



## รายงานฉบับสมบูรณ์

เรื่อง

การประเมินและการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและสุขภาวะครอบครัว  
กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: การพัฒนาโมเดลเชิงสาเหตุทางวัฒนธรรมของ  
พฤติกรรมสุขภาพและโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพ

**Assessing and Improving Health Literacy and Wellbeing in Thai families at risk  
of NCDs: The Development of a Culturally Relevant Health Behavior Model  
and a Positive Psychology and Health Literacy Program**

โดย

รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง  
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

และ

And Professor Dr. Ann Macaskill  
Faculty of Development and Society,  
Sheffield Hallam University, UK

รายงานการวิจัยนี้ ได้รับการสนับสนุนเงินทุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย และ  
Newton Advance Fellowship Awards by British Academy

ทุนสนับสนุนปี 2017 - 2018

# สารบัญ

	หน้า
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
ความสำคัญของการวิจัย	4
ขอบเขตในการดำเนินการวิจัย	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
<b>บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม</b>	7
สถานการณ์ภาวะสุขภาพของคนไทย	7
ความหมายและองค์ประกอบของสุขภาพ	8
สุขภาพครอบครัว	10
พฤติกรรมสุขภาพ	12
ความรู้ด้านสุขภาพ	13
การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศ	17
การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและการปรับพฤติกรรม	23
แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพครอบครัว	28
ทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพครอบครัว	31
ปัจจัยทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพครอบครัว	34
โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก	35
การวิเคราะห์อภิมาน	36
กรอบแนวคิดการวิจัย	39
นิยามเชิงปฏิบัติการ	41
สมมติฐานการวิจัย	43
<b>บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย</b>	45
การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย	45
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	47
ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์และเงื่อนไขทางสุขภาพ ของครอบครัวสุขภาพดี	48
ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยา ที่มีต่อสุขภาพครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระหว่าง คู่สมรสเพศชายและเพศหญิง และระหว่างชุมชนในเขตเมืองและชนบทแนวชายแดน	50
ระยะที่ 3 การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรู้ด้านสุขภาพ ด้วยกระบวนการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีต่อสุขภาพครอบครัวและผลลัพธ์ทางสุขภาพของคู่สมรสกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	55
แผนการเก็บข้อมูล	67

## สารบัญ

	หน้า
<b>บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล</b>	68
ผลการวิจัยระยะที่ 1 ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1	68
ผลการวิจัยระยะที่ 2 ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 และ 3	81
ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	82
ตอนที่ 2 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปร	84
ตอนที่ 3 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและสุขภาวะครอบครัว	87
ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมุติฐานการวิจัย	91
ผลการวิจัยระยะที่ 3 ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 4 และ 5	105
ตอนที่ 1 การวิจัยเชิงสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก	105
ตอนที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพ	112
<b>บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล</b>	128
สรุปผลการวิจัย	130
สรุปผลการวิจัยระยะที่ 1	130
สรุปผลการวิจัยระยะที่ 2	132
สรุปผลการวิจัยระยะที่ 3	134
การอภิปรายผล	136
ข้อเสนอแนะการวิจัย	143
<b>เอกสารอ้างอิง</b>	144
<b>ภาคผนวก</b>	165
- เครื่องมือวัดในการวิจัย – แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม	166
- โปรแกรมเสริมสร้างจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยกระบวนการเรียนรู้เพื่อ การเปลี่ยนแปลงและการปรับพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน	178
- ตัวอย่างกิจกรรม สื่อและใบงานตามแผนการจัดกิจกรรมเรียนรู้	191
- สมุดประจำตัวกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	228

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 ค่าคุณภาพของแบบวัด General Thai health literacy scales	17
ตาราง 2 ตัวอย่างงานวิจัยที่ศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ	23
ตาราง 3 แสดงขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรเป้าหมายจำแนกตามเขตสุขภาพ	47
ตาราง 4 คุณภาพเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาคและค่าน้ำหนักองค์ประกอบ	55
ตาราง 5 แสดงตัวอย่างการประยุกต์แนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อพัฒนาสู่โปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับคู่สมรส กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าร่วมกิจกรรม	58
ตาราง 6 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก	69
ตาราง 7 จำนวนและร้อยละข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	83
ตาราง 8 ค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal Curve) ของตัวแปรสังเกตใน รูปแบบความสัมพันธ์ในกลุ่มรวม	85
ตาราง 9 ค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal Curve) ของตัวแปรสังเกตใน รูปแบบความสัมพันธ์ในกลุ่มคู่สมรสเพศชาย	85
ตาราง 10 ค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal Curve) ของตัวแปรสังเกตใน รูปแบบความสัมพันธ์ในกลุ่มคู่สมรสหญิง	86
ตาราง 11 ค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal Curve) ของตัวแปรสังเกตใน แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์คู่สมรสในชุมชนเมือง	86
ตาราง 12 ค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal Curve) ของตัวแปรสังเกตใน แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์คู่สมรสในชุมชนชนบท	87
ตาราง 13 ระดับความรู้ด้านสุขภาพของคู่สมรสเพศชายและหญิงที่อยู่ในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท	88
ตาราง 14 ระดับความสุขภาวะครอบครัวของคู่สมรสเพศชายและหญิงที่อยู่ในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท	90
ตาราง 15 แสดงผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพระหว่างคู่สมรสในชุมชนเมืองกับ ชุมชนชนบทรายองค์ประกอบและภาพรวม	91
ตาราง 16 แสดงผลการเปรียบเทียบสุขภาวะครอบครัวระหว่างชุมชนเมืองกับชุมชนชนบท รายองค์ประกอบย่อยและภาพรวม	92
ตาราง 17 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล ( $\beta$ ) ของตัวแปรสาเหตุไปยังตัวแปรผลภายในแบบจำลองความสัมพันธ์ เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มรวม ที่ปรับแก้	94
ตาราง 18 ผลการวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและ ทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพระหว่างคู่สมรสเพศชายและคู่สมรสหญิง	96
ตาราง 19 ผลการวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรม และทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพระหว่างคู่สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบท	98
ตาราง 20 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรม และทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพระหว่างคู่สมรสเพศชายกับคู่สมรสหญิง	104

## สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

<p>ตาราง 21 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรม และทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างคู่สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบท</p>	104
<p>ตาราง 22 การแจกแจงความถี่คุณลักษณะของงานวิจัยที่เป็นเล่มงานวิจัย</p>	106
<p>ตาราง 23 การแจกแจงความถี่ค่าขนาดอิทธิพล (d) จำแนกตามโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ</p>	107
<p>ตาราง 24 จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพ</p>	113
<p>ตาราง 25 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรทางจิตตัวแปรทางพฤติกรรม และตัวแปรผลลัพธ์ทางสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มการทดลอง และช่วงเวลาของการวัด</p>	115
<p>ตาราง 26 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยตัวแปรทางจิตและพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามช่วงเวลาที่ทำกรวัด โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ</p>	116
<p>ตาราง 27 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรทางจิต ตัวแปรพฤติกรรม และผลลัพธ์ทางสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามช่วงเวลาของการวัดโดยวิธีการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่ โดยใช้วิธี Bonferroni</p>	118
<p>ตาราง 28 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรทางจิต ตัวแปรพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพ แต่ละช่วงเวลาของการวัดจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่โดยใช้วิธี Bonferroni</p>	119
<p>ตาราง 29 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ จิตวิทยาเชิงบวก สุขภาวะครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคม (Factor B) ต่างกัน และการเข้าร่วมโปรแกรม (Factor A) ที่แตกต่างกัน</p>	123
<p>ตาราง 30 คะแนนเฉลี่ยจิตวิทยาเชิงบวกของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน ที่ได้รับการจัดการกระทำที่ต่างกันในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังสิ้นสุดการทดลอง</p>	124
<p>ตาราง 31 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน และได้รับการจัดการกระทำที่ต่างกันในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดการทดลอง</p>	125
<p>ตาราง 32 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยจิตวิทยาเชิงบวกระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมและการสนับสนุนทางสังคมต่ำและสูงโดยใช้วิธีของ Bonferroni</p>	125
<p>ตาราง 33 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมและการสนับสนุนทางสังคมต่ำและสูงโดยใช้วิธีของ Bonferroni</p>	125
<p>ตาราง 34 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่แสดงผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างระดับการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีของ Bonferroni</p>	126
<p>ตาราง 35 คะแนนเฉลี่ยสุขภาวะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน และได้รับการจัดการกระทำที่ต่างกันในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังสิ้นสุดการทดลอง</p>	126
<p>ตาราง 36 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะครอบครัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและการสนับสนุนทางสังคมต่ำและสูงโดยใช้วิธีของ Bonferroni</p>	126
<p>ตาราง 37 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน ที่ได้รับการจัดการกระทำที่ต่างกันในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดการอบรม</p>	127
<p>ตาราง 38 ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมและการสนับสนุนทางสังคมต่ำและสูงโดยใช้วิธีของ Bonferroni</p>	127

## สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 โมเดลตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ	29
ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและการปรับพฤติกรรม	41
ภาพประกอบ 3 โมเดลความสัมพันธ์ของสถานการณ์และเงื่อนไขทางสุขภาพกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพของตนเองและของสมาชิกในครอบครัวที่ได้จากข้อมูลเชิงคุณภาพของกลุ่มสมรสในชุมชนที่มีสุขภาพดี	81
ภาพประกอบ 4 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาพครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มรวม (N = 2000)	94
ภาพประกอบ 5 ผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐาน เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาพครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มคู่สมรสเพศชายกับคู่สมรสเพศหญิง	98
ภาพประกอบ 6 ผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐาน เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาพครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างคู่สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบท	102
ภาพประกอบ 7 การเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยจิตวิทยาเชิงบวกตามช่วงเวลา	120
ภาพประกอบ 8 การเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพตามช่วงเวลา	120
ภาพประกอบ 9 การเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยสุขภาพครอบครัวตามช่วงเวลา	120
ภาพประกอบ 10 การเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตามช่วงเวลา	121
ภาพประกอบ 11 การเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกายตามช่วงเวลา	121
ภาพประกอบ 12 การเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดตามช่วงเวลา	121
ภาพประกอบ 13 การเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยค่าเฉลี่ย Systolic pressure ตามช่วงเวลา	122
ภาพประกอบ 14 การเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยค่าเฉลี่ย Diastolic pressure ตามช่วงเวลา	122

## การประเมินและการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและสุขภาวะครอบครัวกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: การพัฒนาโมเดลเชิงสาเหตุทางวัฒนธรรมของพฤติกรรมสุขภาพและโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การวิจัยผสมวิธีแบบสำรวจตามลำดับครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ทำความเข้าใจสถานการณ์และเงื่อนไขทางสุขภาพของครอบครัวกลุ่มเสี่ยง 2) พัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3) เปรียบเทียบรูปแบบเชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างคู่สมรสเพศหญิงกับเพศชาย และระหว่างชุมชนเมืองและชุมชนชนบท 4) สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ 5) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะโดยเริ่มจากการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับคู่สมรสทั้งเพศชายและหญิงที่มีสุขภาพดีรวม 6 คู่หรือ 12 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตสุขภาพที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำสุด ตามรายงานของ กองสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2559 และตามด้วยการวิจัยเชิงปริมาณในระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์เพื่อพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุในกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามโควต้าเพศชายและหญิงเท่ากัน กลุ่มละ 1,000 คนรวมเป็น 2,000 คน และการศึกษาในระยะที่ 3 เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง ที่เริ่มด้วยการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีวิเคราะห์ห่อถัก และนำผลที่ได้ทุกระยะมาพัฒนาโปรแกรมการทดลองในกลุ่มคู่สมรสเพศชายและหญิงเข้ากลุ่มทดลอง 100 คน และกลุ่มควบคุม 100 คน ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และสถิติวิเคราะห์ CFA, SEM, ANOVA

*ผลการวิจัยระยะที่ 1* พบว่า การเจ็บป่วยส่วนใหญ่มาจาก การรับประทานอาหาร โรคชรา สภาพแวดล้อมในชุมชนที่ไม่ดี ไม่เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และไม่ออกกำลังกาย และรูปแบบการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวด้วยการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเข้าถึงสื่อออนไลน์ ค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมและการบอกต่อกับบุคคลใกล้ชิดพร้อมรู้จักแยกแยะข้อมูลก่อนตัดสินใจ มีการป้องกันด้วยการดูแลในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การตรวจสุขภาพ ยึดหลักศาสนา มีความเชื่อมั่นในตนเอง และเป็นแบบอย่างที่ดีต่อครอบครัว *ในระยะที่ 2* พบว่า 2.1) คู่สมรสในชุมชนมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้คิดเป็นร้อยละ 58.5 ระดับดีมากและต่ำคิดเป็นร้อยละ 26.0 และ 15.5 ตามลำดับ 2.2) ผลการเปรียบเทียบ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและสุขภาวะครอบครัวในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทอยู่ในระดับที่ไม่แตกต่างกัน 2.3) ปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพและสุขภาวะครอบครัวได้ร้อยละ 70 และ 50 ตามลำดับ 2.4) ผลการเปรียบเทียบโมเดลเชิงสาเหตุพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างคู่สมรสเพศชายและหญิง แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงพบว่า ตัวแปรเจตคติที่ดีต่อสุขภาพ ในกลุ่มเพศหญิงต่ำกว่าเพศชาย และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ และสุขภาวะครอบครัว ในกลุ่มคู่สมรสชุมชนเมืองต่ำกว่ากลุ่มคู่สมรสในชนบท และ 3) *ผลวิจัยระยะที่ 3* เบื้องต้นในการสังเคราะห์งานวิจัยในฐานสากล ด้วยการวิเคราะห์ห่อถักพบว่า โปรแกรมการส่งเสริมจิตวิทยาเชิงบวกในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่ ใช้โปรแกรมการพัฒนาพลังสติ (Mindfulness) รองลงมาเป็นการกับตนเอง (Self-regulation) และ การรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy) ตามลำดับ และผลการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและการปรับพฤติกรรมพบว่า 1) ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว และผลลัพธ์ทางสุขภาพได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดดีกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนได้รับโปรแกรมฯ และ 2) ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมกับการสนับสนุนทางสังคม จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมในครั้งนี้ สามารถเพิ่มระดับจิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพให้ดีขึ้นได้ ทั้งในกลุ่มที่ได้รับความสนับสนุนทางสังคม

## **Assessing and Improving Health Literacy and Wellbeing in Thai families at risk of NCDs: The Development of a Culturally Relevant Health Behavior Model and a Positive Psychology and Health Literacy Program**

The purpose of this mixed methods research – sequential design were to 1) understand situations and health conditions in families at risk of NCDs 2) develop causal relationship model of psychological capital and cultural and social norms towards family well-being by mediating HL and health behavior (HB) 3) compare the causal model of health literacy (HL) on family well-being (FEW) between male and female spouses in urban and rural communities 4) synthesize the research papers studying the effects of positive psychology programs in NCDs, and 5) implement and study the effects of a psychology and HL program in NCDs. The research was divided into 3 phases: 1) the researchers conducted qualitative case studies by in-depth interview with six healthy married couples, both men and women, totaling 12 people, who live in health areas with the lowest level of HL and data were analyzed content analysis, 2) the researchers conducted quantitative research on the structure of causal relationships. The research sample consisted of 2,000 people from 10 provinces used by a stratified random sampling technique, and 3) Experimental study used by starting from conducting a meta-analysis to synthesize research and implement positive psychology and HL program in NCDs risk groups in urban communities where people have low HL levels. 200 people participated in the program and were equally divided into an experimental group and a control group. Data were collected by 5- scale Likert questionnaires with reliability of 0.79-0.93, using to test hypothesis by analyzing via CFA, SEM, ANOVA.

Research results of *phase 1* found that all participants were interested in health and shared concerns about national issues relating to pollution and the safety of food being commercially produced. They had not always followed healthy lifestyles but had made changes as they wanted to be good role models for their children and had healthy children. Religion also appears to play an important role in their lives and their religious teaching brings with it a directive to be healthy and also daily practices and a philosophy of life that promotes good health and caring for others. *Phase 2*: 1) levels of overall HL of spouses were moderate (58.5%), very good (26%) and low (15.5%) respectively, 2) comparison of the mean of HL and FWE between urban and rural communities which had no difference ( $p < .05$ ), 3) all factors could predict health behavior, and family well-being of variance 70% and 50%, and 4) invariance analysis of causal models were found that no difference between spouses in men and women. In addition, mean comparison of latent variables showed that the positive attitudes toward health in women was lower than men. Also, HL and positive attitudes toward health of spouses in urban were lower in rural communities. In *phase 3*: The results of the systematic review and the meta-analysis led to the positive psychology development. The most of articles met mindfulness, self-efficacy and self-regulation intervention directly influenced on reduced blood pressure, and the effects of positive psychology and HL program through transformative learning and behavioral modification found that 1) the experimental group had better health literacy, health behavior and family well-being than the control group and the experimental group's blood sugar level is the only health outcome that was different from the control group at a significance level of .05, and 2) In addition, there was no interaction between social support and different types of interventions towards most of the variables. Conclusion; Positive psychology and HL programs could improve HL, positive psychology, health behavior and well-being of Thai families at risk of NCDs in communities including high and low social support groups.



## บทที่ 1 บทนำ

### ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ทุนทางวัฒนธรรมปัญญาสังคม (Social cognitive and cultural capital) ที่พิจารณาถึงคุณค่าและประโยชน์ส่วนรวมของสังคมและทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology capital) ที่จะเป็นภูมิคุ้มกันให้บุคคลพบกับความสุขที่ยั่งยืน (Sustainable happiness) โดยเฉพาะการสะสมต้นทุนทางสุขภาพที่ดีด้วยกระบวนการเรียนรู้และรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในมิติของการสร้างคนดี คนฉลาดและคนมีความสุขอย่างมีสุขภาวะที่คืนตนเอง จึงเห็นได้ว่า นโยบายและการจัดการด้านสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน เน้นการส่งเสริมป้องกันโรคด้วยการพัฒนาให้ประชาชนมีสมรรถนะในการสร้างสุขภาวะที่ดีเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรัง (Non-Communicating Diseases-NCDs) เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น องค์การอนามัยโลก (WHO, 2012) พบว่า 1 ใน 10 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และ 1 ใน 3 มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย นอกจากนี้พบว่าประมาณร้อยละ 63 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งนี้ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558) และคณะกรรมการแห่งชาติเกี่ยวกับการป้องกันการวินิจฉัยการประเมินและการรักษาโรคความดันโลหิตสูงสหรัฐอเมริกาฉบับที่ 8 (James et al., 2014: 507-520) พบว่า อัตราการรับรู้ว่าเป็นโรค อัตราการเข้าถึงบริการ อัตราการควบคุมโรคนั้นอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงไม่มีการแสดงอาการอย่างเด่นชัดในระยะแรก จึงทำให้ผู้ป่วยละเลยและไม่ใส่ใจติดตามดูแลตนเอง มีการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม สำหรับประเทศไทย ข้อมูลในปี 2552 จากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยโรคไตมีสาเหตุจาก โรคเบาหวานสูงสุด (34%) รองลงมาโรคความดันโลหิตสูง (26%) และ หลอดเลือดฝอยไตอักเสบ (14%) ตามลำดับ และพบว่า มีอัตราการป่วยรายใหม่ของคนไทยเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ในรอบ 10 ปีช่วง พ.ศ. 2543-2552 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 3.8 เท่า และป่วยด้วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น 4.02 เท่า (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2553) ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คณะวิจัยจึงสนใจที่จะป้องกันปัญหาสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการพัฒนาทางปัญญาด้วยแนวคิดของการเปลี่ยนความคิดหรือจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology -PP) และการปรับพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ WHO เห็นว่าสาเหตุปัจจัยเริ่มต้นของปัญหาด้านสุขภาพแท้จริงที่ยังไปไม่ถึงผลลัพธ์ของการมีสุขภาวะที่ดี (Well-being) ได้เป็นเพราะประชาชนขาดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy – HL) (WHO, 2009) สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554 – 2563 ที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและป้องกันปัญหาในกลุ่มโรค NCDs

ดังนั้น นักวิชาการสุขภาพทั่วโลก จึงให้ความสำคัญกับ HL ที่มีการศึกษาทั้งในลักษณะหาความสัมพันธ์ของสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อ HL และผลลัพธ์ทางสุขภาพ การจัดโปรแกรมการพัฒนา HL และโดยเฉพาะในการสร้างเครื่องมือประเมิน HL ทั้งฉบับยาวและสั้น ทั้งในกลุ่มประชาชนโดยรวมและเฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มวัยเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยโรคต่าง ๆ เป็นต้น สำหรับประเทศไทยได้มีการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับ HL นำโดย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ซึ่งทำการศึกษาวิจัยโดย อังคินันท์ อินทรกำแหง (2556) ได้เริ่มสร้างเครื่องมือวัด HL สำหรับคนไทย เริ่มจากการสังเคราะห์ดัชนีวัดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. และ 2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุกดิบหรือ สุรา) จากงานวิจัยที่เผยแพร่ในฐาน PubMed และ Science Direct ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 – 2013 ที่เผยแพร่บทความวิจัยฉบับเต็มรวม 29 เรื่อง ทำให้ได้กลุ่มปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ 3 กลุ่มหลักได้แก่ ระดับบุคคล ระดับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และระดับสังคมชุมชน และแบบวัด HL ของประเทศไทยตั้งแต่ ปี พ.ศ.2556 – 2559 พัฒนาขึ้นตาม

องค์ประกอบ HL ตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) ซึ่งกำหนดไว้ 3 ระดับ และจากการพัฒนาแบบวัดตามองค์ประกอบที่ผ่านของ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ไว้ได้เป็น 3 ระดับ 6 ด้านได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน (Functional Literacy level) มี ด้านการเข้าถึงข้อมูล (Access) และด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Literacy level) มีด้านทักษะการสื่อสาร (Communication skill) และ ด้านการจัดการตนเอง (Self-management) 3) ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Literacy level) มีด้านการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และด้านทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) (Manganello, 2008; Nutbeam, 2009; Edwards et al, 2012; นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร และเตชา เกตุฉ่ำ, 2554) ซึ่งแนวคิดนี้ สามารถเป็นกรอบในการพัฒนาเครื่องมือวัดทั้งในการดูแลรักษาทางคลินิก (Clinical care) หรือในกลุ่มผู้ป่วย และการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน (Public health) หรือประชาชนกลุ่มเสี่ยงและทั่วไป และผลสำรวจทุกจังหวัดประเทศไทยในปี 2557 ของคนไทยวัยทำงานที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงรวมจำนวน 30,793 คน สำรวจโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีพอ คิดเป็นร้อยละ 39.0 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ได้และดีมากเท่ากับ 59.4 และ 1.6 ตามลำดับ และมีพฤติกรรมผลลัพธ์ทางสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่ดีพอคิดเป็นร้อยละ 53.5 ส่วนในปี 2559 สำรวจจำนวน 15,278 คนทั่วประเทศพบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดีร้อยละ 49.0 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ได้ร้อยละ 45.50 และระดับดีมากร้อยละ 5.5 ตามลำดับ และมีพฤติกรรมผลลัพธ์ทางสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่ดีพอคิดเป็นร้อยละ 63.0 (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2557, 2559) จะเห็นได้ว่าระดับ HL ของคนไทยวัยทำงานจึงน่าเป็นห่วง และข้อมูลผลสำรวจ HL ของคนไทยวัยทำงานในปี 2559 นี้ เมื่อพิจารณาจำแนกตามลักษณะชีวิตสังคมยังพบว่า กลุ่มเพศชาย ระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา และไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน จะมีระดับ HL โดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี จำนวนมากกว่าในกลุ่มเพศหญิง การศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาและที่ประกอบอาชีพ ส่วนการพิจารณาระดับเขตสุขภาพ 12 เขตพบว่า มีคะแนนรวมเฉลี่ยของระดับ HL ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 1- 12 เท่ากับ 66.97, 68.26, 67.16, 68.10, 68.11, 64.07, 82.90, 76.48, 69.95, 72.56, และ 68.15 ตามลำดับเขต จะเห็นได้ว่าประชาชนในเขตที่ 6 มีคะแนน HL ต่ำสุดเท่ากับ 64.07 ซึ่งซึ่งเป็นจังหวัดเขตภาคตะวันออก และเขต 4-5 เป็นพื้นที่จังหวัดที่มีที่ตั้งใกล้กรุงเทพมหานครและเป็นเมืองอุตสาหกรรมซึ่งนับว่าเป็นชุมชนเมืองเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งใช้เป็นกลุ่มกรณีศึกษาในครั้งนี้ เพื่อนำไปสู่การวิจัยและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในชุมชน

การพัฒนาแบบที่การจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและการปรับพฤติกรรมที่มีต่อสุขภาวะที่ดีของคู่สมรสกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนในครั้งนี้ คณะวิจัยได้เลือกใช้แนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของ เมซิโรว์ (Mezirow, 2003) เป็นกรอบในการกำหนดขั้นตอนและวิธีการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองไปสู่การเปลี่ยนวิถีคิด และพฤติกรรมใหม่ เป็นการเรียนรู้ที่บุคคลรับรู้ปัญหาของตน ผ่านการคิดวิเคราะห์ และประเมินค่า และการสื่อสารประสบการณ์เพื่อหาข้อสรุป ที่ทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจ (Making sense) และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง กรอบความคิดความเชื่อเดิมที่บิดเบือน (Hein, 2004) การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงภายในตนจึงเกิดจากวิธีการเรียนรู้ 4 ประการ คือ 1) สถานการณ์หรือโจทย์ที่ทำให้บุคคลต้องเลือก (Dilemma) 2) การสะท้อนความคิดในตนอย่างมีวิจารณ์ญาณ (Critical self-reflection) 3) การสะท้อนวาทกรรม (Reflexive discourse) 4) การพัฒนากรอบความคิดเดิม โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ 3 ขั้นตอนคือ *ขั้นตอนที่ 1* การตระหนักถึงปัญหาและความต้องการของบุคคลที่เกิดจากความไม่แน่ใจ ลังเลใจในการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมหรือความแปลกแยกของบุคคล (Disorienting dilemma) และนำไปสู่การตีความ ประสบการณ์เพื่อทบทวนกรอบความคิดและความเชื่อ (Frame of reference) ที่บุคคลยึดถือในบริบทหรือสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ *ขั้นตอนที่ 2* การสำรวจและวางแผนเส้นทางของการกระทำที่ยืนยันขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงการค้นพบทบทวนความสัมพันธ์ และการกระทำใหม่ และ *ขั้นตอนที่ 3* การยอมรับแผนการกระทำและสร้างแผนใหม่ (Mezirow,

1997) โดยกระบวนการเรียนรู้ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเองอย่างลึกซึ้ง ผ่านประสบการณ์ตรงที่สร้างสำนึกใหม่และเปลี่ยนแปลงโลกทัศน์ก่อให้เกิดความเข้าใจในตนเอง เข้าใจสิ่งแวดล้อมและความสัมพันธ์ทางสังคม มีความตื่นรู้มีสมดุลของชีวิต มีทักษะในการค้นคว้า วิเคราะห์ สังเคราะห์สะท้อนย้อนคิด (Reflection) ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถจัดการตนเองที่เกิดจาก ความคิด ความเชื่อ การรับรู้เดิมๆ ที่ยากจะเปลี่ยนแปลง ร่วมกับแนวคิดการปรับพฤติกรรม (Behavioral modification) ตามหลักพฤติกรรมปัญญานิยม (Cognitive behavior) ตามหลักการพื้นฐาน 3 ประเด็น ดังนี้ 1)กระบวนการทางปัญญามีผลต่อพฤติกรรม 2) กระบวนการทางปัญญาสามารถปรับเปลี่ยนได้ 3)การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกระทำได้โดยเริ่มจากการเปลี่ยนกระบวนการทางปัญญา (Dobson, 1988; Bandura, 1986 ) และเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมี HL ตามแนวคิดของนัทบีม ใน 6 ทักษะคือ ความรู้ความเข้าใจสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการ การสื่อสารกับผู้ให้บริการทางสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเอง (Nutbeam, 2008) ดังผลการศึกษาที่สนับสนุนแนวคิดของนัทบีมว่า บุคคลที่มี HL เพียงพอจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีกว่าบุคคลที่มี HL ที่ไม่เพียงพอ (Baker et al., 2002; Institute of Medicine Committee, 2004; Schillinger et al., 2002) และ ผล การ คี ก ข า ความสัมพันธ์ระหว่าง HL และผลลัพธ์ทางสุขภาพได้แก่ การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โดยควบคุมตัวแปรชีวสังคม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม จำนวนปีที่เป็นโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลสะสม HbA1C พบว่า ผู้ป่วยที่มี HL ที่เพียงพอ จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มี HL ไม่เพียงพอถึง 2.03 เท่า นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยที่มี HL ไม่เพียงพอจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตถึง 2.33 เท่า และมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ถึง 2.71 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มี HL ที่เพียงพอ (Schillinger et al., 2002) และผลศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของ ชัน และคณะ (Sun et al., 2013) พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ป่วย และความรู้เกี่ยวกับโรค มีอิทธิพลทางตรงต่อ HL ( $\beta = 0.346$  และ  $\beta = 0.245$  ตามลำดับ) โดย HL มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ ( $\beta = 0.101$ ) และจากที่ประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 9 ในวันที่ 21-24 พฤศจิกายน 2559 ที่เมืองเชียงใหม่ ประเทศจีน ได้ประกาศให้ชาติสมาชิกทั่วโลกเน้นให้ประชาชนควบคุมสุขภาพได้ด้วยตนเองอย่างมีสุขภาวะที่ดี (Wellbeing) และเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy-HL) เพื่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยที่ประยุกต์มาจากแนวคิดของ Berkman et al. (2011) เป็นโมเดลตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ (A Logic model for analyzing studies of health literacy) เป็นโมเดลเส้นทางอิทธิพลเชิงสาเหตุ (Causal pathway Model) ที่พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น การเกิดโรคและความรุนแรงของโรค คุณภาพชีวิต มีสาเหตุมาจากการใช้บริการสุขภาพ (Use of health care services) ความยึดมั่น (Adherence) การคงอยู่ในพฤติกรรมสุขภาพ (Intent for Health Behavior) รวมไปถึง ทักษะการกำกับตนเอง (Self-monitoring) เจตคติ (Attitudes) บรรทัดฐานทางสังคม (Social norms) การรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy) ระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy level) เป็นต้น ร่วมกับทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัว (The individual and family self-management theory, IFSMT) ของ Ryan & Sawin (2009)

จากเหตุผลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ทำให้พบความสำคัญว่า ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยให้ความสำคัญกับ HL และ HB หรือพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs เพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพบุคคล เศรษฐกิจและสังคมของประเทศ และมีงานวิจัยหลายเรื่องที่สนับสนุนว่า HL เป็นสาเหตุสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพและการมีสุขภาวะที่ดี ที่บุคคลสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองและสามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน ดังนั้น จึงมีปัญหาคำถามวิจัยที่ต้องรอคำตอบว่า จะมีเทคนิคหรือวิธีการใดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพที่จะเพิ่ม HL และ PP ของกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs ซึ่งจะเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในบุคคลที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเองอย่างลึกซึ้ง ผ่านประสบการณ์ตรงที่สร้างสำนึกใหม่และเปลี่ยนแปลงโลกทัศน์

ก่อให้เกิดความเข้าใจในตนเอง เข้าใจสิ่งแวดล้อมและความสัมพันธ์ทางสังคม มีความตื่นรู้มีสมรรถนะของชีวิต มีทักษะในการค้นคว้า วิเคราะห์ สังเคราะห์สะท้อนย้อนคิด (Reflection) ไปพร้อมกับการฝึกทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรมและการกระทำที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเอง ของกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถจัดการตนเองได้ด้วยสาเหตุที่เกิดจาก ความคิด ความเชื่อ การรับรู้เดิม พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม มาสู่การมีวิถีชีวิตใหม่ที่มีความคิดบวก มีวิถีการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดีตลอดไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อ

1. ทำความเข้าใจสถานการณ์และเงื่อนไขทางสุขภาพของครอบครัวกลุ่มเสี่ยงจากการลงพื้นที่ศึกษาสภาพจริงของชุมชน
2. พัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาพครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสที่เสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
3. เปรียบเทียบรูปแบบเชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่มีต่อสุขภาพครอบครัวของคู่สมรสที่เสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระหว่างชุมชนเมืองและชนบทและระหว่างเพศหญิงกับชาย
4. สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
5. ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพของคู่สมรสที่เสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งเพศชายและหญิงในชุมชน

