการตรวจสอบค่าความโด่ง (Kurtosis) ของตัวแปรสังเกตพบว่า ตัวแปรที่มีค่าความโด่งติดลบซึ่งแสดงว่าข้อมูลโด่งน้อยกว่าปกติ มีค่าอยู่ระหว่าง -0.094 – -1.662 ตัวแปรที่มีค่าความโด่งติดลบน้อยที่สุดได้แก่ การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง การมีกิจกรรมทางกาย และ การตัดสินใจตนเอง มีค่าเท่ากับ -0.094 -0.115 และ -0.373 ตามลำดับ สำหรับตัวแปรที่มีค่าความโด่งติดลบมากที่สุดได้แก่ ความซื่อสัตย์ของเจ้าหน้าที่โครงการ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ และความรู้เชิงประเมินค่า มีค่าเท่ากับ -1.662 -1.450 และ -1.398 ตามลำดับ สำหรับตัวแปรที่มีค่าความโด่งเป็นบวกซึ่งแสดงว่าข้อมูลโด่งมากกว่าปกติ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.095 – 3.334 ตัวแปรที่มีค่าความโด่งน้อยที่สุดคือ ความสามารถของเจ้าหน้าที่โครงการ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน มีค่าอยู่ระหว่าง 0.095 1.225 และ 1.368 ตามลำดับ สำหรับตัวแปรที่มีค่าความโด่งเป็นบวกมากที่สุดคือ การรับรู้ความสามารถของตนต่อการจัดการความเครียด การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่โครงการ และการสนับสนุนจากครอบครัว มีค่าเท่ากับ 3.334 3.207 และ 3.206 ตามลำดับ

เมื่อทำการตรวจสอบค่าสถิติ Chi-Square ซึ่งใช้สำหรับการทดสอบลักษณะของการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) ผลการตรวจสอบพบว่า ตัวแปรสังเกตทุกตัวแปรมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ กล่าวคือ ค่าสถิติ Chi-Square ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเหมาะสมกับการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้างเชิงเส้นได้

ตาราง 7 การตรวจสอบความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษาในแบบจำลอง (n = 442)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
1.กิจกรรมทางกาย	1																							
2.บริโภคอาหาร	.473**	1																						
3.จัดการความเครียด	.488**	.384**	1																					
4. การสังเกตตัวเอง	.509**	.474**	.530**	1																				
5.การตัดสินใจตนเอง	.445**	.490**	.498**	.810**	1																			
6.ปฏิกริยาตอบสนอง	.428**	.415**	.466**	.796**	.775**	1																		
7.ความรู้	.100	.286**	.240**	.232**	.307**	.238**	1																	
8.ความรู้เชิงประเมินค่า	.233**	.338**	.408**	.443**	.506**	.465**	.497**	1																
9.ความรู้ลึกต่อพฤติกรรม	.432**	.595**	.430**	.612**	.566**	.560**	.263**	.572**	1															
10.ความพร้อมที่จะทำ	.541**	.583**	.424**	.660**	.608**	.625**	.215**	.466**	.782**	1														
11.รับรู้ต่อกิจกรรมทางกาย	.525**	.327**	.364**	.631**	.581**	.518**	.095	.288**	.528**	.684**	1													
12.รับรู้ต่อการบริโภค	.378**	.457**	.480**	.576**	.636**	.550**	.154**	.425**	.616**	.604**	.646**	1												
13.รับรู้ต่อความเครียด	.337**	.381**	.514**	.539**	.512**	.453**	.151**	.425**	.609**	.550**	.577**	.675**	1											
14.สามารถเจ้าหน้าที่	.284**	.380**	.433**	.519**	.542**	.525**	.283**	.500**	.547**	.480**	.423**	.541**	.513**	1										
15.เมตตากรุณาเจ้าหน้าที่	.243**	.360**	.431**	.498**	.502**	.506**	.347**	.507**	.498**	.425**	.347**	.473**	.474**	.888**	1									
16.ความซื่อสัตย์เจ้าหน้าที่	.211**	.365**	.349**	.441**	.480**	.468**	.395**	.515**	.456**	.379**	.265**	.389**	.395**	.856**	.871**	1								
17.ส่วนร่วมตัดสินใจ	.199**	.276**	.310**	.404**	.479**	.408**	.152**	.387**	.412**	.385**	.372**	.454**	.405**	.653**	.585**	.605**	1							
18.ส่วนร่วมดำเนินการ	.193**	.163**	.148**	.268**	.251**	.205**	.111	.114	.296**	.284**	.323**	.310**	.289**	.331**	.269**	.224**	.530**	1						
19.ส่วนร่วมรับผลประโยชน์	.195**	.293**	.334**	.482**	.561**	.484**	.277**	.472**	.480**	.403**	.379**	.524**	.434**	.678**	.629**	.622**	.772**	.447**	1					
20.ส่วนร่วมประเมินผล	.210**	.314**	.340**	.405**	.458**	.404**	.234**	.433**	.447**	.365**	.316**	.438**	.384**	.717**	.682**	.684**	.801**	.501**	.801**	1				
21.สนับสนุนจากครอบครัว	.247**	.234**	.330**	.339**	.373**	.321**	.028	.283**	.427**	.345**	.393**	.464**	.437**	.402**	.308**	.284**	.466**	.437**	.456**	.473**	1			
22.สนับสนุนจากเพื่อน	.227**	.297**	.381**	.444**	.499**	.473**	.249**	.498**	.496**	.402**	.347**	.469**	.422**	.727**	.704**	.704**	.731**	.449**	.745**	.784**	.625**	1		
23.สนับสนุนจากเจ้าหน้าที่	.253**	.226**	.305**	.430**	.397**	.383**	.042	.315**	.477**	.421**	.428**	.436**	.422**	.479**	.400**	.360**	.561**	.569**	.546**	.545**	.639**	.673**	1	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 5 ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษาในแบบจำลองด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เพื่อเป็นการตรวจสอบว่าตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษาในแบบจำลองจะไม่มีความสัมพันธ์กันสูงจนเกิดปัญหา Multicollinearity (ค่า r ไม่เกิน 0.80) ผลการตรวจสอบพบว่า ตัวแปรสังเกตแต่ละคู่มีความสัมพันธ์กันในทิศทางบวก อยู่ระหว่าง .028 - .888 ทั้งนี้พบว่าคู่ของตัวแปรสังเกตที่มีความสัมพันธ์กันสูงคือ ความสามารถของเจ้าหน้าที่ กับ ความเมตตากรุณาของเจ้าหน้าที่ มีค่าเท่ากับ 0.888 รองลงมาคือ คู่ความสัมพันธ์ของการตัดสินใจตนเองกับการสังเกตตนเอง มีค่าเท่ากับ 0.810 และตัวแปรสังเกตที่มีความสัมพันธ์กันต่ำ คือ การสนับสนุนจากครอบครัว กับ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและโรคอ้วน มีค่าเท่ากับ 0.028 รองลงมา ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและโรคอ้วน กับการมีกิจกรรมทางกาย มีค่าเท่ากับ 0.100 และ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและโรคอ้วน กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ มีค่าเท่ากับ 0.111 แต่ในภาพรวมแล้วคู่ความสัมพันธ์มากกว่าร้อยละ 90 มีความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .200 - .700 ก็ถือว่าเป็นข้อมูลที่เหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์สมการโครงสร้างเชิงเส้นได้ และยังไม่ละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น (Kelloway, 1998)

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้าง

การทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องนำมาซึ่งการสร้างแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเส้นสมมุติฐาน ของปัจจัยทางด้านจิตสังคม และการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้ดำเนินการวิเคราะห์แบบจำลองด้วยโปรแกรม LISREL Version 8.72 ในการวิเคราะห์แบบจำลองดังกล่าวผู้วิจัยได้ทำการแปลงคะแนนของมาตราวัดตัวแปรสังเกตจากมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ให้กลายเป็นตัวแปรต่อเนื่อง Continue Variable แล้วทำการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลทุกตัวแปรสังเกตว่ามีการแจกแจงเป็นแบบปกติหรือไม่ ก็พบว่าในการวิเคราะห์แบบจำลองโครงสร้างในครั้งนี้ยังพบว่าการกระจายตัวของตัวแปรสังเกตที่ทำการวัดบางตัวแปรยังเป็นแบบไม่ปกติ (Non Normal Distribution) ผู้วิจัยจึงได้ทำการปรับคะแนนดังกล่าวให้อยู่ในรูปขอบคะแนนมาตรฐานแล้วทำการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลตัวแปรสังเกตใหม่ พบว่าข้อการแจกแจงของตัวแปรสังเกตเป็นแบบปกติทุกตัวแปร และได้ดำเนินการสร้างเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วม (Covariance Matrix) เพื่อนำความแปรปรวนร่วมดังกล่าวมาใช้ในการดำเนินการวิเคราะห์สมการโครงสร้างตามสมมุติฐานในครั้งนี้ เมื่อดำเนินการวิเคราะห์เสร็จสิ้นแล้วจึงได้ทำการตรวจสอบค่าความสอดคล้องของแบบจำลองกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีความสอดคล้องกันอย่างเป็นที่ยอมรับหรือไม่ โดยพิจารณาจากค่าสถิติดังนี้ ค่าไค - สแควร์ (χ^2), df, p-value ; RMSEA ; RMR ; CFI ; AGFI ; GFI และค่า CN ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้างตามสมมุติฐาน พบว่าแบบจำลองยังไม่มี ความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจาก ค่า $\chi^2 = 1566.26$, $df = 216$, $p\text{-value} = 0.00000$; $RMSEA = 0.12$; $RMR = 0.039$; $CFI = 0.96$; $AGFI = 0.70$; $GFI = 0.76$; $CN = 95.13$ ทั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการปรับแบบจำลอง (Modification Model) โดยยอมให้ค่า

ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกตในแบบจำลองสมการโครงสร้างบางคู่มีความสัมพันธ์กันได้ ตามคำแนะนำของโปรแกรม LISREL ประกอบกับการพิจารณาความเป็นไปได้ในเชิงทฤษฎีประกอบหลังจากที่ได้ทำการวิเคราะห์แบบจำลองตามสมมุติฐานด้วยโปรแกรม LISREL พบว่าแบบจำลองทางเลือกมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดี โดยพิจารณาจากค่า $\chi^2 = 327.89$, $df = 164$, $p\text{-value} = 0.0000$, $\chi^2 / df = 1.98$; $RMSEA = 0.048$; $RMR = 0.023$; $CFI = 0.99$; $AGFI = 0.90$; $GFI = 0.94$; $CN = 279.84$ ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแบบจำลองทางเลือกมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ได้ดีกว่าแบบจำลองสมมุติฐาน ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบความเหมาะสมระหว่างแบบจำลองสมมุติฐานกับแบบจำลองทางเลือกไว้ดังตาราง 7 และภาพประกอบของแบบจำลองทางเลือก ดังภาพประกอบ 5

ตาราง 8 การเปรียบเทียบความเหมาะสมของแบบจำลองสมมุติฐานกับแบบจำลองปรับแก้ที่จะนำไปใช้ในการอ่านผลค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล

รายการ	ค่าสถิติ	แบบจำลอง สมมุติฐาน	แบบจำลอง ทางเลือก
Chi-Square	*ต่ำใกล้ 0	1565.15	327.89
	*เท่ากับ df	215	164
Relative Chi-Square	ผลหารด้วย df <2	7.28	1.98
GFI	มากกว่า.90	0.76	0.94
AGFI	มากกว่า.90	0.70	0.90
RMR	เข้าใกล้ 0.00	0.40	0.02
RMSEA	น้อยกว่า.05	0.12	0.04
CFI	ระหว่าง 0 – 1	0.96	0.99
CN	>200	94.84	279.84

ตาราง 7 ได้ทำการเปรียบเทียบความเหมาะสมระหว่างแบบจำลองตามสมมุติฐาน และแบบจำลองทางเลือก เพื่อพิจารณาถึงความเหมาะสมในการนำแบบจำลองไปใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพและการอภิปรายผลการวิจัยต่อไป ผู้วิจัยได้ทำการพิจารณาถึงความเหมาะสมของแบบจำลองทั้ง 2 จากค่าสถิติที่กำหนดไว้ตามรายละเอียดดังนี้

1) ค่าสถิติไค – สแควร์ (Chi-square statistics) เป็นค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยภาพรวม พิจารณาจากการนำ Chi-Square / df ซึ่งจะต้องน้อยกว่า 2 จึงจะถือว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลประจักษ์ จากการพิจารณาพบว่าค่าสถิติ ไค – สแควร์ในแบบจำลองทางเลือกมีค่าเท่ากับ 1.98 แต่ในแบบจำลองสมมุติฐานมีค่า

เท่ากับ 7.28 ในประเด็นนี้นับได้ว่าแบบจำลองทางเลือกมีความเหมาะสมกว่า (สุภมาส อังศุโชติ สมถวิล วิจิตวรรณ และ รัชนี้กุล ภิญโญภาณุวัฒน์, 2552)

2) ดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (Goodness – of – fit index : GFI) เป็นอัตราส่วนของผลต่างระหว่างฟังก์ชันความสอดคล้องจากรูปแบบโครงสร้าง ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลก่อนและหลังปรับกับฟังก์ชันความสอดคล้องก่อนปรับรูปแบบ โครงสร้างความสัมพันธ์ ค่า GFI หากมีค่ามากกว่า 0.90 แสดงว่ารูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จากการพิจารณาพบว่า ค่า GFI ของแบบจำลองทางเลือกมีค่าเท่ากับ 0.94 แต่ค่า GFI ของแบบจำลองสมมุติฐานมีค่าเท่ากับ 0.76 ในประเด็นนี้นับได้ว่าแบบจำลองทางเลือกมีความเหมาะสมกว่า

3) ดัชนีวัดความสอดคล้องที่ปรับแล้ว (Adapted goodness – pf – fit index : AGFI) ซึ่งนำ GFI มาปรับแก้และคำนึงขนาดของตัวแปรและกลุ่มตัวอย่าง ค่านี้ ใช้เช่นเดียวกับ GFI ค่า GFI และ AGFI ที่เข้าใกล้ 1 แสดงว่ารูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จากการพิจารณาพบว่า ค่า AGFI ของแบบจำลองทางเลือก มีค่าเท่ากับ 0.90 ค่า AGFI ของแบบจำลองสมมุติฐานเท่ากับ 0.70 ในประเด็นนี้นับได้ว่าแบบจำลองทางเลือกมีความเหมาะสมกว่า

4) ค่า RMR (Root Mean Square Residual) เป็นค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนซึ่งจะต้องมีค่าน้อยกว่า 0.05 จากการพิจารณาพบว่า ค่า RMR ของแบบจำลองทางเลือกมีค่าเท่ากับ 0.02 พบว่า ค่า RMR ของแบบจำลองสมมุติฐาน มีค่าเท่ากับ 0.40 ในประเด็นนี้นับได้ว่าแบบจำลองสมมุติฐานมีความเหมาะสมกว่า

5) ค่าดัชนีรากของกำลังสองค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณ (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) เป็นค่าที่บ่งบอกถึง ความไม่สอดคล้องของรูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์ที่สร้างขึ้นกับเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมของประชากร ค่า RMSEA ที่น้อยกว่า .05 แสดงว่ามีความสอดคล้องสนิท (close fit) แต่ อย่างไรก็ตามค่าที่ใช้ได้และถือว่ารูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์ที่สร้างขึ้นสอดคล้องกับรูปแบบ โครงสร้างความสัมพันธ์ไม่ควรจะเกิน .05 จากการพิจารณาพบว่าค่า RMSEA ของแบบจำลองทางเลือกมีค่าเท่ากับ 0.04 ค่า RMSEA ของแบบจำลองสมมุติฐานมีค่าเท่ากับ 0.12 ในประเด็นนี้นับได้ว่าแบบจำลองทางเลือกมีความเหมาะสมกว่า

6) ค่า CFI (Comparative fit Index) เป็นค่าดัชนีที่บอกว่าโมเดลที่นำมาตรวจสอบตัวแปรมีความสัมพันธ์มากน้อยเพียงใด ดัชนีต้องมีค่าตั้งแต่ 0 – 1 ค่าที่เข้าใกล้ 1 แสดงว่าตัวแบบจำลองมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยทั่วไปแล้วค่า CFI ที่ดีควรมีค่าตั้งแต่ 0.09 ขึ้นไป (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และคณะ, 2551) จากการพิจารณาพบว่า ค่า CFI ของแบบจำลองทางเลือกมีค่าเท่ากับ 0.99 ค่า CFI ของแบบจำลองสมมุติฐานมีค่าเท่ากับ 0.96 ในประเด็นนี้นับได้ว่าแบบจำลองทางเลือกมีความเหมาะสมกว่า