### ความสำคัญของการวิจัย

1. ได้รายงานข้อมูลบริบทด้านสุขภาพของชุมชน ที่ครอบคลุมสาเหตุเงื่อนไขทั้งด้านจิตและที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนเขตเมืองและเขตชนบท ที่นำไปสู่การพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ
2. ได้รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาพครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสที่เสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน
3. ได้แนวทางการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยในต่างประเทศ และโปรแกรมที่ผ่านการทดลองใช้จริงในชุมชนเมืองของไทย
4. ได้รับการยอมรับจากประชาชนในพื้นที่เมืองและประชาชนมีเจตคติเชิงบวกต่อการพัฒนา และการดูแลสุขภาพด้วยตนเองอันนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่ยั่งยืนต่อไป

### ขอบเขตในการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสานวิธีแบบสำรวจตามลำดับ ตามแนวคิดของ เครสวิลล์ และพลาโน คลาก (Creswell & Plano Clark, 2011) โดยมี **ขอบเขตการดำเนินการศึกษา** ที่ผู้วิจัยได้แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ **ระยะที่ 1 เพื่อตอบโจทย์วัตถุประสงค์ข้อที่ 1** คือเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์และเงื่อนไขทางสุขภาพของครอบครัวกลุ่มเสี่ยงจากการลงพื้นที่ศึกษาสภาพจริงของชุมชนเมืองและชุมชนชนบทที่มีพื้นที่ติดแนวชายแดน เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับคู่สมรส ทั้งเพศชายและหญิงที่มีสุขภาพดีรักสุขภาพ รวมจำนวน 6 คู่หรือ 12 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตสุขภาพที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำสุด ตามรายงานผลการสำรวจของ กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุขใน ปี พ.ศ. 2559 พบว่า 12 เขตสุขภาพมีระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดได้แก่ เขต 6 เขต 12 และเขต 4 เท่ากับ 64.07, 64.81 และ 68.10 ในขณะที่เขต 7 มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 82.90 ดังนั้นในการศึกษา ระยะที่ 1 นี้จึงเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจงคือ ชุมชนในเขตสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย จังหวัดฉะเชิงเทรา

สระแก้ว ปราจีนบุรี สมุทรปราการ จันทบุรี ชลบุรี ตราด และ ระยอง ชุมชนในเขตสุขภาพที่ 12 ประกอบด้วย จังหวัดพัทลุง ตรัง นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา และสตูล และชุมชนในเขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง และนครนายก พร้อมเลือก จังหวัดที่มีระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำได้แก่ จังหวัดฉะเชิงเทราในเขตสุขภาพ 6 และ จังหวัดสิงห์บุรี ในเขตสุขภาพ 4 ซึ่งเป็นตัวแทนชุมชนเมือง และจังหวัดยะลาในเขตสุขภาพ 12 ซึ่งเป็นตัวแทน ชุมชนเขตชนบทที่มีพื้นที่ติดแนวชายแดนประเทศมาเลเซียรวม 3 จังหวัดๆ ละ 2 คู่ ใช้เป็นพื้นที่กรณีศึกษา ใน งานวิจัยระยะที่ 1 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่ คู่สมรสทั้งเพศชาย และหญิงที่มีสุขภาพดีในชุมชน เป็นผู้มีอายุระหว่าง 40 -59 ปี และมีบุตรอย่างน้อย 1 คน มีภูมิลำเนาและ อาศัยอยู่ในชุมชนเดิมมากกว่า 10 ปี ไม่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคือโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ และ ยินยอมในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ

**สำหรับงานวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ เพื่อตอบโจทย์ วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 และ 3 เพื่อพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและค้นหาขนาดและทิศทางอิทธิพลทางจิตวิทยา และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนเมือง และเปรียบเทียบรูปแบบเชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้าน สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวของคู่สมรสที่เสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างคู่สมรส เพศหญิงกับเพศชาย และระหว่างชุมชนเมืองและชุมชนชนบท รวมจำนวน 2,000 คน จากประชากรใน 10 จังหวัด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิให้ครอบคลุมคู่สมรสเพศหญิงและเพศชายเท่า ๆ กัน และชุมชนเมืองและชุมชนในจังหวัดติดแนวชายแดน โดยมีการกำหนดขนาดตัวอย่าง ตามหลักการตรวจสอบ รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุฯ ตามสมมติฐาน ตามแนวคิดของซาริสและสตรอนคอร์สท (Saris & Stronkhorst, 1984: 213-214 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 54) ที่กำหนดไว้ว่าข้อมูลในการวิเคราะห์ รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุฯ นั้น ตัวแปรที่ศึกษาควรมีการแจกแจงปกติพหุนามทุกตัว สามารถใช้กลุ่ม ตัวอย่างขนาดเท่ากับหรือมากกว่า 100 และ บอนล์เลน (Bonllen, 1989: 268 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 54) เสนอแนะว่า เรื่องของขนาดกลุ่มตัวอย่างควรพิจารณาควบคู่ไปกับจำนวนตัวแปรที่ศึกษา ถ้ามี จำนวนมาก ควรจะต้องมีขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้นด้วย ส่วนแฮร์ แอนเดอร์สันและธัทธัม (Hair, Anderson, & Tatham, 2005) ได้เสนอแนะว่า ขนาดตัวอย่างควรอยู่ระหว่าง 100 -200 คน ในการศึกษาครั้ง นี้รวบรวมจาก 10 จังหวัดๆ ละ 200 คน รวมเป็น 2,000 คน จึงจะอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ในการวิเคราะห์เพื่อการ ตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัว โดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชน**

**งานวิจัยระยะที่ 3 เป็นการพัฒนาโปรแกรมและศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิง บวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพของคู่สมรสเพศชายและหญิงในชุมชน เพื่อตอบโจทย์วัตถุประสงค์ข้อ 4 และ 5 โดยเริ่มจากการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์อภิमान เป็นงานวิจัยในต่างประเทศ ที่ศึกษาผล ของโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อมาสู่การออกแบบ โปรแกรมฯ ตามด้วยการทดลองใช้โปรแกรมฯ และศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวก และความรอบรู้ด้านสุขภาพกับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในชุมชนเมืองในเขตสุขภาพที่ 6 ที่มี ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ รวมจำนวน 200 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 100 คนและกลุ่มควบคุม 100 คน**  
**ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย**

**1. ตัวแปรแฝงภายนอก 4 ตัว ได้แก่**

- 1.1 บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม วัดจากตัวแปรสังเกต 1 ตัวได้แก่ บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม
- 1.2 การสนับสนุนทางสังคม วัดจากตัวแปรสังเกต 1 ตัวได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม

1.3 ทูทางจิตวิทยา วัดจากตัวแปรสังเกต 4 ตัวได้แก่ 1) ความหวัง 2) มองโลกในแง่ดี 3) การรับรู้ความสามารถของตน 4) ความหยิ่งตัว

1.4 เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ วัดจากตัวแปรสังเกต 1 ตัว ได้แก่ เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ

2. ตัวแปรแฝงภายใน 3 ตัว ได้แก่ เป็นตัวแปรคั่นกลาง 2 ตัว และตัวแปรผล 1 ตัว

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ วัดจากตัวแปรสังเกต 3 ตัวได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 4) การติดต่อสื่อสาร และ 5) การจัดการสุขภาพตนเอง

2.2 พฤติกรรมสุขภาพ วัดจากตัวแปรสังเกต 2 ตัวได้แก่ 1) การดูแลสุขภาพตนเอง และ 2) การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพในชุมชน

2.3 ตัวแปรผล ได้แก่ ภาวะสุขภาพครอบครัว วัดจากตัวแปรสังเกต 3 ตัวได้แก่ 1) ภาวะทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัว 2) ความยึดมั่นคุณธรรมของบิดามารดา และ 3) สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

3. ตัวแปรจัดประเภท ได้แก่ 1) เพศของผู้สมรส แบ่งเป็น เพศหญิง และเพศชาย และ 2) ลักษณะชุมชน ที่ผู้สมรสอาศัยอยู่ แบ่งเป็น ชุมชนเมืองและชุมชนชนบท

### นิยามศัพท์เฉพาะ

**อิทธิพลเชิงสาเหตุ หมายถึง** รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทูทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาพครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สมรสในชุมชนเมือง ซึ่งได้พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยกรอบการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น (Linear Structural Relationship Equation Model- LISREL) ซึ่งเป็นเทคนิควิเคราะห์ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งความสัมพันธ์ทางการวัดตัวแปร (Measurement relationship) และความสัมพันธ์ทางโครงสร้าง (Structural relationship) ของตัวแปร ใช้การประมาณค่าทางสถิติที่เหมาะสมกับธรรมชาติของข้อมูล (ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์, 2543) รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุฯ นี้ มีประโยชน์ในการนำมาใช้แก้ปัญหาการวิจัยทางสังคมและพฤติกรรมศาสตร์

## บทที่ 2

### การทบทวนวรรณกรรม

#### สถานการณ์ภาวะสุขภาพของคนไทย

องค์การอนามัยโลกระบุว่าปัญหาสุขภาพที่รุนแรงซึ่งเกิดจากพฤติกรรม 3 อันดับแรก คือ 1) พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศนำไปสู่การติดเชื้อเอชไอวี 2) การสูบบุหรี่ที่นำไปสู่โรคเรื้อรัง และ 3) ปัญหาโรคเรื้อรังที่เกิดจากวิถีชีวิตที่สำคัญ 5 โรค ได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ, 2555) โดยเฉพาะโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและเป็นสาเหตุไปสู่การตายก่อนด้วยโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตได้หากไม่สามารถควบคุมได้ด้วยพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วยตนเองได้

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า ทั่วโลกมีผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงเกือบถึงพันล้านคน สองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยพบว่าคนวัยผู้ใหญ่ของเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงประเทศไทยมีประชากร 1 ใน 3 คน จะมีภาวะความดันโลหิตสูง แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.5 ล้านคน ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทย จากข้อมูลสถิติสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า สถานการณ์ป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาค เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูล 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2543-พ.ศ.2553) พบว่า อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน จะมีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จาก 259 เป็น 1,349 ซึ่งถือว่ามียอัตรการเพิ่มที่สูงขึ้นกว่า 5 เท่า (5.21 เท่า) สำหรับโรคความดันโลหิตสูงเกิดจากภาวะที่แรงดันหลอดเลือดแดงมีค่าสูงตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป ซึ่งผู้คนจำนวนมากอยู่กับความดันโลหิตสูงโดยที่ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะนี้ เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่ค่อยปรากฏอาการที่ชัดเจนในช่วงแรก แต่เมื่อปล่อยนานไปแรงดันในหลอดเลือดที่สูง จะไปทำลายผนังหลอดเลือดและอวัยวะที่สำคัญทั่วร่างกาย สาเหตุเกิดจากพฤติกรรมและการใช้ชีวิต โดยเฉพาะการบริโภคอาหารรสเค็ม (โซเดียม) รับประทานผักและผลไม้รสไม่หวาน ไม่เพียงพอ ความอ้วน ขาดการออกกำลังกาย นั่งๆ นอนๆ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาก สูบบุหรี่ และมีภาวะเครียด รวมถึงอายุที่เพิ่มขึ้น อาจส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้ และเป็นสาเหตุให้เกิดหัวใจล้มเหลว หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ และมีแนวโน้มเพิ่มการเป็นโรคไตวายระยะสุดท้ายได้

สถานการณ์โรคเบาหวานที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก รวมทั้งประเทศไทย สถานการณ์เบาหวานปัจจุบันมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation :IDF) ได้รายงานสถานการณ์ผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกแล้ว 285 ล้านคนและได้ประมาณการว่าจะมีจำนวนผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกเพิ่มมากกว่า 435 ล้านคน ในปี พ.ศ.2573 หากไม่มีการดำเนินการในการป้องกันและควบคุมที่มีประสิทธิภาพ ประเทศไทยจัดว่ามีความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 20 ปี สูงเป็นประเทศอันดับที่ 6 จาก 10 ประเทศในเอเชีย และข้อมูลจากสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พบมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานใน ปี พ.ศ. 2552 ประมาณ 7,019 คน หรือ ประมาณวันละ 19 คน และในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2542 – 2552 ) พบคนไทยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น 4.02 เท่าเฉพาะ ปี พ.ศ. 2552 มีผู้ที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคเบาหวาน 558,156 ครั้ง หรือประมาณวันละ 1,529 ครั้ง หรือคิดเป็นผู้ที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคเบาหวานชั่วโมงละ 64 ครั้ง และจากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540 เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ 3 ปี พ.ศ.2546 –2547 พบความชุกเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 4.4 เป็นร้อยละ 6.9 สำหรับครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบอัตราความชุกโรคเบาหวานเท่าเดิม คือ ร้อยละ 6.9 โดยคาดว่าคนไทยวัย 15 ปีขึ้นไป

ประมาณ 3.46 ล้านคนกำลังเผชิญกับโรคเบาหวาน เมื่อแยกการกระจายความชุกเป็นรายภาคตามลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ กรุงเทพฯ ภาคกลาง ตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือและภาคใต้ คิดเป็นร้อยละ 9.2, 7.6, 7.0, 5.7 และ 5.0 ตามลำดับ และโรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุทำให้เกิดการป่วยและตายก่อนวัยอันสมควร จากภาวะแทรกซ้อนต่อตา ไต ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับสถิติสาธารณสุขที่พบว่า มีสัดส่วนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษา แต่ควบคุมโรคไม่ได้พบถึงร้อยละ 28 ส่งผลให้มีอัตราตายในปี พ.ศ. 2552 เท่ากับ 66.4 ต่อแสนประชากร (สถิติสาธารณสุข, 2552) แต่ทั้งนี้การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของคนไทย ครั้งที่ 4 พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ที่เป็นเบาหวานไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานมาก่อน ส่วนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นเบาหวาน ร้อยละ 3.3 ไม่ได้รับการรักษา และผู้ที่ได้รับการรักษา มีเพียง ร้อยละ 28.5 ที่คุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ น้อยกว่า 126 มิลลิกรัม ต่อเดซิลิตรได้ ซึ่งองค์การอนามัยโลกประกาศไว้ว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 80 สามารถป้องกันได้ (วิชัย เอกพลากร, 2553) นอกจากนี้ ข้อมูลจากรายงานการสำรวจสถานะสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายพบว่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 2.3 ใน พ.ศ.2534 เป็นร้อยละ 6.9 ใน พ.ศ. 2552 โดยเฉพาะใน พ.ศ. 2552 ที่พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานอายุ 15 ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ 6.9 (ซึ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 7.7 และเพศชายร้อยละ 6.0) และภาวะก่อนเบาหวาน (Pre-diabetes) ร้อยละ 10.7 (เป็นเพศหญิงร้อยละ 9.5 และเพศชายร้อยละ 11.8) เป็นที่น่าสังเกตว่าสัดส่วนของผู้ชายที่อยู่ในภาวะก่อนเบาหวานสูงกว่าผู้หญิง และผู้ชายมีอัตราเพิ่มของภาวะอ้วนและอ้วนลงพุงสูงขึ้น และพบว่า ใน พ.ศ. 2554 พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เกิดขึ้นจำนวน 501,299 คนและระหว่าง พ.ศ. 2554-2563 เพิ่มขึ้นอยู่ในช่วง 501,299 - 553,941 คน/ปี ทั้งนี้จะมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มเป็น 2 เท่าภายใน 6 ปี และใน พ.ศ. 2563 จะมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่สูงถึง 8,200,000 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554)

### ความหมายและองค์ประกอบของสุขภาวะ

สุขภาวะมีความหมายครอบคลุมถึง พฤติกรรมของบุคคลในการใช้ความสามารถด้านการรู้หนังสือและทักษะทางสังคม เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาวะที่ดีตลอดชีวิต” คำว่า “สุขภาวะ” ได้มีการนำมาใช้ในด้านสุขภาพและการบริหารงานซึ่งมีการให้ความหมายต่างๆ ทั้งนี้ Amara et al. (2000) ได้กล่าวว่า สุขภาวะหมายถึง ความสมดุลเหมาะสมของทั้งหมด หรือการมีสุขภาพที่ดี ผู้ที่สุขภาพไม่ดีหรือเจ็บป่วยก็จะมี การเยียวยารักษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการกลับมาดีมีสุขภาพอีกครั้ง วิพุธ พูลเจริญ (2544) กล่าวว่า สุขภาวะเป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาว โดยพิจารณาจากปัจจัยทางร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ มีสุขภาวะมิได้จำกัดอยู่เพียงการไม่เจ็บป่วยหรือพิการเท่านั้น ซึ่ง ปารีชาติ เทพอารักษ์ และ อมรรวรรณ ทิวถนอม (2550) ได้นิยาม สุขภาวะหมายถึง ภาวะที่บุคคลปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ มีร่างกายที่แข็งแรง มีอายุยืนยาว มีจิตใจที่ดีมีความเมตตา ยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรม ดำเนินชีวิตอย่างมีสติสัมปชัญญะ และใฝ่รู้ สามารถ "คิดเป็น ทำเป็น" มีเหตุผล อยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข

นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1986) ได้ให้ความหมาย สุขภาวะที่ดี ว่าหมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มิได้เฉพาะเพียงแต่ความปราศจากโรคหรือความพิการทุพพลภาพเท่านั้น ส่วน Walker; Sechrist & Pender (1987) ให้ความหมาย สุขภาวะที่ดี ว่าหมายถึง การปฏิบัติเฉพาะบุคคลที่ส่งเสริมสุขภาพจนเกิดเป็นสุขนิสัยโดยได้รับอิทธิพลมาจากครอบครัว สิ่งแวดล้อม และชุมชนที่อาศัยอยู่ ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) โภชนาการ (Nutrition) 2) การมีกิจกรรมทางกาย (Physical activity) 3) การจัดการความเครียด (Stress management) 4) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) 5) การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relationships with others) และ 6) การบรรลุศักยภาพแห่งตน (Self-actualization) สำหรับความหมายของการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีนั้น ซึ่ง Hacıhasanoglu & Gozum (2011) ได้ให้ความหมายว่าหมายถึง การแสดงออกและการปฏิบัติใน 6 ด้าน



ได้แก่ 1) โภชนาการ (Nutrition) 2) การออกกำลังกาย (Exercise) 3) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) 4) การจัดการความเครียด (Stress management) 5) การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน (Interpersonal support) และ 6) การตระหนักรู้ในตน (Self-realization) Foroushani et al. (2014) ให้ความหมายว่าหมายถึง การปฏิบัติตนใน 6 ด้าน ได้แก่ 1) การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutrition practices) 2) การออกกำลังกาย (Exercise) 3) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) 4) การจัดการความเครียด (Stress management) 5) การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน (Interpersonal support) และ 6) การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual growth) และ Rattanapun et al. (2009) ให้ความหมายว่าหมายถึง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี พึ่งพาตนเองได้ มีความพอดีในการดำเนินชีวิตอันประกอบด้วย 1) การหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยและความพิการ (Avoiding disease and disability) 2) การมีสมรรถนะที่ดีทั้งทางด้านจิตใจและด้านร่างกาย (Maintaining high cognitive and physical function) และ 3) การปฏิบัติกิจกรรมที่มีคุณค่า (Active engagement with life) สำหรับ กระทรวงสาธารณสุข (2549) ได้เสนอว่า การดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงใน 6 ด้านที่เรียกว่า 6 อ. ได้แก่ 1) อาหาร (Diet) 2) อารมณ์ (Emotion) 3) ออกกำลังกาย (Exercise) 4) อโรครยา (Disease Reduction) 5) อนามัยสิ่งแวดล้อม (Environment Health) และ 6) อบายมุข (Temptation)

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ

แนวทางการพัฒนาสุขภาวะของคนไทยตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 – 9 ได้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์การพัฒนา โดยกำหนดให้ “คน” เป็นศูนย์กลางของการพัฒนา พร้อมทั้งนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมาเป็นแนวทางในการพัฒนาประเทศ สำหรับการพัฒนามิติอื่น เป็นเพียงเครื่องมือในการพัฒนาคน แนวทางการพัฒนาประเทศได้ปรับเปลี่ยนทิศทางการพัฒนาศักยภาพของคนในทุกมิติ เพื่อให้คนมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสุข โดยในด้านสาธารณสุข มุ่งสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจสังคม และจิตวิญญาณ ควบคู่กับการมีหลักประกันสุขภาพที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างและจัดการระบบสุขภาพ และให้มีการเรียนรู้และใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาไทยและสากลในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้ประชาชนร้อยละ 97.75 มีหลักประกันสุขภาพ ตลอดจนอายุขัยเฉลี่ยของประชาชนสูงขึ้น และจากการรายงานการติดตามผล 3 ปีแรกของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2553) พบว่าดัชนีสุขภาวะเพิ่มขึ้นจากระดับร้อยละ 71.41 ในปี 2549 เป็น 72.52 ในปี 2552 เป็นผลจากการดำเนินนโยบายของรัฐในการพัฒนาคุณภาพคนทั้งทางสุขภาพอนามัย และการศึกษาต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลายาวนานกว่า 40 ปี ทำให้สุขภาวะคนไทยดีขึ้น อายุยืนยาวและความสามารถในการเรียนรู้สูงขึ้น ทั้งนี้ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ หรือสุขภาวะที่สมบูรณ์ทุกทางเชื่อมโยงกัน สะท้อนถึงความเป็นองค์รวมอย่างแท้จริงของสุขภาพที่เกื้อหนุนและเชื่อมโยงกันทั้ง 4 มิติ ซึ่งความหมายในแต่ละด้าน คือ 1) สุขภาวะทางกาย หมายถึง การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีเศรษฐกิจพอเพียง มีสิ่งแวดล้อมดี ไม่มีอุบัติเหตุ เป็นต้น 2) สุขภาวะทางจิต หมายถึง จิตใจที่เป็นสุข ผ่อนคลาย ไม่เครียด คล่องแคล่ว มีความเมตตา กรุณา มีสติ มีสมาธิ เป็นต้น 3) สุขภาวะทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี ในครอบครัว ในชุมชน ในที่ทำงาน ในสังคม ในโลก ซึ่งรวมถึงการมีบริการทางสังคมที่ดี และมีสันติภาพ เป็นต้น และ 4) สุขภาวะทางปัญญา (จิตวิญญาณ) หมายถึง ความสุขอันประเสริฐที่เกิดจากมีจิตใจสูง เข้าถึงความจริงทั้งหมด ลดละความเห็นแก่ตัว มุ่งเข้าถึงสิ่งสูงสุด ซึ่งหมายถึงพระนิพพาน หรือพระผู้เป็นเจ้าของความดีสูงสุด สุดแล้วแต่ความเชื่อที่แตกต่างกันของแต่ละคน (วิริยะ สว่างโชติ, 2550) จากงานวิจัยของเกศศิริ บันธูระ (2552) ได้ศึกษาวิถีชีวิตที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิถีชีวิต ระดับสุขภาวะทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคมและสุขภาพปัญญา และเปรียบเทียบวิถีชีวิตที่มีผลต่อสุขภาวะของประชาชนเขตดินแดง พร้อมทั้งแนวทางการ

เสริมสร้างสุขภาวะของประชาชนเขตดินแดง ด้วยแผนงานการจัดกิจกรรมเพื่อชุมชนดินแดง ใช้วิธีวิทยาการวิจัยแบบผสมวิธี (Mix Methodology) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การประชุมกลุ่ม (Focus Group) การสำรวจ (Survey) กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ใน 22 ชุมชน ผลการวิจัย พบว่า ระดับสุขภาวะ ประชาชนในเขตดินแดงมีสุขภาวะรวมและรายด้านระดับดี เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยสุขภาวะรวมตามประเภทชุมชนแล้วพบว่า ประชาชนในเคหะชุมชนและชุมชนจัดสรร มีสุขภาวะรวมระดับดี มากกว่าสุขภาวะรวมของประชาชนเขตดินแดง ในขณะที่ชุมชนแออัดและชุมชนเมืองมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะรวมดีน้อยกว่าสุขภาวะรวมของประชาชนดินแดง และการเปรียบเทียบวิถีชีวิตที่มีผลต่อสุขภาวะของประชาชนเขตดินแดง พบว่า ประชาชนเขตดินแดงที่มี เพศ สถานภาพสมรส และดัชนีมวลกาย ต่างกัน จะมีสุขภาวะไม่ต่างกัน ในขณะที่ผู้ที่ มีอายุ การศึกษา อาชีพ ลักษณะที่อยู่อาศัย ลักษณะครอบครัว ความเป็นคนพื้นถิ่น ลักษณะชุมชน ลักษณะ การบริโภคและการออกกำลังกาย ต่างกัน จะมีสุขภาวะต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ผลจาก การประชุมบูรณาการวิจัยเพื่อท้องถิ่น พบว่า แผนงานการจัดกิจกรรมเพื่อชุมชนดินแดง ควรจัดโครงการ บริการวิชาการแก่ชุมชน ในลักษณะบูรณาการเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะแบบองค์ทั้ง 4 ด้านและสร้างความ ร่วมมือกันเครือข่ายภาคีในชุมชนดินแดง อาทิเช่น โครงการตลาดนัดสุขภาพ โครงการสนทนาธรรมะในรั้ว มหาวิทยาลัย โครงการสืบสานงานประเพณีโดยร่วมมือกับ ศาสนสถานในชุมชน โครงการป้องกันภัยใกล้ตัว ร่วมมือกับสถานีตำรวจ เป็นต้น งานวิจัย สุชานันท์ คุณผล (2553) ศึกษาแนวทางการพัฒนาสุขภาวะทางกาย ของประชาชนในตำบลหนองกิงเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุข ภาวะ ปัญหาสุขภาวะ และแนวทางการพัฒนาสุขภาวะของประชาชนในตำบลหนองกิงเพล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ และมีแบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย ผลการศึกษา พบว่า สุขภาวะทางกายของประชาชนมีความแข็งแรงสมบูรณ์ สุขภาวะทางจิตพบว่า ประชาชนไม่มีการนั่งสมาธิ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์มากที่สุด รองลงมาคือมีการทำบุญไม่น้อยกว่า 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนสุขภาพทาง สังคม พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นคณะกรรมการชุมชนมากที่สุด รองลงมาคือมีการ ช่วยเหลือเพื่อนบ้านเมื่อมีงานหรือกิจกรรมในชุมชนและสำหรับสุขภาวะทางปัญญาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มี การพัฒนาตนเองโดยหมั่นศึกษาหาความรู้ตลอดเวลา รองลงมาคือ การเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม ปัญหาสุข ภาวะทางกาย พบว่า ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยจากการไม่ออกกำลังกาย ปัญหาสุขภาวะทางจิต พบว่า เกิดจาก ความเครียดจากสภาวะทางสังคมในปัจจุบัน รองลงมาคือความเครียดจากการประกอบอาชีพ ส่วนปัญหาสุข ภาวะทางสังคม พบว่า เกิดจากการมีการทะเลาะกันในครอบครัวและชุมชนมากที่สุด ส่วนปัญหาสุขภาวะทาง ปัญญา พบว่า การที่ทำงานด้วยความเคยชิน โดยไม่มีความรู้ในงานที่ทำมากที่สุด สำหรับแนวทางการพัฒนาสุข ภาวะทางกาย พบว่า ควรมีการนำหลักเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการดำเนินชีวิตมากที่สุด สุขภาวะทางจิต พบว่าควรมีการบำรุ้งพุทธศาสนาเป็นประจำ สุขภาวะทางสังคม พบว่าควรมีการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมอัน เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมร่วมกัน และแนวทางการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา พบว่าควรมีการพัฒนาตนเองอยู่ ตลอดเวลา

**สรุปได้ว่า สุขภาวะที่ดี** หมายถึง การที่ประชาชนทุกกลุ่มวัยต่าง ๆ มีการกระทำเพื่อให้ตนเองมี ร่างกายแข็งแรง มีจิตใจที่ดีมีความเมตตากรุณา ยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรม ดำเนินชีวิตอย่างมีสติสัมปชัญญะ และใฝ่รู้ สามารถ“คิดเป็น ทำเป็น” มีเหตุมีผล อยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุขด้วยการดูแลสุขภาพในด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ตามหลักพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ของกระทรวงสาธารณสุข

### สุขภาวะครอบครัว (Family Well-being)

ผู้ที่กล่าวถึง ในบริบทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะครอบครัวไว้ ดังเช่น ความสุขที่แท้จริงบนพื้นฐานของ ความสุข 8 ประการ ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (2551) ซึ่งได้กล่าวถึงองค์กรแห่ง ความสุข (Happy Workplace) โดยมี ความสุขในครอบครัวเป็นองค์ประกอบหนึ่งคือ Happy Family ซึ่ง

หมายถึง การมีครอบครัวที่อบอุ่นและมั่นคง การให้ความสำคัญกับครอบครัว เป็นกำลังใจซึ่งกันและกันของสมาชิกครอบครัว เพราะครอบครัวเป็นเหมือนภูมิคุ้มกัน เป็นกำลังใจ ในการที่เราจะสามารถเผชิญกับอนาคตหรืออุปสรรคในชีวิตได้ ทำให้บุคคลมุ่งมั่นในการทำให้ชีวิตดีขึ้น ฉะนั้นครอบครัวเข้มแข็ง สังคมก็ย่อมมั่นคง นอกจากนี้ มีงานวิจัยของ งามตา วนิทานนท์ (2553) ได้ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และ ปัจจัยเชิงผลของความสัมพันธ์ระหว่างบิดากับมารดา เพื่อสร้างดัชนีคุณภาพชีวิตครอบครัวไทย (Marital Quality) กับกลุ่มตัวอย่างเป็นสามี 361 คน ภรรยา 601 คน มีอายุเฉลี่ย 35.05 ปี ระยะเวลาที่อยู่ร่วมกันเฉลี่ย 10.27 ปี โดยผลการวิเคราะห์หัตถิพล พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสเรียงลำดับจากมากถึงน้อยได้แก่ จิตลักษณะด้านความใกล้ชิดผูกพัน การให้ความสำคัญกับชีวิตครอบครัวทัศนคติที่ดีต่อคู่สมรสและการรับรู้สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว ตามลำดับ และ จากการศึกษาปัจจัยเชิงผลของความสัมพันธ์ระหว่างบิดากับมารดา ในกลุ่มตัวอย่างคือ บิดาหรือมารดาและบุตรวัยรุ่นจากครอบครัวเดียวกัน จำนวน 1,089 ครอบครัว บิดามารดามีอายุเฉลี่ย 39.90 ปี ระยะเวลาที่อยู่ร่วมกันกับคู่สมรสเฉลี่ย 16.15 ปี บุตรมีอายุเฉลี่ย 13.14 ปี จากผลการวิเคราะห์หัตถิพลพบว่า การรับรู้บิดามารดาของตน มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันส่งผลทางตรงต่อการมีสุขภาพจิตดีของเยาวชน และส่งผลทางอ้อมต่อจิตลักษณะ 3 ด้านคือ การมีพัฒนาการทางจิตสังคมอย่างเหมาะสม การมีลักษณะมุ่งอนาคต และความเชื่ออำนาจภายในตนสูง และส่งผลต่อพฤติกรรม 2 ด้านคือ การคบเพื่อนอย่างเหมาะสม และมีความก้าวร้าวน้อย โดยส่งผ่านทางกลุ่มตัวแปรด้านการรับรู้การปฏิบัติต่อกันในครอบครัวของเยาวชน 6 ด้านได้แก่ การรับรู้ปริมาณการได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบรักและใช้เหตุผลมาก มีทัศนคติที่ดีต่อบิดาและมารดา และการรับรู้ว่าสามารถจัดการกับความขัดแย้งระหว่างบิดากับมารดาได้มาก และจากผลสรุปจากงานวิจัยทั้งเชิงเหตุและผลดังกล่าวพบว่า ดัชนีแกนกลางที่สำคัญ จากพ่อแม่มาสู่บุตรคือ ความสัมพันธ์ระหว่างบิดากับมารดา ซึ่งเป็นดัชนีสำคัญที่สามารถนำไปใช้ในการคาดการณ์ถึง สภาพเครียดในครอบครัวจากการรับรู้ของบุตร เพื่อให้ความช่วยเหลือในเชิงส่งเสริม ป้องกันหรือแก้ไขต่อไป ทั้งนี้ คุณภาพชีวิตสมรส (Marital quality) มีความหมายที่ครอบคลุมถึงความสามารถในการปรับตัว ความสุข และความพึงพอใจในชีวิตสมรส (Lewis & Spanier, 1979) และจากทฤษฎีคุณภาพและความมั่นคงในชีวิตสมรส (The theory of quality and stability of marriage) (งามตา วนิทานนท์ และคณะ, 2545) ได้ให้ความหมายของ คุณภาพชีวิตสมรสในลักษณะทั้งด้านคุณภาพและปริมาณของปฏิสัมพันธ์และการทำหน้าที่ของคู่สมรสหลายด้าน และงานวิจัยของ ฟาร์เฮ เคลธีย์และ โปเลค (Fahey, Keilthy and Polek, 2012) ได้ศึกษาเรื่องสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและสุขภาวะครอบครัว (Family Relationships and Family Well-Being) โดยศึกษาในครอบครัวที่มีการเลี้ยงดูตามการเติบโตของบุตรอายุ 9 ขวบในประเทศไอร์แลนด์ ใช้การสำรวจพ่อแม่ โดยการตรวจสอบ สุขภาวะครอบครัวที่มีผลต่อพัฒนาการการเติบโตของบุตรนั้นพิจารณาจาก 1) โครงสร้างในครอบครัว (Structure of families) ที่วัดจาก จำนวนสมาชิกในครอบครัว 2) สัมพันธภาพที่มีคุณภาพระหว่างพ่อกับแม่ (Relationship quality between parents) 3) สุขภาวะของพ่อและแม่ (Individual well-being of parents) 4) สัมพันธภาพที่มีคุณภาพระหว่างพ่อแม่ กับบุตร (Relationship quality between parents and children) และ 5) สุขภาวะของบุตร (Well-being of children)

จากการทบทวนความหมายและองค์ประกอบการวัดของ สุขภาวะ (Well-being) ข้างต้นที่ครอบคลุมถึงการมีสุขภาพในมิติด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณที่มีมุมมองในเชิงของความดีงามในจิตใจและการกระทำ ประกอบกับ องค์ประกอบของ สุขภาวะครอบครัวของ ฟาร์เฮ เคลธีย์และ โปเลค ที่ครอบคลุมสมาชิกที่ใช้ในการศึกษาเพื่อตรวจสอบการรับรู้ทั้งตัวพ่อแม่และบุตร แต่สำหรับ ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา สุขภาวะครอบครัวในบริบทของคู่สมรส กลุ่มเป้าหมายเป็นสามี เป็นภรรยา ที่อยู่ในครอบครัวที่มีบุตรหรือยังไม่มีบุตรก็ย่อมได้เพราะโครงสร้างครอบครัวปัจจุบันนี้ ส่วนหนึ่งมีการอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัว

ระหว่างฝ่ายหญิงกับฝ่ายชายโดยไม่มีบุตร จึงวัด สุขภาวะครอบครัวจาก 1) สุขภาวะด้านร่างกายและจิตใจของตนเองและคู่สมรส 2) ความยึดมั่นคุณธรรมของตนเองและคู่สมรส และ 3) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรส

1. สุขภาวะด้านร่างกายและจิตใจของตนเองและคู่สมรส หมายถึง การที่บุคคลมีการประเมินสุขภาพของตนเองและสุขภาพของคู่สมรส ว่ามีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยเป็นโรค ไม่พิการ ปราศจากโรคภัยคุกคาม มีสุขภาพดีตามที่แสดงออกให้เห็นทางร่างกาย รวมถึงการที่บุคคลไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงในการดำเนินชีวิต เช่น พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น และมีสุขภาวะทางจิต คือ มีสุขภาพจิตดี มีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับบุคคลรอบข้างอย่างราบรื่น สามารถทำงานได้อย่างเต็มความสามารถ ทำงานได้ตรงตามความถนัด และมีความภาคภูมิใจในตัวเองเมื่อได้ทำในสิ่งที่ดี

2. ความยึดมั่นคุณธรรมของตนเองและคู่สมรส หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้ต่อตนเองและคู่สมรสว่าเป็นผู้มีความสามารถในการแสดงออกอย่างมีความหวังมีจุดมุ่งหมายเป็นอุดมการณ์ในชีวิต มีความรู้สึกสำนึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ มีความรักในสันติภาพ มีความต้องการที่พอเพียง เคารพในทุกชีวิต มีการใช้หลักคุณธรรมในการครองตนและครองคู่ ยึดหลักธรรมในการประกอบการตัดสินใจและการแก้ปัญหา มีการปฏิบัติหรือเข้าร่วมกิจกรรมในทางศาสนาที่ตนเองยึดถืออย่างเคร่งครัด

3. สัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรส หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึกและการปฏิบัติของตนเองที่มีต่อคู่สมรส ที่แสดงออกถึงความสัมพันธ์ต่อกันทั้งทางด้านดีและไม่ดี เช่น การแสดงความเห็นใจซึ่งกันและกัน การช่วยเหลือเกื้อกูลเติมเต็มซึ่งกันและกัน การให้การสนับสนุนทั้งข้อมูลข่าวสาร สิ่งของทรัพยากรและอารมณ์ การทำกิจกรรมร่วมกัน การแก้ปัญหาร่วมกัน ร่วมดำรงรักษาความสามัคคีเป็นปีกแผ่นของครอบครัว รวมถึงความพึงพอใจในชีวิตคู่ หรือปริมาณความขัดแย้ง ห่างเหิน ไม่เข้าใจกัน

## พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior -HB)

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดความหมายของคำว่าสุขภาพ ครอบคลุม 3 มิติ สำคัญคือ ร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยกำหนดคำนิยามของสุขภาพว่า หมายถึง สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย สังคม และจิตใจประกอบกัน ไม่ใช่แต่เพียงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความพิการ และ เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง การบรรลุเป้าหมายสูงสุดของชีวิตของบุคคล โดยผ่านทางพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย การดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพและมีความสัมพันธ์ที่พึงพอใจกับผู้อื่น ในขณะที่ต้องการปรับตัว เพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงและสมดุลกับสิ่งแวดล้อม เมอร์รี่ และเซนท์เนอร์ (Murry and Zentner, 1989) ให้ความหมายสุขภาพว่า เป็นภาวะความผาสุกของบุคคลที่สามารถปรับตัวทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณและสังคมในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอกเพื่อคงเสถียรภาพและความสุขเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของบุคคลและเป้าหมายทางวัฒนธรรม จึงเป็นแนวคิดสำคัญทางด้านสุขภาพหนึ่งที่ใช้ในการอธิบายถึงพฤติกรรมของปัจเจกในการตรวจสอบ ดูแลสุขภาพของตนเองให้อยู่ในภาวะที่เหมาะสม ทั้งนี้พบว่านักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายที่แตกต่างกันออกไป เลวิน (Gantz, 1990; citing Levin, 1976) ให้มุมมองของการดูแลตนเองว่าเป็นกระบวนการในการทำหน้าที่ของบุคคลนั้นๆ เกี่ยวกับสุขภาพ และบุคคลจะได้ประโยชน์จากการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค และการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ โรมเดอร์ (Health Canada, 2004; citing Romeder et al., 1990) โดยเน้นที่เป็นการตัดสินใจและการกระทำโดยตัวบุคคลที่มีความสนใจในสุขภาพของตนเป็นวิธีแรกของบุคคลในการแก้ปัญหาสุขภาพ และการดูแลตนเองถือเป็นหนึ่งในกลยุทธ์ของการเข้าถึงภาวะสุขภาพที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง บุคคลมีแหล่งประโยชน์สำหรับการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและการแก้ไขปัญหาของตนเอง 5 แหล่งด้วยกัน คือ ตัวบุคคล สมาชิกในครอบครัว เพื่อน บุคลากรด้านสุขภาพ ข้อมูลข่าวสารต่างๆ และ สิ่งแวดล้อม และในการศึกษาคั้งนี้ วัดพฤติกรรมสุขภาพจากองค์ประกอบ 2 ด้านได้แก่ การดูแลสุขภาพด้วยตนเองและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสุขภาพในชุมชนสังคม

## ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy -HL)

การรู้หนังสือ (Literacy) คือ ความสามารถเข้าใจภาษาในระดับที่เหมาะสมกับการติดต่อสื่อสาร มาตรฐานสำหรับการรู้หนังสือ มีความหลากหลายระหว่างสังคม เช่น คนจำนวนมากอ่านตัวหนังสือไม่ได้ แต่อ่านตัวเลขได้ อาจไม่จำเป็นต้องอ่านออก เขียนได้ดี แต่รับรู้ได้จากวิธีที่หลากหลายตามแนวความคิดของการรู้หนังสือ (วิกิพีเดีย) สำหรับ การใช้คำ “Health literacy” ในภาษาไทย มีดังนี้ 1) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขใช้คำว่า “ความแตกฉานด้านสุขภาพ” 2) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ “การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ” 3) สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ “ความฉลาดทางสุขภาพ” และ 4) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ “ความฉลาดทางสุขภาพ” ที่เคยเผยแพร่ใช้กันในวงวิชาการทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ แต่ในปัจจุบันเปลี่ยนมาใช้คำว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ”

### ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

มีผู้อธิบายความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตั้งแต่ปี ค.ศ.1998 -2012 ไว้ดังนี้

WHO (1998) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าหมายถึง กระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น Baker, Williams, Parker, Gazmararian & Nurss (1999) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าหมายถึง ปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลตรงต่อความตั้งใจหรือความสามารถของบุคคลในการเกาะติดกับข้อมูลสารที่จำเป็นเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง Ratzan & Parker (2000) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าหมายถึง ระดับความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง มีวิธีการ และทำความเข้าใจในข้อมูลพื้นฐานทางสุขภาพและบริการที่จำเป็นเพื่อการตัดสินใจทางสุขภาพที่เหมาะสมของตนเอง Lee , Arozullahb, & Cho (2004) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าหมายถึง ความเชื่อมโยงกับสถานะทางสุขภาพ และการใช้ประโยชน์จากบริการสุขภาพ โดยมี 4 ปัจจัยชั้นกลางที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง 2) พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ 3) การดูแลป้องกันตนเองและการตรวจสุขภาพเป็นประจำ 4) การปฏิบัติตามการรักษา เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำก็จะส่งผลให้ขาดความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ไม่รู้จักดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค ไม่ไปตรวจร่างกาย ไม่ปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ โดยปัจจัยเหล่านี้ทำให้ล่าช้าในแสวงหาหนทางในการดูแลตนเองที่เหมาะสม สุขภาพทรุดโทรม และทำให้เพิ่มอัตราการใช้บริการฉุกเฉินและรักษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้ Kwan, Frankish & Rootman (2006) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าหมายถึง ระดับที่ประชาชนสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพได้ตรงกับความต้องการในบริบทที่แตกต่างกันด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต ส่วน Chin et al. (2011) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าเป็นประเด็นหนึ่งที่ต่างออกมาในการตีความถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งทั้ง 2 คำ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นที่สนับสนุนให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่น หากมีความรู้ด้านสุขภาพจะทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ Edwards, Wood, Davies & Edwards (2012) ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าหมายถึง การที่ได้รับการถ่ายทอด และผู้มีส่วนร่วมสร้างให้เกิดความสามารถเหล่านี้ ก็จะกลายเป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการจัดการภาวะเงื่อนไขทางสุขภาพของเขา ให้สามารถเข้าถึงและเกาะติดกับข้อมูลข่าวสารและบริการ มีการปรึกษารื้อกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและเจรจาต่อรองและเข้าถึงการรักษาได้อย่างเหมาะสม และมีการเปลี่ยนแปลงในความสามารถเหล่านี้ระหว่างสมาชิกในกลุ่มสุขภาพ บางคนมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองดี แต่บางคนมีการแสวงหาข้อมูลน้อย และมีการสื่อสารเพื่อปรึกษารื้อกันน้อย สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ได้ใช้แนวทางการให้ความหมายตาม ที่ Nutbeam (2008) ซึ่งสอดคล้องกับ WHO ที่ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าหมายถึง ทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ขึ้นาก่อให้เกิดแรงจูงใจและ

ความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง

**สรุปได้ว่า** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การกระทำอย่างต่อเนื่องที่เป็นการใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ

### องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 Basic/Functional Literacy หรือความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ได้แก่ สมรรถนะในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ จัดเป็นทักษะพื้นฐาน ด้านการอ่านและเขียนที่จำเป็นสำหรับบริบทด้านสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม (Consent Form) ฉลากยา (Medical Label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความทำความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้ง การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ เช่น การรับประทานยากำหนดการนัดหมาย เป็นต้น

ระดับ 2 Communicative/Interactive Literacy หรือความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ได้แก่ สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสาร เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็น การรู้เท่าทันทางปัญญา (Cognitive Literacy) และทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การรู้จักซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้ที่ตนเองมีให้ผู้อื่นได้ เข้าใจ เพื่อนำมาสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น

ระดับ 3 Critical Literacy หรือความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณได้แก่ สมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้คงดีอย่างต่อเนื่อง

Chin et al. (2011) ได้เสนอรูปแบบ “Process-Knowledge Model of health literacy” ที่ประกอบด้วย 3 ด้านหลักได้แก่ 1) กระบวนการพัฒนาศักยภาพ (Processing capacity) คือปัจจัยที่ส่งเสริมความสามารถ เช่น ความจำ 2) ความรู้ทั่วไป (General knowledge) คือความสามารถในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ และ 3) ความรู้เฉพาะเรื่อง (Specific health knowledge) เป็นกรอบแนวคิดที่อธิบายถึงกระบวนการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของบุคคลวัยผู้ใหญ่

นอกจากนี้ Edwards M., Wood, Davies & Edwards A. (2012) ได้เสนอรูปแบบ “The Health Literacy Pathway Model” ประกอบด้วย 1) ความรู้ทางสุขภาพ (Health knowledge) 2) ประสิทธิภาพในการสืบหาและใช้ข้อมูลสารสนเทศ (Active information seeking and use) 3) ประสิทธิภาพในการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ (Actively communicating with health professionals) 4) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skills) 5) การแสวงหาและการเจรจาต่อรองเลือกในการรักษา (Seeking and negotiating treatment options) 6) การตัดสินใจ (Decision making) มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Influences on health literacy) และ 7) ผลลัพธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy outcomes) และ Sørensen et al. (2012) ได้เสนอรูปแบบ “Integrated model of health literacy” ที่ประกอบด้วย 4 ด้านได้แก่ 1) การเข้าถึง (Access) หมายถึงความสามารถที่จะแสวงหาค้นหาและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ 2) เข้าใจ (Understand) หมายถึงความสามารถที่จะเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ 3) ประเมิน (Appraise) ความสามารถในการอธิบายการตีความ การถ่วงถ่วงและประเมินข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากการ

เข้าถึง และ 4) การประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ (Apply) ความสามารถในการสื่อสารและการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจในการรักษาและปรับปรุงสุขภาพตนเอง

### เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพ

มีนักวิชาการที่พัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพหลายคน ดังเช่น 1) Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) คือแบบวัดที่ใช้วัดความเข้าใจในการอ่าน ความเข้าใจข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับการคำนวณ (Sharif & Blank, 2009) เป็นแบบวัดที่ถูกนำมาใช้วัดความรู้ด้านสุขภาพ ในเด็กและเยาวชน รวมไปถึงผู้ใหญ่ แบบวัดนี้มีทั้งหมด 67 ข้อ เป็นการวัดความสามารถในการอ่านและความเข้าใจตัวเลข 17 ข้อ วัดความเข้าใจการอ่านที่ใช้ในการวัดความสามารถของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 50 ข้อ 2) The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้วินิจฉัยและระบุตัวผู้ป่วยที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ (Davis, Crouch, Wills & Abdehou, 1991) ใช้ประเมินทักษะการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับศัพท์ทางการแพทย์ โดยการคัดเลือกคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ การรักษา สื่อการสอนด้านสุขศึกษา ฉลากยาต่างๆ โดยคำศัพท์เหล่านั้นเป็นคำศัพท์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องทราบเพื่อใช้ในการรักษาและการปฏิบัติตัวเพื่อรักษาสุขภาพของตนเอง โดยมีตัวชี้วัด 2 ด้าน คือทักษะการอ่าน (การจดจำคำหรือเข้าใจในการอ่านและการคิดคำนวณ) และทักษะอื่นที่จำเป็น เช่นความรู้ทางวัฒนธรรมและความคิด การฟัง การคิดคำนวณ การพูด การเขียนและการอ่าน และ 3) Functional Communication and Critical Health Literacy Scales (FCCHL) แบบประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน การสื่อสารและการมีวิจารณญาณ ใช้วัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานตามแนวคิดของ Nutbeam (Ishikawa, Takeuchi & Yano, 2008) แบบวัดนี้แบ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ *ขั้นพื้นฐาน* ในขอบเขตที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการอ่านคำแนะนำหรือแผ่นพับจากโรงพยาบาลและสถานพยาบาลทั่วไป *ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์* เป็นข้อความเกี่ยวกับ การสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค *ขั้นวิพากษ์* เป็นข้อความเกี่ยวกับ การที่ผู้ป่วยวิเคราะห์และใช้ข้อมูลในการตัดสินใจเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง 4) Medical Achievement Reading Test (MART) เป็นแบบทดสอบการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ (Hanson-Drivers, 1997 cited in Mancuso JM., 2009) มีความคล้ายคลึงกับ REALM ตรงที่เป็นการประเมินการอ่านศัพท์ทางการแพทย์ แบบวัดนี้ให้ความสำคัญกับสาเหตุของการที่ไม่สามารถอ่านได้ เช่น คำที่ใช้ในทางการแพทย์หรือคำที่เกี่ยวข้องที่เห็นในใบสั่งยา/แผ่นพับ การศึกษาของผู้ป่วย ตัวอักษรที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดเล็กและการพิมพ์บนกระดาษที่มันวาว ทำให้อ่านได้ยากซึ่งเป็นผลทำให้ผู้ป่วยต้องคาดเดาคำที่ไม่สามารถอ่านได้ 5) Health Literacy Questionnaire (HLQ) เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นโดย Osborne et al. (2013) ที่ใช้วัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปทุกกลุ่มวัย ซึ่งพัฒนาขึ้นจากข้อมูลฐานรากที่ได้จากการสัมภาษณ์และการประชุมปฏิบัติการในกลุ่มต่างๆ ทั้งกลุ่มประชาชน ผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติและผู้กำหนดนโยบาย รวมทั้งข้อความที่ได้จากการที่ประชาชนขอคำปรึกษาด้านสุขภาพโดยตรงจากผู้เชี่ยวชาญ และทำการทดสอบเครื่องมือนี้จากกลุ่มประชาชนในพื้นที่ชุมชน ศูนย์ดูแลสุขภาพและโรงพยาบาลจำนวน 634 คน และตรวจสอบซ้ำกับประชาชน 405 คน ซึ่งแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพฉบับนี้ สามารถใช้ในการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทั่วไป ใช้ในการประเมินผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ และศึกษาความต้องการเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเป็นรายบุคคลได้ ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพบว่า มี 9 องค์ประกอบและจำนวนข้อคำถาม 44 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดอยู่ระหว่าง .77-.90

สำหรับเครื่องมือวัดในประเทศไทย เช่น 1) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนไทยระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.86 (นฤมล ตรีเพชรศรีอุไรและ เดชา เกตุฉ่ำ, 2554) 2) แบบวัด ABCDE – HL Scale of Thai Adults ตามหลัก 3อ.2ส. สำหรับกลุ่มผู้ใหญ่ที่เสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งฉบับยาวมี 36

ข้อมีความเชื่อมั่น Cronbach's alpha ระหว่าง 0.67 - 0.91 ส่วนฉบับสั้นมี 19 ข้อ มีความเชื่อมั่น Cronbach's alpha ระหว่าง 0.60 - 0.79 (Intarakamhang & Kwanchuen, 2016) 3) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (Health Literacy Scale for Thai Childhood Overweight) มี 35 ข้อ มีความเชื่อมั่น Cronbach's alpha ระหว่าง 0.70 - 0.82 (Intarakamhang & Intarakamhang, 2017) 4) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรสำหรับสตรีไทยวัยรุ่นอายุ 15 - 21 ปี (Health Literacy Scale for Unwanted Pregnancy Prevention of Thai Female Adolescents) มี 38 ข้อ มีความเชื่อมั่น Cronbach's alpha ระหว่าง 0.87 - 0.90 สำหรับผลการสำรวจเพื่อประเมิน HL โดยมีเกณฑ์มาตรฐานกำหนดคะแนนที่ได้ต่ำกว่า 60% คือ ไม่ดี คะแนนอยู่ในช่วง 60 - < 80% คือ พอใช้ และ 80% ขึ้นไปคือ ดีมาก ตามเกณฑ์การแบ่งระดับการเรียนรู้ของ Bloom (1968) (อังคินันท์ อินทรกำแหง และธัญชนก ชุมทอง, 2560) 5) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพตามหลักหลักสุขภาพบัญญัติแห่งชาติสำหรับเด็กและวัยรุ่นอายุ 7-14 ปี เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย กองสุขศึกษา ร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ในปีงบประมาณ 2558 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ซึ่งฉบับยาวมี 51 ข้อมีความเชื่อมั่น Cronbach's alpha ระหว่าง 0.69 - 0.77 และฉบับสั้นมี 30 ข้อ มีความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha ระหว่าง 0.55 - 0.81 6) แบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีข้อคำถามจำนวน 145 ข้อ มีความเชื่อมั่น Cronbach's alpha ระหว่าง 0.54 - 0.97 โดยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 2 ช่วงคือ ผู้มีความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพในระดับรู้แจ้งคือ ระดับคะแนน  $\geq 75\%$  และในระดับรู้จัก มีคะแนนอยู่ที่ระดับ  $< 75\%$  (ชนนวนทอง ธนสุกาญจน์ และ นริมาลย์ นีละไพจิตร, 2559) และ 7) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพคนไทยฉบับทั่วไป (General Thai health literacy scales) ซึ่งเป็นแบบวัดที่พัฒนามาจากแนวคิดของออสบอร์น (Osborne et al., 2013) เป็นแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปมี 9 องค์ประกอบ แต่ในการพัฒนาแบบวัดครั้งนี้ของ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกับ อังคินันท์ อินทรกำแหง ในปี 2560 ได้วิเคราะห์เนื้อหาความหมายและวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจทำให้ได้กลุ่มข้อคำถามจำนวน 5 องค์ประกอบ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจาก 4 กลุ่มคือ (1) กลุ่มเด็กนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาที่มีอายุ 7-14 ปี ในสังกัดสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ) สำนักงานการศึกษาท้องถิ่น และสำนักงานการศึกษาเอกชน (2) กลุ่มวัยรุ่นอายุ 15 - 24 ปีที่กำลังศึกษาในโรงเรียนมัธยมศึกษาในสังกัด สพฐ ในวิทยาลัยอาชีวศึกษา และมหาวิทยาลัย (3) กลุ่มวัยผู้ใหญ่ อายุ 25 - 59 ปี ที่ทำงานในหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และไม่ได้ทำงานนอกบ้านอาศัยอยู่ในชุมชน และ (4) กลุ่มสูงวัยอายุ 60 - 75 ปี ที่มารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลและกลุ่มที่อาศัยอยู่ในเขตและนอกเขตเทศบาล โดยได้มาจากการกำหนดโควตาจาก 4 ภูมิภาค ๆ ละ 1,000 คน และแต่ละภูมิภาคประกอบด้วย กลุ่มวัยละประมาณ 250 คน ในแต่ละภูมิภาค รวม 4,000 คน โดยมีการสุ่มหลายขั้น ขั้นที่ 1 ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) ใช้จังหวัดเป็นกลุ่ม มาภูมิภาคละ 2 จังหวัด ขั้นที่ 2 ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยการแบ่งประชากรแต่ละจังหวัด และกำหนดโควตาให้ครอบคลุมกลุ่มอายุทั้ง 4 กลุ่มเท่าๆ กัน ผลการตรวจสอบคุณภาพแบบวัด มีความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ (Cronbach's alpha) เท่ากับ .97 และเมื่อนำแบบวัดไปใช้แยกกลุ่ม ก็ยังคงมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูงได้แก่ กลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยผู้ใหญ่ และกลุ่มสูงวัย โดยมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .96, .95, .96 และ .97 ตามลำดับ และคุณภาพของแบบวัดที่นำไปใช้ในกลุ่มรวมพบว่าได้ผลอยู่ในระดับดี ดังตาราง



ตาราง 1 ค่าคุณภาพของแบบวัด General Thai health literacy scales (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ รวม 47 ข้อ	คะแนน เต็ม	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์	ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	8	40	0.40-0.60	0.81	0.45-0.64
2. การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่ เพียงพอต่อการปฏิบัติ	5	25	0.56-0.61	0.85	0.60-0.74
3. การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	6	30	0.58-0.66	0.85	0.62-0.68
4. การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม	17	85	0.61-0.68	0.94	0.47-0.77
5. การจัดการสุขภาพตนเอง	11	55	0.60-0.66	0.90	0.54-0.75

สรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในการเข้าถึงข้อมูล มีความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต ควบคุมน้ำหนักตัว อันจะนำไปสู่การวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่อง สุขภาพส่วนบุคคลและครอบครัวโดยวัดจากองค์ประกอบ 5 ด้านตามแนวคิดของออสบอร์นและคณะ (Osborne, 2013) คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ และการจัดการสุขภาพตนเอง โดยคุณลักษณะความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับคือ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน คือ ความสามารถเลือกและรู้วิธีการค้นหาแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพรู้และเข้าใจในเนื้อหาข้อมูลที่มีอยู่ และสามารถตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่มีอยู่ด้วยการฟัง พูด อ่าน และเขียนได้ อันจะนำไปสู่การที่ผู้ป่วยสามารถกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดีได้ กำหนดเป้าหมายวางแผน 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ คือ ความสามารถและทักษะของกลุ่มเสี่ยงที่สามารถอธิบายถึงวิธีการนำประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพไปปฏิบัติ สามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีการฟัง พูด อ่าน เขียน ได้ อันจะนำไปสู่การที่ผู้ป่วยสามารถใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดีผลเสียเพื่อการปฏิเสธหลีกเลี่ยงเลือกวิธีการปฏิบัติ ตลอดจนการที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ คือ ความสามารถของกลุ่มเสี่ยงที่สามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหา/แนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผลเพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองและได้ข้อมูลที่นำเชื่อถือ สามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม อันจะนำไปสู่การที่ผู้ป่วยสามารถแสดงทางเลือกทางสุขภาพที่เกิดผลกระทบต่อตนเองด้วยการแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนสามารถทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตน เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

### การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ หลายประเทศได้กำหนดให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นนโยบายระดับประเทศ และเป็นหนึ่งในเป้าหมายสุขภาพ (Health goals) ทั้งในระดับชาติและท้องถิ่น ในบทที่ผ่านมาได้นำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับนิยามและความหมาย เครื่องมือวัด รวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งมีความสำคัญต่อการสร้างรูปแบบการดำเนินงาน (Intervention) เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเนื่องจากสิ่งแวดล้อม สังคม และเทคโนโลยีมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นจะต้องพัฒนาอยู่เสมอ ในบทนี้นำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิด กลยุทธ์ และตัวอย่างรูปแบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจากต่างประเทศ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

## 1. แนวคิดในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการทบทวนองค์ความรู้และบทเรียนการดำเนินการเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจากต่างประเทศพบว่า การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพมีหลายแนวทางขึ้นกับมุมมองที่ใช้ ดังนี้

### 1.1 พิจารณาจากระดับของเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดผลลัพธ์

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยแบ่งตามระดับของเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดผลลัพธ์ แบ่งออกเป็น 2 แนวทาง (Approaches) คือ Clinical approach และ Public health approach (Brand and Sorensen, 2011; Pleasant and Kuruville, 2008) ดังนี้คือ 1) Clinical approach เป็นแนวทางที่มีเป้าหมายของการพัฒนาในระดับบุคคล โดยเน้นการพัฒนาปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย (Patient-provider interaction) ซึ่งเป็นแนวทางที่สหรัฐอเมริกาและยุโรปใช้กันมากในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ 2) Public health approach เป็นแนวทางที่มีเป้าหมายของการพัฒนาในระดับชาติ ซึ่งไม่เพียงมุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพของประชาชน แต่รวมถึงการให้โอกาสทางการศึกษาแก่ประชาชนด้วย

### 1.2 พิจารณาจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับองค์ประกอบของการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดนี้เป็นการพิจารณาเมตริกความสัมพันธ์ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับองค์ประกอบของการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเรียกว่า Intersectoral approach (Vamos, 2012) แนวคิดนี้เป็นกรอบสำหรับการดำเนินการเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศแคนาดา ซึ่งมีพันธกิจคือ เพื่อพัฒนา ดำเนินการ และประเมินผลรูปแบบการดำเนินการ/วิธีการต่างๆ ที่จะเกิดการเสริมสร้าง สนับสนุน และความร่วมมือเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในแคนาดา ซึ่งแสดงกรอบแนวคิดของ Intersectoral approach เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบพื้นฐานที่จำเป็น 3 ประการในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งใช้เป็นแนวทางสำหรับพัฒนากลยุทธ์หรือรูปแบบการดำเนินการ ประกอบด้วย (1) การพัฒนาความรู้ (2) การเพิ่มความตระหนักและพัฒนาความสามารถ และ (3) การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและความร่วมมือ โดยในแต่ละองค์ประกอบจะมีวัตถุประสงค์ย่อยและกิจกรรมการดำเนินการ ด้านบนของกรอบแนวคิดนี้เป็นภาคส่วนต่างๆ ที่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือมีความร่วมมือในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งประกอบไปด้วย 5 ภาคส่วน ได้แก่ รัฐบาล หน่วยงานให้บริการสุขภาพ ภาคการศึกษา สถานที่ทำงาน/ภาคธุรกิจ และชุมชน/องค์กรในชุมชน ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพตามกรอบแนวคิดนี้ แต่ละภาคส่วนจะได้รับเชิญให้เข้ามามีส่วนในการพัฒนาและให้ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ในแต่ละข้อของทั้ง 3 องค์ประกอบ เพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกองค์ประกอบและมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

### 1.3 พิจารณาจากบุคคลหรือหน่วยงานที่เป็นเป้าหมายของการพัฒนา

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดนี้มุ่งเน้นการสร้างรูปแบบการดำเนินกิจกรรมตามบุคคล กลุ่มบุคคล และหน่วยงานที่เป็นเป้าหมายของการพัฒนา ซึ่งจากการทบทวนบทเรียนด้านการดำเนินงานเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศ (Pleasant, 2012) สามารถแบ่งได้เป็น 5 แนวทาง ดังนี้ 1) การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทั่วไปไปรายบุคคล 2) การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรสุขภาพ 3) การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานพยาบาล 4) การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในองค์กรทั่วไป และ 5) การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชน

## 2. กลยุทธ์ในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ ทั้งระดับบุคคลและชุมชน และทั้งระดับนานาชาติและระดับชาติ จากการทบทวนบทเรียนด้านการดำเนินงานเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศ สามารถสรุปกลยุทธ์เพื่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพได้หลายด้านดังนี้ (Kumaresan, 2012; Pleasant, 2012; Ratzan, 2012; Baur, 2012; Vamos, 2012)

1) มีนโยบายจากภาครัฐที่เกี่ยวกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทั้งในระดับชาติ และระดับท้องถิ่น มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับนโยบาย และมีองค์กรระดับชาติที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพโดยตรง

2) มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพและสาธารณสุขโดยตรง กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้บริโภค และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีเพื่อให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

3) การดำเนินงานเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพควรเป็นการดำเนินงานในลักษณะความร่วมมือ ทั้งความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stake holders) และความร่วมมือดังกล่าวควรเกิดขึ้นในทุกระดับ

4) ใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการสื่อสารที่เหมาะสม เช่น โทรศัพท์มือถือ อุปกรณ์ไร้สาย (Wireless devices) เป็นต้น

5) มีการวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในแต่ละกลุ่มอายุ ในแต่ละพื้นที่ต่อเนื่อง

6) มีการประเมินผลกิจกรรม/รูปแบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

7) มีการวิจัยเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในทุกแง่มุมอย่างต่อเนื่อง และมีเวทีแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และการดำเนินงานเพื่อสร้างความรู้ด้านสุขภาพทั้งในระดับชาติและระดับนานาชาติ

8) การดำเนินงานเพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพควรเป็นการดำเนินงานของชุมชน โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการออกแบบและดำเนินงาน คำนึงถึงสิทธิพื้นฐานของบุคคล มีระบบบริการสุขภาพที่เน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ และมีความร่วมมือจากหลายภาคส่วน

9) มีการปรับเปลี่ยนองค์กรให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literate organization) และหลอมรวมหลักการของความรู้ด้านสุขภาพเข้าไปในชีวิตการทำงานประจำวัน โดยการปรับเปลี่ยนองค์กรจะต้องเกิดขึ้นทั้งในทุกระดับของหน่วยงานย่อย และในหน่วยงานทุกภาคส่วน ได้แก่ หน่วยงานภาคอุตสาหกรรม/เอกชน หน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานภาคการศึกษา และหน่วยงานไม่หวังผลกำไร

10) การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจะประสบความสำเร็จได้ จำเป็นต้องพัฒนาทั้งสองด้าน คือ ความรู้และทักษะของประชาชนที่รับข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ และความรู้และทักษะของบุคลากรผู้ให้ข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ

11) มีสิ่งจูงใจ/รางวัลตอบแทนบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และมีการให้รางวัล Best Practice สำหรับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ

12) ผลักดันให้บรรจุเนื้อหาความรู้ด้านสุขภาพในหลักสูตรระดับปริญญาตรีของทุกวิชาชีพ

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

นวัตกรรมที่ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ นวัตกรรมที่เป็นอุปกรณ์/เครื่องมือ และนวัตกรรมที่เป็นวิธีการ ดังนี้

**นวัตกรรมที่เป็นอุปกรณ์/เครื่องมือ** นวัตกรรมในกลุ่มนี้มี 2 ประเภท ดังต่อไปนี้

1) เทคโนโลยีด้านสุขภาพผ่านมือถือ (Mobile health technology) การที่จะลดช่องว่างของความรู้ด้านสุขภาพในยุคเทคโนโลยีปัจจุบัน ต้องใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการสื่อสารที่เหมาะสม ตัวอย่างเช่น โทรศัพท์มือถือ และอุปกรณ์ไร้สาย เช่น Wi-Fi, Bluetooth การนำโทรศัพท์มือถือ และอุปกรณ์ไร้สายมาใช้พัฒนาผลลัพธ์ทางสุขภาพและให้บริการเทคโนโลยีด้านสุขภาพผ่านมือถือ

2) Checklists/Scorecards กลายมาเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายว่าสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ดี โดย Checklists มีลักษณะของ health checklists จะประกอบด้วยรายการสิ่งจำเป็นที่ต้องทำซึ่งมีจำนวนรายการแตกต่างกันไปตามเป้าหมายทางสุขภาพ เช่น WHO Safe Childbirth Checklist, Central Line ICU Checklist, WHO Surgical Safety

Checklist, mCheck “7-day” Tool เป็นต้น ข้อดีของการนำ Checklist มาใช้ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพมีสองประการ ได้แก่ (1) เป็นนวัตกรรมที่มีต้นทุนต่ำ แต่มีหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากว่าช่วยให้สามารถจัดการกับงานที่ซับซ้อนและมักจะถูกกละเลยมได้ดี (2) โปรแกรม Checklist ที่มีประสิทธิผล จะช่วยรวบรวมรายละเอียดหรือองค์ประกอบที่สำคัญของแนวทางปฏิบัติ (Guidelines) ต่างๆ ให้อยู่ในรูปแบบที่เข้าใจง่าย เป็นมิตรกับผู้ใช้ และมีรายการเป็นขั้นเป็นตอนสามารถปฏิบัติตามได้ (Ratzan, 2012; Pronovost, 2006)

สำหรับ Scorecards เป็นเครื่องมือที่ประกอบด้วยตัวชี้วัดด้านสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งรัสแซน (2000) ได้พัฒนาออกมาในรูปแบบดิจิทัล (Digitized scorecard) ประกอบด้วยตัวชี้วัดด้านสุขภาพที่สำคัญ 6 ประการ ได้แก่ ความดันโลหิต/อัตราการเต้นหัวใจ ดัชนีมวลกาย ระดับโคเลสเตอรอล การรับวัคซีน การทำกิจกรรมเพื่อป้องกันโรค/การตรวจคัดกรองเพื่อป้องกันโรคที่เหมาะสม (เช่น แมมโมแกรม การเลิกบุหรี่) และการรายงานสถานะสุขภาพของตนเอง การนำ Scorecard มาใช้ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพมีหลักการคือ แต่ละตัวชี้วัดจะมีตัวเลขคะแนนที่วัดได้ของแต่ละบุคคลและมีช่วงคะแนนมาตรฐานของตัวชี้วัดดังกล่าว ซึ่ง Scorecard จะทำการแปลผลค่าคะแนนที่วัดได้ของตัวชี้วัดนั้นเทียบกับช่วงคะแนนมาตรฐาน แล้วแจ้งข้อมูลให้กับบุคคลรับทราบ เช่น ดัชนีมวลกายเท่ากับ 26.8 เครื่องจะมีการแจ้งเตือนให้ระวัง หรือระดับความดันโลหิตเท่ากับ 110/70 เครื่องจะแปลผลออกมาว่า ดี เป็นต้น (Johnson & Johnson, 2012) ด้วยหลักการเช่นนี้ Scorecard จึงเป็นเครื่องมือที่ทำหน้าที่ให้ข้อมูลสุขภาพแก่ประชาชน โดยให้รู้ทั้งเป้าหมายทางสุขภาพของแต่ละตัวชี้วัด รับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง และรับรู้ว่าตนเองกำลังอยู่ในกลุ่มเสี่ยงหรือไม่ ซึ่งทำให้ประชาชนเข้าใจ ตระหนัก และหาทางที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ ที่จะมีผลต่อตัวชี้วัดสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพของตนต่อไป

### 3.2 นวัตกรรมที่เป็นวิธีการ

นวัตกรรมที่เป็นวิธีการ จากการทบทวนพบว่ามีการใช้ 4 เทคนิควิธีการในกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ (Pleasant, 2012)

1) “Ask Me 3” ซึ่งเป็นเทคนิคที่ใช้เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยถามคำถามแพทย์ได้ 3 ข้อ ได้แก่ 1) ปัญหาสุขภาพหรือภาวะสุขภาพของตนคืออะไร 2) ฉันจำเป็นต้องทำอะไรบ้างเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าว และ 3) สิ่งที่ต้องทำนั้นสำคัญอย่างไร ซึ่งเป็นเทคนิคที่มักใช้เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยช่วยปรับปรุงการสื่อสารระหว่างบุคลากรสุขภาพกับผู้ป่วยให้มีประสิทธิผลมากขึ้น

2) Teach-back method เป็นเทคนิคที่ใช้ในการให้ข้อมูลสุขภาพแก่ผู้ป่วย ซึ่งมักจะใช้หลังจากเทคนิค “Ask Me 3”

3) Edutainment เป็นเทคนิคการนำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพผ่านละครหรือเรื่องเล่า

4) Peer training method เป็นเทคนิคที่ใช้ในการฝึกเพื่อนร่วมงานเกี่ยวกับทักษะการสื่อสารและทักษะการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

## 4. รูปแบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศ

จากการทบทวนบทเรียนการดำเนินงานในต่างประเทศ สามารถแยกการดำเนินงานเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพตามบุคคล กลุ่มบุคคล และหน่วยงานที่เป็นเป้าหมายของการพัฒนาได้ ดังตัวอย่างรูปแบบการดำเนินงานในต่างประเทศที่ประยุกต์ใช้เทคนิควิธีการต่างๆ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 4.1 รูปแบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทั่วไป

การดำเนินงานเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทั่วไปมักจะทำภายหลังการสำรวจระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้เพื่อจะได้จำแนกประชาชนออกเป็นกลุ่มและจัดกิจกรรมให้เหมาะสม อย่างไรก็ตามพบว่ารูปแบบของการดำเนินงานมีความหลากหลาย ตัวอย่างเช่น เป็นการ

พัฒนาในกลุ่มประชาชนทั่วไป เป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพเฉพาะ เช่น ผู้สูบบุหรี่ โรคเรื้อรัง กลุ่มคนท้อง และแยกกลุ่มตามวัยหรือตามเพศ เป็นต้น ตัวอย่างรูปแบบการดำเนินงาน เช่น

1) Program for health literacy online โปรแกรมนี้เป็นการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้อพยพจากเอธิโอเปีย ประเทศอิสราเอลซึ่งเป็นประเทศที่มีความหลากหลายทางด้านเชื้อชาติและวัฒนธรรมอย่างมาก ลักษณะการดำเนินการเป็นโปรแกรมที่ให้ข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือแก่ประชาชนในหลากหลายภาษาแบบออนไลน์ เช่น ภาษาฮิบรู ภาษาอารบิก ภาษารัสเซีย เป็นต้น นอกจากนี้มีข้อมูลทางสุขภาพแล้วยังมีกิจกรรมอื่นๆ เช่น ผู้ใช้สามารถที่จะรับผลตรวจสุขภาพพร้อมทั้งการแปลผลทางออนไลน์สามารถนัดหมายพบแพทย์ซึ่งทำได้ทุกภาษา และสำหรับเด็กจะมีการให้ข้อมูลสุขภาพผ่านเกมออนไลน์หรือ Apps เช่น เกมเกี่ยวกับโภชนาการ ซึ่งเป็นที่นิยมมาก (Levin-Zamir, 2012)

2) HealthInsite เป็นการดำเนินการประเทศออสเตรเลีย วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนในประเทศโดยทำให้การเข้าถึงข้อมูลที่มีคุณภาพง่ายขึ้น ให้บริการข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำด้านสุขภาพทางโทรศัพท์ ซึ่งให้บริการโดย National Health Call Centre Network (Pleasant, 2012)

3) Patient First program เป็นโครงการในประเทศออสเตรเลีย ออกแบบมาเพื่อให้ความรู้แก่ผู้บริโภคทั่วไปเกี่ยวกับกระบวนการในการดูแลสุขภาพและปัญหาที่มักเกิดขึ้นในการดูแลสุขภาพ เป้าหมายของโปรแกรมคือ เพื่อให้ประชาชนเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะต่างๆ เพื่อสามารถตัดสินใจได้ดีเกี่ยวกับการเซ็นใบยินยอม เพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านสุขภาพ เพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ และช่วยให้พวกเขามีความสามารถที่จัดการตนเองด้านสุขภาพ กิจกรรมและอุปกรณ์ในโครงการนี้ประกอบด้วยการพัฒนาคู่มือและแผ่นพับที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเซ็นใบยินยอม การบริหารยา ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงด้านสุขภาพ และการตัดสินใจทางด้านสุขภาพ (Department of Health Government of Western Australia, 2012)

#### 4.2 รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรสุขภาพ

แม้ว่าในโลกปัจจุบันจะมีข้อมูล การสื่อสาร และการให้การศึกษาในรูปแบบต่างๆ มากมาย แต่ก็ยังคงมีช่องว่างระหว่างบุคลากรสุขภาพกับประชาชน ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรสุขภาพบางส่วนยังคงยึดติดกับการปฏิบัติแบบเดิมๆ ไม่มีการปรับเปลี่ยนมากนักในด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับประชาชนหรือผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ในบางพื้นที่ (Baur, 2012) หลายประเทศจึงมีกิจกรรม/รูปแบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรสุขภาพโดยเน้นวิธีการสื่อสาร และวิธีการให้ความรู้กับผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างของรูปแบบการดำเนินงานที่น่าสนใจ เช่น

##### 1) การจัดอบรมเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารของบุคลากรสุขภาพ

โครงการนี้จัดขึ้นในพื้นที่ภาคเหนือของอิตาลี วัตถุประสงค์ของโครงการคือ เพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารทั้งการพูดและการเขียนของบุคลากรในหน่วยโรคแม่เร็งของโรงพยาบาล รูปแบบการดำเนินการประกอบด้วย 2 ระยะ โดยระยะแรกเป็นลักษณะการอบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) ประกอบด้วย 2 workshop คือ (1) workshop สำหรับแพทย์และพยาบาล และ (2) workshop สำหรับบุคลากรอื่นที่มีส่วนในการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ เช่น เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ ลักษณะของกิจกรรมใน workshop มีทั้งการบรรยายและอภิปราย ทำแบบฝึกหัด ทำงานกลุ่ม ทำรายงาน และปฏิบัติจริงที่ทำงาน ภายหลังเสร็จสิ้นการฝึกอบรมในระยะแรก มีการจัดหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเพิ่มทักษะการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ซึ่งเป็นการใช้เทคนิคเพื่อนฝึกเพื่อน (Peer training method) (Gazzotti, 2012)

##### 2) การใช้เทคนิค “Ask Me 3” และ “Teach-back method”

ในประเทศอิสราเอล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย คลินิกโรคเด็กในชุมชน และคลินิกโรคทางสูตินารี ได้ประยุกต์เทคนิค “Ask Me 3” เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยถามคำถามแพทย์ได้ 3 ข้อ ได้แก่ (1) ปัญหาสุขภาพหรือภาวะสุขภาพของตนคืออะไร (2) ฉันจำเป็นต้องทำอะไรบ้างเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าว (3) สิ่งที่ต้องทำนั้น

สำคัญอย่างไร ซึ่งคำถามเหล่านี้ได้ถูกแปลไปหลายภาษาตามที่ประชาชนหลายเชื้อชาติใช้ แพทย์จะใช้เทคนิค “Teach-back method” ในการให้ความรู้กลับแก่ผู้ป่วย (Levin-Zamir, 2012)

3) “You Can Make a Different” เป็น computer-based program ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มทักษะการสื่อสารของแพทย์และพยาบาลโดยใช้แนวคิดของการสัมภาษณ์ให้เกิดแรงจูงใจ (Motivational interviewing) และการให้การบำบัดแบบสั้น (Brief intervention) โดยใช้หลักการ 5A (Levin-Zamir, 2012)

#### 4.3 รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชน

กิจกรรมการดำเนินงานเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชนส่วนใหญ่ เป็นการให้ข้อมูลสุขภาพผ่านเทคนิควิธีการต่างๆ ที่สอดคล้องกับชุมชน เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากชุมชนและความร่วมมือจากหลายภาคส่วน

ตัวอย่างของรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ประสบความสำเร็จ เช่น *Art for behavior change* ซึ่งเป็นโครงการนี้เป็นโครงการนำร่องที่ใช้เทคนิค Edutainment ได้แก่ ศิลปะการแสดง มาช่วยให้คนในชุมชนเข้าใจสิ่งจำเป็นที่ต้องทำเพื่อพัฒนาสุขภาพส่วนบุคคลและสมาชิกในครอบครัว โดยแนวคิดของรูปแบบการดำเนินการคือการใช้หลักการกระจาย (Diffusion) ข้อมูลสุขภาพแก่ชุมชนและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยผ่านการแสดงที่สนุกสนาน ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างคนในชุมชน นักสังคมวิทยา บุคลากรสุขภาพ และนักจุลชีววิทยา วัตถุประสงค์ของโครงการคือ การเพิ่มความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพส่วนบุคคลและที่บ้าน และลดภาระต่างๆ ที่เกิดจากเชื้อจุลชีพ กิจกรรมประกอบด้วยการแสดงจำนวน 12 ชุด ซึ่งมีคนในชุมชน นักสาธารณสุข และแพทย์เข้าร่วมการแสดงด้วย ผลการประเมินแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการกระจายข้อมูลและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านรูปแบบการแสดง เช่น ร้อยละ 54.4 ของกลุ่มเป้าหมายกล่าวว่า พวกเขาได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นจากการแสดง ร้อยละ 91.3 ของกลุ่มตัวอย่างกล่าวว่าพวกเขาได้เรียนรู้บางสิ่งจากการแสดง นอกจากนี้ยังพบว่าคนในชุมชนส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมอย่างจริงจังตลอดโครงการ ซึ่งกุญแจสำคัญของความสำเร็จนี้คือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของคนในชุมชนและการใช้ศิลปะการแสดงเพื่อจะพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ (Cabe & Thompson, 2012) นอกจากนี้ *Art for behavior change* แล้วยังมีโครงการอื่นๆ ที่ใช้หลักการ Edutainment ได้แก่ ศิลปะการแสดง ดนตรี ภาพยนตร์ โทรทัศน์ ในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพแก่ชุมชน เช่น โครงการ “*Darpana Acedemy*” (Darpna, 2012), “Community-based health literacy campaigns” (Pleasant, 2012)

จากข้อมูลที่ได้กล่าวข้างต้น เมื่อพิจารณาร่วมกับองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเห็นว่า ในภาพรวมรูปแบบการดำเนินงานหรือโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความหลากหลายเกี่ยวกับองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ประการที่ต้องการพัฒนา อย่างไรก็ตาม การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจะประสบความสำเร็จได้จำเป็นต้องพัฒนาทั้งสองด้าน คือ ความรู้และทักษะของประชาชนที่รับข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ และความรู้และทักษะของบุคลากรผู้ให้ข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทั้งนี้หากบุคลากรสุขภาพมีทักษะด้านการสื่อสารที่ดี มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการและความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย ก็จะสามารถสื่อสารเพื่อให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถช่วยพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้มากขึ้น ดังนั้นจึงขอสรุปลักษณะ/รูปแบบการดำเนินงานตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพและได้ดังนี้ (Baur, 2012; Kumaresan, 2012; Cabe and Thompson, 2012; Ratzan, 2012; Dunbar, 2012; Gazzotti, 2012; Lynch, 2012; Pleasant, 2012)

## การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและการปรับพฤติกรรม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้รับความสนใจอย่างแพร่หลายในวงการ ซึ่งได้มีผู้ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศ แต่สำหรับประเทศไทยยังพบการศึกษาในเรื่องนี้ไม่แพร่หลาย ดังตาราง 2

ตาราง 2 ตัวอย่างงานวิจัยที่ศึกษาเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผู้พัฒนา	กิจกรรม	ผลลัพธ์/ข้อค้นพบจากงานวิจัย
<b>การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน (Functional health literacy)</b>		
Murphy et al. (2000)	อ่านข้อมูลจากแผ่นพับเพื่อการปฏิบัติตนในคลินิก Sleep lab	ความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ
Rothman et al. (2004)	-การสอนรายบุคคล การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ -การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	ผล Hb A1C
Valle et al. (2006)	ให้ข้อมูลความรู้และ ช่วยให้ ผู้สูงอายุเข้าใจถึง ผลกระทบ ของ การเกิดโรค สมองเสื่อม โดยผ่านการ: การประชุมเชิง ปฏิบัติการ และการสนทนากลุ่ม และแสดงรูป ที่เป็นเรื่องราว เกี่ยวกับโรคความจำเสื่อม เพื่อเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับ โรค ความจำเสื่อมสำหรับผู้ดูแลและตัวผู้ป่วย	เป็นการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรค สมองเสื่อม ด้วยสื่อสุขภาพ ไม่ระบุ แบบวัด
Broering et al. (2006)	ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีอายุ > 65 ปี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของตนเองโดยพัฒนาให้ผู้สูงอายุการเข้าถึงข้อมูลที่ สำคัญต่อสุขภาพโดยใช้อินเทอร์เน็ต เพื่อให้เกิดให้เกิดความ รอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ( functional Health Literacy) ด้วย 1) วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการผ่านสื่อออนไลน์ (workshops on electronic information resources) เพื่อพิจารณาทางเลือกในการรักษา และทางเลือกในการดูแล สุขภาพ) 2) สอนการเข้าถึงฐานข้อมูลออนไลน์ (access to full-text databases ) และวิธีการยืม การคืนหนังสือจาก บริการห้องสมุด ผ่าน services to project โดยส่งผู้ให้การดูแลสุขภาพในสาขาต่างๆให้คำแนะนำที่บ้าน เช่น บรรณารักษ์ นักคอมพิวเตอร์ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เป็นผู้แนะนำ ผลของโปรแกรมคือผู้เข้าร่วม การกิจกรรม สามารถใช้อินเทอร์เน็ต ในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และ เกิดความพึงพอใจ	เป็นกระบวนการสร้างเครื่องมือเพื่อ พัฒนาความรอบรู้ขั้นพื้นฐาน (functional health) ในกลุ่ม ผู้สูงอายุ
Rothman et al. (2006)	การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ -การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	ผล Hb A1C ผล FBG ความรู้
Wydra (2006)	การฝึกอบรมแบบโต้ตอบด้วย Interactive videodisc เรื่อง การดูแลตัวเองเมื่อมีภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากการรับยาเคมี บำบัด	พฤติกรรมการดูแลตนเอง
Gross et al. (2007)	เป็นโปรแกรมที่ใช้รูปแบบการให้ความรู้ ที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะ สุขภาพ (Educational program ) เพื่อตอบสนองความ ต้องการ การเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยและเสริมสร้างความรู้ ด้าน สุขภาพ ณ ศูนย์ดูแลผู้ป่วยและห้องสมุดประชาชน) มีการ ประชุมเชิงปฏิบัติการ สนทนากลุ่มผ่านแหล่งข้อมูลออนไลน์	เป็นการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพ ขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะหลอดเลือดสมอง ผ่านสื่อออนไลน์ ในใน กลุ่มผู้ป่วย
Hill – Briggs et al. (2008)	การให้สุขศึกษารายกลุ่ม และการสอนรายบุคคลเกี่ยวกับการดูแล ตนเอง และภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน	ความรู้
Kripalani et al.(2008)	ใช้สื่อสิ่งพิมพ์ให้ความรู้ร่วมกับการตอบคำถาม	ความรู้
Nitri and Stewart (2009)	ประยุกต์ใช้แนวทางการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง โดยมีการ พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (functional	เปลี่ยนแปลงความรอบรู้ด้าน สุขภาพระดับพื้นฐาน และการให้

ผู้พัฒนา	กิจกรรม	ผลลัพธ์/ข้อค้นพบจากงานวิจัย
	health literacy) ด้วยแนวคิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงในผู้เป็นโรคเบาหวาน โดยการศึกษาเน้นที่การพัฒนาความรู้และทักษะของความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยโปรแกรมนี้จะประกอบไปด้วยการให้ความรู้จากพยาบาลระดับเชี่ยวชาญ (practice nurse educator) โดยบรรยากาศของการให้ความรู้จะการจัดการเรียนรู้โดยส่งเสริมผู้เรียนให้เกิดการอยากรู้อยากเห็น (foster curiosity) และการสะท้อนคิด (Reflection) ในข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยมีเนื้อหาพื้นฐานคือ เบาหวานคืออะไร การรับประทาน การออกกำลังกาย การบริการยา ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และการจัดการตนเอง	ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน แบบวัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพคือ 1.แบบแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วย health literacy test for seniors (s-TOFHLA) ; Literacy assessment for diabetes (LAD) และ diabetes knowledge test (DKT)
Bryant et al. (2009)	สื่อผสมเพื่อพัฒนาความเข้าใจในการดูแลตนเอง	ความเข้าใจทางสุขภาพ
Vollandes et al. (2009)	ศึกษาวีดีโอและ บรรยาย การดูแลสุขภาพเบื้องต้น	การดูแลตนเองป้องกันภาวะสมองเสื่อม
Kandula et al. (2009)	สื่อการสอนสุขศึกษาแบบสื่อผสม เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	ความรู้
Leroy and Miller (2010)	การสอนด้วยวิธีการเติมคำนาม และวลี ที่เกี่ยวกับศัพท์ทางการแพทย์	ความรู้
Wilson et al. (2010)	แจกเอกสาร และวีดีโอ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไป ให้ผู้ป่วยโรคหอบหืดไปอ่านและศึกษาที่บ้าน	ความรู้
Wolf et al. (2011)	สอนทักษะการอ่านฉลากยา ด้วยรูปและกราฟิกเสมือนจริง	ความสามารถในการอ่านฉลากยา
<b>การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน (Interactive health literacy)</b>		
Schwartz et al. (2002)	สอนผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องโดยใช้อินเทอร์เน็ต การใช้อินเทอร์เน็ตอย่างไรให้ปลอดภัย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเลือกรับข้อมูลทางสุขภาพ โดยมีผู้ให้บริการสุขภาพเป็นผู้แนะนำ ซึ่งผู้เข้าร่วมกิจกรรมพิจารณาว่าข้อมูลสุขภาพถูกหรือผิดอย่างไร	ให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับปฏิสัมพันธ์ ซึ่งเน้นให้เกิดการจัดการตนเองด้านสุขภาพด้วยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์พัฒนาการเข้าถึงสื่อสุขภาพออนไลน์
Campbell and Nolfi (2005)	ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่จะเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อค้นหาข้อมูลสุขภาพโดยทั่วไป การประเมินผลการดูแลสุขภาพ ของตนเอง และให้ผู้ผู้ป่วยมีบทบาทในการจัดการ สุขภาพของตนเอง	หลังกิจกรรม ผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจในการอินเทอร์เน็ตเพื่อค้นหาข้อมูลสุขภาพโดยทั่วไป แต่การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ป่วยยังยึดติดกับรูปแบบการการดูแลที่ยึดแพทย์ เป็นศูนย์กลางของการดูแล
Chiarella and Keefe (2008)	กิจกรรมมีการพัฒนาทักษะความรู้ ด้านสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมเน้นเป็นกิจกรรมเชิงรุกมากขึ้น โดยมุ่งให้บุคคลมีส่วนร่วมในบริหารจัดการการดูแลตนเอง ทั้งนี้ผู้นำกิจกรรมในชั้นเรียน จะสอนในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ด้วยการสื่อสารอินเทอร์เน็ต และทักษะที่จำเป็น ซึ่งวัตถุประสงค์ของการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้วยความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพทาง ทักษะเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความสามารถในการจำข้อมูลสุขภาพ	โปรแกรมยังคงอยู่ใน ขั้นตอนการพัฒนา โดยเป็นการพัฒนาให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ ซึ่งเน้นให้เกิดการบริหารจัดการตนเองด้านสุขภาพ
Susic (2009)	เพื่อสนับสนุนการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพที่มีคุณภาพบนอินเทอร์เน็ต เพื่อส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมเกิดความรู้อะไรและเข้าใจถึงสุขภาพของตนเอง การตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมไปถึงการทดสอบ และประเมินทักษะ ด้านการออกกำลังกาย และการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง	ให้การสนับสนุนการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ บนอินเทอร์เน็ต เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเอง



จากตาราง 2 พบว่า งานวิจัยที่พบเป็นการศึกษาโปรแกรมและกิจกรรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน และระดับปฏิสัมพันธ์ โดยโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน มุ่งรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ทักษะทางสุขภาพ ทั้งนี้กลวิธีในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพนั้น งานวิจัยใช้วิธีการจัดการกิจกรรมโดยการใช้สื่อศึกษา การใช้สื่อรูปแบบต่างๆ กิจกรรมกลุ่มการใช้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การใช้วิธีการจัดการตนเอง และ การใช้แนวความคิดการเรียนรู้ โดยเป้าหมายที่ได้จากการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพนั้นก็แบ่งเป็น 1) ความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง 2) พฤติกรรมดูแลตนเอง 3) การประเมินด้วยภาวะสุขภาพ เช่น ระดับของความวิตกกังวล ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยกิจกรรมนั้นจะเน้นที่การพัฒนาสุขภาพด้วยการเรียนรู้ผ่านเครื่องมือต่างๆ เช่น สื่อชนิดต่างๆ สถานการณ์ปัญหา การระดมความคิด และการให้คำปรึกษา สำหรับการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์กิจกรรมที่เพิ่มความมีส่วนร่วมในการจัดการทางสุขภาพ รวมไปถึงการใช้ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมในระดับที่สูงขึ้น ได้แก่วิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องในรูปแบบใหม่ๆ เช่น การพัฒนาการเข้าถึงสื่อสุขภาพออนไลน์ และพัฒนาทักษะการใช้สื่อออนไลน์ อย่างไรให้ปลอดภัย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเลือกรับข้อมูลทางสุขภาพ พัฒนาการบริหารจัดการตนเองด้านสุขภาพด้วยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ พัฒนาให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการจัดการสุขภาพของตนเอง ซึ่งข้อค้นพบหนึ่งของการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์คือ ผู้ป่วยมักยึดติดกับรูปแบบการดูแลที่ยึดแพทย์ เป็นศูนย์กลางของการดูแลสุขภาพ

### โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง

การจัดการเรียนรู้ เป็นกระบวนการสำคัญเพื่อนำบุคคลไปสู่การเปลี่ยนแปลงภายในตนเองและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การศึกษาของพงศรัชต์ธวัช วิวังสุและคณะ (2556) มีการใช้รูปแบบการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองสำหรับการบำบัดรักษาผู้ติดสุราโดยผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงภายในสำหรับการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา (4-P Model: The 4-P model of transformative learning for alcoholic rehabilitation treatment) โดย 4-P Model ประกอบไปด้วย ลักษณะส่วนบุคคล (Personal Presage) การจัดการโปรแกรมการเรียนรู้ (Program Learning Context) การปรับเปลี่ยนกรอบแนวคิดความเชื่อและจิตลักษณะ (Program Perspective Context) และ การเปลี่ยนแปลงภายในตนเองไปสู่พฤติกรรมกรกระทำใหม่ (Personal Transformative) ทั้งนี้กระบวนการเรียนรู้ของการวิจัยนี้ประยุกต์แนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของ Mezirow (2003) โดยกระบวนการเรียนรู้ จะประกอบไปด้วยการปรับเปลี่ยนกรอบแนวคิด ความเชื่อและจิตลักษณะ และการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองไปสู่พฤติกรรมกรกระทำใหม่ซึ่งเป็นขั้นตอนการเรียนรู้ของเมซีโรว์ โดยการวิจัยนี้พบว่า ปัจจัยที่มีสามารถทำนายการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองสำหรับ การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา ได้แก่ โปรแกรมและการจัดการกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา การรับรู้ประสบการณ์การเสพสุรา การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงภายในตนเอง และแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรเสพสุรา สามารถร่วมกันทำนายได้ คิดเป็นร้อยละ 47.6 โดยสภาพโปรแกรมและการจัดการกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองเพื่อการเลิกเสพสุราสูงสุด (Beta = .41) นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์รูปแบบการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองสำหรับการบำบัดรักษาผู้ติดสุรานั้นมีความสอดคล้องตามรูปแบบ 4-P Model โดยพบว่า การทบทวนประสบการณ์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจเพื่อการเลิกเสพสุราเป็นกระบวนการสำคัญที่นำไปสู่การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองสำหรับการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา ส่วน การศึกษาของจุฑามาส จันทรฉาย; มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ และ นิตน์ อิมามิ (2555) ได้พัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวานและการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน มีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างความรู้ การสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง และฝึกทักษะการตั้งเป้าหมายพฤติกรรมกรรับประทานอาหาร และ

การออกกำลังกาย ซึ่งผู้วิจัยจัดการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นเครื่องมือหลัก ร่วมกับการอบรมเชิงปฏิบัติการ เมื่อจบการเรียนรู้ผู้วิจัยยังมีการติดตามผลและแก้ไขปัญหาของเป้าหมายที่ได้ไปทดลองปฏิบัติ จากงานวิจัยทั้งหมดสอดคล้องกับการศึกษาของ Taylor (2000) ที่ศึกษาปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงจากภายใน พบว่าปัจจัยสภาพแวดล้อมสำคัญ คือ ปัจจัยแรงครูผู้สอนหรือผู้อำนวยความสะดวก ต้องเป็นบุคคลที่สร้างสภาพแวดล้อมให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน จนทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ และการสร้างความหมายของประสบการณ์ในการเรียนรู้ของบุคคล ปัจจัยที่คือผู้เรียนหรือผู้ต้องการเปลี่ยนแปลงจะต้องมีการแบ่งปันความรู้และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อนำเสนอประเด็นเพื่อนำไปสู่การตีความ แปลความหมายและหาข้อสรุปเพื่อการเปลี่ยนแปลง และ ปัจจัยสุดท้ายคือเหตุผลและความรู้สึกภายในของบุคคลโดยจะเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญให้เกิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงภายในตนเอง

สรุปได้ว่ากระบวนการเรียนรู้ และวิธีการแสวงหาความรู้ด้วยวิธีการต่าง ๆ ของบุคคล ได้แก่ การเรียนรู้จากประสบการณ์ การสื่อสารจากประสบการณ์ และการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมกลุ่ม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้วยการสะท้อนคิด มีผลต่อการเรียนรู้ของบุคคล และสิ่งสำคัญต่อการเรียนรู้คือสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ทั้งจากตัวผู้สอน หรือผู้อำนวยความสะดวก และกลุ่มผู้เรียนด้วยกัน ที่จะกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ จนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยการปรับเปลี่ยนกรอบความคิด ความเชื่อ มีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) นำไปสู่กิจกรรมในรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง และสรุปขั้นตอนที่นำไปสู่การตัดสินใจดูแลสุขภาพด้วยตนเองไว้ 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 สร้างความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปที่บุคคลมีความกังวลในเรื่องสุขภาพของตัวเอง โดยความรู้พื้นฐานนี้จะเกิดขึ้นโดยผ่านการอ่าน การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพหรือ ผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ การปรึกษาหารือ เรื่องสุขภาพกับเพื่อนและครอบครัว การรับสื่อสุขภาพ