7) ค่า CN (Critical N) เป็นดัชนีที่แสดงขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จะยอมรับดัชนีความสอดคล้องของโมเดล ค่า CN ควรมีมากกว่า 200 จากการพิจารณาพบว่าค่า CN ของแบบจำลอง

ทางเลือกมีค่าเท่ากับ 279.84 ค่า CN ของแบบจำลองสมมุติฐาน มีค่าเท่ากับ 94.84 ในประเด็นนี้ นับได้ว่าแบบจำลองทางเลือกมีความเหมาะสมกว่า (สุภมาส อังศุโชติ สมถวิล วิจิตวรรรณา และ รัชนีกุล วิทยุโณภาณุวัฒน์, 2552)

ทั้งนี้จากการพิจารณาค่าสถิติทดสอบแล้ว พบว่าแบบจำลองทางเลือกมีค่าสถิติที่ผ่านเกณฑ์ค่าสถิติทดสอบดีกว่าแบบจำลองสมมุติฐาน ผู้วิจัยจึงตัดสินใจเลือกแบบจำลองปรับแก้เพื่อนำเป็นข้อมูลสำหรับการอภิปรายผลการวิจัยต่อไป รายละเอียดผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในภาพประกอบ 24 และ ตาราง 8

ตาราง 9 คะแนนมาตรฐานของผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม อิทธิพลรวม ของแบบจำลองปรับแก้

ตัวแปรตาม	R ² ตามสมการโครงสร้าง	ความสัมพันธ์	ตัวแปรอิสระ						
			พฤติกรรมสุขภาพ	การกำกับตนเอง	ความรู้	เจตคติ	การรับรู้ความสามารถ	ความไว้วางใจ	การสนับสนุน
พฤติกรรมสุขภาพ	0.60	DE		0.48*			0.29*		0.06*
		IE			0.18*	0.36*	0.20*		0.55*
		TE		0.48*	0.18*	0.65*	0.20*	0.06	0.55*
การกำกับตนเอง	0.72	DE				0.48*	0.41*		
		IE			0.21*	0.26*			0.62*
		TE			0.21*	0.74*	0.41*		0.62*
ความรู้	0.05	DE							0.22*
		IE							
		TE							0.22*
เจตคติ	0.55	DE			0.28*				0.63*
		IE							0.06*
		TE			0.28*				0.69*
การรับรู้ความสามารถ	0.74	DE				0.64*			0.27*
		IE			0.18*				0.44*
		TE			0.18*	0.64*			0.71*
ความไว้วางใจ	0.90	DE							0.95*
		IE							
		TE							0.95*
การมีส่วนร่วม	0.68	DE			0.13*				0.79*
		IE							0.03*
		TE			0.13*				0.82*

$\chi^2 = 327.89$., df= 164, p-value = 0.0000, $\chi^2 / df = 1.98$; RMSEA = 0.048 ; RMR = 0.023; CFI = 0.99; AGFI = 0.90; GFI = 0.94; CN = 279.84

DI = อิทธิพลทางตรง (Direct Effect)

IE = อิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect)

TE = อิทธิพลโดยรวม (Total Effect)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 8 พบว่าแบบจำลองสมการโครงสร้างมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับที่ยอมรับได้ โดยพิจารณาจากค่าสถิติ $\chi^2 = 327.89$, $df = 164$, $p\text{-value} = 0.0000$, $\chi^2 / df = 1.98$; $RMSEA = 0.048$; $RMR = 0.023$; $CFI = 0.99$; $AGFI = 0.90$; $GFI = 0.94$; $CN = 279.84$ ผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักอิทธิพลของแบบจำลองสมการโครงสร้างมีรายละเอียดดังนี้

1. การกำกับตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลที่ระดับ 0.48 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วนมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพผ่านเจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและการมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.28 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วนมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการกำกับตนเองผ่านเจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วนมีอิทธิพลทางตรงเจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพต่อมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.28 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. เจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพตนเองมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.29 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.36 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. เจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อการกำกับตนเองมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.48 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการกำกับตนเองผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.26 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพผ่านการกำกับตนเองมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

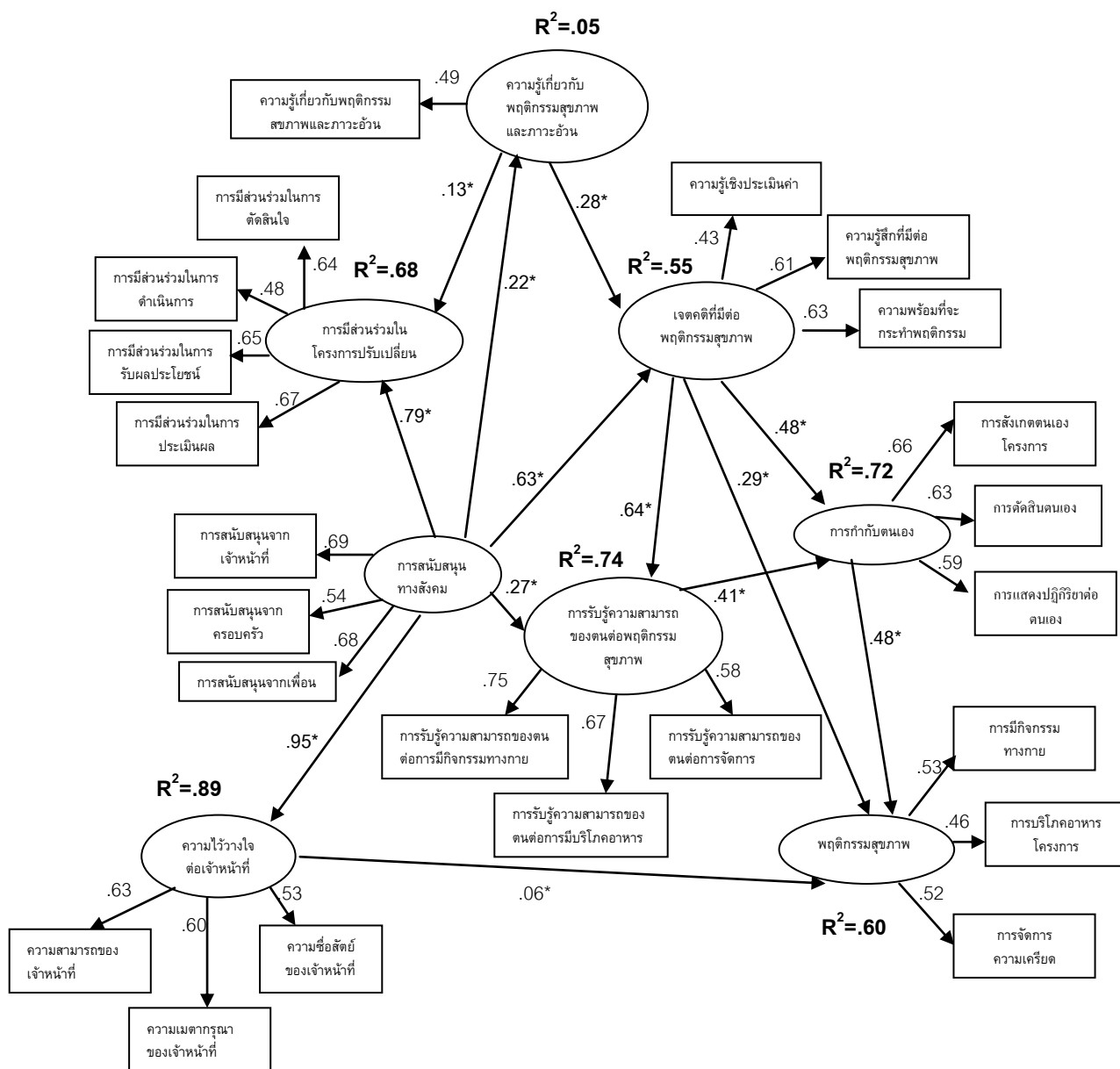
7. การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อการกำกับตนเองมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.41 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

8. ความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ในโครงการมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.06 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

9. การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพและการกำกับตนเองผ่านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ในโครงการ และการมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.55 และ 0.62 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามลำดับ

10. การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ในโครงการ และการมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.22 0.63 0.27 0.95 และ 0.79 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สามารถแสดงผลในลักษณะของรูปภาพประกอบดังต่อไปนี้



$\chi^2 = 327.89$, $df = 164$, $p\text{-value} = 0.0000$, $\chi^2 / df = 1.98$; $RMSEA = 0.048$; $RMR = 0.023$; $CFI = 0.99$; $AGFI = 0.90$; $GFI = 0.94$; $CN = 279.84$

ภาพประกอบ 5 อิทธิพลทางจิตสังคมและการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง อิทธิพลทางจิตสังคมและการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร ในบทนี้เป็นการนำเสนอสรุปสาระสำคัญของการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแบบจำลองสมการโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรทางจิตสังคม และการกำกับตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วน
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรทางจิตสังคมที่มีผลต่อการกำกับตนเองของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วน
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรทางจิตสังคมและการกำกับตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วน

สมมติฐานการวิจัย

- 1.1 การกำกับตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ
- 1.2 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วนมีอิทธิพลทางส่งผลทางตรงต่อเจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ
- 1.3 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วนมีอิทธิพลทางทางตรงต่อการมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- 1.4 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วนมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพและการกำกับตนเอง
- 1.5 เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลทางทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ
- 1.6 เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อการกำกับตนเอง
- 1.7 เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ
- 1.8 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อการกำกับตนเอง
- 1.9 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพผ่านการกำกับตนเอง
- 1.10 ความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่โครงการมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ

1.11 การมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ

1.12 การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะอ้วน เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่โครงการ การรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

1.13 การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อการกำกับตนเอง

1.14 การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้รับบริการที่เข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากหน่วยงานที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานครในปีงบประมาณ 2555 จำนวน 35 โครงการ และกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีดัชนีมวลกาย 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป จำนวน 442 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถามและแบบวัด รวม 9 ชุด ประกอบด้วย ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน ชุดที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ ชุดที่ 5 แบบสอบถามความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่โครงการ ชุดที่ 6 แบบสอบถามการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ชุดที่ 7 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ชุดที่ 8 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ ชุดที่ 9 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ แบบวัดชุดที่ 2 – ชุดที่ 9 มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง .801 ถึง .957

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหน่วยงานที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร ตามกำหนดวันและเวลาที่ได้นัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามด้วยตนเองทุกฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์สถิติทางสังคมศาสตร์สำหรับการวิเคราะห์สถิติพรรณนา และใช้โปรแกรม LISREL 8.72 สำหรับการวิเคราะห์แบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีดัชนีมวลกาย 25 – 29.9 ตารางเมตร จำนวน 307 คน คิดเป็นร้อยละ 69.50 มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 41 – 50 ปี จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 29.0

2. คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรสังเกตที่ทำการศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 3.824 - 5.115 การกระจายของข้อมูลด้วยการพิจารณาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน มีค่าอยู่ระหว่าง 0.628- 0.995 ตัวแปรที่มีการกระจายน้อยที่สุดคือ ความซื่อสัตย์ของเจ้าหน้าที่โครงการ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน และความสามารถของเจ้าหน้าที่โครงการ มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.628, 0.651 และ 0.656 ตามลำดับ สำหรับตัวแปรที่มีการกระจายตัวมากที่สุดคือ การรับรู้ความสามารถของตนต่อการมีกิจกรรมทางกาย การสนับสนุนจากครอบครัว และการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.995 0.877 และ 0.831 ตามลำดับ

ตัวแปรที่มีค่าเบี่ยงเบนน้อยที่สุด คือ การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง การสังเกตตนเอง และความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าเท่ากับ -0.910 - 1.098 และ -1.112 ตามลำดับ และตัวแปรที่มีค่าเบี่ยงเบนมากที่สุดคือ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่โครงการ มีค่าเท่ากับ -6.446 -5.977 และ -5.376 ตามลำดับ ตัวแปรสังเกตที่มีค่าความเบี่ยงเบนน้อยที่สุดคือ การตัดสินใจตนเอง การจัดการความเครียด และ ความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรม มีค่าเท่ากับ 0.192 0.354 และ 1.314 ตามลำดับ และตัวแปรที่มีค่าเบี่ยงเบนมากที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีกิจกรรมทางกาย และการบริโภคอาหาร มีค่าเท่ากับ 1.827 1.780 และ 1.456 ตามลำดับ ตัวแปรที่มีค่าความโด่งตืดลบน้อยที่สุด ได้แก่ การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง การมีกิจกรรมทางกาย และ การตัดสินใจตนเอง มีค่าเท่ากับ -0.094 -0.115 และ -0.373 ตามลำดับ สำหรับตัวแปรที่มีค่าความโด่งตืดลบมากที่สุดได้แก่ ความซื่อสัตย์ของเจ้าหน้าที่โครงการ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ และความรู้เชิงประเมินค่า มีค่าเท่ากับ -1.662 -1.450 และ -1.398 ตามลำดับ ตัวแปรที่มีค่าความโด่งตืดน้อยที่สุด คือ ความสามารถของเจ้าหน้าที่โครงการ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน มีค่าอยู่ระหว่าง 0.095 1.225 และ 1.368 ตามลำดับ สำหรับตัวแปรที่มีค่าความโด่งตืดเป็นบวกมากที่สุดคือ การรับรู้ความสามารถของตนต่อการจัดการความเครียด การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่โครงการ และการสนับสนุนจากครอบครัว มีค่าเท่ากับ 3.334 3.207 และ 3.206 ตามลำดับ และพบว่า ตัวแปรสังเกตทุกตัวแปรมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ กล่าวคือ ค่าสถิติ Chi-

Square ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเหมาะสมกับการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้างเชิงเส้นได้

3. ผลการตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดล จากผลการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้างตามสมมติฐาน พบว่าแบบจำลองยังไม่มี ความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจาก ค่า $\chi^2 = 1566.26$, $df = 216$, $p\text{-value} = 0.00000$; $RMSEA = 0.12$; $RMR = 0.039$; $CFI = 0.96$; $AGFI = 0.70$; $GFI = 0.76$; $CN = 95.13$ ซึ่งมีบางค่ายังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับแบบจำลอง (Modification Model) พบว่าแบบจำลองทางเลือ กมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดี โดยพิจารณาจากค่า $\chi^2 = 327.89$, $df = 164$, $p\text{-value} = 0.0000$, $\chi^2 / df = 1.98$; $RMSEA = 0.048$; $RMR = 0.023$; $CFI = 0.99$; $AGFI = 0.90$; $GFI = 0.94$; $CN = 279.84$ ซึ่งมีค่าทุกค่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแบบจำลองทางเลือ กมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ได้ดีกว่าแบบจำลองสมมติฐาน

เหตุที่ผลการตรวจสอบโมเดลสมการโครงสร้างทางเลือ กมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ อาจเนื่องจากเหตุผล 2 ประการ ดังนี้ ประการแรก โมเดลสมการโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นโมเดลที่ได้จากการพัฒนาจากทฤษฎีและงานวิจัยที่มีความตรงเชิงเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้างที่ได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวัด และมีการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) ซึ่งเป็นกรวิเคราะห์โมเดลการวัดของแต่ละตัวแปรแฝง ก่อนการปรับโมเดล และในแต่ละโมเดลการวัดได้มาจากการสังเคราะห์องค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย นิยามเชิงปฏิบัติการและตัวบ่งชี้ที่ได้จากการศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยตามที่ปรากฏในบทที่ 2 และเป็นโมเดลการวัดที่มีค่าสถิติผ่านเกณฑ์ที่กำหนดทุกโมเดล และประการที่สอง คือ ข้อมูลเชิงประจักษ์ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานครที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น มีปรากฏการณ์ที่มีความสอดคล้องกับทฤษฎี เช่น พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นการกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออกและทำที่ที่จะกระทำ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะคือ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพและการงดเว้นไม่กระทำหรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2552:11) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติหรืองดเว้นการปฏิบัติที่ส่งผลให้เกิดโรคอ้วนขึ้น กล่าวคือ โมเดลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีและงานวิจัยมีความสอดคล้องกับปรากฏการณ์จริงของพฤติกรรมสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติจริง

4. ผลการศึกษาขนาดอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อมและอิทธิพลรวมของของอิทธิพลทางจิตสังคมและการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยทางจิตสังคมและการกำกับตนเอง ล้วนมีอิทธิพลในทิศทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ 05 และเมื่อพิจารณาอิทธิพลทางตรง (direct effect: DE) อิทธิพลทางอ้อม (indirect effect: IE) และอิทธิพลรวม (total effect: TE) ระหว่างแต่ละตัวแปรแฝง ซึ่งตัวแปรต่างๆ สามารถส่งอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อกัน ดังนี้

5. การกำกับตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลที่ระดับ 0.48 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการกำกับตนเองมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพเนื่องจากการกำกับตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลปฏิบัติและสนับสนุนต่อพฤติกรรมจากความเข้าใจและอารมณ์ความรู้สึกที่มุ่งไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ด้วยตนเองอย่างเป็นระบบ (Husen ;& Postlethwait. 1994: 5400 อ้างอิงใน กนิษฐา จันทรฉาย. 2549) ซึ่งในพฤติกรรมสุขภาพนี้หมายถึงว่า การแสดงออกถึงการกระทำโดยการสังเกตพฤติกรรมการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกาย พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายและวางแผนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้มีดัชนีมวลกายตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อาจกระทำด้วยการจัดบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง กระตุ้นเตือนตนเองให้กระทำอย่างต่อเนื่องส่งผลต่อการบรรลุถึงการมีดัชนีมวลกายลดลงตามที่ตนเองได้ตั้งเป้าหมายไว้นั้นอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรภรณ์ ภูมิภูเขียว(2552) พบว่า การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการพัฒนาพฤติกรรมลดน้ำหนักของข้าราชการอำเภอหนองบัวลำภู จังหวัดเลย ซึ่งมีกิจกรรมการให้ความรู้ การใช้ตัวแบบจากวิดีโอ การแจกคู่มือการลดน้ำหนัก การสังเกตตนเองและประเมินพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย และการสาธิตอาหารเพื่อลดน้ำหนัก การวางแผนการลดน้ำหนัก กำหนดการลงโทษและการให้รางวัลแก่ตนเอง การให้รางวัล คำชมเชย และการให้กำลังใจ ฯลฯ นั้น ในกลุ่มที่ได้รับการกำกับตนเองมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วนมีอิทธิพลทางตรงต่อเจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพต่อมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.28 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะเห็นได้ว่า ความรู้เป็นสิ่งที่สะสมความรู้ ความเข้าใจจากประสบการณ์และความตระหนักในสิ่งนั้นๆ สิ่งที่เกิดขึ้นจะถูกจดจำและระลึกได้ ในที่สุดก็จะวิเคราะห์ทักษะที่เกี่ยวข้องกับสิ่งนั้น การเพิ่มพูนความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เสมอไป ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพบางอย่างมีความจำเป็นน้อยหากปฏิบัติเกี่ยวกับสิ่งนั้นสามารถนำไปพบกับสิ่งที่เราต้องการได้ (Green ;& Kreuter. 2005; 154 – 155) หากบุคคลได้รับความรู้หรือมีความรู้เกี่ยวกับผลดีผลเสียของพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน เช่น ผลเสียด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสุขภาพ จะเกิดการวิเคราะห์และส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม ซึ่งไอเซนและฟิชไบน์ กล่าวว่า เจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Attitude towards behavior) (Ajzen and Fishbein. 1980; ธีระพร อุวรรณโณ. 2535: 255-265; ศิริวรรณ โพธิ์วัน. 2546: 24-26; อ้างอิงใน พัชรี ดวงจันทร์. 2550.36 - 39) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นว่าเป็นทางบวกหรือทางลบ หรือสนับสนุน-ต่อต้านการกระทำนั้นๆ โดยทั่วไปถ้าบุคคลมีเจตคติทางบวกมากเท่าใด ก็ควรมีเจตนาหนักแน่นที่จะกระทำพฤติกรรมมาก

เท่านั้น ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมีเจตคติทางลบมากเท่าใด ก็ควรมีเจตนาหนักแน่นที่จะไม่กระทำพฤติกรรมมากเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับ มิเชลและมิเชล กล่าวว่า (Mischel;& Mischel. 1976 : 5) ตามหลักจิตวิทยาการกระทำพฤติกรรมใดๆ ของบุคคลจะเกิดขึ้นได้นั้นจะต้องมีองค์ประกอบ 2 อย่าง ได้แก่ ความรู้ความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ความสามารถดังกล่าวรวมทั้งความรู้ ทักษะ กฎเกณฑ์ สติปัญญาที่จะทำให้บุคคลสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมได้ 2) ความต้องการที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น จากหลักการนี้จะเป็นแนวทางในการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ แม้ความรู้ความเข้าใจจะเป็นพื้นฐานของความสามารถที่จะนำพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ หากแต่จะนำไปปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล คนที่มีความรู้ความสามารถจะกระทำในสิ่งที่ตนสามารถจนเป็นพฤติกรรมปกติหรือเป็นกิจวัตรนั้น ต้องอาศัยการมีความต้องการที่จะกระทำ จึงต้องสร้างจิตลักษณะอีกหลายด้าน ให้บุคคลกระทำพฤติกรรมสุขภาพซึ่งแรงจูงใจและบุคลิกภาพที่จะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมโดยสม่ำเสมอเป็นจิตลักษณะที่เกิดภายในตัวบุคคล เพราะพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งที่ต้องทำให้สม่ำเสมอจึงเป็นความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลโดยเฉพาะ ดังนั้น เมื่อบุคคลมีความรู้ความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วนเป็นอย่างดีแล้ว บุคคลจะเกิดความรู้สึกได้ว่าการเกิดภาวะอ้วนส่งผลเสียต่อสุขภาพอย่างไรบ้าง และนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ ที่ช่วยลดภาวะอ้วนได้ต่อไปอย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับ ฌีนาพัณน์ ซีระพลเศรษฐ์ (2552) พบว่า การมีความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนที่ถูกต้อง จะส่งผลถึงทัศนคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนและเกี่ยวเนื่องถึงพฤติกรรมในการควบคุมและลดน้ำหนักที่ถูกต้องตามไปด้วย

นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วนมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการกำกับตนเองผ่านเจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะเห็นได้ว่า การกำกับตนเอง หมายถึง กระบวนการที่บุคคลปฏิบัติและสนับสนุนต่อพฤติกรรมจากความรู้ความเข้าใจและอารมณ์ความรู้สึกที่มุ่งไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ด้วยตนเองอย่างเป็นระบบ (Husen ;& Postlethwait. 1994: 5400 อ้างอิงใน กนิษฐา จันทรินาย. 2549) กล่าวคือ การที่บุคคลจะสามารถกำกับตนเองให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะอ้วนได้นั้น ต้องมีความรู้ความเข้าใจและมีอารมณ์ความรู้สึกในทางดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ดังนั้น หากบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วนและรู้ว่า มีประโยชน์และมีความต้องการรวมถึงพอใจในแนวทางต่างๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแล้วก็จะก่อให้เกิดการควบคุมตนเองให้ปฏิบัติไปตามเป้าหมายที่ตนเองต้องการต่อไป สอดคล้องกับ ศศิธร อุตสาหกิจ (2550) พบว่า การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนทำให้สตรีวัยกลางคนมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักดีขึ้นและดัชนีมวลกายลดลงแสดงให้เห็นว่าความรู้มีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนและมีผลทางตรงและทางอ้อมต่อการกำกับตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ

7. เจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.29 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.36 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะเห็นได้ว่า ไอ

เซนและฟิชไบน์ กล่าวว่า เจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Attitude towards behavior) (Ajzen and Fishbein. 1980; ธีระพร อุวรรณโณ. 2535: 255-265; ศิริวรรณ โพธิ์วัน. 2546: 24-26; อ้างอิงใน พัชรี ดวงจันทร์. 2550.36 - 39) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นว่าเป็นทางบวกหรือทางลบ หรือสนับสนุน-ต่อต้านการกระทำนั้นๆ โดยทั่วไปถ้าบุคคลมีเจตคติทางบวกมากเท่าใด ก็ควรมีเจตนาหนักแน่นที่จะกระทำพฤติกรรมมากเท่านั้น ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมีเจตคติทางลบมากเท่าใด ก็ควรมีเจตนาหนักแน่นที่จะไม่กระทำพฤติกรรมมากเท่านั้น ดังนั้น เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ จึงเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ อาจแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งต่างๆในทางบวก คือ เห็นด้วย พอใจ ยอมรับหรือสนับสนุน หรือในทางลบ คือ ไม่เห็นด้วย ไม่พอใจ ไม่ยอมรับ หรือไม่สนับสนุน (พนิดา พัฒนบณเมือง. 2545) ในที่นี้คือ การที่บุคคลมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยลดภาวะอ้วนแล้ว บุคคลจะแสดงบทบาทหรือพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดในลักษณะที่นำไปสู่การลดภาวะอ้วน สอดคล้องกับ อุบล เลี้ยววาริณ (2534) ที่พบว่า ตัวทำนายที่สำคัญที่สุดของพฤติกรรมสุขภาพ คือ เจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ และ ศศิธร ภูษยันธ์ (2546) พบว่า กลุ่มที่มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่ากลุ่มที่มีปัจจัยดังกล่าวต่ำ และเมอร์ตักและฮินซอ (Murdaugh ;& Hinshaw. 1986) ที่ทำการศึกษาจิตลักษณะที่ส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า เจตคติต่อการออกกำลังกายจะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

นอกจากนี้ยังพบว่า เจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อการกำกับตนเองมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.48 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะเห็นได้ว่า การมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพยังมีผลต่อการกำกับตนเองด้วย เนื่องจากเมื่อบุคคลเห็นประโยชน์หรือโทษการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะอ้วนแล้วจะเกิดความรู้สึกพอใจหรือยอมรับสิ่งที่จะเกิดขึ้นจากการการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ นำไปสู่การตั้งเป้าหมายสำหรับตนเองและคิดกลวิธีให้บรรลุเป้าหมายด้วยตนเอง โดยบุคคลจะเป็นผู้ควบคุมกระบวนการนี้ด้วยตนเอง (Zimmerman. 1998: 1) เพื่อลดภาวะอ้วน อีกทั้งยังพบว่า เจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพยังมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการกำกับตนเองผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.26 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ บุคคลต้องรับรู้ว่าคุณมีความสามารถมากน้อยเพียงใดในการกำกับตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หรือเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura.1997 : 3) สอดคล้องกับ ศศิธร อุตสาหกิจ (2550) ที่ศึกษาการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักและดัชนีมวลกายในสตรีวัยกลางคนที่มีความน้ำหนักเกินโดยการให้ความรู้และคำแนะนำรายกลุ่มเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก พบว่า การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองทำให้สตรีวัยกลางคนมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักดีขึ้นและดัชนีมวลกายลดลงแสดงให้เห็นว่าความรู้มีอิทธิพลทางตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและมีผลทางตรงและทางอ้อมต่อการกำกับตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ

8. การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อการกำกับตนเองมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.41 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะเห็นได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นเป็นเชื้อของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura.1997 : 3) หรืออาจกล่าวได้ว่า ถ้าเรามีการรับรู้ว่ามี ความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้น คนที่รับรู้ว่าจะตนมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2549: 47-60) และ วิลสาลักษณ์ ชวัลลี (2542) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลว่า บุคคลจะมีวิธีการอย่างไร มีความพยายามเพียงใด อดทนต่ออุปสรรคและความล้มเหลวได้มากน้อยเพียงใด มีแบบแผนการคิดที่จะขัดขวางหรือให้กำลังใจตนเอง มีความเครียดเพียงใดในการจัดการกับเหตุการณ์ที่ยากลำบาก เป็นต้น ดังนั้น เมื่อ บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะเป็นคนที่พยายามกระทำพฤติกรรมสุขภาพและจะยอมรับผลต่างๆที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของตน จะเลือกการกระทำที่มีลักษณะท้าทาย และจะใช้ความพยายามอย่างมากในการกำกับตนเองเพื่อให้การกระทำนั้นบรรลุเป้าหมาย

นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพผ่านการกำกับตนเองมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะเห็นได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตมมีความสัมพันธ์กับการกระทำพฤติกรรมของบุคคลคือ ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตมในการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งสูง และมีแนวโน้มกระทำพฤติกรรมนั้นสูงด้วย ในทางตรงข้าม ถ้าบุคคลรับรู้ความสามารถของตมในการกระทำพฤติกรรมนั้นต่ำหรืออาจไม่ทำพฤติกรรมนั้นเลย (Bandura.1986 : 395 – 399) หากบุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหารและการจัดการความเครียดได้ด้วยการกำกับตนเองให้มีพฤติกรรมดังกล่าว บุคคลนั้นจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมั่นใจและเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ สอดคล้องกับ ไพโรจน์ พัวพันธ์ และเพลินจิต คันถรจนารักษ์ (2551) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในภาพรวมมีระดับปานกลางรวมทั้งทางด้าน การปฏิบัติตนในการควบคุมอาหารและด้านการมีกิจกรรมทางกาย แต่ยังพบว่าหญิงวัยกลางคนส่วนมากยังมีปัญหาในเรื่องการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูงพบว่าหญิงวัยกลางคนจำนวนมากประสบปัญหาทางด้านภาวะน้ำหนักตัวเกินแต่การควบคุมน้ำหนักตัวให้ได้ผลจำเป็นต้องอาศัยพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี และการรับรู้ความสามารถแห่งตนจะช่วยให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตมซึ่งอาจนำไปสู่การปฏิบัติตนที่เหมาะสมได้ และแอนนิซี และ โกจารา (Annesi;& Gorjala. 2010) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการกำกับตนเองและการรับรู้ความสามารถของตมในการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของใช้ทักษะการกำกับตนเองด้วยการรับรู้ความสามารถของตมในการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกายที่เกิดจากพฤติกรรมรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

พบว่า การกำกับตนเองทางด้านพฤติกรรม การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

9. ความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ในโครงการมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.06 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะเห็นได้ว่า ความไว้วางใจคือ เป็นความเชื่อมั่น ความเชื่อ หรือ ความคาดหวังในแง่บวกของผู้รับบริการที่มีต่อผู้ให้บริการ หรือ สิ่งใดสิ่งหนึ่งว่าจะปฏิบัติกับผู้รับบริการตามที่ได้คาดหวังหรือเชื่อมั่นไว้ ความไว้วางใจจะเพิ่มขึ้นเมื่อความคาดหวังในแง่บวกได้รับการสนองตอบ หรือเป็นจริง แต่ความไว้วางใจจะลดลง หากความคาดหวังในแง่บวกนั้นไม่ได้รับการสนองตอบ หรือสนองตอบได้ในระดับต่ำกว่าที่คาดหวัง กล่าวคือ เราจะเชื่อไว้วางใจกับคนที่ไม่ทำให้เราผิดหวัง โดยสามารถกระทำในสิ่งที่เราคาดหวังได้บรรลุผลสำเร็จ (รุจ เจริญลาภ, 2548 : 12) ซึ่งความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ในโครงการ เป็นความคาดหวังว่าเจ้าหน้าที่ในโครงการจะกระทำในสิ่งที่พึงพอใจ และเป็นการเต็มใจที่จะยอมรับความเสี่ยงโดยความไว้วางใจจะยังไม่ปรากฏในระยะแรกของสัมพันธภาพเพราะเป็นสิ่งที่เกิดจากการสั่งสมของประสบการณ์ (Rempel, Holmes ;& Zanna. 1985 : 95 citing Scanzoni. 1979) ตามมุมมองของนักจิตวิทยาสังคม (The View of Social Psychologists) นั้น ความไว้วางใจจะเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นความคาดหวังของกลุ่มบุคคลอื่นในการดำเนินงานร่วมกัน เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการตามความคาดหวัง และเป็นส่วนประกอบในบริบทที่ช่วยเสริมสร้าง หรือ ยับยั้งการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความไว้วางใจ ซึ่งมีหลายปัจจัยในตัวผู้ที่ได้รับความไว้วางใจ (Trustee) ที่ส่งผลต่อการเกิดความไว้วางใจของบุคคล ได้แก่ ความสามารถ ความเมตตา กรุณา ความซื่อสัตย์ กล่าวคือ เมื่อบุคคลเห็นว่าเจ้าหน้าที่โครงการมีความรู้ความสามารถมากในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะอ้วน มีหลักการที่น่าเชื่อถือ มีความตั้งใจจริงในการทำงาน มีความซื่อสัตย์ บุคคลจะมีความไว้วางใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำหรือการให้ความรู้ของโครงการได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับ สัจพร ทรัพย์เย็น (2552) ได้ศึกษาทัศนคติต่อสารเมลามีน และความไว้วางใจในผลิตภัณฑ์นมตรามะลิที่มีผลต่อแนวโน้มพฤติกรรม การซื้อผลิตภัณฑ์ในอนาคต พบว่า ความไว้วางใจในผลิตภัณฑ์นมตรามะลิโดยรวมมีความสัมพันธ์ทิศทางเดียวกันในระดับปานกลางกับแนวโน้มพฤติกรรม การซื้อหรือดื่มโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอารีย์ คำนวนตักดิ์ (2545) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมเชิงสร้างสรรค์ ความไว้วางใจในองค์กรกับผลการดำเนินงานของกลุ่มงานพยาบาล ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ที่ผ่านการประเมินการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า ความไว้วางใจในองค์กรมีผลการดำเนินงานของกลุ่มงานพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ที่ผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

10. การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ในโครงการ และการมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.22 0.63 0.27 0.95 และ 0.79 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะเห็นได้ว่า จากการ

ศึกษาวิจัยของไทยเดน (เพชร อินทรพานิช. 2536 อ้างอิงจาก Tiden.1985) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอนามัย และเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะช่วยลดความเครียด สามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสมนำไปสู่การมีสุขภาพอนามัยที่ดี การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายถึงชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีด้วย (William. 2000) สอดคล้องกับอิสราเอล (Israel.1985:65-80) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นเสมือนแรงกระตุ้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์ กล่าวคือ บุคคลรับรู้ได้ว่าได้รับความช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นการได้รับความรู้ การสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในโครงการ การสนับสนุนทางอารมณ์ให้รับรู้ว่าการมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะอ้วนเป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์ และการมีการช่วยเหลือจากบุคคลต่างๆ อย่างเต็มที่และเต็มใจ เช่น จากเจ้าหน้าที่โครงการ จากบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น เพื่อน ครอบครัว เพื่อช่วยให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและมีดัชนีมวลกายลดลงนั้นจะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมสุขภาพให้ไปตามเป้าหมายได้โดยมีพฤติกรรมที่กำกับตัวเองได้ด้วยการช่วยเหลือสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ ดังที่กล่าวมาอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังที่พบผลว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพและการกำกับตนเองผ่านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน เจตคติที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ในโครงการ และการมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.55 และ 0.62 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามลำดับ สอดคล้องกับ คอบบ์และแคสเซล (Cobb. 1976: 300-313;& Cassel. 1974: 471 – 482 อ้างอิงใน อังคินันท์ อินทรกำแหง. 2552:30) พบว่า ผู้ป่วยวัณโรค ความดันโลหิตสูง สาเหตุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาด การสนับสนุนทางสังคมหรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และสุพิชชา วงศ์จันทร์ (2554) ได้ศึกษาอิทธิพลของลักษณะทางจิต ลักษณะสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของบุคลากรกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับภาวะโภชนาการของบุคลากรกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 58.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น จึงเห็นได้ว่ามีรายงานการศึกษามากมายที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อสุขภาพ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพอนามัยของบุคคล

ผลสรุปในทางทฤษฎีจากการวิจัยในครั้งนี้ กล่าวได้ว่า จากการทำงานวิจัยนี้ที่ใช้กรอบแนวคิดการปรับพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self และหลัก PROMISE Model ได้แก่ การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การดูแลสุขภาพตนเอง และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเมตาบอลิก ในการศึกษาอิทธิพลทางจิตสังคมและการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้ทฤษฎีหลายทฤษฎีร่วมกัน ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนนั้นการกำกับตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ

และความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่โครงการ เป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการกำกับตนเองมีตัวแปรมาประกอบเป็นตัวแปรสาเหตุคือ เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับตัวแปรเหตุที่มาจากทฤษฎีอื่น ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ยังไม่สามารถร่วมอธิบายพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตัวเอง นอกจากนี้ จากผลการวิจัยยังแสดงว่า ตัวแปรสำคัญตัวแปรหนึ่งคือ การมีส่วนร่วมในโครงการ ก็ยังไม่เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ดี อันเนื่องการมีส่วนร่วมในโครงการเป็นลักษณะการเข้าร่วมหรือเข้ารับบริการ ผู้เข้าร่วมมิได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ทำให้ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้โดยตรง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยที่พบว่า การกำกับตนเอง เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ และความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่โครงการมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยตัวแปรต่างๆ นี้สามารถสร้างเสริมหรือพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ โดยมีตัวแปรที่ประกอบไปด้วย ตัวแปรสาเหตุในตัวแปรองค์ประกอบทางจิตวิทยา อันได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองและความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน และตัวแปรองค์ประกอบทางสังคม อันได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม จึงส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะอ้วน จึงควรเริ่มต้นจากการพัฒนาการรับรู้ความสามารถและการให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และมีการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะอ้วนที่มีประสิทธิภาพต่อไป
2. จากการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยทางจิต อันได้แก่ เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ เป็นปัจจัยเชิงเหตุสาเหตุที่สำคัญต่อการทำนายพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพและทางอ้อมผ่านตัวแปรอื่นๆ แสดงให้เห็นว่า การให้ความสำคัญกับการพัฒนาหรือเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งที่ควรดำเนินการก่อนการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า แนวคิด การปรับพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และหลัก PROMISE Model สามารถนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะอ้วนได้ดี ดังนั้นควรนำแนวคิด การปรับพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และหลัก PROMISE Model ไปใช้ในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ
2. การศึกษาวิจัยครั้งนี้จำกัดการศึกษาเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะอ้วนของกลุ่มตัวอย่างในเมือง แต่อย่างไรก็ตาม บุคคลกลุ่มดังกล่าวอาจพบพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ นอกเหนือจากการ

กำหนดไว้ในการศึกษาครั้งนี้ตั้งนั้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างครอบคลุม การวิจัยครั้งต่อไปจึงควรศึกษาถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

3. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลเพียงครั้งเดียว อาจมีความคลาดเคลื่อนระหว่างความจริงกับสิ่งที่บุคคลจำได้บ้าง ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรใช้วิธีการศึกษาแบบเก็บข้อมูลเป็นต่อเนื่องเพื่อติดตามผลการปฏิบัติพฤติกรรมในระยะยาวและช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นต่อข้อมูลที่นำมาใช้ในการวิจัยได้

4. ควรนำแบบจำลองในการศึกษาครั้งนี้ไปศึกษาวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะแตกต่างไปจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ อาทิเช่น คนอ้วนที่อาศัยนอกเขตเมืองที่มีวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างจากคนในเมือง ไทย เขตชนบท เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ทราบว่า แบบจำลองนี้มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของกลุ่มที่มีความแตกต่างกันหรือไม่ เพื่อจะได้ นำแบบจำลองนี้ไปใช้ในการส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องเหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มต่างๆ

บรรณานุกรม

- กมลพรรณ เมฆารวุฒิ และอัมพร ชัยศิริรัตน์.(2544).คลินิกคนอ้วน.กรุงเทพฯ: อัลฟ่าพับลิชชิ่ง.
- กนิษฐา จันท์ฉาย.(2549).การกำกับตนเองเพื่อการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียนประถมศึกษา
โรงเรียนบำรุงวิทยานบุรี กรุงเทพมหานคร.วิทยานิพนธ์ (วท.ม.)สาขาสุขศึกษาและ
พฤติกรรมศาสตร์.มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กมลลา สาครมณีทรัพย์ (2545) ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ :
ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหลังวัดลานบุญ วิทยานิพนธ์ (สส.ม.). คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2548). คู่มือแนวทางการดูแลรักษาโรคอ้วน.กรุงเทพฯ:ชุมนุม
สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต. (2546). ความเครียดของคนไทย : การศึกษาระดับชาติปี 2546. นนทบุรี:
ปิยอนด์พับลิชชิ่ง.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2544). ความเสี่ยงจากการกินอาหาร.แหล่งที่มา :
www.thaihealth.com.
- กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.(2550).สถิติสาธารณสุขประจำปี 2550. กรุงเทพฯ:
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองโภชนาการ. (2550). โรคอ้วนลงพุง.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ: องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข.(2551). คู่มือก้าวสู่องค์กรไร้พุง.สำนักพิมพ์องค์การทหาร
ผ่านศึก. กรุงเทพฯ.
- กฤษดา ศิรามพุช. (2549).ทำอย่างไรให้ห่างไกลจากโรคอ้วน.(พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์
ไกล่หมอ.
- กฤษมา สุริยา (2550). ประสิทธิภาพของโปรแกรมลดน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเอง
ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภูจังหวัด
หนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ (ส.ม.). สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กิตติมา บุญเงิน.(2549).ประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาตามหลักโภชนบัญญัติและการออกกำลังกาย
เพื่อลดน้ำหนักของผู้ที่เป็นโรคอ้วน.การค้นคว้าแบบอิสระ (วท.ม.). โภชนศาสตร์ศึกษา.
บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กำพล ศรีวัฒนกุล.(2543). อ้วนไขมัน.กรุงเทพฯ: สยามสปอร์ต ซินดิเคต.
- คณะทำงานจัดทำภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย.(2549). สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพ
ระหว่างประเทศ.กระทรวงสาธารณสุข.

- จินตนา บิลมาศ. (2529). คุณลักษณะของข้าราชการพลเรือน. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน.
- จิตรวดี สุทธิอาภา. (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร.วิทยานิพนธ์ (วท.ม.). สุขศึกษา. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และ เฉลิมพล ต้นสกุล. (2549). พฤติกรรมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่4. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. จังหวัดมหาสารคาม.
- จริยา คมพยัคฆ์. (2531). การสนับสนุนทางสังคม : มโนทัศน์และการนำไปใช้. วารสารพยาบาลศาสตร์ 6(2) : 96 – 105.
- จารุพรรณ ลีละยุทธโยธิน.(2544). ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมพัฒนาบุคลากร ความไว้วางใจในหัวหน้าหอผู้ป่วย การทำงานในที่มการพยาบาลกับประสิทธิผลของหัวหน้าหอผู้ป่วย การทำงานในที่มการพยาบาลกับประสิทธิผลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร.วิทยานิพนธ์ (ศศ.ม.)การบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬารัตน์ โสตะ. (2546). กลยุทธ์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.ขอนแก่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- จุฬารัตน์ รุ่งพิสุทธิพงษ์ และคณะ. (2537).การรักษาโรคอ้วนโดยการแก้ไขพฤติกรรม. ว.โภชนบำบัด. 5(2): 38-44.
- จำปี ประสิทธิ์ชัย (2548) .ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลโรงพยาบาลรามาริบัติ. วิทยานิพนธ์ (วท.ม.). สุขศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นัตรแก้ว เกษมสำราญ. (2549). ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ บุคลิกภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.(วท.ม.). สาขาจิตวิทยาชุมชน. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2542). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพานิชย์.
- ชยันต นาคนุปผา. (2540). รายงานการวิจัยจิตลักษณะกับแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของนักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์. เชียงใหม่ : คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชินะวัฒน์ ชื่นแดนชุม. (2542). ผลของการใช้กระบวนการเรียนการสอนตามแนวคิดการพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้ของไวโกตตสกีที่มีต่อทักษะทางภาษาไทยและการกำกับตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. วิทยานิพนธ์ (ค.ด.). หลักสูตรและการสอนบัณฑิตวิทยาลัย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ฐานา ธรรมคุณ. (2532). ความเครียดของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยทั่วไป อายุรกรรม ศัลยกรรม. (พย.ม.) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- จิตติพัฒน์ สงบกาย. (2533). ผลของการกำกับตนเองต่อความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาคณิตศาสตร์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. วิทยานิพนธ์ (ค.ม.). จิตวิทยา. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐธานนท์ ทองสนธิ. (2549). การศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุบางลักษณะที่มีต่อยุทธวิธีการเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ (วท.ม.). การวิจัยและสถิติการศึกษา. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ณิชาพัฒน์ ชีระพลเศรษฐ์. (2552). ความรู้ ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคอ้วน และพฤติกรรมในการควบคุมและลดน้ำหนักของนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น. การศึกษาอิสระ (วท.ม.). วิทยาศาสตร์ความงามและสุขภาพ. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ดรุณี ดลรัตน์ภัทร. (2545). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่วัยกลางคน. วิทยานิพนธ์ (พย.ม.) การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงเดือน พันธุนาวิณ. (2524). ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวกับสุขภาพจิตและจริยธรรมของเด็กวัยรุ่น. รายงานการวิจัยฉบับที่ 26 สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ.
- ดวงเดือน พันธุนาวิณ. (2538, มกราคม – เมษายน). ระบบเอกลักษณ์แห่งอีโก้ในเยาวชนไทย. วารสารจิตวิทยา 2 (1) : 76 – 79.
- ดวงเดือน พันธุนาวิณ. (2543). ทฤษฎีต้นไม้อัจฉริยะ : การวิจัยและพัฒนาบุคคล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น. (2542). ผลของการใช้โปรแกรมฝึกการกำกับตนเองต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1. วิทยานิพนธ์ (วท.ม.) การพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนวรรณ อิมสมบูรณ์. (2549). แนวคิดการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ. เอกสารประกอบการสอน นิสิตปริญญาโท. สาขาสุขศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- นิตยา พันธุเวทย์ และนุชรี อาบสุวรรณ (2552). ประเด็นรณรงค์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2552. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- นิตารัตน์ เซตวรรณ. (2543). การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ (พย.ม.) สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นื้ออน พิณประดิษฐ์. (2541). จิตวิทยาสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 5. แก้ไขเพิ่มเติม. คณะศึกษาศาสตร์. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น.
- นวลอนงค์ บุญจรรยาศิลป์. (2546). โครงการทบทวนองค์ความรู้ทางพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็ก. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นาตาชา เดชดำรงคุณ. (2549). ผอมเร็วทันใจใน 7 วันด้วยโปรแกรมลดน้ำหนักแบบเร่งด่วน. (พิมพ์ครั้งที่ 1) กรุงเทพฯ: เอ็มมีเดีย.

- น้ำฝน ทองตันไตรย์.(2541). การรับรู้ความสามารถของตนเองและการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะอ้วน
ในวัยรุ่นหญิง.วิทยานิพนธ์ (พย.ม.). การพยาบาลแม่และเด็ก.บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุศรินทร์ ประกอบธรรม. (2548). ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณ
ชายในจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ (พย.ม) การพยาบาลผู้สูงอายุ.มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุญยหนู เกษมสันต์ ดุลยจินดา.(2544). อ้วน โรคที่รักษาและควบคุมได้ (ม.ป.ท.: ม.ป.พ.).
- ปภัสสร กิมสุวรรณวงศ์. (2546) จิตลักษณะและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม
สุขภาพกาย และพฤติกรรมสุขภาพจิตของข้าราชการสูงอายุในมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
วิทยานิพนธ์ (ศศ.ม.) จิตวิทยาการศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2536). พฤติกรรมศาสตร์: พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. คณะสาธารณสุข
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2537). การวัดสถานะทางสุขภาพ : การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและ
แบบสอบถาม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักพิมพ์ภาพพิมพ์.มหิดล.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. (2536). ความหมายของทัศนคติ : การจัดการเปลี่ยนแปลง
และการพฤติกรรมอนามัย. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราณีต ผ่องแผ้ว. (2539). โภชนศาสตร์ชุมชน : ในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงภาวะเศรษฐกิจอย่าง
รวดเร็ว. กรุงเทพฯ: ลิฟวิง ทรานส์ มีเดีย.
- ปิยวรรณ กมลวิทย์ (2547) การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน :
ศึกษาเฉพาะศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลระนอง. วิทยานิพนธ์
(สส.ม.) คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ปรีดา ปูนพันธ์ฉาย.(2540). ผลของการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมต่อความร่วมมือในการรักษา
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ (พย.ม.). การพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พจมาน มุสิกสาร.(2547). การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและภาวะโภชนาการของผู้ชายวัย
ทองในชุมชนหนองแวงตาชู 5 เขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์
ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรรณราย พิทักษ์เจริญ.(2543). จิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและจิต
ของข้าราชการสูงอายุ. ปริญญาานิพนธ์ (ศศ.ป.) พัฒนาสังคม. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนา
บริหารศาสตร์.
- พรหมินทร์ เมธากาญจนศักดิ์.(2548). แนวทางการลดน้ำหนักเพื่อการมีสุขภาพดี.วารสาร
ศูนย์บริการวิชาการปีที่ 13 ฉบับที่ 3 ประจำเดือน กรกฎาคม – กันยายน 2548 ; 10 - 16
- พนิดา พัฒนบณเมือง. (2545). เจตคติของผู้บริโภคที่มีต่อการพัฒนาร้านสหกรณ์ กรณีศึกษาร้าน
สหกรณ์กรุงเทพจำกัดและร้านสหกรณ์พระนครจำกัด. วิทยานิพนธ์ (วท.ม.). มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.

- พัชรี ดวงจันทร์.(2553). ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมกำบังโรคอ้วนและดัชนีมวลกายในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนสาธิตกรุงเทพมหานคร.งานวิจัย (วท.ด.) วิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. สำนักทดสอบการศึกษาและจิตวิทยา. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พิมลพรรณ อนันต์กิจไพศาล.(2549). ปฏิบัติการสลายไขมัน ผอม – เพียวทันใจ.(พิมพ์ครั้งที่ 3) กรุงเทพฯ : ชบา พับลิชชิ่ง เวิร์กส์.
- พัชกรณีย์ เปลี่ยนสงค์.(2550). ปัจจัยทางชีวสังคมและจิตลักษณะบางประการที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบริษัทการบินไทย จำกัด(มหาชน). วิทยานิพนธ์ (กศ.ม.) จิตวิทยาพัฒนาการ.มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เพชร อินทรพาณิชย์. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัด เขตเทศบาลเมือง อุดรธานี. วิทยานิพนธ์ พย.ม.(พยาบาลครอบครัว). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ไพโรจน์ พัวพันธ์ และเพลินจิต คันทรจนาจารย์ (2551) ความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในหญิงวัยกลางคน อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (เม.ย. – มิ.ย. (ฉบับเสริม 5)
- ไพโรจน์ ลีพหกุล; วินัส ลีพหกุล;และ พัสมณีย์ คุ่มทวีพร. (2541). การศึกษาภาวะโภชนาการและแบบแผนสุขภาพของผู้ใหญ่วัยก่อนเกษียณอายุการทำงาน.วารสารพยาบาล.1(47): (46-58)
- มงคล แผงสาเคน. (2541). วิทยาศาสตร์การกีฬา. กรุงเทพมหานคร.บูรพาจารย์.
- ยิ่งยง เทาประเสริฐ. (2536). การสื่อสารทางโภชนาการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม:การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินในอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ: ที.พี.พรินท์.
- รวิชา หงส์โรจนภาคย์. (2545) .การรับรู้สมรรถภาพแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในสตรีวัยกลางคน. วิทยานิพนธ์ (พย.ม.) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุจิเรข พิชิตานนท์ (2546). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฉลาดเลือกกินของนักเรียนวัยรุ่นตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ (ศศ.ม.พัฒนาสังคม).สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- รัชดาวรรณ ลิมาชาน. (2549). กิจกรรมทางกายและภาวะสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล วิทยานิพนธ์ (วท.ม.).สุขศึกษา : บัณฑิตวิทยาลัย กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- รุจ เจริญลาภ. (2548). ความไว้วางใจภายในองค์กรกรณีศึกษาบริษัท ซีเมนส์ จำกัด กลุ่มธุรกิจสื่อสารเคลื่อนที่. สารนิพนธ์ (บธ.ม.). การจัดการ. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- วีรพล จันธิมา. (2541). ลักษณะมุ่งอนาคต การควบคุมตน ทศนคติต่อการออกกำลังกายและ
พฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.วิทยานิพนธ์
(ศษ.ม). พลศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิณะ วีระไวทยะ และสง่า ดามาพงษ์. (2541).พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร.กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
องค์การทหารผ่านศึก.
- วนิชา กิจวรพัทธ์ .(2550). โรคอ้วนลงพุงภัยเงียบที่คุกคามไม่ถึง. กองโภชนาการ กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข.
- วารินทร์ ปุยกทอง. (2547). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนใน
เขตองค์การบริหารส่วนตำบลวังดั่ง อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี.บัณฑิตวิทยาลัย.
วิทยานิพนธ์ (วท.ม.) สุขศึกษา. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- วัชรภรณ์ ภูมิภูเขียว. (2552).ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎี
ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการพัฒนาพฤติกรรมลดน้ำหนักของข้าราชการ
อำเภอนาแห้ว จังหวัดเลย.วิทยานิพนธ์ (ส.ม.) สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ. บัณฑิต
วิทยาลัย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิลาสลักษณ์ ชวัลลี (2542). ผลของรางวัลภายนอกและการรับรู้ความสามารถของคนที่มีความ
แรงจูงใจภายในของนักเรียน.รายงานการวิจัยฉบับที่ 81 สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วิศาล คันธรัตน์กุล. (2542). บทบาทของกิจกรรมทางกายต่อการมีอายุวัฒนะ.ภาควิชาเวชศาสตร์
ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิธร ภูษยัน. (2546). จิตลักษณะและปัจจัยสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
ตนเองของพยาบาลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ (ศษ.ม.). จิตวิทยาการศึกษา. บัณฑิต
วิทยาลัย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศศิธร อุตสาหกิจ.(2550) ผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการ
ควบคุมน้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายในสตรีวัยกลางคนที่มีความอ้วนเกิน. วิทยานิพนธ์
(พย.ม.). การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ศิริลักษณ์ สินธวาลัย. (2533). การพัฒนาผลิตภัณฑ์ทางโภชนาการ คณะอุตสาหกรรมเกษตร
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. กรุงเทพฯ.
- ศิริมา วงศ์แหลมทอง.(2542). ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ.วิทยานิพนธ์ (พย.ม.).การพยาบาลผู้สูงอายุ.
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศุภรัตน์ อิงชาติเจริญ.(2551). สัมพันธภาพ ประสบการณ์ และจิตลักษณะที่เกี่ยวข้องกับความ
ไว้วางใจในทีมแพทย์และพยาบาลที่ให้การผ่าตัดและระงับความรู้สึกของผู้ป่วยในโรงพยาบาล
ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.วิทยานิพนธ์ (วท.ม.). วิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์.
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- ศุภจิรา สืบสีสุข. 2548. ภาวะโภชนาการและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนาการชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศุภวรรณ มโนสุนทร. (2548). ผลกระทบของภาวะอ้วนต่อภาวะโรคในประเทศไทย.วารสารวิชาการสาธารณสุข; 14 (2) : 337 – 334.
- ศัลยา คงสมบูรณ์เวช.(2551). กินอย่างไรไม่อ้วนไม่มีโรค. (พิมพ์ครั้งที่ 5).กรุงเทพฯ : อมรินทร์สุขภาพ.
- สมชาย ลีทองอิน. (2545). ขยับกายสบายชีวิต. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ:องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2549). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. หน้า 59-60. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมลัทธิ นิมสกุล และคณะ. (2543). ผลกระทบของการบริโภคอาหารต่อภาวะโภชนาการของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในชนบทจังหวัดเชียงใหม่ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมใจ รัตนศรีทอง. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารสุขภาพเชิงรุก. การมีส่วนร่วมในบริการกับความพึงพอใจในบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดนครสวรรค์.วิทยานิพนธ์.(พย.ม.) สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล.คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2547). ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - 2547. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2552). ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - 2552. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2539). ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 2 พ.ศ. 2538 - 2539. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ.
- สัจพร ทรัพย์เย็น.(2552). ทักษะติดต่อสารเมลามีน และความไว้วางใจในผลิตภัณฑ์นมตรา “มะลิ” ที่มีผลต่อแนวโน้มพฤติกรรมการซื้อผลิตภัณฑ์ในอนาคต. วิทยานิพนธ์ (บธ.ม.). สาขาวิชาการตลาด. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สัมฤทธิ์ ต่อสติ.(2542). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุขเขตเมือง: กรณีศึกษาศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา วิทยานิพนธ์ (ส.ม.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สาคร ธนमितต์. (2545). ผลกระทบของภาวะโภชนาการตลอดวงจรชีวิตของมนุษย์.เอกสารประกอบการประชุมวิชาการโภชนาการ.2544.เรื่องอาหารและโภชนาการเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพ ในโอกาสครบรอบ 25 ปี แห่งการก่อตั้งสถาบันวิจัยโภชนาการ ระหว่างวันที่ 21 –

- 23 มกราคม 2545 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ:สถาบันวิจัยโภชนาการ และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. หน้า 155 – 156.
- สาวิตรี เชื้อแก้ว. (2553) ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชากรกลุ่มเสี่ยงสุขภาพในการออกกำลังกาย อำเภอากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ (ส.ม.). บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สิริภรณ์ หันพงศ์กิตติกุล. (2542). แหล่งความเครียดในงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ . เชียงใหม่ : (พย.ม.).พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุกัญญา กฤษณะเศรษฐี. (2542). ผลของการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความจำต่อความเชื่อในความสามารถของตนเองและความสามารถในการระลึกตามลำดับของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ที่มีระดับสติปัญญาแตกต่างกัน.ปริญญาโท. (กศ.ม.). จิตวิทยาพัฒนาการ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.กรุงเทพฯ
- สุดารัตน์ หนูหอม. (2544). อิทธิพลของเชาวน์อารมณ์ที่มีต่อความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของพยาบาล:ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ (ศศ.ม.). จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ.(2533, เมษายน-กันยายน).พฤติกรรมการกินของคนไทย.วารสารสุขศึกษา. สภามิตร นามวิชา (2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากรในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตจังหวัดสมุทรปราการ.วิทยานิพนธ์ (วท.ม.). สุขศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุภัค เพ็ชรนิล. (2550). พฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของคนวัยทำงาน ตำบลเชิงกลัด อำเภอบางระจันจังหวัดสิงห์บุรี.สารนิพนธ์. (ส.ม.). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพิชชา วงศ์จันทร์.(2554).อิทธิพลของลักษณะทางจิต ลักษณะสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของบุคลากรกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุรจิต สุนทรธรรม. (2544). แนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน การตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สุชาดา มะโนทัย. (2541). โรคอ้วน. ว.วิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ 12 (1): 55-61.
- สุชาติ โสมประยูร ;& เอ็มอัชมา วัฒนบุรานนท์. (2542). การบริหารงานสุขศึกษาโรงเรียน. กรุงเทพฯ : เอ บี เทรดิง.
- สุรัตน์ โคมินทร์.(2549). “อ้วน อ้วน อ้วน”.วารสารหมอชาวบ้าน ฉบับที่ 332,28;19 - 26
- สุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ.(2545). มาตรฐานและแนวทางการจัดบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร:สามเจริญพานิชย์ กรุงเทพฯจำกัด.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ .(2548).รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2548. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

- สำนักโรคไม่ติดต่อ.(2550). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ.
2550. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- อรุณี ตั้งเฝ้า. (2544).จับเข้าคุยกับหมอเรื่องลดความอ้วนควบคุมน้ำหนัก.พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพฯ :
สำนักพิมพ์ดับเบิลนายน์.
- อรกานต์ ชินพงษ์พานิช. (2542). ผลของการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อความพึง
พอใจในการรับบริการของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง
กรุงเทพมหานคร.วิทยานิพนธ์ (พย.ม.). การบริหารการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์.
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ พรหมเชยธีระ. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน
พยาบาล:กรณีศึกษาวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก. วิทยานิพนธ์ (พย.ม.) สุขศึกษา.
บัณฑิตวิทยาลัย.มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อรอุมา จิรณิตกุล. (2544). ผลของการฝึกการกำกับตนเองที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชา
ภาษาไทยของนักเรียนที่มีบุคลิกภาพต่างกัน. วิทยานิพนธ์ (ค.ม.). จิตวิทยาการศึกษา.
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุบล นิวัติชัย.(2537).หลักการพยาบาลจิตเวช.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุบล เลี้ยววาริณ.(2534). การศึกษาและอาชีพที่เกี่ยวข้องกับจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของ
ชาวกรุงเทพฯ. ปริญญาโท (กศ.ด.) พัฒนศึกษาศาสตร์ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร
- อุดมศักดิ์ แสงวานิช.(2546) : ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคลากร
โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์ (วท.ม.).สุขศึกษา. ภาควิชาพลศึกษา.
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2552). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก Promise
Model.สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์.มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. สุขุมวิทการพิมพ์.
- อารยา ด่านพานิช. (2542). การศึกษาเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับ
พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของเยาวชนผู้กระทำผิดชายและหญิงในสถานพินิจและคุ้มครอง
เด็กและเยาวชนกลาง. วิทยานิพนธ์ (ศศ.ม.) จิตวิทยาอุตสาหกรรม.
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ.
- อนุชิตา ไสบาล (2552) กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหาร
ของผู้ป่วยเบาหวาน.รายงานการศึกษาอิสระ (พย.ม.). การพยาบาลชุมชน.
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- อารีย์ คำนวนศักดิ์.(2545). ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมเชิงสร้างสรรค์ ความไว้วางใจในองค์การ
กับผลการดำเนินงานของกลุ่มงานพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาล
ศูนย์ที่ผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ (พย.ม.). การบริหาร
การพยาบาล. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อารีย์รัตน์ สุขโข. (2546). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังกายของสตรีวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานที่อยู่ใกล้เขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ (ส.ม.) บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Annesi and Gorjala. (2010), Relations of self-regulation and self-efficacy for exercise and eating and BMI change:A field investigation BioPsychoSocial Medicine Atlanta, Georgia, USA.

America College of Sports Medicine. (2006). ACSM Guidelines for Exercise Testing and Prescription.7th ed. Lippincott Williams & Wilkins.American College of Sports Medicine.

Arthur,H. Rubenstein.MBBCH.(2005).Obesity : A Modern Epidemic.The American Clinical And Climatological Association. Retrieved May 15,2011, From <http://pubmedcentral.gov/article-render.fcgi?tool=pmcentrez&rendertype>.

Bandura, A. (1977). Social Learning Theory.Englewood Cliffs,N.J.: Prentice Hall.

Bandura, A. (1986). Social Foundation of Thought and Action. : A Social cognitive theory. New Jersey : Prentice – Hall.

Bandura, A. (1997). Self- Efficacy : The exercise of control. New York. W.H. Freeman.

Bandura, A. ;& Cervone, D. (1983,May). Self – Evaluation and Self- Efficacy Mechanisms Governing the Motivational Effects of Goal System.Journal of Personality and Social Psychology. 45 : 1017 – 1028.

Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. Annals of Child Development. 6: 1 – 60.

Bar – on. R.(1997). EQ – I Baron Emotional Quotient inventory: User’s Manual.Toronto : Multi – Health System Inc.

Bloom S. Benjamine. (1975). Toxomomy of Education Objective Handbook I, Cognitive Domain. New York : David Mckay.

Brandt,P.A.;& Weinert,C.(1981).The PRQ-a social support measure.Nursing research. 30 (80)

Burns. (1996, September). New Recommendation for Physical Activity as A Mean of Health Promotion. Nurse Practition. 21 :18 – 19

Center for Disease Control and Prevention.(1996). Physical Activity for Everyone. Department of Health and Human Services. Available from <http://www.cdc.gov>.

Clarke, Margaret.A. (1984, September). “ Stress and Coping : Constructs for Nursing” Journal of Advance Nursing. 24(9) : 3 – 13.

Clayton,A. ;& et.al. (1997). UNDP Guidebook on Participation. Oxford:n.p.,London.