ขั้นที่ 2 การพัฒนาทักษะ การปฏิบัติ ด้านการความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งแสดงออกถึงความสามารถในการฟัง พูด การคำนวณ การแก้ปัญหาและการตัดสินใจด้วยการแสวงหาและการใช้ข้อมูล (เช่น การใช้คอมพิวเตอร์ในการแสวงหา ข้อมูลและการวิเคราะห์ความสำคัญของข้อมูล) และทักษะการจัดการตนเอง เช่น การฉีดยาด้วยตนเอง การวัดระดับน้ำตาล ซึ่งความรู้ทางสุขภาพจะพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้เพิ่มขึ้น

ขั้นที่ 3 การแสดงถึงความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะเกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพและบริการ เมื่อต้องการสอบถามเกี่ยวกับการรักษา การบริการ รวมไปถึงการเจรจาต่อรอง เกี่ยวกับการรักษา การขอคำปรึกษาเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล

ขั้นที่ 4 ผู้ให้บริการหรือผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพให้ข้อมูลทางสุขภาพเพื่อเพิ่มศักยภาพของทางเลือกในการรักษา หรือบางคนสามารถผลิตข้อมูลทางสุขภาพของตัวเอง หลังจากพูดคุยกับเพื่อนและครอบครัว มีการค้นหาความรู้ทางสุขภาพด้วยตนเองที่ได้จากทักษะขั้นตอนที่ 3 ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์ในการผลิตสื่อสุขภาพเพื่อเป็นทางเลือกและนำไปเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจด้วยตนเองต่อไป

ขั้นที่ 5 การใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจทางสุขภาพ ในขั้นตอนนี้สร้างให้เกิดความเข้มข้นในการตัดสินใจทางสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดการจัดการตนเองทางสุขภาพ โดยบุคคลที่มีพฤติกรรมในขั้นนี้จะมีพฤติกรรมจากขั้นที่ 1 ผ่านขั้นต่างๆมาถึงขั้นที่ 5 อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละขั้นตอนอาจสลับขั้นตอนได้

โดยกระบวนการจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรค ซึ่งกิจกรรมประกอบไปด้วยการให้ความรู้โดยใช้เทคนิคการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในชุมชนร่วมด้วย โดย ร่วมให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย ร่วมจัดกิจกรรมฝึกทักษะการเลือกรับประทานอาหาร ทักษะการออกกำลังกาย ทักษะการเข้ายาและทักษะการจัดการความเครียด การฝึกทักษะการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทักษะเกี่ยวกับวิธีการค้นหาแหล่งข้อมูล

ด้านสุขภาพ ความรู้และทักษะเกี่ยวกับตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่นำเสนอ การพัฒนาทักษะในสื่อสารด้วยการฟัง พูด อ่าน และเขียน การกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี การพัฒนาทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

**สรุปได้ว่า รูปแบบโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ** หมายถึง กระบวนการจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด ทักษะทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพะที่ดีของผู้ป่วย ที่สร้างขึ้นจากผลการสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการจำเป็นของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในชุมชนเมือง และพัฒนาจากพื้นฐานของการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของนักป๋ิม และทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของ เมอร์ซิโร เพื่อสร้างและพัฒนาความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของผู้ป่วย รวมถึงทักษะและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดความสามารถของบุคคลในการเข้าใจข้อมูล เข้าถึงข้อมูล และสามารถใช้อำนาจเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองโดยโปรแกรมจะแบ่งเป็น 7 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1 การสร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนการเรียนรู้ผ่านบทบาทสมมุติ** เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างพัฒนาทักษะทางปัญญาด้วยการเรียนรู้ผ่านบทบาทสมมุติในสถานการณ์ที่เป็นประสบการณ์ชีวิตที่ผู้ป่วยผ่านภาวะแทรกซ้อนของโรค มีจุดมุ่งหมายให้กลุ่มตัวอย่าง ตระหนักถึงรูปแบบการดูแลสุขภาพในอดีตที่ไม่เหมาะสม โดยทบทวนมุมมองและการรับรู้การเจ็บป่วย รวมไปถึงการทบทวนสมมติฐานการดูแลสุขภาพเดิมของตนเองซึ่งกิจกรรมประกอบไปด้วยการเรียนรู้ร่วมกันโดยใช้รูปแบบการสนทนาเชิงวิพากษ์ (Critical discourse) และพูดคุยแลกเปลี่ยนด้วยวิธีของสุนทรียสนทนา (Dialogue) โดยกลุ่มตัวอย่างจะเปิดใจยอมรับสิ่งที่ผิดพลาดต่อการกระทำที่เคยผ่านมา

**ระยะที่ 2 การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์** เพื่อพัฒนาทักษะทางสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้แก่บุคคลทั่วไป และบุคลากรทางการแพทย์ โดยการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างพูดคุยสื่อสารกับผู้อื่นเกี่ยวกับแนวทางการดูแลสุขภาพของตนเอง และใช้สถานการณ์สมมติในการสื่อสารกับแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ และการเลือกรับสื่อทางสุขภาพ ในการกระตุ้นให้เกิดการสนทนาเชิงวิพากษ์เกี่ยวมุมมอง ความเชื่อและสมมติฐานเดิมของตน รวมไปถึงร่วมกันวางแผนแนวทางในการปฏิบัติใหม่เมื่อต้องสื่อสารกับแพทย์ หรือวิธีการเลือกรับสื่อทางสุขภาพ

**ระยะที่ 3 การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างสามารถวางแผนและกำหนดทางเลือกในการเปลี่ยนแปลง** เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำความรู้และทักษะจากระยะที่ 2-3 มาวางแผนและกำหนดทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการควบคุมโรคที่เหมาะสมซึ่งกิจกรรมประกอบไปด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างมีการใคร่ครวญในตนเอง (Critical self-reflection) โดยพิจารณารูปแบบการดูแลสุขภาพในอดีต/การใช้ชีวิตในปัจจุบัน นำมาวางแผนและกำหนดทางเลือกใหม่ในการปฏิบัติตนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมควบคุมความรุนแรงของโรคที่เหมาะสมโดยจัดกิจกรรม 1 ครั้ง ใช้เวลา 4-5 ชั่วโมง

**ระยะที่ 4 การเริ่มทดลองปฏิบัติตามบทบาทใหม่ (Provision trying of new roles)** เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำรูปแบบในการปฏิบัติตนที่ตนเองได้วางแผนกำหนดทางเลือกไว้ในระยะที่ 3 นำไปทดลองปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันของตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกลงในสมุดบันทึกประจำวัน

**ระยะที่ 5 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทดลองปฏิบัติตามบทบาทใหม่** เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงความสำเร็จและความล้มเหลวที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติเพื่อการควบคุมโรคที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

**ระยะที่ 6 การร่วมกิจกรรมปรับพฤติกรรมเพื่อการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพะที่ดี** ครอบคลุมทั้งมิติทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งทั้ง 3 มิตินี้มีความเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม โดยการจัดทำกิจกรรมร่วมกัน

เป็นฐาน ให้ครบทุกมิติของการดูแลสุขภาพทั้ง การประเมินสุขภาพตนเอง การควบคุมความรุนแรงของโรค การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และทำกิจกรรมเพื่อสังคม

**ระยะที่ 7 ระยะการติดตามเพื่อสร้างความมั่นใจ** เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยการเยี่ยมบ้านแบบเพื่อนช่วยเพื่อน เดือนละ 1 ครั้ง และพบกลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 1 หลังจบโปรแกรมแล้ว 12 สัปดาห์ ด้วยการประเมินระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตและระดับ HbA1C หลังจบกิจกรรมและติดตามผล

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

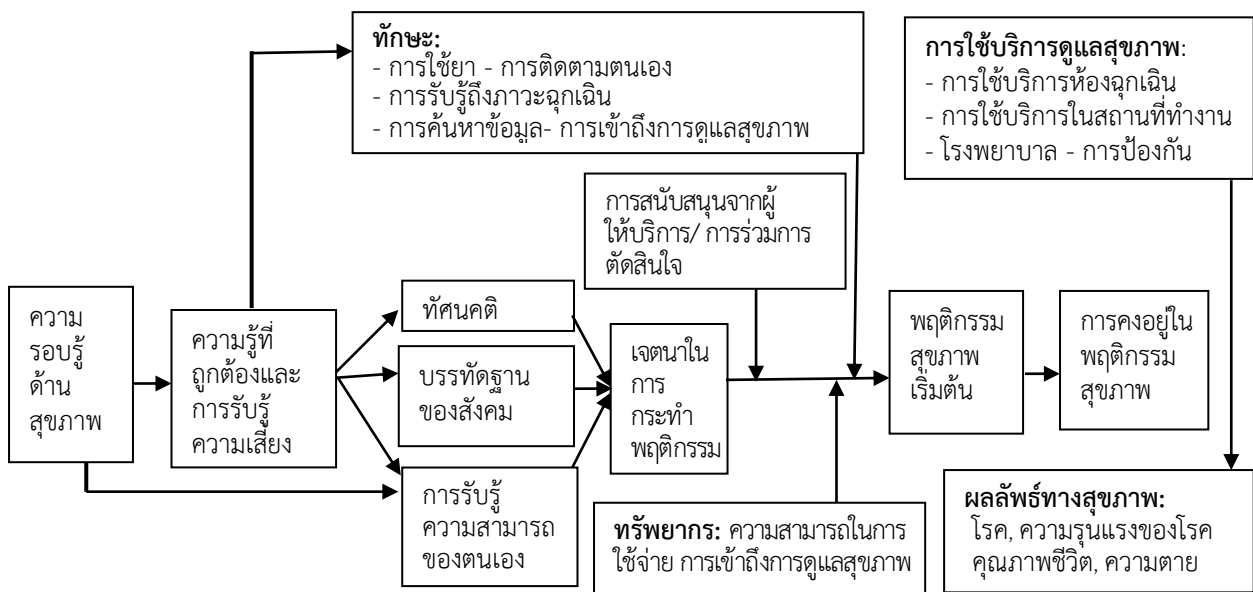
โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่มี ต่อการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วย ดังการศึกษา Mezirow (2003) ได้เสนอแนวคิดการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นแนวคิด การเรียนรู้ที่มุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตนเอง ซึ่งเป็นแนวคิดที่จะนำบุคคลไปสู่การเปลี่ยนวิธีคิด โดยใช้กระบวนการทางปัญญา จนนำไปสู่พฤติกรรมหรือการกระทำใหม่ การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองเป็นการเรียนรู้ที่บุคคลรับรู้ปัญหา หรือความต้องการของตน ผ่านการคิดวิเคราะห์ และประเมินค่า และการสื่อสารประสบการณ์เพื่อหาข้อสรุป ที่ทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจ (Making sense) และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง กรอบความคิดความเชื่อเดิมที่บิดเบือน (Hein, 2004) จากที่กล่าวข้างต้นนั้นแสดงให้เห็นว่ากระบวนการทางปัญญามีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมซึ่งแนวคิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นแนวคิดที่นำเสนอการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยกระบวนการทางปัญญา โดยมุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมที่บิดเบือนไปสู่พฤติกรรม ใหม่ด้วยการเปลี่ยนแปลงกระบวนการคิดโดยผ่านการคิดวิเคราะห์ และประเมินค่า และการสื่อสาร ประสบการณ์เพื่อหาข้อสรุป ที่ทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจ (Making sense) และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงกรอบความคิดความเชื่อเดิมที่บิดเบือน สำหรับพฤติกรรมสุขภาพนั้นเป็นพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดีอันจะส่งผลให้เกิด คุณภาพชีวิตที่ดี เช่นเดียวกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน หากบุคคลมีพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสมก็จะทำให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้รณรงค์ให้ประเทศต่างๆ ได้ ตระหนักถึงของการพัฒนาปัจจัยด้านรู้คิด (Cognitive Factors) ของประชากรโลก โดยส่งเสริมให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และได้นำแนวคิดซึ่งเรียกว่าความรู้ด้านสุขภาพ มากระตุ้นให้ประชากรโลกตื่นตัว ทั้งนี้ในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 7 ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา องค์การอนามัยโลกได้ชูประเด็นเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ ให้เป็นทักษะการเรียนรู้และทักษะทางสังคมในการกำหนดความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยมีจุดมุ่งหมายให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และกระตุ้นให้เกิดการกระทำของบุคคลที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของปัจจัยนั้นๆ (WHO, 2013) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้มุ่งพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นการพัฒนาทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม โดยมุ่งที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพนั้นได้นำแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงมาใช้สำหรับการพัฒนาทักษะทางปัญญาและสังคมของผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดไว้ดังนี้

### แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาวะครอบครัว

การวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) และผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcomes) ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรค และคุณภาพชีวิต โดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามแนวคิดที่ได้มาจากการสังเคราะห์และผสมผสานหลายทฤษฎีของ องค์การเพื่อคุณภาพและการวิจัยการดูแลสุขภาพ (Agency for Healthcare Research and Quality- AHRQ, 2011) ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้นำเสนอโมเดลตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ (A logic model for analyzing studies of health literacy) เป็นโมเดลเส้นทางอิทธิพลเชิงสาเหตุ (Causal pathway model) ที่พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น การเกิดโรคและความรุนแรงของโรค คุณภาพชีวิต มี

สาเหตุมาจาก การใช้บริการสุขภาพ (Use of health care services) ความยึดมั่น (Adherence) การคงอยู่ในพฤติกรรมสุขภาพ (Intent for health behavior) รวมไปถึง ทักษะการกำกับตนเอง (Self-monitoring) เจตคติ (Attitudes) บรรทัดฐานทางสังคม (Social norms) การรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy) ระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy level)

ตามที่ เบอร์กแมนและคณะ (Berkman et al., 2012) ได้ทำการวิจัยเชิงสังเคราะห์อย่างมีระบบ (Systematic review) เรื่อง Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ การใช้บริการสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างในระดับความรู้ด้านสุขภาพและการออกแบบโปรแกรมหรือกิจกรรมในการพัฒนาสำหรับผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ และอธิบายประสิทธิผลของโปรแกรมที่ต่างกันตามกลุ่มเป้าหมายที่มีชีวิตสังคมต่างกัน โดยการศึกษาจากรายงานการวิจัยที่ใช้ keywords ว่า Health Literacy ที่เผยแพร่ในช่วงปี 2003 ถึง 25 พฤษภาคม 2010 ในฐาน Medline โดยการพิจารณาเกณฑ์คุณภาพของงานวิจัยและความเข้มแข็งของหลักฐานข้อมูล ตามนิยามของ Health Literacy ผลการคัดเลือกคุณภาพงานวิจัยที่นำมาศึกษาจากระดับน้อยถึงระดับดีมาก และเป็นการศึกษาถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพ 81 เรื่อง จากรายงานวิจัยทั้งหมดที่ศึกษาการวัดและสำรวจระดับของ Health Literacy 86 เรื่อง พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับของ Health Literacy อยู่ในระดับต่ำในเรื่องการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ใช้บริการตรวจเต้านมแบบ mammography การรับบริการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ การอ่านฉลากยา การอ่านคำสั่งแพทย์ อ่านข่าวสารทางด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสารการพูดเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ สภาวะทางสุขภาพต่ำ และอัตราการตายสูง เป็นต้น และในจำนวนรายงานการวิจัยอีก 42 เรื่องเป็นการศึกษาโปรแกรมการพัฒนา Health Literacy โดยที่ 27 เรื่องเป็นงานวิจัยแบบ Randomized controlled trials - RCTs, 2 เรื่อง เป็น Cluster RCTs, และ 13 เรื่อง เป็น Quasi-experimental designs ซึ่งหลายงานวิจัยเป็นการสร้างและเพิ่มความเข้าใจทางด้านสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพอย่างเท่าทัน การจัดการตนเองเพื่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการและควบคุมความชุกของโรค และผลของโปรแกรมเพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ครอบคลุม ความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การยึดมั่นผูกพัน และคุณภาพชีวิต จึงนำมาสู่ข้อสรุป ที่มีการพัฒนาเครื่องมือวัดที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา เพิ่มแรงจูงใจ และเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และจากการสังเคราะห์งานวิจัยนี้ นำมาสู่การนำเสนอโมเดลตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษา ดังภาพประกอบ



ภาพประกอบ 1 โมเดลตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ (A Logic model for analyzing studies of health literacy) (Berkman et al., 2011)

ผู้วิจัยประยุกต์โมเดลดังกล่าวร่วมกับทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัว (The individual and family self-management theory, IFSMT) (Ryan & Sawin, 2009) มีรากฐานมาจากทฤษฎีเชิงระบบ มาพัฒนาเป็นโมเดลในการวิเคราะห์สาเหตุของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Outcome) ทั้งระยะสั้น (Proximal outcome) และระยะยาว (Distal outcome) (วัดจากพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตและความผาสุก) โดยมีตัวแปรด้านกระบวนการ (Process) คือ ความเชื่อและทักษะ เช่น การรับรู้ความสามารถของตน ทักษะการกำกับตนเอง การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น และสาเหตุสำคัญด้านบริบท (Context) และปัจจัยนำเข้า (Input) คือ สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม เช่น การเดินทาง วัฒนธรรมในชุมชน นโยบายภาครัฐ เป็นต้น ส่วนในด้านบริบทครอบครัวและบุคคลได้แก่ การรับรู้ข่าวสาร การรู้หนังสือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะทางจิตวิทยา เป็นต้น ซึ่งแนวคิดนี้ได้พัฒนามาจาก ทฤษฎีระบบ (Family system) ที่สามารถนำมาปรับใช้ในการศึกษาการจัดการครอบครัวได้ โดยทฤษฎีระบบ มองครอบครัวเป็นระบบย่อยที่สำคัญของสังคมและมีอยู่ในสังคมมาเป็นเวลานาน รวมทั้งเป็นสถาบันทางสังคมที่เกิดขึ้นมานานแล้วในอดีตในทุกมุมโลก และยังคงเป็นสถาบันที่เป็นรากฐานในการสร้างเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่ถ่ายทอดไปสู่ลูกหลานมากที่สุดสถาบันหนึ่ง ระบบครอบครัวเป็นระบบที่ซับซ้อนและประกอบขึ้นด้วยระบบย่อยภายในครอบครัวอีกหลายระบบ ซึ่งต่างปฏิสัมพันธ์กันในการดำเนินชีวิตครอบครัว การทำความเข้าใจกับความสัมพันธ์ของระบบต่างๆ ของครอบครัวย่อมขยายมุมมองการวิเคราะห์ครอบครัวได้อย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น ซึ่งมีนักวิจัยสองท่าน ไรอันและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) ได้นำมาใช้ในงานวิจัยและสร้างเป็นทฤษฎีการจัดการตนเองและครอบครัว (Individual and Family Self-management Theory) แนวคิดของ Ryan & Sawin นำมาใช้ในด้านสุขภาพเป็นหลัก ที่ผู้วิจัยเห็นว่าทฤษฎีนี้ครอบคลุมและสามารถนำมาปรับใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและครอบครัว จึงได้มีการนำมาปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของชุมชนในเมืองที่นำไปสู่สุขภาพครอบครัว ซึ่งมาจากสาเหตุสามมิติ คือ บริบท (Context) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) โดยปัจจัยในมิติของบริบทจะมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของตัวบุคคลและครอบครัวในมิติของกระบวนการ และมีผลโดยตรงต่อมิติของผลลัพธ์ ซึ่งทำให้มีผลลัพธ์ในเชิงบวกมากขึ้น โดยผลลัพธ์จะเป็นผลลัพธ์ระยะสั้น (Proximal outcome) หรือผลลัพธ์ระยะยาว (Distal outcome)

มิติบริบท (Context) เป็นปัจจัยความเสี่ยงและการป้องกัน ประกอบด้วย 1) ปัจจัยเงื่อนไขเฉพาะ เช่น การรับรู้ของครอบครัว โครงสร้างของครอบครัว 2) สภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น วัฒนธรรม ทักษะสังคม และ 3) ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว เช่น ความสามารถในการเรียนรู้ โครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัว ความสามารถในการจัดการตนเอง ส่วนมิติกระบวนการ (Process) ประกอบด้วย 1) ความรู้ความเชื่อ เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง การคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น 2) ทักษะและความสามารถในการควบคุมตนเอง และ 3) การอำนวยความสะดวกทางสังคม เช่น อิทธิพลทางสังคม การเจรจาระหว่างตนเองและครอบครัว และสำหรับมิติผลลัพธ์ (Outcome) ในส่วนของผลลัพธ์ใกล้เคียง (Proximal outcome) จะเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองและการจัดการในครอบครัว และผลลัพธ์สุดท้าย (Distal outcome) จะเกี่ยวข้องกับการมีผลลัพธ์ใกล้เคียง หากบุคคลสามารถมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองและในครอบครัวได้ ก็จะทำให้เกิดการมีครอบครัวเข้มแข็งได้ (Ryan & Sawin, 2009: 9-10) ประกอบกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของคริสโทเฟอร์และคณะ (Christopher et al., 2013) ได้ศึกษา คุณลักษณะตามทฤษฎีจิตวิทยา ในผู้ป่วยเบาหวานด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบ ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี (Optimism) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ความยืดหยุ่น (Resilience) มีความสัมพันธ์สูงต่อ ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น โดยผ่านตัวแปรคั่นกลางที่สำคัญคือ พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การยึดมั่นในการรับประทานอาหารเบาหวาน (Adherence to a diabetic diet) การเพิ่มการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกาย (Increased participation in physical activity) การเพิ่มการกำกับระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (Increased blood glucose monitoring) การยึดมั่นกับสุขภาพทางการแพทย์ (Increased adherence to medication) ที่ส่งผลดีด้านสุขภาพ (Health

outcomes) ได้แก่ การควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดี การลดภาวะแทรกซ้อนของโรค การลดอัตราการตาย เป็นต้น จึงกล่าวได้ว่า ทูทางจิตวิทยามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ

### ทูทางจิตวิทยาที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาวะครอบครัว

ทูทางจิตวิทยา นับเป็นส่วนหนึ่งของ จิตวิทยาเชิงบวก ซึ่งเป็นสาขาหนึ่งในจิตวิทยาที่แสดงให้เห็นว่า จิตวิทยาไม่ใช่ศาสตร์ที่ศึกษาเพียงด้านพยาธิสภาพ ความอ่อนแอ หรือความล้มเหลวเสียหายของมนุษย์ แต่เปลี่ยนมุมมองทฤษฎีและแนวคิดคว่ายังมีการศึกษาถึงความเข้มแข็งและเจริญเติบโตด้วย ซึ่งใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่ดีที่สุดในการทำความเข้าใจ อธิบาย และจัดการกับพฤติกรรมมนุษย์ที่ซับซ้อนได้อย่างดีที่สุด โดยเฉพาะในทางเชิงป้องกันเพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งให้เกิดความหยุ่นตัวของคนให้ต่อต้านกับอาการเจ็บป่วยทางจิต ที่มนุษย์เราสามารถเรียนรู้ เพื่อสร้างคุณภาพชีวิตของตนและชุมชนได้ (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, 2002) จิตวิทยาเชิงบวก จึงเป็นการศึกษาเพื่อเข้าใจถึงการพัฒนาความผาสุก ความเข้มแข็ง และความหยุ่นตัว ซึ่งลักษณะเหล่านี้จะเกิดขึ้นอย่างซับซ้อน ไม่ใช่มาจากเพียงด้านการมองโลกในแง่บวก การมีอารมณ์ทางบวกเท่านั้น แต่เกิดจากลักษณะ หรือปัจจัยหลากหลาย รวมทั้งประสบการณ์ทั้งด้านดีและลบที่ได้พบเจอ การสะท้อนความคิด การมองเห็นความหมาย และสามารถท้าทายต่อเป้าหมายที่พัฒนาจากความเป็นจริง ที่จะส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมทางบวก จิตวิทยาเชิงบวกจึงไม่ได้ละเลยอารมณ์หรือประสบการณ์ทางลบ แต่จะศึกษาว่าด้านลบที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลต่อการประมวลข้อมูลข่าวสาร มีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพจิตที่ดี และความผาสุกอย่างไร (Davis & Asliturk, 2011) ทั้งนี้ ซไนเดอร์และโลเปซ (Snyder & Lopez, 2007:428) ได้นิยาม ทูทางจิตวิทยาในเชิงบวก หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลในแง่ดี สำหรับ ลูธานส์ และคณะ ผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการด้านพฤติกรรมองค์กรได้พัฒนาแนวคิดการศึกษาพฤติกรรมองค์กรเชิงบวก (Positive organization behavior) ตามแนวทางการศึกษาของจิตวิทยาเชิงบวกโดยให้นิยามว่า พฤติกรรมองค์กรเชิงบวกนี้ เป็นการศึกษา และการประยุกต์ในเรื่องความเข้มแข็งของทรัพยากรมนุษย์ในด้านดี และความสามารถทางจิตวิทยา ซึ่งสามารถวัด พัฒนา และจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อปรับปรุงผลการปฏิบัติงาน ในสถานที่ทำงาน โดยองค์ประกอบของพฤติกรรมองค์กรเชิงบวกนี้มีเกณฑ์เชิงปฏิบัติการ (Operational criteria) ดังนี้ (Luthans, 2002; Luthans, Youssef; & Avolio, 2007; Luthans, 2011) 1) ต้องมีทฤษฎีและงานวิจัยมารองรับ (Based on theory and research) 2) สามารถวัดหรือประเมินได้อย่างเที่ยงตรง (Valid measures) 3) เป็นลักษณะสถานะ (State – like) ที่สามารถเรียนรู้ พัฒนาได้และเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ซึ่งแตกต่างไปจากคุณลักษณะที่เป็นลักษณะนิสัย (Trait – like) ซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ยากและส่วนใหญ่เป็นลักษณะทางจิตวิทยาเชิงบวก และ 4) จัดการเพื่อปรับปรุงการทำงานได้ (Managed for performance improvement)

ลูธานส์ และคณะ (Luthans, Youssef & Avolio, 2007 ; Luthans, 2011) ได้นำแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก และพฤติกรรมองค์กรเชิงบวกมาศึกษาองค์ประกอบและรวมตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกัน แล้วเรียกตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปรเป็นตัวแปรรวมตัวเดียวคือ ทูทางจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychological Capital) หรือเรียกอย่างย่อว่า “PsyCap” หรือทูทางจิตวิทยา เพราะเมื่อนำมารวมกันเป็นตัวแปรเดียวแล้วจะมีประสิทธิภาพในการทำงานผลการปฏิบัติงานของพนักงานได้ดีกว่าองค์ประกอบแต่ละตัว ซึ่ง ลูธานส์และคณะ (Luthans et al., 2007:3) ได้นิยามทูทางทูทางจิตวิทยา หมายถึง สถานะของบุคคลที่เป็นจุดเด่นหรือจุดแข็งที่มีการพัฒนาคุณลักษณะในทางที่ดี ซึ่งนำไปสู่การกำหนดพฤติกรรมที่สามารถวัดได้ พัฒนาได้และสามารถจัดการอย่างมีประสิทธิภาพให้เกิดการปฏิบัติงานที่ดีขึ้นในองค์กร ทูทางจิตวิทยาจึงเป็น คุณลักษณะด้านบวกของแต่ละบุคคลสามารถวัดได้พัฒนาได้นำมาใช้ในการจูงใจพนักงานให้มีประสิทธิภาพในการทำงาน ลูธานส์และคณะ (Luthans et al., 2007: 3) ได้พัฒนาองค์ประกอบ ทูทางจิตวิทยา ที่มีความเฉพาะเจาะจง สามารถวัดได้ พัฒนาได้ โดยมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy) ความหวัง (Hope) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) และความหยุ่นตัว (Resilience) โดยมีรายละเอียดดังนี้

### 1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy)

แบนดูรา (Bandura, 1986 : 391) ได้ให้ความหมายการรับรู้ความสามารถของตนเองว่า บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

### 2. ความหวัง (Hope)

ความหวังเป็นการตอบสนองพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับชีวิตมนุษย์ โดย เฮิร์ท (Herth, 1990: 1250) อธิบายความหมายของความหวังว่าเป็นความรู้สึกและความเชื่อมั่นว่าจะบรรลุถึงสิ่งที่ดีในอนาคตซึ่งสามารถแสดงออกได้ทางอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล ลูธานส์ และคณะ (Luthans et al., 2007 63-65) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความมุ่งมั่นปรารถนาด้วยความคิดว่า จะบรรลุความสำเร็จโดยปราศจากความรู้สึกที่สิ้นหวัง เป็นภาวะที่สะท้อนความพยายามของคนที่ จะบรรลุเป้าหมาย เป็นความเชื่อว่าแผนและแนวทางที่กำหนดมีไว้เพื่อบรรลุเป้าหมาย ความหวังมีลักษณะสองมิติ ประกอบด้วย พลังแห่งความปรารถนา และพลังของแนวทาง

### 3. การมองโลกในแง่ดี (Optimism)

ซีลิกแมน (Seligman, 2002) ได้นิยามไว้ว่าเป็นกระบวนการทางปัญญากับการคาดหวังทางบวกและลักษณะการให้เหตุผลต่อเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดจากปัจจัยภายนอก เกิดขึ้นชั่วคราว และมีความเฉพาะในเหตุการณ์หนึ่งๆ เท่านั้น ส่วนเหตุการณ์ที่ดีเกิดจากปัจจัยในตนเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ และสามารถแผ่ขยายไปยังสถานการณ์อื่นได้ และ พรธรรมราย ทรัพย์ะประภา (2548:18) กล่าวว่า การมองโลกในแง่ดี หมายถึง ความคิดบวกที่มีต่อบุคคลต่อสถานการณ์ สามารถยอมรับความจริงว่ามนุษย์ทุกคนไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ทุกเรื่องแต่การมองโลกในแง่ดีจะช่วยให้คุณมีสุขภาพจิตดีดำรงอยู่อย่างมีความสุข

### 4. ความยืดหยุ่น (Resilience)

มาสเทน (Masten, 2001: 227) กล่าวว่า เป็นคุณลักษณะที่เป็นจุดแข็งของบุคคลที่สามารถวัดได้พัฒนาได้ในการเผชิญต่อความเครียด เผชิญปัญหา มีการปรับตัวได้ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง และอุปสรรคต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งหากบุคคลสามารถที่จะจัดการเรื่องต่างๆ ทั้งที่เป็นเรื่องส่วนตัวและกิจกรรมภายในครอบครัวได้ และมีความหวังในชีวิตในการบรรลุเป้าหมาย อาทิ ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน การประสบความสำเร็จในการเรียนของบุตร เป็นต้น บุคคลสามารถยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นในชีวิตตนเองและครอบครัว มองว่าทุกสิ่งทุกอย่างเกิดขึ้นได้เสมอ ตลอดจนการที่บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียด ปัญหาต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตส่วนตัวและครอบครัว ปรับตัวได้อย่างเหมาะสม บุคคลผู้นั้นก็สามารถที่จะจัดการตนเองและจัดการภายในครอบครัวได้ และจะทำให้ครอบครัวมีความอบอุ่นและเป็นสุข

สำหรับในงานวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษา ตัวแปร เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ เป็นคุณลักษณะหนึ่ง ขององค์ประกอบการวัดทุนทางจิตวิทยาซึ่งได้มาจากแนวคิดทฤษฎีทางด้านสุขภาพที่ให้ความสำคัญเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง และในการศึกษา จิตวิทยาเชิงบวกครั้งนี้ ได้ศึกษาเป็น คุณลักษณะด้านบวกของบุคคล (Positive psychological characteristics) ดังนั้น เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ จึงหมายถึง ความรู้เชิงประเมินค่าเห็นประโยชน์ต่อการกระทำเพื่อสุขภาพที่ดีของตนเอง ความรู้สึกพอใจในตัวบุคคลที่รักสุขภาพ หรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการกระทำในด้านสุขภาพ และความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคม

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องของทุนทางจิตวิทยากับพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาวะครอบครัว

ศิริมล คำนวล (2552) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่าง การมองโลกในแง่ดี ความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรคและความสุข:กรณีศึกษาพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการมองโลกในแง่ดี ระดับความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรค และระดับความสุขของพนักงาน รวมทั้งศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง การมองโลกในแง่ดี ความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรค และระดับความสุขของพนักงาน รวมทั้งศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง การมองโลกในแง่ดี ความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรค และความสุข และสร้างสมการพยากรณ์ความสุขจากตัวแปรการมองโลกในแง่ดี และ



ความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรค ผลการวิจัยพบว่า พนักงานมีการมองโลกในแง่ดีในระดับสูง มีความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรคในระดับปานกลาง และมีความสุขในระดับปานกลาง และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการมองโลกในแง่ดี ได้แก่ อายุ และอายุงาน ปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่มีผลต่อการมองโลกในแง่ดี ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรค ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอายุงาน ปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่มีผลต่อความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรค คือ อายุ และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความสุข ได้แก่ เพศ และอายุงาน ปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่มีผลต่อความสุข ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา การมองโลกแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรค และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข และความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรคยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข ส่วนการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การมองโลกในแง่ดี และความสามารถในการเผชิญและฟื้นฝ่าอุปสรรค เป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายความสุข คือ สามารถทำนายได้ร้อยละ 30.8 ดังนั้นวิจัยของ สดกมล แก้วมา (2552) การเปรียบเทียบความหวัง ความผาสุกทางจิตวิญญาณและพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีกับไม่เปิดเผยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความหวัง ความผาสุกทางจิตวิญญาณและพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีกับไม่เปิดเผย ผลการวิจัยพบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความหวังความผาสุกทางจิตวิญญาณและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้ง 2 กลุ่มพบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อที่เปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีมีความหวัง ความผาสุกทางจิตวิญญาณและพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มไม่เปิดเผยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สายสมร เฉลยกิตติ (2554) ได้ศึกษาการพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของพยาบาลวิชาชีพโดยการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการมีความมุ่งหมายเพื่อ 1) ศึกษาองค์ประกอบของพยาบาลวิชาชีพและ 2) พัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของพยาบาลวิชาชีพโดยการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) การศึกษาองค์ประกอบของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของพยาบาลวิชาชีพพบว่า องค์ประกอบของทุนทางทุนทางจิตวิทยา 4 ด้านได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความหวัง การมองโลกในแง่ดีและความหย่อนตัว มีค่าความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และวัตถุประสงค์ประกอบของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกได้ 2) โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมี 3 ขั้นตอนคือ ขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ และขั้นยุติการให้คำปรึกษาโดยประยุกต์ใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาตลอดทั้งเทคนิคทางจิตวิทยาใช้ในการพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของพยาบาลวิชาชีพ 3) ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกโดยรวม และรายองค์ประกอบของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 4) ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกโดยรวมและรายองค์ประกอบของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ และกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองหลังการทดลอง และเมื่อสิ้นสุดการติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สิริพร วงษ์โตน (2554) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาด้านบวกความผูกพันต่อองค์การและผลการปฏิบัติงาน: กรณีศึกษาธนาคารพาณิชย์แห่งหนึ่ง ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ทุนทางจิตวิทยาด้านบวกไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์การ 2) ทุนทางจิตวิทยาด้านบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงานโดยการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการปฏิบัติงานสูงสุดรองลงมาคือ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองความหวังในการทำงาน และความยืดหยุ่นทางอารมณ์ตามลำดับ 3) ทุนทางจิตวิทยาด้านบวกไม่สามารถสร้างสมการพยากรณ์ความผูกพันต่อองค์การได้ และ 4) ทุนทางจิตวิทยาด้านบวกด้านการมองโลกในแง่ดี ความผูกพันต่อองค์การ ด้านการคงอยู่ในองค์การ และความผูกพันต่อองค์การ ด้านบรรทัดฐานสามารถร่วมกันทำนายผลการปฏิบัติงานได้ร้อยละ 41.70

อรพินทร์ ชูชมและคณะ (2554) ศึกษาเรื่องปัจจัยเชิงเหตุและผลของภูมิคุ้มกันทางจิตของเยาวชน มีจุดมุ่งหมายที่จะวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของภูมิคุ้มกันทางจิตของเยาวชน ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของภูมิคุ้มกันทางจิตของเยาวชนประกอบด้วย จิตลักษณะ (การควบคุมตน การมองโลกในแง่ดี และความเชื่ออำนาจในตน) และปัจจัยครอบครัว (ความสัมพันธ์กับบิดามารดา การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการถ่ายทอดการดำรงชีวิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของบิดามารดา) ส่งผลทางบวกต่อภูมิคุ้มกันทางจิตและภูมิคุ้มกันทางจิตส่งผลโดยตรงทางบวกต่อคุณภาพของเยาวชนและการดำรงชีวิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ในขณะที่ปัจจัยเพื่อน (ความสัมพันธ์กับเพื่อน การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการเห็นแบบอย่างจากเพื่อนในการใช้ชีวิตด้วยความพอเพียง) มีอิทธิพลทางบวกต่อเจตคติต่อการดำรงชีวิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และการดำรงชีวิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงรูปแบบดังกล่าวนี้ มีความสอดคล้องเหมาะสมกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของจิตลักษณะ ปัจจัยครอบครัว และปัจจัยเพื่อน สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพเยาวชนได้ร้อยละ 92.4 และการดำรงชีวิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงได้ร้อยละ 67.3 ภูมิคุ้มกันทางจิตมีบทบาทเป็นตัวแปรต้นกลางความสัมพันธ์ระหว่างจิตลักษณะและปัจจัยครอบครัวกับคุณภาพของเยาวชน ผลการวิจัยยังพบว่า จิตลักษณะมีอิทธิพลสูงสุดต่อภูมิคุ้มกันทางจิต รองลงมาคือ ปัจจัยครอบครัว ข้อค้นพบจากการวิจัยนี้ได้เสนอแนะ ภูมิคุ้มกันทางจิตทำหน้าที่เป็นทั้งปัจจัยที่ปกป้องภัยคุกคามต่างๆ ที่มีต่อบุคคลแล้วยังทำหน้าที่เป็นปัจจัยส่งเสริมหรือสนับสนุนให้บุคคลมีชีวิตที่มีคุณภาพ

### ปัจจัยทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาวะครอบครัว

โมเดลเส้นทางอิทธิพลเชิงสาเหตุ (Causal pathway Model) ตามเหตุผลเพื่อการวิเคราะห์ในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (A Logic model for analyzing studies of health literacy) ที่พบว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น การเกิดโรคและความรุนแรงของโรค คุณภาพชีวิต มีสาเหตุมาจาก การใช้บริการสุขภาพ (Use of health care services) ความยึดมั่น (Adherence) การคงอยู่ในพฤติกรรมสุขภาพ (Intent for health behavior) ทักษะการกำกับตนเอง (Self-monitoring) ที่มีสาเหตุสำคัญมาจากกลุ่มตัวแปรด้านจิตได้แก่ เจตคติ (Attitudes) และการรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy) และปัจจัยด้านสังคมได้แก่ บรรทัดฐานทางสังคม (Social norms) ที่เป็นผลจาก ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy level) ร่วมกับ ประกอบกับ ทฤษฎีเชิงระบบ ของ ไรแอนและซาวิน (Ryan & Sawin, 2009) การจัดการตนเองและครอบครัว (The individual and family self-management theory, IFSMT) ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุของผลลัพธ์ทางสุขภาพซึ่งปัจจัยสาเหตุสำคัญด้านบริบทและปัจจัยนำเข้าคือ สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม ได้แก่ วัฒนธรรมในชุมชน (Cultural) ที่เป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมของบุคคลได้ ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้ จึงให้ความสำคัญกับ บรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรม (Cultural and social norms) ซึ่งเป็นผลรวมของสิ่งต่าง ๆ ที่มีอยู่ในสังคม ทั้งในส่วนที่ได้จากการสั่งสมและการต่อยอดรวมถึงการรวมตัวของคนที่มีความรู้เพื่อสร้างประโยชน์ต่อส่วนรวม บนพื้นฐานของความไว้วางใจ สายใยแห่งความผูกพันและวัฒนธรรมที่ดีงาม ซึ่งบรรทัดฐานทางวัฒนธรรม ครอบคลุมถึงระบบคุณค่า เช่น คุณธรรม วินัย จิตสำนึกสาธารณะ วัฒนธรรมไทย และภูมิปัญญาท้องถิ่น ฯลฯ ที่มากำหนดความคิดและการปฏิบัติของคนในชุมชนหรือสังคมนั้น ซึ่งบรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรมนี้ ครอบคลุมถึง แบบแผนพฤติกรรมที่คนในสังคมนั้นยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติและกำหนดว่าอะไรควรกระทำและอะไรไม่ควรกระทำหรือควรยอมรับหรือไม่ควรยอมรับเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาวะครอบครัว

บรรทัดฐานทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญตัวหนึ่งของ ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมและพฤติกรรมตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of reasoned action) ของ ไอเซ็นและฟิชไบน์ (Ajzen &

Fishbein, 1980) ซึ่งทฤษฎีได้อธิบาย บรรทัดฐานทางสังคมนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2 ประการคือ 1) บุคคลที่ใกล้ชิดกับตนในสังคมมีความเชื่อ มีค่านิยม มีความต้องการให้ตนกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรม และ 2) แรงจูงใจที่จะคล้อยตามบุคคลใกล้ชิดนั้น ซึ่งบรรทัดฐานทางสังคม ในการศึกษาคั้งนี้จึงหมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงความเชื่อด้านสุขภาพของคนในชุมชนที่ยึดถือกันมานานตามภูมิปัญญาท้องถิ่น และรวมถึงการรับรู้ถึงการกระทำที่เป็นแบบอย่างของครอบครัวที่จะทำตามหรือไม่ทำตาม

จากการศึกษางานวิจัยของ สุพัตรา ธรรมวงษ์ (2544: 70-72) ศึกษาปัจจัยจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเคารพสิทธิมนุษยชนในงานพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐจำนวน 330 คน พบว่า บรรทัดฐานทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรม โดยพบว่า พยาบาลที่มีบรรทัดฐานทางสังคมสูง จะมีพฤติกรรมตามจรรยาของพยาบาลและพฤติกรรมเคารพสิทธิผู้ป่วยสูงกว่า พยาบาลที่มีบรรทัดฐานทางสังคมน้อยกว่า และบรรทัดฐานทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมนี้ได้สูงถึงร้อยละ 46.2 และจากผลการศึกษาของ จันท์สุภาวดี ไวยฤทธิ์ (2555: 100-105) ได้ศึกษาปัจจัยจิตสังคมและการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมจากคนรอบข้างที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรับผิดชอบของพนักงานขับรถเช่า ในกรุงเทพมหานคร กับพนักงานขับรถของบริษัทเอกชนรวม 361 คน ผลพบว่า บรรทัดฐานทางสังคมมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับ เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมรับผิดชอบด้านก่อนขับรถ ขณะขับรถและหลังขับรถ และบรรทัดฐานทางสังคม มีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อรวม เท่ากับ .51 และ บรรทัดฐานทางสังคมร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมความรับผิดชอบต่อรวมของพนักงานขับรถได้ร้อยละ 34 ทั้งนี้สรุปเป็นภาพกรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการศึกษา

## โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก

โปรแกรมหรือตัวแปรจัดกระทำทางด้านจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology Interventions) มาจากแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology) โดย Seligman & Csikszentmihalyi (2000: 5) ได้ให้ความหมายของจิตวิทยาเชิงบวก ว่าเป็นจิตวิทยาของการทำหน้าที่ของมนุษย์ในทางบวก มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บรรลุการทำความเข้าใจทางวิทยาศาสตร์ และกระตุ้นการจัดกระทำที่มีประสิทธิภาพเพื่อสร้างการเจริญเติบโตให้เกิดขึ้นในตัวบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในปัจจุบัน เริ่มมีการจัดกระทำหรือโปรแกรมที่อยู่บนพื้นฐานทางแนวคิดทฤษฎี ระเบียบวิธีวิจัย และเครื่องมือทางจิตวิทยาเชิงบวกมากขึ้น โดยมีความพยายามที่จะบรรลุเป้าหมายของการเพิ่มพูนสุขภาวะและส่งเสริมความเจริญงอกงาม (Seligman, 2011) ซึ่งโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก หมายถึง วิธีการรักษาบำบัดหรือกิจกรรมต่างๆ มีวัตถุประสงค์เพื่อฝึกฝนให้เกิดความรู้สึกทางบวก พฤติกรรมทางบวก หรือการรู้คิดทางบวก (Sin & Lyubomirsky, 2009: 468) โปรแกรมเหล่านี้จะมีทั้งแบบฝึกหัดอย่างเดียว (เช่น เขียนจดหมายขอบคุณ) ถึงโปรแกรมระยะยาว (Lyubomirsky, King & Diener, 2005; Seligman, Ernst, Gillham, Reivich & Linkins, 2009) ในปัจจุบัน มีการศึกษาการประเมินโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกเพิ่มมากขึ้น โดยการศึกษาต่างๆ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก โดยลักษณะของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก เช่น การนับจำนวนคำอวยพร (Counting your blessings) (Emmons & McCullough, 2003; Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005) การฝึกความเมตตา (Practicing kindness) (Otake, Shimai, Tanaka-Matsumi, Otsui & Fredrickson, 2006) การตั้งเป้าหมายส่วนบุคคล (Setting personal goals) (Sheldon, Kasser, Smith & Share, 2002; Green, Oades & Grant, 2006) การแสดงการขอบคุณ (Expressing gratitude) (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005; Sheldon & Lyubomirsky, 2006) และการใช้จุดแข็งส่วนบุคคล (Using personal strengths) (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005) ซึ่งจะเห็นได้ว่าโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกนั้นได้พัฒนาขึ้นจากตัวแปรทางจิตวิทยาที่มีความหลากหลาย เช่น ความรู้สึกขอบคุณ (Gratitude) ความหวัง

(Hope) ความเห็นใจผู้อื่น (Compassion) อารมณ์ขัน (Humor) เป็นต้น และมีการใช้เทคนิคที่มีความหลากหลาย (Gander, Proyer & Ruch, 2016)

ในการวิเคราะห์ห่อภิมานเกี่ยวกับโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก พบว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ช่วยเพิ่มสุขภาวะเชิงอัตวิสัย สุขภาวะทางจิต และช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ (Sin & Lyubomirsky, 2009; Bolier, Haverman, Westerhof, Riper, Smit & Bohlmeijer, 2013) ส่วนงานวิจัยอื่นๆ มีผลทางบวกเกี่ยวกับสุขภาพกาย สุขภาพจิต การจัดการกับปัญหา และมีสัมพันธภาพที่ดีใกล้ชิดมากขึ้น (Cohn & Fredrickson, 2010) นอกจากนี้ ยังพบประสิทธิผลของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรค เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ (Huffman, Mastromauro, Boehm, Seabrook, Fricchione, Denninger & Lyubomirsky, 2011; Macaskill, 2016) โรคเบาหวาน (Huffman, DuBois, Millstein, Celano & Wexler, 2015; Macaskill, 2016) และโรคมะเร็ง (Macaskill, 2016) เป็นต้น

จากแนวคิดเกี่ยวกับโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกหมายถึง วิธีการบำบัดรักษาหรือการดำเนินกิจกรรมต่างๆ มีวัตถุประสงค์เพื่อฝึกฝนให้เกิดความรู้สึกทางบวก พฤติกรรมทางบวก หรือการรู้จักคิดทางบวก ซึ่งโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกเป็นการนำตัวแปรทางด้านจิตวิทยาเชิงบวกมาปรับใช้ มีเทคนิควิธีการต่างๆ มากมาย ทั้งยังช่วยทำให้สุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีอาการที่ดีมากขึ้น

## การวิเคราะห์ห่อภิมาน

การวิเคราะห์ห่อภิมาน เป็นวิธีการสังเคราะห์งานวิจัยปริมาณที่ได้รับการพัฒนาและมีความก้าวหน้าเป็นอย่างมากในปัจจุบัน หลักการในการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาน เป็นการสรุปข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยแต่ละเรื่องในรูปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และเป็นการอธิบายว่าข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยแต่ละเรื่องมีความแตกต่างกัน วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์ห่อภิมานเกิดขึ้นจากการปรับแก้จุดอ่อนของวิธีการสังเคราะห์งานวิจัยที่ใช้อยู่เดิมให้ดีขึ้น การพัฒนาข้างต้นมีอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทำให้วิธีการวิเคราะห์ห่อภิมานเป็นวิธีการสังเคราะห์งานวิจัยที่มีความเป็นระบบ มีความเป็นปรนัย และมีความถูกต้องเที่ยงตรงสูง (นงลักษณ์ วิรัชชัย และสุวิมล ว่องวานิช, 2541)

### ความหมายของการวิเคราะห์ห่อภิมาน

การวิเคราะห์ห่อภิมาน เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ทางสถิติ เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยหลายๆ เรื่องที่ศึกษาปัญหาวิจัยเรื่องเดียวกัน เพื่อนำไปสู่ข้อสรุปที่มีความถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือ (Glass, McGaw & Smith, 1981; Hedge & Olkin, 1985; Mullen, 1989) โดยข้อมูลที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาน (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) ประกอบด้วยดัชนีมาตรฐาน ได้แก่ ดัชนีขนาดอิทธิพลและดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย หน่วยการวิเคราะห์การวิจัย คือ งานวิจัยหรือการทดสอบสมมติฐาน จุดมุ่งหมายในการวิเคราะห์ คือ การสังเคราะห์ให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับดัชนีมาตรฐาน และวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรปรับกับดัชนีมาตรฐาน

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น ควรพิจารณาทำความเข้าใจการวิเคราะห์ห่อภิมานใน 3 ประเด็นหลักๆ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) นั่นคือ

1. งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์เป็นงานวิจัยที่ศึกษาปัญหาหรือประเด็นเดียวกัน ผู้วิจัยควรกำหนดนิยามและขอบเขตของการวิจัยให้มีความชัดเจน จะทำให้สามารถคัดเลือกงานวิจัยที่มีปัญหาวิจัยตรงกัน แม้จะใช้แบบแผนการวิจัยต่างกัน เครื่องมือวิธีการวัดต่างกัน วิธีการวิเคราะห์ที่ต่างกันก็ได้ ก็สามารถนำมาสังเคราะห์ได้
2. ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาน ประกอบด้วยผลการวิจัยแต่ละเรื่อง และคุณลักษณะงานวิจัย เนื่องจากงานวิจัยแต่ละเรื่องศึกษาตัวแปรต่างกัน หรือตัวแปรเดียวกันแต่ใช้เครื่องมือต่างกัน ดังนั้น ผลการวิจัยแต่ละเรื่องจึงไม่อยู่ในสเกลเดียวกัน จึงจำเป็นต้องทำให้อยู่ในรูปดัชนีมาตรฐาน (Standard indices)

3. หน่วยการวิเคราะห์ สำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ มีลักษณะแตกต่างจากหน่วยการวิเคราะห์ในงานวิจัยโดยทั่วไป คือ หน่วยตัวอย่างแต่ละคนที่ให้ข้อมูล ในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ มีหน่วยการวิเคราะห์ทั้งระดับนักเรียน และระดับโรงเรียน แต่การวิเคราะห์ห่อภิมาณ มีหน่วยการวิเคราะห์ คือ รายงานการวิจัยแต่ละเรื่อง ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลผลการวิจัย และข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย

#### **ลักษณะเฉพาะของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ**

การสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณนั้นมีลักษณะเฉพาะที่สำคัญ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) ดังนี้

1. การวิเคราะห์ห่อภิมาณ มีการกำหนดนิยามตัวแปร และกำหนดนิยามคุณลักษณะงานวิจัย เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติ
2. การวิเคราะห์ห่อภิมาณ มีการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล นั่นคือ แบบบันทึกข้อมูล และแบบลงรหัสข้อมูล ซึ่งมีการตรวจสอบคุณภาพก่อนนำไปใช้ด้วย
3. การวิเคราะห์ห่อภิมาณทุกเรื่อง จะมีตัวแปรตามเป็นดัชนีมาตรฐานเสมอ
4. แบบแผนการวิจัยในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความแตกต่างของปรากฏการณ์ นักวิจัยต้องสำรวจรายงานการวิจัยแต่ละกลุ่มเพื่อให้ได้ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยที่จะใช้เป็นตัวแปรต้นหรือตัวแปรปรับในการอธิบายความแตกต่างของดัชนีมาตรฐาน
5. ในการวิเคราะห์ข้อมูล ตัวแปรตามในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ คือ ผลการวิจัยซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรจากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์โดยวัดในรูปดัชนีมาตรฐาน ส่วนตัวแปรต้นในการวิเคราะห์ห่อภิมาณ คือ ตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัย หัวใจสำคัญอยู่ที่การวิเคราะห์เปรียบเทียบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่สนใจศึกษาในงานวิจัยแต่ละเรื่อง มีค่าเป็นเท่าไรในเงื่อนไขที่แตกต่างกัน ลักษณะความสัมพันธ์ที่เป็นไปแบบมีเงื่อนไขที่ได้จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ทำให้ผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณมีความลึกซึ้งลึกมากกว่าผลการวิเคราะห์เดิม

#### **ดัชนีมาตรฐานสำหรับการวิเคราะห์ห่อภิมาณ**

เนื่องจากงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์รวบรวมเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์ห่อภิมาณนั้น มีแบบแผนการวิจัยต่างกัน มีการวัดตัวแปรต่างกัน และมีการวิเคราะห์ทางสถิติต่างกัน ทำให้ผลการวิจัยที่ศึกษาปัญหาเดียวกันมีผลที่อยู่ในรูปที่แตกต่างกัน ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบได้ จะทำได้ก็ต่อเมื่อเปลี่ยนผลการวิจัยให้เป็นมาตรฐานเดียวกันก่อน นั่นคือทำให้อยู่ในรูปของดัชนีมาตรฐาน โดยดัชนีมาตรฐานแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ตามลักษณะงานวิจัย นั่นคือ (1) ค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size:  $d$ ) เป็นดัชนีมาตรฐานสำหรับการวิจัยเชิงทดลอง และ (2) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficients:  $r$ ) เป็นดัชนีมาตรฐานสำหรับการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542)

สำหรับค่าขนาดอิทธิพล ( $d$ ) เป็นค่าสถิติที่บอกถึงปริมาณผลของตัวแปรจัดกระทำ ที่มีต่อตัวแปรตามในงานวิจัยเชิงทดลอง เป็นค่าที่แสดงถึงความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และทำให้อยู่ในรูปคะแนนมาตรฐานโดยการหารด้วยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สำหรับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) มีการเสนอให้ตีความหมายใน 4 ประเด็น ได้แก่ (1) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีนัยสำคัญหรือไม่ (2) ระบุทิศทางของความสัมพันธ์ (3) ระบุขนาดของความสัมพันธ์ และ (4) ระบุปริมาณความแปรผันร่วมจากค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (Coefficient of determination:  $r^2$ ) นั่นคือ ปริมาณความแปรปรวนในตัวแปรตามที่อธิบายได้ด้วยตัวแปรอิสระ

สำหรับหน่วยในการวิเคราะห์ของการวิเคราะห์ห่อภิมาณ งานวิจัยแต่ละเรื่องถูกนำมาใช้ในรูปของดัชนีมาตรฐาน ได้แก่ ค่าขนาดอิทธิพล หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ซึ่งในงานวิจัยแต่ละเรื่อง ส่วนใหญ่ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมากกว่า 2 ตัวแปร ดังนั้น ดัชนีมาตรฐานที่ได้ จึงมีมากกว่า 1 ค่า เรียกว่าการทดสอบสมมติฐานแต่ละชุดเป็นหน่วยการวัด

### ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ถ้อยความ

การดำเนินการในการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ถ้อยความ ให้ความสำคัญในเรื่องการเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของตัวแปร การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และการวิเคราะห์เพื่อตอบคำถามการวิจัย (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542)

1) การเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ หลังจากทีนักวิจัยได้ทำการบันทึกข้อมูลจากรายงานการวิจัย และได้ตรวจสอบการลงรหัสตัวแปรว่าถูกต้องแล้ว ขั้นต่อไปเป็นการเตรียมไฟล์ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล นักวิจัยต้องสร้างไฟล์ข้อมูล และต้องตรวจสอบว่ามีตัวแปรใดที่มีค่าขาดหาย (Missing) บ้าง ถ้ามีค่าที่ขาดหายมากต้องตรวจสอบว่าการขาดหายเกิดขึ้นโดยสุ่มหรือมีระบบ เช่น ถ้างานวิจัยจากหน่วยงานส่วนใหญ่ ข้อมูลเกี่ยวกับปีที่พิมพ์หายไป แสดงว่าค่าของตัวแปรปีที่พิมพ์ขาดหายไปเฉพาะกลุ่ม ไม่ใช่การขาดหายแบบสุ่ม กรณีนี้ต้องย้อนกลับไปตรวจสอบและเก็บข้อมูลเสริมจากแหล่งอื่น ในกรณีที่ค่าขาดหายเป็นแบบสุ่ม นักวิจัยสามารถประมาณค่าทดแทนได้ วิธีในการประมาณค่าทดแทนค่าที่ขาดหายไปอาจใช้ค่าเฉลี่ยของตัวแปรนั้น หรือใช้ค่าประมาณค่าที่ได้จากการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างตัวแปรที่มีข้อมูลที่มีการขาดหายกับตัวแปรที่สัมพันธ์กัน

2) การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของตัวแปร นักวิจัยต้องทำตารางแจกแจงความถี่เพื่อดูลักษณะการแจกแจงความถี่ของตัวแปรที่เป็นตัวแปรไม่ต่อเนื่อง และหาค่าสถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง ของตัวแปรต่อเนื่อง เพื่อตรวจสอบว่าการแจกแจงของตัวแปรนั้นๆเป็นโค้งปกติหรือไม่ มีความจำเป็นต้องมีการปรับตัวแปรหรือไม่ อย่างไร และต้องมีการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรว่าเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear relationship) เพราะสถิติวิเคราะห์จะใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเป็นหลัก นอกจากนี้ต้องมีการตรวจสอบข้อมูลว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นที่จะใช้สถิติวิเคราะห์แต่ละประเภทหรือไม่ เช่น ในกรณีเป็นตัวแปรปรับ เป็นตัวแปรนามบัญญัติ ถ้าใช้การวิเคราะห์การถดถอย ต้องเปลี่ยนให้เป็นตัวแปรคัมมีก่อน จึงจะสามารถวิเคราะห์ได้

3) การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น เป็นการเสนอค่าสถิติเบื้องต้นของตัวแปรที่สำคัญ เช่น

- การทำตารางไขว้ (Cross tabulation) เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเบื้องต้น
- การทำกราฟเพื่อเสนอค่าดัชนีมาตรฐาน เช่น แผนภูมิต้น-ใบ (Stem-leaf plot) เพื่อแสดงลักษณะการกระจายของดัชนีมาตรฐาน แผนภูมิกล่อง (Box plot) เพื่อแสดงความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของดัชนีมาตรฐานระหว่างกลุ่มงานวิจัยที่มีการแบ่งกลุ่มตามตัวแปรปรับ เป็นต้น

4) การวิเคราะห์เพื่อตอบคำถามการวิจัย หลักการสำคัญของการวิเคราะห์ข้อมูลนี้ เป็นการวิเคราะห์ผลในรูปของดัชนีมาตรฐานทั้งหมด ว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร ถ้าเหมือนกันจะทำการสังเคราะห์สรุปผลการวิจัยทั้งหมดเป็นคำตอบปัญหาวิจัย แต่ถ้าแตกต่างกันต้องทำการวิเคราะห์ต่อไปว่ามีความแตกต่างกันเกิดขึ้นเนื่องมาจากคุณลักษณะงานวิจัยด้านใดบ้าง แล้วแยกงานวิจัยเป็นกลุ่มตามลักษณะนั้นๆ เพื่อสังเคราะห์สรุปผลการวิจัยในแต่ละกลุ่ม วิธีการวิเคราะห์เพื่อสังเคราะห์สรุปงานวิจัยสามารถทำได้ทั้งการสังเคราะห์โดยวิธีบรรยาย และการสังเคราะห์โดยวิธีการเชิงปริมาณ

แม้ว่าหลักการในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามการวิจัยจะเป็นแบบเดียวกัน แต่มีวิธีการวิเคราะห์ที่ต่างกัน โดยมีรูปแบบ 6 วิธีคือ 1) การวิเคราะห์ถ้อยความตามวิธีของ Glass 2) การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์ถ้อยความตามวิธีของ Rosenthal 3) การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์ถ้อยความตามวิธีของ Hunter 4) การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์ถ้อยความตามวิธีของ Hedges 5) การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์ถ้อยความตามวิธีของ Slavin และ 6) การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์ถ้อยความตามวิธีของ Mullen ในที่นี้ใช้ตามความนิยมคือการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิเคราะห์ถ้อยความตามวิธีของ Glass

การวิเคราะห์ทอภิมานตามวิธีของ Glass โดยจะมีสูตรในการประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากการวิจัยเชิงทดลอง โดยให้นำค่าเฉลี่ยจากกลุ่มทดลองลบด้วยค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม แล้วหารด้วยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม นอกจากนั้น Glass ยังได้เสนอการประมาณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และการปรับค่าขนาดอิทธิพลเป็นสมการสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ มีจุดเด่นของวิธีการของ Glass คือ สูตรในการประมาณค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยที่มีแบบแผนการทดลองแตกต่างกันหลายแบบ และมีสูตรในการปรับเปลี่ยนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอื่นๆ มาเป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันได้ นอกจากนี้จะสนใจกับการประมาณค่าดัชนีมาตรฐานซึ่งเปรียบได้กับผลของงานวิจัย ยังให้ความสนใจอธิบายความแปรปรวนของค่าดัชนีมาตรฐานและการวิเคราะห์การถดถอย โดยแบ่งตัวแปรคุณลักษณะเป็นตัวแปรต้นและมีดัชนีมาตรฐานเป็นตัวแปรตามเพื่อหาข้อสรุปว่าความแปรปรวนของดัชนีมาตรฐานที่เกิดขึ้นนั้นได้รับอิทธิพลมาจากตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยตัวแปรใด

ในการสังเคราะห์งานวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้วิธีของ Glass เป็นหลัก เนื่องจากวิธีดังกล่าวสามารถทำการวิเคราะห์งานวิจัยทั้งงานวิจัยที่เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์และการวิจัยเชิงทดลองที่มีแบบแผนการทดลองที่แตกต่างกันได้ และวิธีการของกลาสมีสูตรในการปรับเปลี่ยนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอื่นๆ มาเป็นแบบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ มีการอธิบายความแปรปรวนของค่าดัชนีมาตรฐานโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยและการวิเคราะห์ความแปรปรวน รวมทั้งสถิติขั้นสูงอื่นๆ โดยมีดัชนีมาตรฐานเป็นตัวแปรตาม และตัวแปรปรับเป็นตัวแปรอิสระ จึงถือได้ว่าวิธีการของ Glass เป็นวิธีการที่เหมาะสมกับงานวิจัยในครั้งนี้

### กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดที่ใช้ในกำหนดโครงสร้างหรือขั้นตอนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี ด้วยโมเดลการจัดการเรียนรู้ทางการรู้คิด (Cognitive Learning) การปรับจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology) และการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง (Self-health behavior modification) ที่ผู้วิจัยร่างขึ้น มี 3 แนวคิดหลักคือ

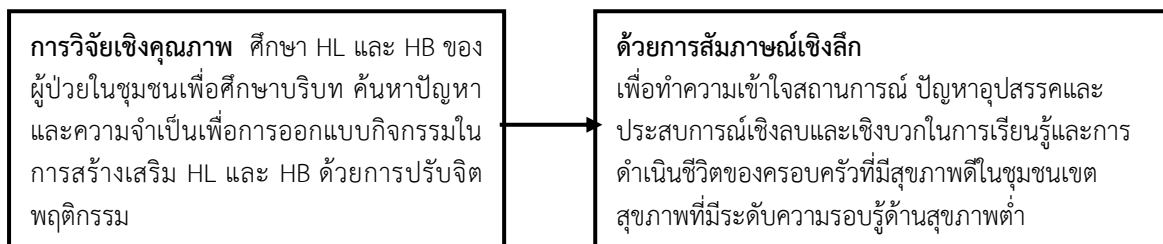
1) การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) ของ Mezirow (2003) ซึ่งได้พัฒนาแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงวิธีคิด และพฤติกรรมหรือการกระทำใหม่ เริ่มจากบุคคลรับรู้ปัญหาหรือความต้องการของตน ผ่านการคิดวิเคราะห์และประเมินค่า และการสื่อสารประสบการณ์เพื่อหาข้อสรุป ที่ทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจ (Making sense) และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง กรอบความคิดเดิมที่บิดเบือน (Hein, 2004) วิธีการเรียนรู้ของบุคคลมี 4 ประการ คือ 1) สถานการณ์หรือโจทย์ที่ทำให้บุคคลต้องเลือก (Dilemma) 2) การสะท้อนความคิดเชิงวิพากษ์ (Critical self-reflection) 3) การสะท้อนวาทกรรม (Reflexive discourse) 4) การพัฒนากรอบความคิดเดิม โดยกระบวนการเรียนรู้ 3 ขั้นตอนหลักคือ ขั้นตอนที่ 1 การตระหนักถึงปัญหาและความต้องการของบุคคลที่เกิดจากความไม่แน่ใจ ลังเลใจในการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมหรือความแปลกแยกของบุคคล (Disorienting dilemma) และนำไปสู่การตีความ ประสบการณ์เพื่อทบทวนกรอบความคิดอ้างอิง (Frame of reference) ที่บุคคลยึดถือในบริบทหรือสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจและวางแผนเส้นทางของการกระทำที่ยืนยันขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงการค้นหาคำตอบ ความสัมพันธ์ และการกระทำใหม่ และขั้นตอนที่ 3 การยอมรับแผนการกระทำและสร้างแผนใหม่ (Mezirow, 1997) และด้วยเหตุผลที่ว่า การเรียนรู้ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเองอย่างลึกซึ้ง ผ่านประสบการณ์ตรงที่สร้างสำนึกใหม่และเปลี่ยนแปลงโลกทัศน์ก่อให้เกิดความเข้าใจในตนเอง เข้าใจสิ่งแวดล้อมและความสัมพันธ์ทางสังคม มีความตื่นรู้ มีความสมดุลของชีวิต มีทักษะในการค้นคว้า วิเคราะห์ สังเคราะห์สะท้อนย้อนคิด ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถจัดการตนเองเมื่อเป็นโรคเรื้อรัง เกิดจาก ความคิด ความเชื่อ การรับรู้เดิมๆ ที่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองสะท้อนออกมาเป็นพฤติกรรม

2) แนวคิดการปรับพฤติกรรม (Behavior Modification) ของ Bandura (1986) ที่กล่าวว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมของตนเองเมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถ (Self-efficacy) มีการกำกับพฤติกรรมตนเอง (Self-regulation) และมีการกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) อย่างต่อเนื่องเมื่อเห็นผลดีของการกระทำตนเอง ซึ่งแนวคิดนี้จะกระทำเมื่อผู้ป่วยได้ผ่านกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองโดยเปลี่ยนกรอบความคิดความเชื่อและเกิดการยอมรับพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมใหม่ที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่องจนเป็นวิถีการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพที่ดีด้วยกระบวนการปรับพฤติกรรม

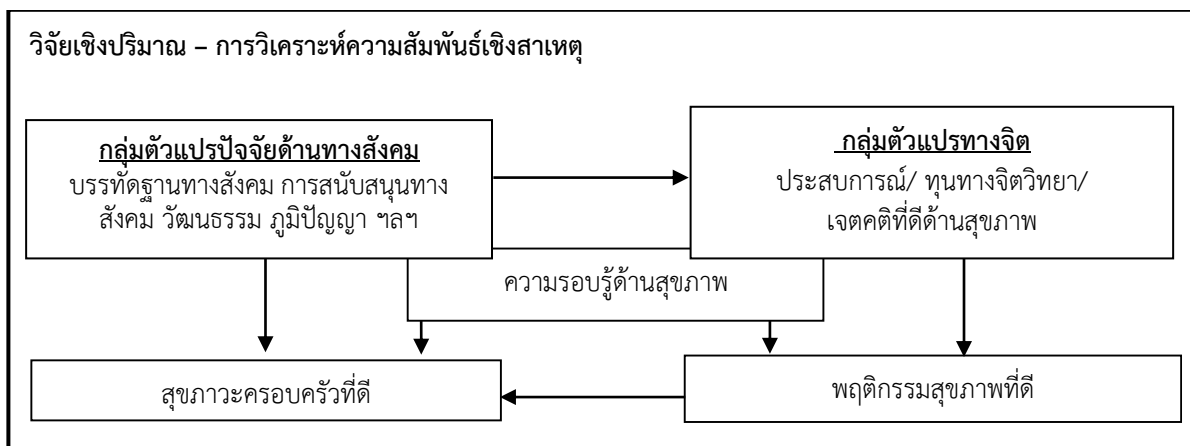
3) การปรับกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกให้ครบ 5 คุณลักษณะ (Luthan, Youssef & Avolio, 2007) ได้แก่ 1) การรับรู้ความสามารถของตนเองหมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพื่อปฏิบัติงานโดยปรารถนาที่จะกระทำในสิ่งที่ยากและท้าทายทุ่มเทพยายามปฏิบัติงาน หรือดำเนินชีวิตเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ 2) ความหวัง หมายถึง ความคิดความเชื่อของบุคลากรที่มุ่งไปยังเป้าหมายในการปฏิบัติงานโดยเชื่อว่าตนเองสามารถสรรหาวิธีการต่างๆ เพื่อบรรลุเป้าหมาย 3) การมองโลกในแง่ดี หมายถึง วิธีการคิดของบุคลากรในการใช้เหตุผลหรือรูปแบบในการอธิบายสถานการณ์ต่างๆ ที่ตนเองประสบไปในทางดี และมองว่าเป็นสถานการณ์ที่ท้าทายที่ต้องเผชิญ บุคคลจึงใช้ความพยายามเอาชนะอุปสรรคต่างๆ トラバโดที่เชื่อว่า จะมีความสำเร็จอย่างที่คุณเองตั้งเป้าหมายไว้จะเกิดขึ้นตามมา 4) ความยืดหยุ่นทางอารมณ์หมายถึง ความสามารถของบุคลากรในการอดทนและปรับอารมณ์ได้อย่างรวดเร็วให้กลับสู่สภาวะปกติเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่ไม่แน่นอนความขัดแย้งเพื่อให้สามารถปฏิบัติงาน หรือดำเนินชีวิตต่อไปให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ และ 5) เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ หมายถึง ความรู้เชิงประเมินค่าเห็นประโยชน์ต่อการกระทำเพื่อสุขภาพที่ดีของตนเอง รู้สึกพอใจในตัวบุคคลที่รักสุขภาพหรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการกระทำในด้านสุขภาพ และความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคม

แนวคิดที่ใช้ในการกำหนดวิธีการศึกษาเพื่อให้ได้รูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และจิตวิทยาเชิงบวกด้วยระเบียบวิธีวิจัยผลาผลาชีวิตด้วยการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ทั้งนี้สามารถสรุปเป็นภาพรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาได้ ดังภาพประกอบ

**การศึกษาระยะที่ 1 การวิจัยเพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการจำเป็นเพื่อออกแบบชุดกิจกรรม**



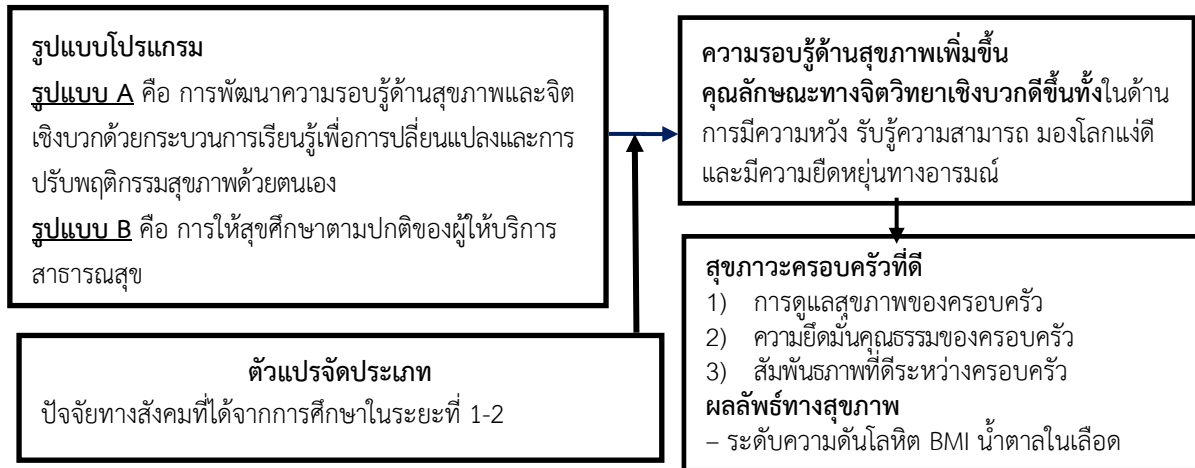
**การศึกษาระยะที่ 2 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs**





### การศึกษาระยะที่ 3 รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาวะครอบครัวของคู่สมรสกลุ่มเสี่ยงโรค NCD

ดำเนินการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาน ที่เกี่ยวข้องโปรแกรมการเสริมสร้างจิตวิทยาเชิงบวก เพื่อออกแบบโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพและจิตวิทยาเชิงบวก ๆ ไปทดลองเพื่อประเมินประสิทธิภาพกิจกรรมพร้อมปรับปรุง แล้วนำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างจริง



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างจิตวิทยาเชิงบวกและความรู้ด้านสุขภาพด้วยกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและการปรับพฤติกรรม

### นิยามเชิงปฏิบัติการ

**จิตวิทยาเชิงบวก** หมายถึง คุณลักษณะด้านบวกของแต่ละบุคคลที่มีความเฉพาะเจาะจง สามารถวัดได้ พัฒนาได้นำมาใช้ในการบริหารจัดการจิตใจบุคคลให้มีประสิทธิภาพในการทำงานและการดำเนินชีวิต (Luthan, Youssef & Avolio, 2007) วัดจากคุณลักษณะ ได้แก่ 1) การรับรู้ความสามารถของตนเองหมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพื่อปฏิบัติงานโดยปรารถนาที่จะกระทำในสิ่งที่ยากและท้าทายทุ่มเทพยายามปฏิบัติงาน หรือดำเนินชีวิตเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้บุคคลที่มีความเชื่อในการรับรู้ความสามารถตนเองสูงจะมีความเชื่อมั่นในศักยภาพที่จะทำพฤติกรรมตามไปด้วย 2) ความหวัง หมายถึง ความคิดความเชื่อของบุคคลากรที่มุ่งไปยังเป้าหมายในการปฏิบัติงานโดยเชื่อว่าตนเองสามารถสรรหาวิธีการต่างๆเพื่อบรรลุเป้าหมาย พร้อมมีแรงจูงใจความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามแนวทางนั้นและเป็นความรู้สึกที่มีลักษณะเฉพาะตัวของบุคคลในการคาดหมายถึงสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคตก่อให้เกิดแรงจูงใจในการกระทำการใดๆที่เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสามารถปรับตัวต่อสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตโดยคาดหวังว่าจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับตนเองในการดำเนินชีวิต 3) การมองโลกในแง่ดี หมายถึง วิธีการคิดของบุคคลากรในการใช้เหตุผลหรือรูปแบบในการอธิบายสถานการณ์ต่างๆ ที่ตนเองประสบไปในทางดีและมองว่าเป็นสถานการณ์ที่ท้าทายที่ต้องเผชิญ บุคคลจึงใช้ความพยายามเอาชนะอุปสรรคต่างๆ トラบใดที่เชื่อว่า จะมีความสำเร็จอย่างที่ท่านเองตั้งเป้าหมายไว้จะเกิดขึ้นตามมา บุคคลที่คิดในลักษณะมองโลกในแง่ดี เมื่อเผชิญกับอุปสรรคหรือปัญหา สามารถประเมินจากการตอบคำถามใน 3 ประเด็น คือ ใครคือผู้ที่ควรรับผิดชอบ ถูกตำหนิในปัญหาที่เกิดขึ้น มาจากสาเหตุหลายด้านหรือตนเองเพียงผู้เดียว ปัญหานั้นส่งผลกระทบต่อในวงจำกัด หรือแผ่ขยายผลไปในหลายสถานการณ์ในชีวิต และปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องชั่วคราวหรือถาวร และผู้ที่คิดแบบมองโลกในแง่ดี คือ คิดว่าปัญหาอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เป็นเหตุการณ์ชั่วคราวและมีผลในวงแคบเฉพาะ หรือส่งผลกระทบต่อในระยะสั้น 4) ความยืดหยุ่นทาง

อารมณ์หมายถึง ความสามารถของบุคลากรในการอดทนและปรับอารมณ์ได้อย่างรวดเร็วให้กลับสู่สภาวะปกติ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่ไม่แน่นอนความขัดแย้งเพื่อให้สามารถปฏิบัติงาน หรือดำเนินชีวิตต่อไปให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

**เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ** หมายถึง ความรู้เชิงประเมินค่าเห็นประโยชน์ต่อการกระทำเพื่อสุขภาพที่ดีของตนเอง ความรู้สึกพอใจในตัวบุคคลที่รักสุขภาพหรือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการกระทำในด้านสุขภาพ และความพร้อมที่จะกระทำพฤติกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ และสังคม

**บรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรม** หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่คนในสังคมชุมชนนั้นยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติและกำหนดว่าอะไรควรกระทำและอะไรไม่ควรกระทำหรือควรยอมรับหรือไม่ควรยอมรับเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะครอบครัว บรรทัดฐานทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญตัวหนึ่งของ ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมและพฤติกรรม ตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) ของ ไอเซ็นและฟิชไบน์ (Ajzen & Fishbein, 1980) ซึ่งทฤษฎีได้อธิบาย บรรทัดฐานทางสังคมนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ บุคคลที่ใกล้ชิดกับตนในสังคมมีความเชื่อ มีค่านิยม มีความต้องการให้ตนกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรม และมีแรงจูงใจที่จะคล้อยตามบุคคลใกล้ชิดนั้น ซึ่งบรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรม สำหรับในการศึกษาคั้งนี้จึงประกอบด้วย การรับรู้ถึงความเชื่อด้านสุขภาพของคนในชุมชนที่ยึดถือกันมานาน ค่านิยมตามภูมิปัญญาท้องถิ่นและการรับรู้ถึงการกระทำที่เป็นแบบอย่างของครอบครัวที่จะทำตามหรือไม่ทำตาม

**ความรอบรู้ด้านสุขภาพ** หมายถึง การกระทำอย่างต่อเนื่องที่เป็นการใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอที่จะนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต ควบคุมน้ำหนักตัวของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดของออสบอร์นและคณะ (Osborne, 2013) และแบบวัดครั้งนี้ของ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกับ อังคินันท์ อินทรกำแหง ดำเนินการในปี 2560 ได้วิเคราะห์เนื้อหาเป้าหมายและวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจทำให้ได้กลุ่มข้อความจำนวน 5 ด้านคือ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 4) การสื่อสารสุขภาพ และ 5) การจัดการสุขภาพตนเอง ตามคุณลักษณะความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับคือ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานซึ่งเป็นความสามารถเลือกและรู้วิธีการค้นหาแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพและเข้าใจเนื้อหาข้อมูลที่มีอยู่ และสามารถตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่มีอยู่ด้วยการฟัง พูด อ่าน และเขียนได้ อันจะนำไปสู่การที่ผู้ป่วยสามารถกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิถีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดีได้กำหนดเป้าหมายวางแผน ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์คือ ความสามารถและทักษะของกลุ่มเสี่ยงที่สามารถอธิบายถึงวิธีการนำประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพไปปฏิบัติ สามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีการฟัง พูด อ่าน เขียน ได้ อันจะนำไปสู่การที่ผู้ป่วยสามารถใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดีผลเสียเพื่อการปฏิเสธหลีกเลี่ยงเลือกวิถีการปฏิบัติ ตลอดจนการที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้และ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ คือ ความสามารถของกลุ่มเสี่ยงที่สามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหา/แนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผลเพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองและได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ สามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม อันจะนำไปสู่การที่บุคคลสามารถแสดงทางเลือกทางสุขภาพที่เกิดผลกระทบต่อตนเองด้วยการแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนสามารถทบทวนและปรับเปลี่ยนวิถีการปฏิบัติตน เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

**สุขภาพะครอบคร้ว** หมายถึง การที่สมาชิกในครอบคร้วที่ประกอบด้วยคู่สมรสทั้งฝ่ายหญิงและชาย ปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บ มีร่างกายที่แข็งแรง สมาชิกมีอายุยืนยาว มีจิตใจที่ดีมีความเมตตากรุณา ยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรม ดำเนินชีวิตอย่างมีสติสัมปชัญญะ และใฝ่รู้ มีเหตุมีผล อยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุขและ ทำกิจกรรมสาธารณประโยชน์ต่อสังคมได้อย่างดี ตามสุขภาพะครอบคร้วของ ฟาร์เฮ เคลธีและ โปเลค ที่ครอบคลุมสมาชิกที่ใช้ในการศึกษาเพื่อตรวจสอบการรับรู้ทั้งตัวพ่อแม่และบุตร แต่สำหรับ ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา สุขภาพะครอบคร้วในบริบทของคู่สมรส กลุ่มเป้าหมายเป็นสามี เป็นภรรยา ที่อยู่ในครอบคร้วที่มีบุตรหรือยังไม่มีบุตรก็ยอมได้เพราะโครงสร้างครอบคร้วปัจจุบันนี้ ส่วนหนึ่งมีการอยู่ร่วมกันเป็นครอบคร้วระหว่างฝ่ายหญิงกับฝ่ายชายโดยไม่มีบุตร ดังนั้นจึงวัด สุขภาพะครอบคร้วจาก 1) สุขภาพะด้านร่างกายและจิตใจของตนเองและคู่สมรส หมายถึง การที่บุคคลมีการประเมินสุขภาพของตนเองและสุขภาพของคู่สมรส ว่ามีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยเป็นโรค ไม่พิการ ปราศจากโรคร้ายคุกคาม มีสุขภาพดีตามที่แสดงออกให้เห็นทางร่างกาย รวมถึงการที่บุคคลไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงในการดำเนินชีวิต เช่น พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น และมีสุขภาพะทางจิต คือ มีสุขภาพจิตดี มีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับบุคคลรอบข้างอย่างราบรื่น สามารถทำงานได้อย่างเต็มความสามารถ ทำงานได้ตรงตามความถนัด และมีความภาคภูมิใจในตัวเองเมื่อได้ทำในสิ่งที่ดี 2) ความยึดมั่นคุณธรรมของตนเองและคู่สมรส หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้ต่อตนเองและคู่สมรสว่าเป็นผู้มีความสามารถในการแสดงออกอย่างมีความหวังมีจุดมุ่งหมายเป็นอุดมการณ์ในชีวิต มีความรู้สึกสำนึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ มีความรักในสันติภาพ มีความต้องการที่พอเพียง เคารพในทุกชีวิต มีการใช้หลักคุณธรรมในการครองตนและครองคู่ ยึดหลักธรรมในการประกอบ การตัดสินใจและการแก้ปัญหา มีการปฏิบัติหรือเข้าร่วมกิจกรรมในทางศาสนาที่ตนเองยึดถืออย่างเคร่งครัด และ 3) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรส หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึกและการปฏิบัติของตนเองที่มีต่อคู่สมรส ที่แสดงออกถึงความสัมพันธ์ต่อกันทั้งทางด้านดีและไม่ดี เช่น การแสดงความเห็นใจซึ่งกันและกัน การช่วยเหลือเกื้อกูลเติมเต็มซึ่งกันและกัน การให้การสนับสนุนทั้งข้อมูลข่าวสารสิ่งของทรัพยากรและอารมณ์ การทำกิจกรรมร่วมกัน การแก้ปัญหาาร่วมกัน ร่วมดำรงรักษาความสัมพันธ์ในครอบคร้ว มีความพึงพอใจในชีวิตคู่ ไม่ขัดแย้ง ไม่ห่างเหิน ไม่เข้าใจกัน

**พฤติกรรมสุขภาพ** หมายถึง การกระทำที่บุคคลแสดงออกเพื่อประคับประคองกระบวนการดำรงชีวิต และสนับสนุนให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างปกติสุขหรือเป็นการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการ และเป็น การดูแลตนเองเพื่อการป้องกันโรค และบรรเทาและขจัดอาการที่เบี่ยงเบนหรือเจ็บป่วย อันอาจมีผลกระทบถึงจิตใจอารมณ์ เป็นการช่วยควบคุมสภาพของโรค ซึ่งวัดจาก 1) พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองในเชิงป้องกันโรคได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การตรวจสุขภาพประจำปี และ 2) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชนและสังคมในที่ทำงาน

### สมมติฐานการวิจัย

จากการประมวลแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถตั้งสมมติฐาน ได้ดังนี้

1. รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาพะครอบคร้วโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มรวมมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์
2. รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาพะครอบคร้วโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ไม่แปรเปลี่ยนระหว่างคู่สมรสเพศชายกับคู่สมรสเพศหญิง และคู่สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบท
3. ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาพะครอบคร้วโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างคู่สมรสเพศชายกับคู่สมรสเพศหญิงไม่แตกต่างกัน

4. ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างคู่สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบทไม่แตกต่างกัน

5. ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีจิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว และผลลัพธ์ทางสุขภาพได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดดีกว่ากลุ่มควบคุม

6. ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีจิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว และผลลัพธ์ทางสุขภาพได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม

7. มีการเปลี่ยนแปลงของจิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว มีความแตกต่างกันตามกลุ่ม (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) และครั้งของการวัด (ระยะก่อนการทดลอง ระยะภายหลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามอีก 1 เดือน)

8. มีปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่าง การได้รับการสนับสนุน กับ รูปแบบโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและการปรับพฤติกรรมที่มีต่อจิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว และผลลัพธ์ทางสุขภาพ

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมวิธีแบบสำรวจตามลำดับ ตามแนวคิดของ เครสเวลล์ และพลาโน คลาก (Creswell & Plano Clark, 2011) และการดำเนินการวิจัยสามารถแบ่ง การศึกษาเป็นหลายระยะ (Multi-phase study) ในระยะแรก เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษาใน ชุมชน (Case study) ระยะที่สอง เป็นงานวิจัยเชิงอธิบายด้วยสมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model) และระยะที่สามเป็นงานวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยกำหนดประชากร ได้แก่ คู่สมรสเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองหรือเมือง และชุมชนชนบท

#### การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Subject selection and allocation)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมวิธีแบบสำรวจตามลำดับ ตามแนวคิดของ เครสเวลล์ และพลาโน คลาก (Creswell & Plano Clark, 2011) โดยมี

**ขอบเขตการดำเนินการศึกษา** ที่ผู้วิจัยได้แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ

**ระยะที่ 1 เพื่อตอบโจทย์วัตถุประสงค์ข้อที่ 1** คือเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์และเงื่อนไขทาง สุขภาพของครอบครัวกลุ่มเสี่ยงจากการลงพื้นที่ศึกษาสภาพจริงของชุมชนเมืองและชุมชนชนบทที่มีพื้นที่ติด แนวชายแดน เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับคู่สมรส ทั้งเพศชายและ หญิงที่มีสุขภาพดีรักสุขภาพ รวมจำนวน 6 คู่หรือ 12 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตสุขภาพที่มีระดับความรอบรู้ ด้านสุขภาพต่ำสุด ตามรายงานผลการสำรวจของ กองสุกศึกษา กระทรวงสาธารณสุขใน ปี พ.ศ. 2559 พบว่า 12 เขตสุขภาพมีระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดได้แก่ เขต 6 เขต 12 และเขต 4 เท่ากับ 64.07, 64.81 และ 68.10 ในขณะที่เขต 7 มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 82.90 ดังนั้นในการศึกษาระยะที่ 1 นี้จึงเลือกพื้นที่ศึกษา แบบเจาะจงคือ ชุมชนในเขตสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย จังหวัดฉะเชิงเทรา สระแก้ว ปราจีนบุรี สมุทรปราการ จันทบุรี ชลบุรี ตราด และ ระยอง ชุมชนในเขตสุขภาพที่ 12 ประกอบด้วย จังหวัดพัทลุง ตรัง นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา และสตูล และชุมชนในเขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง และนครนายก พร้อมเลือกจังหวัดที่มีระดับคะแนนความ รอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำได้แก่ จังหวัดฉะเชิงเทราในเขตสุขภาพ 6 และจังหวัดสิงห์บุรี ในเขตสุขภาพ 4 ซึ่งเป็นตัวแทนชุมชนเมือง และจังหวัดยะลาในเขตสุขภาพ 12 ซึ่งเป็นตัวแทนชุมชนเขตชนบทที่มีพื้นที่ติดแนว ชายแดนประเทศมาเลเซียรวม 3 จังหวัดๆ ละ 2 คู่ ใช้เป็นพื้นที่กรณีศึกษา ในงานวิจัยระยะที่ 1 โดยมีเกณฑ์ การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่

- คู่สมรสทั้งเพศชายและหญิงที่มีสุขภาพดีในชุมชน
- เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 40 -59 ปี และมีบุตรอย่างน้อย 1 คน
- มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในชุมชนเดิมมากกว่า 10 ปี
- ไม่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคือโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ
- ยินยอมในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ

**การวิจัยระยะที่ 2** เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์เพื่ออธิบายรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุ และการวิเคราะห์องค์ประกอบในการสร้างเครื่องมือวัดเพื่อตอบโจทย์วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 และ 3 เก็บข้อมูล จากคู่สมรสทั้งเพศหญิงและเพศชายเท่าๆ กันรวมจำนวน 2,000 คน จาก ประชากรในชุมชนเมืองและนอก เมืองที่มีที่ตั้งแนวเขตชายแดน รวมจำนวน 8 ชุมชน ที่ตั้งอยู่ในเขตสุขภาพที่ประชาชนมีระดับความรอบรู้ด้าน สุขภาพอยู่ในระดับต่ำกว่าระดับประเทศ จากข้อมูลการประเมินผลความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 35 – 59 ปีแยกตามรายจังหวัด เขตและภาพรวมของประเทศ ในปี พ.ศ. 2559 (กองสุกศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2559) พบว่า ประชาชนในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความ

รอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำและต่ำกว่าทั่วประเทศมีจำนวน 5 เขตจาก 12 เขต ทั่วประเทศ ได้แก่ เขต 6 (มี 8 จังหวัดได้แก่ ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สมุทรปราการ สระแก้ว จันทบุรี ชลบุรี ตราด ระยอง), เขต 12 (มี 7 จังหวัดได้แก่ พัทลุง ตรัง นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูล), เขต 1 (มี 8 จังหวัดได้แก่ เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน), เขต 4 (มี 8 จังหวัดได้แก่ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก), และเขต 5 (มี 8 จังหวัดได้แก่ กาญจนบุรี นครปฐม ราชบุรี สุพรรณบุรี ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร) เท่ากับ ร้อยละ 66.9, 60.9, 55.5, 53.3, 53.0, และ 51.1 ตามลำดับ ในขณะที่ทั่วประเทศเท่ากับร้อยละ 49.0 โดยกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิโดยกำหนดให้พื้นที่เขตสุขภาพทั้ง 6 เขตเป็นตัวแปรแบ่งชั้นภูมิ และกำหนดโควตาเขตละ 2 จังหวัดที่ประกอบด้วย จังหวัดในเขตเมืองหรือเมืองได้แก่ ฉะเชิงเทรา สิงห์บุรี นครนายก เชียงราย สงขลา และจังหวัดที่ติดแนวชายแดนได้แก่ สระแก้ว พะเยา ยะลา ประจวบคีรีขันธ์ นครปฐม รวมเป็น 10 จังหวัด เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่

- คู่สมรสทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชน
- เป็นผู้ที่มียุ่ระหว่าง 35 -59 ปี และมีบุตรอย่างน้อย 1 คน
- มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น มีรูปร่างท้วม อ้วนลงพุง มีน้ำตาลในเลือดสูง มีความดันโลหิตสูงโดยไม่ได้รับประทานยาหรือรับการรักษา
- สามารถอ่านออกเขียนได้และยินยอมในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ

การวิจัยระยะที่ 3 เป็นการวิจัยเชิงทดลองด้วยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจากผลการศึกษาในระยะที่ 1-2 โดยทดลองกับกลุ่มตัวอย่างในชุมชนที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านสุขภาพอยู่ในกลุ่มต่ำและอยู่ในชุมชนในจังหวัดที่ประชาชนมีอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือดอยู่ในอันดับต้นจำนวน 100 คน จากผลการสำรวจของสำนักโรคไม่ติดต่อ (กรมควบคุมโรค, 2556) ในปี พ.ศ. 2554 พบว่าจังหวัดที่มีอัตราการป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน 5 อันดับแรกคือ สุโขทัย สิงห์บุรี อ่างทอง พังงา และจันทบุรี ส่วนจังหวัดที่มีอัตราการป่วยโรคเบาหวานสูงใน 5 อันดับแรกคือ สุโขทัย จันทบุรี พังงา สิงห์บุรี และอ่างทอง และจังหวัดที่มีอัตราการป่วยโรคหัวใจขาดเลือดสูงใน 5 อันดับแรกคือ สุโขทัย อ่างทอง สิงห์บุรี พังงา และ ลำพูน จึงสรุปได้ว่า จังหวัดที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำและมีอัตราการป่วยโรค NCD สูง และเป็นจังหวัดที่ศึกษาในงานวิจัยระยะที่ 2 ด้วยคือ จังหวัด สิงห์บุรี ดังนั้น ชุมชนในพื้นที่การศึกษาในระยะที่ 3 คือจังหวัดสิงห์บุรี มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่

- คู่สมรสทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดิมมาอย่างน้อย 1 ปี
- เป็นผู้ที่มียุ่ระหว่าง 35 -59 ปี และมีบุตรอย่างน้อย 1 คน
- มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น มีรูปร่างท้วม อ้วนลงพุง มีน้ำตาลในเลือดสูง มีความดันโลหิตสูงโดยไม่ได้รับประทานยาหรือรับการรักษา
- สามารถอ่านออกเขียนได้และยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ CFA, SEM, ANCOVA และ ANOVA พร้อมจัดทำแนวทางการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเผยแพร่ขยายผลในชุมชนอื่นต่อไป ช่วง 2 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 – 2562

**เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria) ได้แก่** 1) เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและไม่สามารถอ่านออกเขียนได้และมีสุขภาพจิตที่ไม่สามารถควบคุมการตอบแบบสอบถามได้ และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมได้ครบร้อยละ 80 และ 2) เกณฑ์การถอนผู้เข้าร่วมการวิจัยหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย -ไม่มี

**การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size calculation)** พื้นที่การวิจัยที่ดำเนินการทั้ง 10 จังหวัด กระจายอยู่ใน 4 ภูมิภาค และมีประชากรที่มีสถิติระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำและเกิน

กว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ ซึ่งมีทั้งหมด 5 เขตสุขภาพ (ข้อมูลจาก กองสุขศึกษา ปี 2549) และมีอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจขาดเลือดอยู่ในอันดับต้น ๆ ของประเทศ (ข้อมูลจาก กรมควบคุมโรค ปี 2558) มีการดำเนินการดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรเป้าหมายที่เป็นคู่สมรสทั้งเพศชายและเพศหญิง เท่า ๆ กัน ครอบคลุมทั้ง 10 จังหวัดที่มีคู่สมรสทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมืองในจังหวัดภาคกลางและที่อาศัยอยู่ในชนบทในจังหวัดแนวชายแดนในแต่ละภูมิภาครวม 10 จังหวัด ซึ่งกำหนดขนาดตัวอย่างรวมกันในแต่ละเขตพื้นที่ขั้นต่ำเท่ากับ 200 ตัวอย่าง โดยการเปิดตารางของ Taro Yamane เมื่อกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% สำหรับประชากรที่มีจำนวนมากเท่ากับ  $\infty$  ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรเป้าหมายจำแนกตามเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	ประชากรในจังหวัด	จังหวัดตัวอย่าง		รวมจำนวน (2,000คน)
		เขตเมือง	ชนบทชายแดน	
เขต 1	เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน	เชียงราย	พะเยา	400
เขต 4	นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง นครนายก	สิงห์บุรี นครนายก	-	400
เขต 5	กาญจนบุรี นครปฐม ราชบุรี สุพรรณบุรี ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร	-	ประจวบคีรีขันธ์ นครปฐม	400
เขต 6	ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สมุทรปราการ สระแก้ว จันทบุรี ชลบุรี ตราด ระยอง	ฉะเชิงเทรา	สระแก้ว	400
เขต 12	พัทลุง ตรัง นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา สตูล	สงขลา	ยะลา	400

2. ตัวแทนในแต่ละภูมิภาคไม่รวมกรุงเทพมหานคร โดยการกำหนดโควตาจากผู้สมรสเพศชายและเพศหญิง คือ ดำเนินการเก็บข้อมูลจังหวัดละ 200 ตัวอย่างแบ่งเป็นเพศหญิง 100 คนและเพศชาย 100 คน จาก 10 จังหวัดรวม เพศหญิง 1,000 ตัวอย่าง และเพศชาย 1,000 ตัวอย่าง รวมตัวอย่างทั้งสิ้น 2,000 ตัวอย่าง

## ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีการดำเนินการหลายระยะ (Multi-phase) สามารถแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1** การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์และเงื่อนไขทางสุขภาพของครอบครัวสุขภาพดี

ขั้นตอน 1 การศึกษาสถานการณ์ เงื่อนไขและแนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวก และพฤติกรรมกรรมมีสุขภาพที่ดี ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกคู่สมรสที่มีสุขภาพดีไม่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อยจำนวน 6 คู่ หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

ขั้นตอน 2 การสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและการปรับพฤติกรรมที่มีต่อสุขภาพที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับคู่สมรสกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