- 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.
- Collin. J.L.(1985,July). Self- Efficacy and Ability in Achievement Behavior. *Dissertation Abstracts International*.46 : 103 - A
- Como, N.D. (1990). *Mosby 's Dictionary : Medical Nursing and Allied Health*. St. Louis ; The C.V. Mosby.
- Crider, Andrew B.;& et.al. (1983). *Psychology*. London : Scott – Foresman.
- Darley, John M.;& et.al.(1983). "Stress and Coping" *Psychology*. Englewood Cliffs. New Jersey : Prentice – Hall.
- Devison, R.;& S.Grant. (1993). Is Walking Sufficient Exercise for Health. *Sports Medicine* 16 (6): 369-373.
- Dipietro,L.; Carporson,C.J.; Ostfeld,A.D.;& Nadel,E.R. (1993). Survey for assessing physical Activity among older adults. *Medicine and Science in Sports & Exercise*. 25(5).
- Deutsch,M.(1973). *The Resolution of Conflict : Constructive and Destructive Processes* New Haven, CT : Yale University Press.
- Duangsong R. (2001). *The Effect of Modified "take PRIDE" Program on a Weight Control Project in Nakhonphonon Municipality*. A Thesis for the Degree of doctor of Public Health Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Eugene,v. ;& Boisaubin.(1984,May). *Topics in Primary Care Medicine Approach to Obese Patient*. *Western Journal Medicine*.140 (5) : 794 – 797.
- Folkman, S. ;& Lazarus RS. (1990). *Coping and Emotion*. Hillsdale NJ : Erlbaum.
- Frost, T., Stipson, D.V; & Maughan, M.R.C (1978). "Some Correlates of Trust. *Journal of Psychology*. Vol.99 : p.103-108.
- Garland ;& Bush. (1982). *Coping Behavior and Nursing*. Verginia Reston.
- Good,Carter V. (1973). *Dictionary of Education*. New York : Mc Graw – Hill Book.
- Goosen,G.M. ;&Bush,H.A. (1979). *Adaptation: A Feedback Process*. *Advances in Nursing Science*. 1(8):27 – 32.
- 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.
- Hanucharunkul, S. (1988). Social Support, Self Care and Quality of Life in Cancer Patients Receiving Radiotherapy. Doctoral Dissertation of nursing.51 (6)
- House, J.s.(1986). The Nature of Social Support.In M.A. (ed.).Work Stress and Social Support Philadelphia : Addison Wesley: 13 – 23.
- House, J.;& Kahn, R. (1985). "Measures and Concepts of Social Support" in Cohen, S., Syme, S.L. (Eds.) Social Support and Health, Academic Press, New York, 201.
- Husen,Torsten and Postlethwaite,T. Neville. Editors-in-Chief. (1994). The International Encyclopedia of Education. Volome 6,Second Edition, Oxford:Program.
- Israel. Babara. A. (1985).Social network and social support : Implication of natural helper and community Level Intervention. Health education quarterly.7 : 1985 : 66
- Kahn, R. ;& House, J. (1985). "Measures and Concepts of Social Support" in 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.
- Kelleberg,M.E.;& Davis A. (1980). New Dimension in Mental Health Psyciatric Nursing.New York . McGraw – Hill.
- Kelloway, E.K.(1998). Using LISREL for Structural Equation Modeling : a researcher's Guide.Thousand Oaks :Sage.
- Lazarus,RS. (1971).Phycological Stress and Coping Process. New York :McMraw Hill Book.
- Lazarus, R. ;& S. Folkman. (1984). Stress Appraisal and Coping. New York : Spring Publishing.
- Larzelere, R.; & Huston, T. (1980). The Dyadic Trust Scale: Toward Understanding Interpersonal Trust in Close Relationships. Journal of Marriage and the Family. 42: 595-604.
- Lee,c;& P.Bobko. (1994,March). Self – Efficacy Beliefs Comparison of Five Measures. Journal of Applied Psychology.79: 364 – 369.
- Lewicki, R.F.;& Bunker, B.B.(1996). Developing and Maintaining Trust in Work Relationship.In R.M. Kramer, and T.Tyler (eds). Trust in Organizations. Thousand Oaks,CA: Sage. pp.119-124.

- Mayer, R. C.; Davis, J. H.; & Schoorman, F. D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20 (3), 709-734.
- Michael R. Lowe.(2003). Self-Regulation of Energy Intake in the Prevention and Treatment of Obesity : Is It Feasible? *Obesity Research* Vol. 11. October : 44S – 59s
- Michael R. Lowe.(2003). Self-Regulation of Energy Intake in the Prevention and Treatment of Obesity: Is It Feasible? *OBESITY RESEARCH* Vol. 11 Supplement October; 44S – 59s
- Mischel, W. ;& Mischel, H., (1976). A cognitive social-learning approach to morality and self-regulation. In: Lekona, T., Editor, 1976 : 5
- Mishra, A.K. (1996). Organization Responses to Crisis: The Centrality of Trust. In R.M. Kramer ;& T.R. Tyler (eds). *Trust in Organization: Frontiers of Theory and Research*, PP. 261 – 287.
- Monet; Alan;& Richard,S. Lazarus. (1977). *Stress and Coping*. New York : Columbia University Press.
- Murdaugh,C, & Hinshaw.(1986). A.S.Theoretical model testing to identify personality Variables effecting preventive behaviors. *Nursing Research*,35 (January-February).
- Mayer, R. C.; Davis, J. H.; & Schoorman, F. D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20 (3), 709-734.
- Narrow, B.W.;& Buschle, K.B.(1987). *Fundamental of Nursing Practice* 2nd edition. New York :John Wiley.
- National Institutes of Health. (1998). *Clinical Guidelines of the Identification and Treatment of Overweight and Obesity in Adult*. NIH_Publication.No 98 - 4083 September.
- 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.
- Palank, C.L. (1991,December). Determinants of Health – Promoting Behavior : A Review of Current Research. *Nursing Clinics of North America*. 26: 815-832.
- Pender,N.J.;& et.al. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. 4th (ed).USA: Peason Education.
- Purkey, W.W; & Schmidt, J.J. (1987). *The inviting relationship: An expanded. Perspective for profession counseling*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Rempel, J.K.; Holmes, J.G.; & Zanna, M.P. (1985). Trust in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*. 49: 95–112.

- Richard P. Bagozzi. (Jun., 1992). The Self-Regulation of Attitude Intentions and Behavior. University of Michigan .Social Psychology Quarterly Vol. 55, No. 2, 178 – 204.
- Robert, M.K.; James, F.; Sallis,J.;& et.al. (1993). Health and Human Behavior 6 :349 – 369.
- Sanjur, D.(1982). Social and Culture Perspectives in Nutrition. United State: Prentice – Hall.
- Seefeldth; MAlina;& Clark. (2002). Factor Affecting Levels of Physical Activity in Adult. Spots Medicine. 32(30) : 143 – 168.
- Schaefer, C.; Coyne, J.C.;& Lazaras, R.S. (1981). The Constraints of Cost and Efficacy. Medical Care. 27(2) : 204 – 211.
- Schermerhon,J. R.; J. G. Hunt;& R. N. Osborn. (1988). Managing Organizational Behavior. New York : John Wiley.
- Spiegel, A. (1998). Clinical Guidelines on The Identification, Education and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. The Evidence Report.National Institutes of Health. Department of Health & Human Service.
- Stewart, M.J.(1993).Integrating social support in nursing. London .SAGE.
- Schunk,D.H.(1981,Februry). Modeling and Attributional Effects on Children’s Achievement : A Self- Efficacy Analysis.Journal of Educational Psychology. 73 : 548 – 556.
- Suitor, CJ. ;& Crowley, MF. (1984). Nutrition : Principle and Application in Health Promotion. 2nd ed. Philadephia : J.B.,Lipponcott.
- Tan CE, Ma S, Wai D, Chew SK ;& Tai ES. (2004). Can we apply the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel definition of the metabolic syndrome to Asians? Diabetes Care. U.S. National of Health & Human Resource. Pub Med. May; 27(5) : 1182-6.
- Thoists, 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.
- Thompson.;&et.al. (2003).American Heart Association Council on Clinical Cardiology Subcommittee on Exercise, Rehabilitation and Prevention. American Heart A Association Council on Nutrition physical Activity and Metabolism Subcommittee on Physical Activity. Exercise and physical activity in the prevention and treatment of Atherosclerotic Cardiovascula Disease.Circulation.107 : 3109 – 3116.
- Treuth. S.M., Butte, N.F.;&Wong,W.W.(2000). Effect Familial Predisposition to Obesity on Energy Expenditure in Multiethnic Prepubertal Girl. American Journal Clinical Nutrition. 71(4) : 893 - 900
- Weiss, W. (1974). Effect of The Mass Media of Communication in Lindzey, G. & Aronson,

- E. (eds.). *The Handbook of Social Psychology*. V.S P.77-195. Massachusetts : Addison- Wesley Publishing Company.
- William, B. ;& et.al. (2000). Student Functioning, Concerns, and Socio-Personal Wellbeing. *Social Indicators Research*. 51: 41-74.
- World Health Organization. (2000). *Obesity : Prevention and Managing the Global Epidemic*. Report of WHO Consultation on Obesity.
- World Health Organization; International Association for the Study of Obesity ;& Interagency Oncology Task Force (2000). *The Asia-Pacific perspective: redefining obesity and its treatment*. Health Communications Australia.
- World Health Organization. (2006). *Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) Analysis Guide*. Surveillance and Population – Base Prevention. Department of chronic Disease and Health promotion. Available from WWW.who.int/chp/steps.
- World Health Organization. (2003). *Obesity and Overweight*. Global Strategy on Diet, Geneva. WHO.
- World Health Organization. (2005) *Global Report. Preventing Chronic Diseases. A Vital Investment*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1995). *Physical Status The Use and Interpretation of Anthropometry*. *The World Health Report 1 (1) : 1 – 45*.
- World Health Organization. (2004).*Expert Consultation Appropriate Body Mass Index for Asian Populations and Its Implication for Policy and Intervention Strategies*. *Lancet*, (363),157 – 163.
- Zimmerman, B.J. (1998). Academic Studying and Development of Personal Skill :A Self – Regulatory Perspective. *Educational Psychologist*. 32(2/3) :73 – 86.

ภาคผนวก ก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือวัดที่ใช้ในการวิจัย

เรียน ผู้เข้าร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทุกท่าน

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวสุพิชชา วงศ์จันทร์ ปัจจุบันกำลังศึกษาในระดับปริญญาเอก สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำลังทำวิจัยเรื่อง “อิทธิพลทางจิตสังคมและการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร” ดิฉันจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านช่วยตอบคำถามเพื่อใช้ในการวิจัย ผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์เชิงวิชาการในการที่จะได้ความรู้ใหม่และหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วนที่จะนำไปสู่แนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของคนไทย ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพและภาวะโภชนาการของคนไทยต่อไป

ดังนั้น ขอให้ท่านโปรดสละเวลาอันมีค่าของท่านตอบแบบสอบถามฉบับนี้ ความสมบูรณ์ของคำตอบที่ได้รับจากท่านจะมีคุณค่าอย่างยิ่งต่อผลการวิจัยนี้ และขอให้ท่านเชื่อมั่นว่าคำตอบของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและจะถูกนำมาวิเคราะห์ประมวลผลและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

สุดท้ายนี้ดิฉันขอขอบคุณบุคลากรกรมอนามัยทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวสุพิชชา วงศ์จันทร์)

นิสิตปริญญาเอก สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

แบบสอบถาม

โครงการวิจัย อิทธิพลของลักษณะทางจิต ลักษณะทางสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ

และภาวะโภชนาการ

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้มี 4 ชุด 12 ตอน ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้น

ตอนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ตอบ

ชุดที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ

ตอนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ

ชุดที่ 3 การกำกับตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ

ตอนที่ 3 การกำกับตนเอง

ชุดที่ 4 ข้อมูลลักษณะทางจิตเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ตอนที่ 4 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการ

ตอนที่ 5 แบบวัดเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ตอนที่ 6 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ตอนที่ 7 แบบวัดความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ในโครงการ

ชุดที่ 3 ข้อมูลลักษณะทางสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ตอนที่ 8 แบบวัดการมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ตอนที่ 9 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ตอบ

คำชี้แจง โปรดเติมข้อมูลในช่องว่างและเลือกใส่เครื่องหมาย ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมาก

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

ข้อความต่อไปนี้ จะให้ท่านตอบคำถามที่เกี่ยวกับลักษณะทางจิต และลักษณะทางสถานการณ์ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ดิฉันขออธิบายว่า พฤติกรรมสุขภาพ คือ การกระทำที่ส่งเสริมให้มีดัชนีมวลกายลดลง ประกอบด้วยในการตอบคำถามในการศึกษาครั้งนี้จึงให้ท่านนึกถึงพฤติกรรมสุขภาพ ดังต่อไปนี้ การมีกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียด

ชุดที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจง ขอให้พิจารณาข้อความต่อไปนี้ว่าตรงความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โปรดทำเครื่องหมาย เหนือวลี “ปฏิบัติมากที่สุด” “ปฏิบัติมาก” “ปฏิบัติค่อนข้างมาก” “ปฏิบัติค่อนข้างน้อย” “ปฏิบัติน้อย” “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” เพียงแห่งเดียวในแต่ละประโยค กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

1. ฉันนั่งทำงานทั้งวัน ไม่ค่อยได้ลุกเดินไปไหน

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

2. ฉันออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อย มีเหงื่อซึม อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

3. ฉันออกกำลังกายต่อเนื่องครั้งละประมาณ 30 นาที

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

4. ในวันที่ฉันไม่ได้ทำงาน ฉันมักใช้เวลาส่วนใหญ่หนึ่ง ๆ นอน ๆ มากกว่าการเคลื่อนไหวร่างกาย

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

5. ฉันทำงานบ้าน เช่น ซักผ้าด้วยมือ ถูบ้าน ล้างรถ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

6. ฉันออกแรงทำงานบ้านจนรู้สึกเหนื่อย เหงื่อซึม ครั้งละอย่างน้อย 30 นาที

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

7. ฉันเดินแทนการนั่งรถ ในระยะทางสั้น ๆ

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

8. ฉันทำกิจวัตรประจำวันอย่างกระฉับกระเฉงจนรู้สึกเหนื่อย เหงื่อซึม อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

9. ฉันได้ออกแรงทำกิจวัตรประจำวันอย่างน้อยวันละ 30 นาที

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

10. ฉันรับประทานขนมหวานบ่อย ๆ เช่น ทองหยอด ขนมชั้น ลอดช่อง รวมมิตร บัวลอย เป็นต้น

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

11. ถึงแม้จะอ้วนแล้วแต่ฉันจะพยายามรับประทานอาหารให้หมดเพราะเสียดาย

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

12. ฉันรับประทานขนมกรุบกรอบหรือของว่างประเภทแป้งเสมอ ๆ

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

13. ฉันเลือกรับประทานเฉพาะอาหารที่ปรุงด้วยการนึ่ง อบ ย่าง ตุ่น และต้ม

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

14. ฉันเลือกรับประทานอาหารโดยคำนึงถึงคุณค่าอาหารที่มีต่อสุขภาพ

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

15. ฉันรับประทานอาหารประเภทไขมัน เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู เป็นประจำ

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

16. ฉันรับประทานอาหารเพื่อให้อ้วนท้วนโดยไม่ได้นึกถึงประโยชน์เท่าไร

.....

ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

17. ฉันเติมน้ำตาลในอาหารทุกครั้งที่ได้รับประทานอาหาร เช่น ก๋วยเตี๋ยว ราดหน้า เป็นต้น

.....
ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

18. ฉันใช้เวลาในการรับประทานอาหารอย่างรวดเร็วทุกมื้อ

.....
ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

19. ฉันรับประทานผักและผลไม้ที่มีกากใยสูง ที่ไม่หวานเป็นประจำ

.....
ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

20. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นฉันพยายามแก้ไขปัญหาให้ดีขึ้น

.....
ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

21. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นฉันจะหาแนวทางแก้ไขไว้หลาย ๆ ทาง

.....
ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

22. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นฉันพยายามทบทวนว่ามีสาเหตุมาจากอะไรก่อนที่จะลงมือแก้ไข

.....
ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

23. เมื่อจะจัดการแก้ไขปัญหาคงจะคิดวางแผนและตั้งเป้าหมายเอาไว้ก่อนที่จะลงมือแก้ไข

.....
ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

24. เมื่อมีปัญหาฉันจะหาสิ่งอื่น ๆ ทำเพื่อให้ลืมปัญหาที่เกิดขึ้น

.....
ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

25. เมื่อฉันมีปัญหาเกิดขึ้น ฉันจะมองว่าปัญหาเป็นโอกาสให้ตัวฉันได้แสดงความสามารถ

.....
ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

26. ฉันปลอบใจตัวเองว่าจะสามารถผ่านพ้นความยุ่งยากต่าง ๆ ไปได้ด้วยดี

.....
ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

27. ฉันผ่อนคลายความเครียดด้วยการหางานอดิเรกทำ เช่น ปลูกต้นไม้ ฟังเพลง ดูทีวี เต้นรำ เป็นต้น

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

28. ฉันพยายามตัดปัญหานั้นออกไปจากจิตใจและหันไปสนใจเรื่องอื่นแทน

.....
 ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติเลย

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

ชุดที่ 3 การกำกับตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการกำกับตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ

1. การกำหนดเป้าหมายในการลดน้ำหนักช่วยให้ฉันบังคับตนเองได้

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

2. การควบคุมปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อสามารถทำให้ฉันลดน้ำหนักได้จริง

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

3. ฉันหมั่นเปรียบเทียบปริมาณการรับประทานอาหารกับเพื่อนก่อนตัดสินใจที่จะทานน้อยลง

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

4. ฉันคิดจะเลิกรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์อีกต่อไป

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

5. ถ้าฉันออกกำลังกายให้ได้อย่างน้อยครั้งละ 30 นาทีจะช่วยให้ฉันลดน้ำหนักได้จริง

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

6. ฉันออกกำลังกายได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

7. การที่ฉันหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน ทำให้น้ำหนักตัวลดลงได้จริง

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

18. การออกกำลังกายที่ผ่านมาก่อนหน้านี้ทำให้ฉันสามารถผ่อนคลายความเครียดได้

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

19. ฉันภูมิใจเมื่อสามารถลดน้ำหนักได้

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

20. ฉันเสียใจทุกครั้งที่ฉันออกกำลังกายไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

21. ฉันดีใจทุกครั้งที่ฉันสามารถควบคุมความเครียดที่เกิดขึ้นได้

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

22. ฉันตั้งใจที่จะออกกำลังกายในแต่ละครั้งให้ได้ต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

23. ฉันเตือนตนเองให้ออกกำลังกายให้ได้อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

24. ฉันห่มนุ่งจนบันทึกอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

25. ฉันตั้งใจงดเครื่องดื่มน้ำตาล น้ำหวาน ชาวม กาแฟนมเพื่อลดน้ำหนัก

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

26. ฉันตั้งใจควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ให้หงุดหงิดอยู่นาน

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

27. ฉันคอยเตือนตัวเองไม่ให้เครียด

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

28. ฉันตั้งใจจะนั่งสมาธิเพื่อผ่อนคลายความเครียด

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

29. ฉันหมั่นสังเกตถึงอารมณ์ ความอยาก และสิ่งผิดปกติกที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของฉัน

.....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

30. ฉันวางแผนเป้าหมายให้ตนเองมีน้ำหนักที่ลดลงและหมั่นออกกำลังกายเพื่อไปสู่เป้าหมายนั้นให้ได้

.....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

31. ฉันมุ่งมั่นและมีกำลังใจที่จะออกกำลังกายมากขึ้นเมื่อได้รับกำลังใจจากเพื่อน

.....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

ชุดที่ 4 แบบวัดลักษณะทางจิตที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ**ตอนที่ 4 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน**

ตัวอย่าง

0 การลดน้ำหนักที่ได้ผลดี คือ การบริโภคเฉพาะผักผลไม้เท่านั้น

..... หรือ√..... ท่านมั่นใจในคำตอบ√.....

ถูก ผิด น้อย ปานกลาง มาก

1. การออกกำลังกายนาน ๆ ครั้งแต่ใช้เวลามากดีกว่าการออกกำลังกายทุกวันอย่างสม่ำเสมอ

..... หรือ ท่านมั่นใจในคำตอบ

ถูก ผิด น้อย ปานกลาง มาก

2. การออกกำลังกายช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดแต่ไม่ช่วยลดระดับไขมัน

..... หรือ ท่านมั่นใจในคำตอบ

ถูก ผิด น้อย ปานกลาง มาก

3. ข้าวกล้องกับข้าวสวยสีขาวมีประโยชน์ไม่ต่างกัน

..... หรือ ท่านมั่นใจในคำตอบ

ถูก ผิด น้อย ปานกลาง มาก

4. สำหรับคนเอเชีย สาเหตุหนึ่งที่ทำให้น้ำหนักตัวผิดปกติเกิดจากการละเลยการออกกำลังกาย

..... หรือ ท่านมั่นใจในคำตอบ

ถูก ผิด น้อย ปานกลาง มาก

5. เมื่ออายุมากขึ้นควรรับประทานอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลน้อยลง

..... หรือ ท่านมั่นใจในคำตอบ

ถูก ผิด น้อย ปานกลาง มาก

6. การควบคุมปริมาณพลังงานที่ได้จากการบริโภคมีความสำคัญที่สุดสำหรับการลดน้ำหนัก

..... หรือ ท่านมั่นใจในคำตอบ
ถูก ผิด น้อย ปานกลาง มาก

7. ในแต่ละวันควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่และหลากหลายในปริมาณที่เพียงพอกับความ
ต้องการของร่างกาย

..... หรือ ท่านมั่นใจในคำตอบ
ถูก ผิด น้อย ปานกลาง มาก

8. การรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก ๆ เช่น ข้าวซ้อมมือ ผักและผลไม้จะช่วยป้องกันภาวะ
อ้วนได้

..... หรือ ท่านมั่นใจในคำตอบ
ถูก ผิด น้อย ปานกลาง มาก

9. การออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบ เช่น เต้นแอโรบิก วิ่ง ว่ายน้ำ เท่านั้นจึงจะสามารถลดน้ำหนัก
ได้ผล

..... หรือ ท่านมั่นใจในคำตอบ
ถูก ผิด น้อย ปานกลาง มาก

10. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้การเผาผลาญในร่างกายเป็นปกติได้

..... หรือ ท่านมั่นใจในคำตอบ
ถูก ผิด น้อย ปานกลาง มาก

11. การอดนอนเป็นการลดน้ำหนักอีกวิธีหนึ่ง

..... หรือ ท่านมั่นใจในคำตอบ
ถูก ผิด น้อย ปานกลาง มาก

12. การออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาทีที่มีผลดีต่อน้ำหนักตัวและ
สุขภาพ

..... หรือ ท่านมั่นใจในคำตอบ
ถูก ผิด น้อย ปานกลาง มาก

13. ความเครียดทำให้ร่างกายหลังฮอร์โมนออกมาผิดปกติ

..... หรือ ท่านมั่นใจในคำตอบ
ถูก ผิด น้อย ปานกลาง มาก

14. ความเครียดในระดับสูงมีผลเสียต่อการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย

..... หรือ ท่านมั่นใจในคำตอบ
ถูก ผิด น้อย ปานกลาง มาก

15. อาหารมื้อเช้ามีความสำคัญน้อยการรับประทานนมแก้วเดียวก็ทดแทนได้

..... หรือ ท่านมั่นใจในคำตอบ

ถูก	ผิด	น้อย	ปานกลาง	มาก
16. ความเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะอ้วน				
.....	หรือ	ท่านมั่นใจในคำตอบ
ถูก	ผิด	น้อย	ปานกลาง	มาก

ตอนที่ 5 แบบสอบถามเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ

1. ฉันชอบออกกำลังกายเพราะทำให้ฉันมีน้ำหนักลดลง

.....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด

2. ฉันชอบรับประทานผักและผลไม้มากกว่าขนมหวาน

.....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด

3. ฉันชอบรับประทานอาหารที่มีประโยชน์มากกว่าความอร่อย

.....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด

4. การทำสมาธิ สวดมนต์เป็นวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่ฉันชอบทำ

.....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด

5. การออกกำลังกายเป็นเรื่องน่าเบื่อ

.....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด

6. ฉันชอบดื่มน้ำอัดลมรสหวานเพราะรสหวานทำให้รู้สึกร่างกายสดชื่นกระปรี้กระเป่า

.....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด

7. ฉันชอบรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการเพราะฉันจะรู้สึกปลอดภัยต่อสุขภาพ

.....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด

8. เมื่อฉันรู้สึกเครียดฉันจะเลือกที่จะออกกำลังกายเพื่อผ่อนคลายความเครียด

.....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด

9. ฉันเลือกที่จะออกกำลังกายให้ต่อเนื่องให้ได้อย่างน้อยวันละ 30 นาทีไม่ต่ำกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

.....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด

10. เมื่อรู้สึกเครียดฉันจะเลือกรับประทานอาหารที่ชอบ ถึงแม้ฉันจะไม่มีประโยชน์ก็ตาม

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

11. ฉันเลือกที่จะรับประทานอาหารที่มีรสชาติอร่อยมากกว่าที่จะพิจารณาถึงประโยชน์ของอาหาร

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

12. ฉันเลือกที่จะรับประทานผลไม้แทนขนมหวานทุกวัน

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

13. ฉันพยายามลดน้ำหนักด้วยการออกกำลังกาย

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

14. การดูทีวี ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ชอบทำให้ผ่อนคลายความเครียดได้มาก

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

15. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เป็นเรื่องที่ดีช่วยให้ลดน้ำหนักได้

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

16. การควบคุมน้ำหนักตัวให้ไม่อ้วนหรือผอมเกินไปจะช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยลง

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

17. การฝึกผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง ถือเป็นเรื่องดีที่ควรหมั่นฝึกฝน

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

18. การลดน้ำหนักให้ได้ผลไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายก็ได้

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

ตอนที่ 6 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

1. ฉันมั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่โครงการได้อย่างเคร่งครัด

.....

- จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
- 2. ฉันมั่นใจว่าสามารถแบ่งตารางเวลาแต่ละวันในการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักได้**
-
- จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
- 3. ฉันมั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายให้ได้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที**
-
- จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
- 4. ฉันมั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายได้ แม้ว่าฉันจะมีอุปสรรคขัดข้องก็ตาม**
-
- จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
- 5. ฉันมั่นใจว่าสามารถเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหารของตนเองให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้นกว่าเดิมได้**
-
- จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
- 6. ฉันมั่นใจว่าสามารถควบคุมปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อได้พอดี**
-
- จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
- 7. ฉันมั่นใจว่าสามารถงดการรับประทานของจุกจิกระหว่างมื้ออาหารได้**
-
- จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
- 8. ฉันมั่นใจว่าสามารถควบคุมการรับประทานอาหารเพื่อให้น้ำหนักลดลงได้สัปดาห์ละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม**
-
- จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
- 9. ฉันมั่นใจว่าสามารถหาวิธีผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม**
-
- จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
- 10. ฉันมั่นใจว่าสามารถจัดการกับอารมณ์ ขณะเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ที่ยุ่งยากได้**
-
- จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
- 11. ฉันมั่นใจว่าสามารถหาวิธีลดความเครียดได้ด้วยตนเอง**
-
- จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
- 12. ฉันมั่นใจว่าสามารถผ่อนคลายความเครียดด้วยการนั่งสมาธิได้**

..... จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
---------------------	---------------	-----------------------	--------------------------	------------------	------------------------

ตอนที่ 7 แบบวัดความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ในโครงการ

1. ฉันมั่นใจว่าเจ้าหน้าที่ในโครงการจะทำให้ฉันน้ำหนักลดลงได้

..... จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
---------------------	---------------	-----------------------	--------------------------	------------------	------------------------

2. เจ้าหน้าที่สามารถให้ความชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องในการลดน้ำหนักตัวได้

..... จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
---------------------	---------------	-----------------------	--------------------------	------------------	------------------------

3. เจ้าหน้าที่สามารถถ่ายทอดความรู้ในเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ฉันเข้าใจได้

..... จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
---------------------	---------------	-----------------------	--------------------------	------------------	------------------------

4. เจ้าหน้าที่มีความชำนาญในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

..... จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
---------------------	---------------	-----------------------	--------------------------	------------------	------------------------

5. เจ้าหน้าที่สามารถจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับฉันได้

..... จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
---------------------	---------------	-----------------------	--------------------------	------------------	------------------------

6. เจ้าหน้าที่สามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมสุขภาพให้สอดคล้องตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ อย่างเหมาะสม

..... จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
---------------------	---------------	-----------------------	--------------------------	------------------	------------------------

7. เมื่อฉันมีปัญหาในการลดน้ำหนักเจ้าหน้าที่สามารถช่วยแก้ปัญหาของฉันได้

..... จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
---------------------	---------------	-----------------------	--------------------------	------------------	------------------------

8. เจ้าหน้าที่ให้การดูแลฉันอย่างเท่าเทียมกับกลุ่มเพื่อน

..... จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
---------------------	---------------	-----------------------	--------------------------	------------------	------------------------

9. เจ้าหน้าที่คอยให้กำลังใจฉันเสมอ

..... จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด
---------------------	---------------	-----------------------	--------------------------	------------------	------------------------

10. เจ้าหน้าที่คำนึงถึงประโยชน์ที่ฉันจะได้รับเป็นสำคัญ

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

11. เจ้าหน้าที่คอยให้ความช่วยเหลือเมื่อฉันพบปัญหาที่ลดน้ำหนักไม่ได้

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

12. เจ้าหน้าที่ตั้งใจให้คำแนะนำฉันอย่างไม่เห็นดีเห็นชอบ

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

13. เจ้าหน้าที่มุ่งมั่น พยายามส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

14. เจ้าหน้าที่มีความทุ่มเท มุ่งมั่นที่จะทำให้โครงการประสบความสำเร็จ

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

15. เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลความรู้ทางสุขภาพกับฉันอย่างไม่ปิดบัง

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

16. เจ้าหน้าที่เก็บข้อมูลหรือปัญหาส่วนตัวของฉันไว้เป็นความลับได้โดยไม่เปิดเผยให้ฉันต้องเสียหน้า

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

17. เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ฉันสามารถพูดคุยกับเจ้าหน้าที่อย่างสะดวกใจ

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

18. เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลข่าวสารและความเคลื่อนไหวที่เป็นจริงและถูกต้องของโครงการกับฉันเสมอ

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

19. พฤติกรรมบางอย่างของเจ้าหน้าที่ทำให้ฉันเกิดความไม่ไว้วางใจ

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

20. เจ้าหน้าที่พยายามสร้างความเชื่อมั่นว่าฉันจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ลดน้ำหนักได้ด้วยตัวของตัวเอง

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

21. ในระหว่างที่ให้บริการเจ้าหน้าที่รักษาสัญญาหรือคำพูดที่ให้ไว้กับฉันทุกครั้ง

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

22. เจ้าหน้าที่มีความเอื้ออาทรต่อฉันและคนอื่น ๆ ที่เข้าร่วมโครงการอย่างเท่าเทียมกัน

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

ชุดที่ 5 ลักษณะสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ตอนที่ 8 แบบวัดการมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

1. ฉันมีส่วนร่วมรับฟัง พูดคุย กับเจ้าหน้าที่โครงการก่อนที่จะตัดสินใจเลือกทำกิจกรรมในโครงการ

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

2. ฉันรับรู้ถึงประโยชน์ของการทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดน้ำหนักครั้งนี้

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

3. ฉันได้มีส่วนในการวางแผนการทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองเพื่อควบคุมน้ำหนักของตนเอง

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

4. ฉันมีส่วนกำหนดขั้นตอนของการทำกิจกรรมของโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับ ผู้รับบริการคนอื่น ๆ และเจ้าหน้าที่โครงการ

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

5. ฉันได้ร่วมปฏิบัติกิจกรรมของโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

6. ฉันมีส่วนช่วยกระจายข่าวสารการทำกิจกรรมของโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับผู้รับบริการ อื่น ๆ ทราบ

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

7. ฉันเป็นคณะกรรมการหรืออาสาสมัครช่วยเหลืองานของโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

8. ฉันมีส่วนสนับสนุนอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้กับโครงการ เช่น วัตถุดิบอาหารหรือจัดสถานที่ที่ใช้ในการทำกิจกรรมของโครงการ เป็นต้น

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

9. ฉันมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับการจัดโครงการครั้งนี้

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

10. ฉันสามารถนำความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแนะนำการปฏิบัติตัวให้แก่คนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่ป้องกันได้

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

11. ฉันปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่ดีขึ้นได้จากโครงนี้

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

12. การเข้าร่วมโครงการนี้ทำให้น้ำหนักตัวฉันลดลง

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

13. ฉันได้รับการสอบถามความคิดเห็น ความพึงพอใจหลังจากการร่วมกิจกรรมของโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

14. เจ้าหน้าที่โครงการติดตามความก้าวหน้าในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของฉันด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การสอบถาม การตรวจสอบสมุดบันทึก อย่างต่อเนื่อง

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

15. ฉันมีโอกาสได้ประเมินโครงการพร้อมให้ข้อเสนอแนะปัญหา อุปสรรคที่พบจากการรับบริการจากโครงการ

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

16. ฉันมีโอกาสดำเนินการตรวจสุขภาพจากการทำกิจกรรมของโครงการจากเจ้าหน้าที่โครงการ

.....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

ตอนที่ 9 การสนับสนุนทางสังคม

1. เจ้าหน้าที่ให้ความรู้ต่าง ๆ ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องแก่ฉัน

.....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

2. เจ้าหน้าที่ให้กำลังใจ เมื่อฉันเกิดความท้อแท้จากการพยายามลดน้ำหนัก

.....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

3. เจ้าหน้าที่สนับสนุนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเพียงพอ

.....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

4. เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกต้องเจ้าหน้าที่สามารถช่วยแก้ปัญหาหรือข้อสงสัยให้แก่ฉันได้

.....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

5. เจ้าหน้าที่พร้อมที่จะสละเวลาให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องกับฉันเมื่อต้องการ

.....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

6. เจ้าหน้าที่ทำให้ฉันไว้วางใจและสามารถพูดคุยปัญหาต่าง ๆ ได้

.....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

7. เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ฉันแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อมูลข่าวสาร และประสบการณ์เกี่ยวกับลดน้ำหนักตัวกับผู้รับบริการอื่น ๆ เสมอ

.....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

8. ฉันได้รับความสะดวกสบายในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจากเจ้าหน้าที่ในโครงการ

.....
จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

9. เจ้าหน้าที่ซึ่งชมเมื่อเห็นฉันมีพฤติกรรมสุขภาพถูกต้อง

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

10. คนในครอบครัวทำให้ฉันรู้สึกอับอาย มั่นใจและมีความมุ่งมั่นในการลดน้ำหนัก

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

11. คนในครอบครัวเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการลดน้ำหนักของฉัน

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

12. คนในครอบครัวค้นหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจากสื่อต่าง ๆ มาบอกฉัน

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

13. คนในครอบครัวจัดทำอาหารที่มีประโยชน์มาให้ฉันสม่ำเสมอ

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

14. คนในครอบครัวทำให้ฉันมั่นใจว่าสามารถลดน้ำหนักได้

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

15. คนในครอบครัวสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการลดน้ำหนักของฉัน

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

16. เพื่อนมักจะชวนฉันไปออกกำลังกายเสมอ

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

17. เพื่อนช่วยให้ฉันรู้สึกสบายใจขึ้นเมื่อฉันอยู่ในภาวะเครียดจากการเข้าร่วมโครงการ

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

18. ฉันมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อมูลข่าวสาร และประสบการณ์เกี่ยวกับการลดน้ำหนักตัวกับเพื่อนเสมอ

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

19. เพื่อนพร้อมที่จะออกกำลังกายกับฉันเมื่อฉันต้องการ

.....
 จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

20. เพื่อนมักจะช่วยให้กำลังใจในการลดน้ำหนักของฉัน

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

21. ฉันได้รับการช่วยเหลืออื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการลดน้ำหนักของฉันจากเพื่อน

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

22. เพื่อนแนะนำวิธีการที่เป็นประโยชน์ต่อการลดน้ำหนัก

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

23. ฉันมีเพื่อนที่ไว้วางใจและสามารถพูดคุยปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการได้

.....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด

ภาคผนวก ข
คุณภาพเครื่องมือวัดที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตาราง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item total correlation) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อ	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
องค์ประกอบที่ 1 ด้านการมีกิจกรรมทางกาย		
1	.299	.804
2	.512	.778
3	.510	.778
4	.348	.798
5	.471	.784
6	.567	.771
7	.476	.783
8	.641	.763
9	.626	.764
ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน = .800		
องค์ประกอบที่ 2 ด้านการบริโภคอาหาร		
10	.504	.767
11	.541	.761
12	.590	.757
13	.280	.793
14	.460	.762
15	.534	.764
16	.614	.754
17	.407	.782
18	.332	.786
19	.391	.780
ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน = .790		

ตาราง (ต่อ)

ข้อ	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
องค์ประกอบที่ 3 ด้านการจัดการ		
ความเครียด		
20	.506	.805
21	.632	.791
22	.570	.797
23	.554	.799
24	.332	.828
25	.589	.795
26	.538	.801
27	.499	.807
28	.529	.802
ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน = .821		
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = .882		

ตาราง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item total correlation) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถามการกำกับตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อ	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
องค์ประกอบที่ 1 การสังเกตตนเอง		
1	.611	.850
2	.589	.852
3	.504	.858
4	.540	.855
5	.586	.852
6	.415	.864
7	.556	.854
8	.663	.846
9	.526	.855
10	.567	.854

ตาราง (ต่อ)

ข้อ	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
11	.526	.856
12	.538	.855
ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน = .865		
องค์ประกอบที่ 2 การตัดสินใจตนเอง		
13	.491	.767
14	.456	.772
15	.455	.773
16	.518	.763
17	.355	.787
18	.506	.766
19	.523	.765
20	.491	.767
21	.550	.762
ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน = .790		
องค์ประกอบที่ 3 การแสดงปฏิกิริยา ต่อตนเอง		
22	.546	.786
23	.617	.777
24	.409	.803
25	.453	.797
26	.428	.799
27	.429	.799
28	.357	.809
29	.585	.786
30	.621	.780
31	.504	.791
ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน = .810		
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = .933		

ตาราง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item total correlation) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอ้วน

ข้อ	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1	.432	.789
2	.379	.794
3	.382	.793
4	.331	.795
5	.426	.790
6	.334	.795
7	.393	.793
8	.471	.787
9	.353	.800
10	.408	.792
11	.466	.786
12	.600	.783
13	.496	.785
14	.362	.794
15	.512	.783
16	.368	.394

ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = .801

ตาราง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item total correlation) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถามเจตคติต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อ	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
องค์ประกอบที่ 1 ความรู้เชิงประเมิน		
ค่า		
1	.415	.725
2	.600	.685
3	.561	.692
4	.300	.754

ตาราง (ต่อ)

ข้อ	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
5	.429	.722
6	.391	.733
7	.588	.691
ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน = .746		
องค์ประกอบที่ 2 ความรู้สึกที่มีต่อ พฤติกรรมสุขภาพ		
8	.494	.696
9	.625	.655
10	.312	.746
11	.515	.691
12	.376	.730
13	.548	.683
ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน = .739		
องค์ประกอบที่ 3 ความพร้อมที่จะ กระทำพฤติกรรม		
14	.416	.606
15	.436	.591
16	.470	.574
17	.457	.582
18	.294	.663
ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน = .656		
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = .872		

ตาราง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item total correlation) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อ	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
องค์ประกอบที่ 1 การรับรู้ ความสามารถของตนต่อการมี กิจกรรมทางกาย		
1	.732	.889
2	.852	.855
3	.798	.867
4	.767	.877
ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน = .901		
องค์ประกอบที่ 2 การรับรู้ ความสามารถของตนต่อการบริโภค อาหาร		
5	.720	.731
6	.708	.734
7	.605	.779
8	.535	.823
ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน = .814		
องค์ประกอบที่ 3 การรับรู้ ความสามารถของตนต่อการจัดการ ความเครียด		
9	.538	.676
10	.590	.672
11	.636	.648
12	.425	.782
ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน = .751		
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = .883		

ตาราง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item total correlation) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถามความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ในโครงการ

ข้อ	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
องค์ประกอบที่ 1 ความสามารถของ เจ้าหน้าที่โครงการ		
1	.558	.889
2	.725	.865
3	.748	.863
4	.768	.860
5	.709	.868
6	.580	.883
7	.703	.868
ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน = .887		
องค์ประกอบที่ 2 ความเมตตากรุณา ของเจ้าหน้าที่โครงการ		
8	.732	.891
9	.781	.886
10	.781	.887
11	.678	.899
12	.780	.886
13	.591	.907
14	.723	.893
ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน = .899		
องค์ประกอบที่ 3 ความซื่อสัตย์ของ เจ้าหน้าที่โครงการ		
15	.547	.849
16	.696	.833
17	.678	.836
18	.245	.906
19	.780	.825
20	.735	.829
21	.668	.836

ตาราง (ต่อ)

ข้อ	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
22	.800	.824
ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน = .860		
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = .957		

ตาราง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item total correlation) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อ	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
องค์ประกอบที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ		
1	.368	.749
2	.524	.638
3	.591	.587
4	.555	.603
ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน = .706		
องค์ประกอบที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ		
5	.293	.621
6	.370	.581
7	.524	.447
8	.472	.499
ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน = .621		
องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์		
9	.398	.804
10	.604	.681
11	.714	.622
12	.572	.688
ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน = .756		

ตาราง (ต่อ)

ข้อ	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
องค์ประกอบที่ 4 การมีส่วนร่วมใน การประเมินผล		
13	.705	.744
14	.665	.761
15	.617	.786
16	.592	.793
ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน = .817		
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ = .897		

ตาราง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item total correlation) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

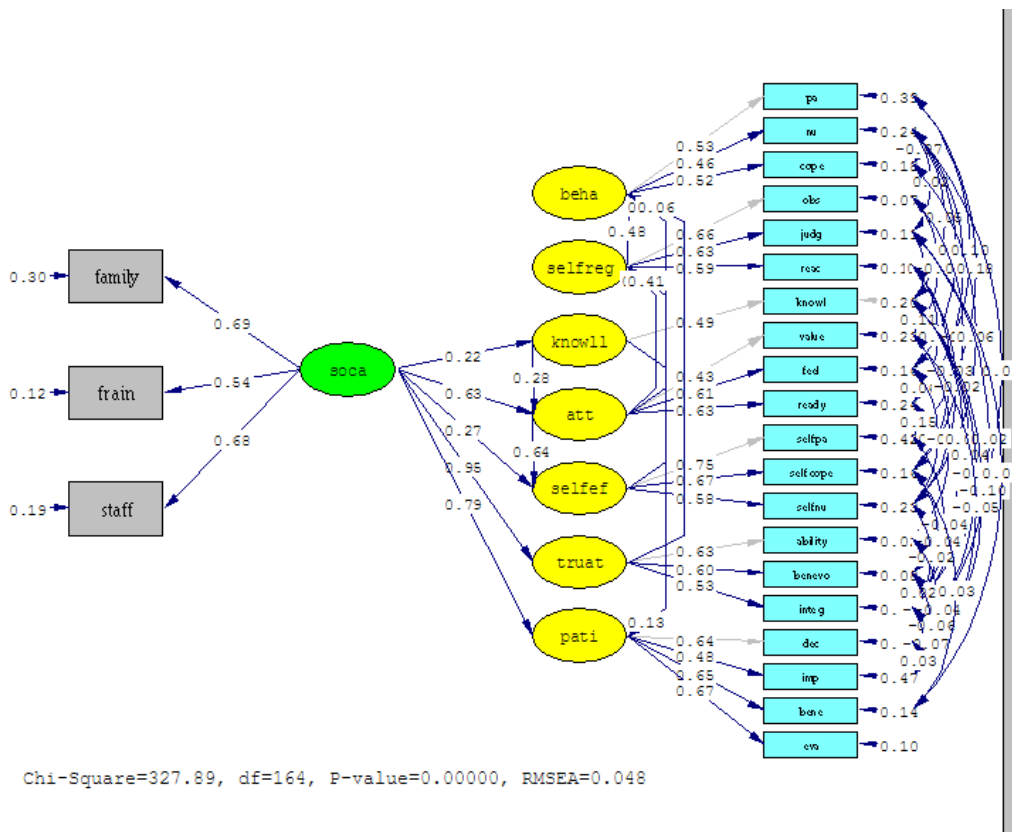
ข้อ	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
องค์ประกอบที่ 1 การสนับสนุนจาก เจ้าหน้าที่โครงการ		
1	.641	.872
2	.407	.886
3	.679	.868
4	.744	.865
5	.722	.866
6	.480	.884
7	.798	.859
8	.765	.861
9	.505	.888
ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน = .885		
องค์ประกอบที่ 2 การสนับสนุนจาก ครอบครัว		
10	.706	.845
11	.730	.840

ตาราง (ต่อ)

ข้อ	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
12	.699	.845
13	.684	.847
14	.751	.836
15	.531	.883
ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน =.871		
องค์ประกอบที่ 3 การสนับสนุนจากเพื่อน		
16	.656	.868
17	.452	.887
18	.702	.864
19	.671	.868
20	.743	.859
21	.701	.863
22	.694	.864
23	.598	.874
ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน =.883		
ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ =.937		

ภาคผนวก ค
แบบจำลองที่มีการจัดโมเดลแล้ว

แบบจำลองที่มีการปรับโมเดลแล้ว



Observed Variables

bmi pa nu cope obs judg reac knowl value feel
 ready selfpa selfcope selfnu ability benevo integ dec imp
 bene eva family frain staff

Covariance Matrix from file 'C:\Users\Toshiba\Desktop\modelae\model2.cov'
 Sample Size = 442

Latent Variables bmitt beha selfreg knowll att selfef truat pati soca

Relationships

pa = beha
 nu = beha
 cope = beha
 obs = selfreg
 judg = selfreg
 reac = selfreg
 knowl = knowll
 value = att
 feel = att
 ready = att
 selfpa = selfef
 selfcope = selfef
 selfnu = selfef
 ability = truat
 benevo = truat
 integ = truat
 dec = pati
 imp = pati

```

bene = pati
eva = pati
family = soca
frain = soca
staff = soca
!bmitt = beha selfreg
beha = selfreg att truat
selfreg = att selfef
selfef = att soca
pati = knowll soca
att = soca knowll
truat = soca
knowll = soca

```

LISREL OUTPUT: ME=ML EF SS SC RS MI

```

Set Error Variance of knowl equal 0.20
Set Error Covariance of ready and selfpa free
Set Error Covariance of knowl and value free
Set Error Covariance of pa and selfpa free
Set Error Covariance of knowl and imp free
Set Error Covariance of staff and imp free
Set Error Covariance of benevo and family free
Set Error Covariance of integ and family free
Set Error Covariance of ability and family free
Set Error Covariance of cope and nu free
Set Error Covariance of ready and pa free
Set Error Covariance of selfcope and obs free
Set Error Covariance of value and imp free
Set Error Covariance of integ and staff free
Set Error Covariance of benevo and staff free
Set Error Covariance of ability and staff free
Set Error Covariance of selfnu and cope free
Set Error Covariance of ready and nu free
Set Error Covariance of feel and nu free
Set Error Covariance of feel and ready free
Set Error Covariance of reac and ready free
Set Error Covariance of nu and knowl free
Set Error Covariance of value and obs free
Set Error Covariance of feel and selfnu free
Set Error Covariance of integ and selfcope free
Set Error Covariance of selfpa and integ free
Set Error Covariance of benevo and dec free
Set Error Covariance of family and bene free
Set Error Covariance of eva and frain free
Set Error Covariance of integ and imp free
Set Error Covariance of dec and frain free
Set Error Covariance of bene and frain free
Set Error Covariance of imp and frain free
Set Error Covariance of knowl and judg free
Set Error Covariance of integ and selfnu free
Set Error Covariance of integ and knowl free
Set Error Covariance of integ and nu free
Set Error Covariance of bene and judg free
Set Error Covariance of dec and judg free
Set Error Covariance of bene and selfcope free
Set Error Covariance of benevo and knowl free
Set Error Covariance of nu and judg free
Set Error Covariance of reac and selfcope free
Set Error Covariance of reac and selfnu free
Set Error Covariance of value and ability free
Set Error Covariance of benevo and imp free

```



```
Set Error Covariance of imp and ability free
Set Error Covariance of imp and family free
Set Error Covariance of selfcope and staff free
Set Error Covariance of obs and family free
Set Error Covariance of knowl and dec free
Set Error Covariance of imp and dec free
Set Error Covariance of benevo and integ free
Set Error Covariance of frain and ability free
Set Error Covariance of knowl and frain free
Path Diagram
End of Problem
```

ภาคผนวก ง
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- | | |
|---|---|
| 1. ดร.อนันต์ มลารัตน์ | อาจารย์ประจำคณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. ดร. วิชชุดา กิจธรรม | อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 3. เกษัชกรหญิง ดร. พัชรี ดวงจันทร์ | อาจารย์ประจำคณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิรินทร์ กิตติพิชัย | อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. ว่าที่ร้อยตรี ดร.มนัส บุญประกอบ | นักวิชาการอิสระ |

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อสกุล	นางสาวสุพิชชา วงศ์จันทร์
วันเดือนปีเกิด	15 มกราคม 2519
สถานที่เกิด	จังหวัดมหาสารคาม
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	59/139 หมู่บ้านเปี่ยมสุข ตำบลบางกระสอบ อ.เมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
ตำแหน่งปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงาน	กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2539	มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนบรบือวิทยาคาร จังหวัดมหาสารคาม
พ.ศ. 2541	วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2544	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์