**ระยะที่ 2** การพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาพครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างคู่สมรสเพศชายและเพศหญิง และระหว่างชุมชนในเขตเมืองและชนบทแนวชายแดน

ขั้นตอน 1 การสร้างและพัฒนาคุณภาพเครื่องมือวัดเชิงปริมาณทุกตัวแปรที่ศึกษาในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาพครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรส

ขั้นตอน 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดทุนทางจิตวิทยาและความรอบรู้ด้านสุขภาพและสุขภาวะครอบครัวที่มีคุณภาพสูง

ขั้นตอน 3 การวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มรวมและ โมเดลจำแนกระหว่างกลุ่มคู่สมรสเพศชายและเพศหญิง และระหว่างกลุ่มคู่สมรสในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทแนวชายแดน

**ระยะที่ 3** การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อสุขภาพที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของคู่สมรสกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ขั้นตอน 1 การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกในต่างประเทศด้วยการวิเคราะห์ทอริกันเพื่อกำหนดแนวทางจัดกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวก

ขั้นตอน 2 การทดสอบประสิทธิผลรูปแบบโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพ สำหรับคู่สมรสกลุ่มเสี่ยงทั้งเพศชายและหญิงรวม 100 คน ในกลุ่มทดลอง และ 100 คน ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการปกติจากโครงการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนของภาครัฐ

## **ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์และเงื่อนไขทางสุขภาพของครอบครัวสุขภาพดี**

**ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1** ศึกษาสถานการณ์ เงื่อนไขและแนวทางสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวก และพฤติกรรมที่มีสุขภาวะที่ดี ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก

ในการคัดเลือกตัวอย่างได้มาจากการเจาะจงคู่สมรสที่มีประวัติ ไม่เป็นโรค NCD พร้อมยินยอมและยินดีให้ความร่วมมือวิจัยครั้งนี้ รวมจำนวน 6 คู่ หรือ 12 คน โดยมีผู้ให้ข้อมูล (Key Informants) ดังนี้

- คู่สมรสทั้งเพศชายและหญิงที่มีสุขภาพดีในชุมชน
- เป็นผู้มีอายุระหว่าง 40 -59 ปี และมีบุตรอย่างน้อย 1 คน
- มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในชุมชนเดิมมากกว่า 10 ปี
- ไม่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น มีรูปร่างท้วม มีภาวะอ้วนลงพุง มีน้ำตาลในเลือดสูง มีความดันโลหิตสูงโดยไม่ได้รับประทานยาหรือได้รับการรักษา
- ยินยอมในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ

### **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. แนวคำถามในการสัมภาษณ์จากการประมวลข้อมูลและทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทุนทางจิตวิทยา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการมีสุขภาวะที่ดี เพื่อค้นหาคำตอบของปัญหาการวิจัยให้ครบถ้วน โดยแนวคำถามเป็นลักษณะปลายเปิด ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปอย่างมีทิศทาง ผู้วิจัยมีแนวคำถาม เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับปฏิบัติงานในภาคสนาม และเมื่อผู้วิจัยได้เข้าไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงจะมีการปรับเปลี่ยนและสร้างประเด็นคำถามใหม่ๆ อยู่เสมอตามความเหมาะสมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ข้อมูลที่ได้และลักษณะของผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นสำคัญ ตัวอย่างแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ได้แก่ 1) สถานการณ์ใดบ้างที่ส่งผลต่อการมีสุขภาวะที่ดี 2) เงื่อนไขใดบ้างที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี และ 3) แนวทางหรือกิจกรรมที่เหมาะสมในการพัฒนาและส่งเสริมการมีจิตวิทยาเชิงบวก และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีสุขภาวะที่ดีควรเป็นอย่างไร

2. เครื่องบันทึกเสียง เพื่อช่วยในการบันทึกข้อมูลในขณะที่ทำการสัมภาษณ์รายบุคคล ทำให้ผู้วิจัยสามารถพูดคุย สอบถามข้อมูลได้โดยไม่ต้องพะวงกับการจดบันทึกมากเกินไป ทั้งยังสามารถช่วยในการตรวจสอบข้อมูลที่สัมภาษณ์ได้โดยที่ข้อมูลไม่หายไป



### การหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) หลังจากสร้างแนวคำถามขึ้นตามกรอบแนวคิด จุดมุ่งหมายของการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดการประเมิน ด้านเนื้อหา และด้านการวิจัย จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รวมทั้งค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับข้อคำถาม (Index of Item Objective Congruence: IOC) ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลในขณะที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลควบคู่กันไป โดยมีการตรวจสอบภายในและการตรวจสอบภายนอก การตรวจสอบภายในเพื่อพิจารณาว่าข้อมูลที่ได้เพียงพอและครอบคลุมหรือไม่ ข้อมูลที่ได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาหรือไม่ ผู้ให้ข้อมูลและสถานที่ที่เลือกมาศึกษาเหมาะสมกับเรื่องและแนวคำถามในการวิจัยหรือไม่ และมีการนำเสนอวิธีการ ขั้นตอนของการทำงานในกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลไว้อย่างชัดเจน โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้หรือไม่ ส่วนการตรวจสอบภายนอก ผู้วิจัยมีการนำเสนอผลการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบและวิจารณ์ เพื่อพิจารณาว่าข้อสรุปและการตีความของผู้วิจัยถูกต้องหรือตรงตามทัศนะของผู้ให้ข้อมูลมากน้อยเพียงใด

### การดำเนินการวิจัย

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. การลงพื้นที่เบื้องต้นโดยผู้วิจัยได้ขอหนังสือแนะนำตัวและขออนุญาตเข้าพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลจากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒและนำไปติดต่อประสานงานอย่างเป็นทางการในพื้นที่ รวมทั้งทำการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของพื้นที่ เช่น ข้อมูลทางกายภาพ ข้อมูลทางด้านสาธารณสุข ข้อมูลทางด้านสังคม ข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจ เพื่อให้เห็นภาพรวมของพื้นที่อันเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลและการวางแผนการวิจัยต่อไป
2. การเตรียมเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ประกอบด้วยแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ เพื่อเป็นแนวทางในการสนทนาพูดคุย
3. การลงสนามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กันตามที่ได้วางแผนไว้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การเข้าสู่สนามโดยผ่านแกนนำหรือบุคคลที่รู้จักผู้ให้ข้อมูลพาผู้วิจัยเข้าสู่พื้นที่เก็บข้อมูลและเข้าไปสร้างความรู้จักคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลสามารถทำได้อย่างราบรื่น และให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามยินยอม หรือให้ความยินยอมโดยใช้อวา แล้วทำการนัดวันเวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์
4. ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ทำการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์ ขออนุญาตบันทึกเสียงในระหว่างการสัมภาษณ์ สิ่งที่ผู้วิจัยต้องตระหนักตลอดเวลาในการลงพื้นที่ คือ การสนทนากับผู้ให้ข้อมูลจะต้องใช้ความจริงใจเสมอ จึงจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความจริงใจและให้ความร่วมมือและช่วยเหลือผู้วิจัยเป็นอย่างดี หลังจากเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ ตามประเด็นที่กำหนด ผู้วิจัยได้ทำการสรุปผลการสัมภาษณ์ กล่าวขอบคุณ และมอบของที่ระลึกเป็นค่านายหน้าในการเดินทางเป็นเงิน 100 บาท พร้อมทั้งเชิญผู้ให้ข้อมูลร่วมรับประทานอาหารและเครื่องดื่มด้วยกัน
5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการสัมภาษณ์ ในแต่ละประเด็นคำถาม เพื่อนำมาสรุปเป็นแนวทางในการส่งเสริมการมีจิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการมีสุขภาพที่ดีของคู่สมรสและครอบครัว ดังตัวอย่างประเด็นคำถามครอบคลุมในประเด็นดังนี้ 1) การให้ความหมายของสุขภาพครอบครัว คืออะไร ครอบครัวต้องมีลักษณะอย่างไร 2) เงื่อนไขของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัวนั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร 3) วัฒนธรรมในชุมชน ความเชื่อ ค่านิยม และการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพครอบครัวคืออะไร 4) ประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตทั้งที่เป็นทางบวกและทางลบ

ของคู่สมรสที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเองและครอบครัว และ 5) แนวทางการส่งเสริมการคิด ความรู้สึกด้านบวกของตนเองและของคู่สมรสทำอย่างไร ทั้งที่ได้ผลดีและไม่ได้ผลดี

#### ตัวอย่างคำถามสำหรับกรณีศึกษา

1. ท่านเข้าใจว่าการส่งเสริมสุขภาพที่ดีของตนเอง ของคู่สมรส และของครอบครัวคืออะไร
2. การดูแลสุขภาพที่ดีให้คงอยู่ไม่เป็นโรคที่ผ่านมา ท่านคิดว่าท่านปฏิบัติอย่างไร
3. ท่านมีแนวทางอื่นในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว อย่างไร
4. ให้ท่านเล่าประสบการณ์การดูแลตนเอง และการไปพบแพทย์
5. มีสาเหตุใดบ้าง นอกจากตัวท่านเองที่ทำให้พฤติกรรมสุขภาพที่ดีของท่านและครอบครัว
6. ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวในเรื่องใด อย่างไร
7. ท่านมีวิธีเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่เหมาะสมของท่านและครอบครัวอย่างไร
8. ให้ท่านเล่าประสบการณ์หรือตัวอย่างเหตุการณ์ที่แสดงถึงว่าท่านมีความคิด หรือการรับรู้ต่อสิ่งต่างๆ ในทางบวก และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของท่านอย่างไรบ้าง
9. ท่านมีแนวทางในการส่งเสริมความคิดและการรับรู้ต่อสิ่งต่างๆ ในทางบวกอย่างไร
10. ท่านมีกระบวนการจัดการข้อมูลความรู้ทางสุขภาพและการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ อย่างไร
11. ความเชื่อ การรับรู้ วัฒนธรรมในชุมชนเป็นอุปสรรคหรือสนับสนุนต่อท่านและครอบครัว

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยนำข้อมูลมาเรียบเรียงและจำแนกอย่างเป็นระบบ ทั้งในทางกายภาพและเนื้อหา ผู้วิจัยถอดข้อมูลจากเครื่องบันทึกเสียงแบบถอดชนิดคำต่อคำ (Verbatim) และรักษาลักษณะที่เป็นธรรมชาติ อารมณ์ ความรู้สึก และบรรยากาศของการสัมภาษณ์ไว้ไม่ให้เสียไป แล้วทำการอ่านบทสัมภาษณ์ทั้งหมด เพื่อตีความหมาย เชื่อมโยงความสัมพันธ์ลดทอนข้อมูล สกัดสาระ และสร้างข้อสรุปโดยยึดกรอบแนวคิดการศึกษาเป็นหลัก

### ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างคู่สมรสเพศชายและเพศหญิง และระหว่างชุมชนในเขตเมืองและชนบทแนวชายแดน

ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2-3 เพื่อพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ฯ และค้นหาขนาดและทิศทางอิทธิพลทุนทางจิตวิทยา และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนเมือง และเปรียบเทียบรูปแบบเชิงสาเหตุของความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวของคู่สมรสที่เสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างคู่สมรสเพศหญิงกับเพศชาย และระหว่างคู่สมรสในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท รวมจำนวน 2,000 คน จากประชากรใน 10 จังหวัด

กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิให้ครอบคลุมคู่สมรสเพศหญิงและเพศชายเท่า ๆ กัน และชุมชนเมืองและชุมชนในจังหวัดติดแนวชายแดน โดยมีการกำหนดขนาดตัวอย่าง ตามหลักการตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุฯ ตามสมมติฐาน ตามแนวคิดของซาริสและสตรอนคอร์สท (Saris & Stronkhorst, 1984: 213-214 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 54) ที่กำหนดไว้ว่าข้อมูลในการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุฯ นั้น ตัวแปรที่ศึกษาควรมีการแจกแจงปกติพหุนามทุกตัว สามารถใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดเท่ากับหรือมากกว่า 100 และ บอนล์เลน (Bonllen, 1989: 268 อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542: 54) เสนอแนะว่า เรื่องของขนาดกลุ่มตัวอย่างควรพิจารณาควบคู่ไปกับจำนวนตัวแปรที่ศึกษา ถ้ามีจำนวนมาก ควรจะต้องมีขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้นด้วย ส่วนแฮร์ แอนเดอร์สันและธาธัม (Hair, Anderson, & Tatham, 2005) ได้เสนอแนะว่าขนาดตัวอย่างควรอยู่ระหว่าง 100 -200 คน ในการศึกษาครั้ง

นี้รวบรวมาจาก 10 จังหวัดๆ ละ 200 คนรวมเป็น 2,000 คน จึงจะอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ในการวิเคราะห์เพื่อการตรวจสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านทุนทางจิตวิทยา และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาพครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ตอน คือ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และ 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามวิจัย ซึ่งมีแนวทางในการวิเคราะห์และวิธีการทางสถิติดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น เป็นการวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและลักษณะของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป รายละเอียดดังนี้

1.1 วิเคราะห์ข้อมูลค่าสถิติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ เพื่ออธิบายลักษณะของตัวอย่าง

1.2 วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่งของตัวแปรสังเกต ที่ใช้ในการพัฒนาโมเดลเพื่อลักษณะการแจกแจงของตัวแปร และค่าความสัมพันธ์รายตัวแปร จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทราบลักษณะความสัมพันธ์เบื้องต้นก่อนวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามวิจัย

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบคำถามตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

2.1 การวิเคราะห์ตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลสาเหตุ ในกลุ่มรวม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ การทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าอิทธิพลทางตรง ค่าอิทธิพลทางอ้อม และค่าอิทธิพลรวม ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพครอบครัว ผู้วิจัยแบ่งการประเมินโมเดลออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินโดยภาพรวม ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติและดัชนีบ่งชี้ความสอดคล้องของโมเดล ตามแนวคิดของแฮร์ และคณะ (Hair et al., 2010) 2) การประเมินค่าพารามิเตอร์ในโมเดล ผู้วิจัยพิจารณาจากค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าสัมประสิทธิ์คะแนนมาตรฐานมีค่าไม่เกิน 1 โดยมีการทดสอบความกลมกลืนของโมเดล ดังนี้

**ส่วนที่ 1 การตรวจสอบความกลมกลืนเชิงสมบูรณ์ (Measure of Absolute Fit)** เป็นการตรวจสอบความกลมกลืนของรูปแบบความสัมพันธ์ตามสมมติฐานในการวิจัย โดยรวมทั้งรูปแบบ (Overall Model Fit) ค่าสถิติที่สำคัญที่ใช้ตรวจสอบความกลมกลืนของรูปแบบความสัมพันธ์ตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีจำนวน 5 ค่า โดยต้องพิจารณาทั้ง 5 ค่าร่วมกันว่าอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถจะยอมรับได้หรือไม่ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542)

1. ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square statistic) เป็นค่าสถิติที่ทดสอบสมมติฐานว่าเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมของประชากรแตกต่างจากเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมที่ประมาณค่าจากโมเดลสมมติฐานหรือไม่ ถ้าค่าสถิติไคสแควร์ ไม่มีนัยสำคัญ แสดงว่าเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วมทั้งสองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่าโมเดลสมมติฐานมีกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แต่เนื่องจากค่าสถิติไคสแควร์ ได้รับผลกระทบได้ง่ายจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ทำให้ค่าไคสแควร์ มีโอกาสที่จะมีนัยสำคัญได้ง่ายจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างและข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการแจกแจงปกติหลายตัวแปร (Multivariate Normality) การพิจารณาค่าไคสแควร์ที่มีนัยสำคัญ จึงไม่ได้หมายความว่าโมเดลที่ทดสอบได้ไม่มีความกลมกลืนเสมอไป และถ้าค่าสถิติไคส-สแควร์มีค่าต่ำมากหรือยิ่งเข้าใกล้ศูนย์มากเท่าใดแสดงว่า ข้อมูลโมเดลลิสเรลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Jöreskog & Sörbom, 1993; Hair et al., 2010; Diamantopoulos & Siguaw, 2000) **เกณฑ์การพิจารณา** 1) พิจารณาจากค่านัยสำคัญทางสถิติ (p-value) หากค่า p-value มีค่ามากกว่า 0.05 แสดงว่า ข้อมูลโมเดลลิสเรลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เพราะแสดงถึงการที่ข้อมูลโมเดลลิสเรลแตกต่างจากข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างไม่มีนัยสำคัญ 2) พิจารณาจากจำนวนเท่าของค่าสถิติไคสแควร์ต่อค่าองศาอิสระ หากค่าสถิติไคส-สแควร์มีค่าน้อยกว่า 3 เท่าของค่าองศาอิสระ (Hair et al., 2010) ถือได้ว่า ข้อมูลโมเดลลิสเรลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2. ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน GFI (Goodness-of-Fit Index) พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ประโยชน์จากค่าไคสแควร์ ในการเปรียบเทียบระดับความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของโมเดลก่อนและหลังปรับโมเดล ซึ่งดัชนี GFI เป็นอัตราส่วนของผลต่างระหว่างฟังก์ชันความกลมกลืนจากโมเดลก่อนปรับและหลังปรับโมเดล กับฟังก์ชันความกลมกลืนก่อนปรับโมเดล โดยจะมีค่าตั้งแต่ 0 (Poor Fit) ถึง 1.00 (Perfect Fit) โดยที่ค่าที่เข้าใกล้ 1 สูงจะบ่งบอกว่าโมเดลมีความกลมกลืนสูง **เกณฑ์การพิจารณา** ค่าดัชนีที่เกิน 0.9 เป็นค่าที่ยอมรับได้แสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนสูง (better fit) กล่าวคือ โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Hair et al., 2010; Kelloway, 1998; Diamantopoulos & Siguaw, 2000)

3. ค่าประมาณ ความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย (Root Mean Square of Approximation: RMSEA) บ่งถึงความไม่กลมกลืนระหว่างโมเดลกับเมริกซ์ความแปรปรวนร่วมของประชากร ซึ่งค่า RMSEA ที่มีความกลมกลืนสนิท (close fit) คือค่า RMSEA ที่น้อยกว่า .05 **เกณฑ์การพิจารณา** ค่า RMSEA ควรมีค่าน้อยกว่า 0.08 เป็นค่าที่ยอมรับได้ (นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล, 2555) และค่าดังกล่าวเมื่อผ่านการทดสอบ Closeness of Fit แล้วควรจะไม่มีความสำคัญทางสถิติที่ .01 ทั้งนี้ค่า RMSEA ที่ไม่เกิน 0.10 แสดงว่า มีความกลมกลืนดี ถ้าไม่เกิน 0.05 แสดงว่า มีความกลมกลืนดีมาก และถ้ากลมกลืนอย่างเด่นชัด (Outstanding fit) ต้องมีค่าไม่เกิน 0.01

4. ดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของเศษที่เหลือ RMR (Root Mean Squared Residuals) เป็นดัชนีที่ใช้เปรียบเทียบระดับความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของโมเดลสองโมเดล เฉพาะกรณีที่เป็น การเปรียบเทียบโดยใช้ข้อมูลชุดเดียวกัน ดัชนี RMR จะบอกขนาดของเศษที่เหลือโดยเฉลี่ยจากการเปรียบเทียบระดับความกลมกลืนของโมเดลสองโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และจะใช้ได้ดีเมื่อตัวแปรภายนอกและตัวแปรสังเกตได้เป็นตัวแปรมาตรฐาน (Standardized RMR) **เกณฑ์การพิจารณา** ค่าดัชนี RMR ควรมีค่าน้อยกว่า 0.05 เป็นค่าที่ยอมรับได้ แสดงว่า โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์สูง

5. ดัชนี SRMR (Standard Root Mean squared Residual) เป็นค่าเฉลี่ยของค่าที่เหลือที่อยู่ในรูปของคะแนนมาตรฐาน โดยจะแปรค่าอยู่ในช่วง 0-1 **เกณฑ์การพิจารณา** ค่าดัชนี SRMR ควรมีค่าน้อยกว่า 0.05 เป็นค่าที่ยอมรับได้ แสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์สูง

**ส่วนที่ 2 การวัดความกลมกลืนเชิงเปรียบเทียบ (Incremental Fit Measure or Comparative Fit Index)** เป็นดัชนีที่ใช้เปรียบเทียบโมเดลการวิจัย (Purposed Model) ว่ามีความกลมกลืนสูงกว่าโมเดลอิสระ (Null Model) มากน้อยเพียงใด ดัชนีในกลุ่มนี้ ได้แก่

1. ค่าดัชนีความสอดคล้องแบบค่าการกระจายปกติ (Normed Fit Index: NFI) เป็นค่าอัตราส่วนระหว่างค่าส่วนต่าระหว่างค่าไคสแควร์ของรูปแบบจากข้อมูลเชิงประจักษ์กับค่าไค-สแควร์ของรูปแบบสมมติฐาน (Null model) กับค่าไคสแควร์ของรูปแบบสมมติฐาน โดยค่าที่คำนวณได้จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 **เกณฑ์การพิจารณา** ค่า NFI ที่เข้าใกล้ 1 แสดงว่า โมเดลอิสระมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากกว่ารูปแบบสมมติฐาน และ ค่า NFI ที่มีค่าเกิน 0.90 แสดงว่า โมเดลอิสระมีความกลมกลืนดี (นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล, 2555)

2. ค่าดัชนีความสอดคล้องแบบค่าการกระจายไม่ปกติ (Non-normed Fit Index: NNFI) เป็นดัชนีที่ปรับวิธีการคำนวณจากแนวคิดการหาค่า NFI มาด้วยการนำค่าองศาอิสระมาประกอบการคำนวณ ค่าที่คำนวณได้จะมีค่ามากกว่า 0 **เกณฑ์การพิจารณา** ค่า NNFI ที่เข้าใกล้ 1 แสดงว่ารูปแบบที่สร้างขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากกว่ารูปแบบสมมติฐาน เช่นเดียวกับค่า NFI โดยค่าที่เกินกว่า 0.90 แสดงว่ามีความกลมกลืนดี (นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล, 2555)

3. ค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index: CFI) เป็นดัชนีเชิงเปรียบเทียบที่พัฒนาขึ้นโดยเบนท์เลอร์โดยปรับปรุงมาจากค่า NFI เช่นเดียวกัน แต่เหมาะสำหรับข้อมูลการกระจายของค่าไค-สแควร์ที่ไม่มีค่ากลาง (Noncentral chi-square distribution) ที่มีค่าอยู่ระหว่าง 0-1 ยิ่งค่าเข้าใกล้ 1 ก็

ยิ่งแสดงว่าโมเดลการการวิจัยมีความกลมกลืนดีกว่าโมเดลอิสระ **เกณฑ์การพิจารณา** ค่าดัชนีที่เกิน 0.9 เป็นค่าที่ยอมรับได้ แสดงว่ารูปแบบการวิจัยที่สร้างขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์มากกว่ารูปแบบสมมติฐาน (นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล, 2555)

**ส่วนที่ 3 การวัดความประหยัดของโมเดล (Parsimonious Fit Measure)** ซึ่งเป็นการวัดระดับความกลมกลืนของโมเดลกับจำนวนเส้นทางที่โมเดลต้องการน้อยที่สุดภายใต้ระดับความกลมกลืน (Level of Fit) ดังกล่าว โดยที่มีความประหยัดจะเป็นโมเดลที่มีจำนวนเส้นทางน้อยที่สุด ในขณะที่อำนาจการอธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าวของตัวแปรอิสระไม่เปลี่ยนแปลง ภาวะจำนวนเส้นทางที่มากเกินไปเกินความจำเป็น (Over fitting) จึงเป็นการแสดงว่าโมเดลการวิจัยมีจำนวนเส้นทางที่มากเกินไป ซึ่งในทางปฏิบัติ Parsimonious Fit Measure จะเหมือนกับ Adjusted R2 ในการวิเคราะห์ การถดถอย แต่อย่างไรก็ตามหากมีสถิติทดสอบที่ได้จากการวัดครั้งนี้ ก็ควรใช้ความรู้สึกและวิจารณญาณของผู้วิจัยในการตัดสินใจว่าจำนวนเส้นทางเท่าไรจึงจะเพียงพอในการอธิบายและถูกต้องตามหลักความเป็นจริง สถิติที่ใช้วัดความประหยัดของโมเดล ได้แก่

1. ดัชนี AGFI (Adjusted Goodness-of-Fit Index) เป็นการนำเอาดัชนี GFI มาปรับแก้โดยคำนึงถึงขนาดของชั้นความเป็นอิสระที่รวมทั้งจำนวนตัวแปรและขนาดของกลุ่มตัวอย่าง **เกณฑ์การพิจารณา** ค่าดัชนีที่เกิน 0.9 เป็นค่าที่ยอมรับได้ แสดงว่าโมเดลมีความประหยัด

2. ดัชนี PFI (Parsimonious Fit Index) เป็นการนำเอาดัชนี NFI มาปรับแก้ (Modification) โดยการนำเอาชั้นความเป็นอิสระมาคำนวณด้วย **เกณฑ์การพิจารณา** ดัชนี PFI ที่ดีควรมีค่าสูงและใช้สำหรับเปรียบเทียบโมเดลวิจัยกับโมเดลทางเลือกหรือเปรียบเทียบโมเดลสมมติฐานก่อนและหลังตัดแต่ง

#### การรายงานดัชนีความกลมกลืน

แฮร์และคณะ (Hair et al, 2010) ได้แนะนำเกี่ยวกับการรายงานดัชนีความกลมกลืนว่า ควรรายงานดัชนีต่าง ๆ ที่ชี้วัดความกลมกลืนของข้อมูลที่โมเดลสร้างขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ประมาณ 3 ถึง 4 ดัชนี ก็เพียงพอเพื่อพิจารณาว่า ข้อมูลที่โมเดลสร้างขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีความสอดคล้องกันหรือไม่ โดยต้องรายงานค่าไค-สแควร์และค่าองศาอิสระ (Degree of freedom) เป็นหลักพร้อมกับรายงานดัชนีแสดงความกลมกลืนอย่างสัมบูรณ์ (Absolute Fix Index) ซึ่ง ที่ใช้กันโดยทั่วไป ประกอบด้วย ค่าไคสแควร์ ค่า GFI ค่า AGFI ค่า RMR ค่า SRMR ค่า RMSEA และ ดัชนีแสดงความกลมกลืนส่วนเพิ่ม หรือ ดัชนีแสดงความกลมกลืนเชิงเปรียบเทียบ (Incremental Fix Index or Comparative Fit Index) อย่างน้อยกลุ่มละ 1 ดัชนี ซึ่งที่ใช้กันโดยทั่วไป ประกอบด้วย ค่า NFI ค่า NNFI ค่า CFI ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยกำหนดดัชนีชี้วัดความกลมกลืนอย่างน้อย 5 ดัชนี ประกอบด้วย ค่าไค-สแควร์ พร้อมค่าองศาอิสระ ค่า GFI ค่า RMSEA ค่า NNFI ค่า CFI ทั้งนี้จะพิจารณาตามความเหมาะสมในการปรับโมเดล และการวิเคราะห์ผลอีกครั้ง หากผู้วิจัยจำเป็นต้องปรับโมเดลจะดำเนินการบนพื้นฐานของทฤษฎีและงานวิจัยเป็นหลัก โดยมีการดำเนินการคือ การพิจารณารายงานดัชนีปรับแก้ (Modification Index) ซึ่งรายงานให้ผู้วิจัยทราบเกี่ยวกับการเพิ่มการประมาณค่าพารามิเตอร์ตัวใดหรือพิจารณาว่าควรตัดพารามิเตอร์บางตัวเพื่อให้โมเดลมีความกลมกลืนมากขึ้น พร้อมทั้งพิจารณาความสมเหตุสมผลทางทฤษฎีที่ใช้เป็นพื้นฐานของงานวิจัยนี้ประกอบกัน ก่อนที่ผู้วิจัยนำโมเดลไปอธิบายเพื่อแปลความหมายและวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สภาพการเป็นอยู่ และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค

2. แบบสอบถามตัวแปรปัจจัยสาเหตุได้แก่ ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ บรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรม การสนับสนุนทางสังคม ตามนิยามปฏิบัติการ ซึ่งมีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรฐานประมาณรวมค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ถึงเป็นประจำ (5 คะแนน)

3. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ ที่ประยุกต์ขึ้นมาจากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพวัยผู้ใหญ่ของ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพร่วมกับ อังคินันท์ อินทรกำแหง (2560) ซึ่งเป็นแบบสอบถามตาม กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ ออสบรอนและคณะ (Osbrone et al., 2013) ปรับกระชับให้เหลือ 5 ด้าน ประกอบด้วยกรอบเนื้อหาเป็นการประเมิน ความรู้ความเข้าใจ การวัดความคิดเห็นในเชิงพฤติกรรม และเชิงสถานการณ์ มี 5 ด้าน คือ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการ 4) ทักษะการติดต่อสื่อสาร 5) ด้านการจัดการสุขภาพ ตนเอง จำนวน 42 ข้อ

4. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการวัดการกระทำที่บุคคลแสดงออกเพื่อประคับประคอง กระบวนการดำรงชีวิตและสนับสนุนให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างปกติสุขหรือเป็นการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อ ตอบสนองความต้องการ และเป็นการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันโรค และบรรเทาและขจัดอาการที่เบี่ยงเบน หรือเจ็บป่วย อันอาจมีผลกระทบถึงจิตใจอารมณ์ เป็นการช่วยควบคุมสภาพของโรค ซึ่งวัดจาก 1) พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองในเชิงป้องกันโรคได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการ ความเครียด การตรวจสุขภาพประจำปี และ 2) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชนและสังคมในที่ ทำงาน จำนวน 12 ข้อ

5. แบบวัดสุขภาวะครอบครัว ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างและพัฒนาขึ้นมาให้สอดคล้องกับนิยาม ปฏิบัติการ โดยครอบคลุมการดำเนินชีวิตในครอบครัวอย่างมีสุขภาวะที่ดีประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ภาวะทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัว 2) ความยืดหยุ่นคุณธรรมของครอบครัวและ 3) สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว จำนวน 15 ข้อ

โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ การมีสุขภาวะที่ดี และ รูปแบบโปรแกรมการจัดการเรียนรู้

2. ดำเนินการสร้างเครื่องมือตามนิยามปฏิบัติการ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ข้อ และส่วนที่ 2 การประเมินความต้องการจำเป็นมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับประมาณ 70 ข้อ

3. ตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดผลและวิจัยการศึกษา ด้านพฤติกรรมศาสตร์ ด้านสุขภาพและ สาธารณสุข เป็นผู้พิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา ความครอบคลุม และความสอดคล้องตามนิยามเชิง ปฏิบัติการ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ คัดเลือกข้อคำถามที่มีดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ตั้งแต่ .50 ขึ้นไป โดยแบบสอบถามควรมีค่า IOC ระหว่าง 0.60-1.00 ถือว่า คำถามในแบบสอบถามนั้นมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Rovinelli; & Hambleton, 1977) มาปรับใช้เพื่อ ปรับปรุงและแก้ไขให้เหมาะสมต่อไป

4. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่ม ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน นำแบบสอบถามที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาคเพื่อหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ที่มีค่าใกล้ 1 (Nunnally, 1978) เมื่อ ปรับปรุงภาษาในแบบสอบถามให้สั้น กระชับและเข้าใจง่าย แล้วนำไปเก็บข้อมูลจริง และเมื่อนำไปเก็บจริงจาก กลุ่มตัวอย่างจริงได้ผลการทดสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้

**ตาราง 4** คุณภาพเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาคและค่าน้ำหนักองค์ประกอบ

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวนข้อ	ค่า r	Cronbach's $\alpha$	Factor loading
<b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 42 ข้อ</b>				
-การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	8	.779-.845	0.822	0.46-0.75
การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	9	.789-.839	0.825	0.51-0.80
การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	7	.690-.785	0.769	0.57-0.78
การติดต่อสื่อสาร	8	.851-.888	0.886	0.49-0.78
การจัดการสุขภาพตนเอง	10	.741-.813	0.796	0.66-0.78
<b>การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 12 ข้อ</b>				
การสนับสนุนทางสังคม	12	.918-.932	0.930	0.61-0.83
<b>บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม จำนวน 12 ข้อ</b>				
บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม	12	.634-.891	0.845	0.66-0.87
<b>เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ จำนวน 14 ข้อ</b>				
เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ	14	.811-.859	0.837	0.58-0.84
<b>ทุนทางจิตวิทยา จำนวน 15 ข้อ</b>				
ความหวัง	4	.926-.934	0.93	0.72-0.79
มองโลกในแง่ดี	5	.928-.934	0.94	0.65-0.86
การรับรู้ความสามารถของตน	3	.930-.932	0.93	0.60-0.81
ความหยิ่งตัว	3	.929-.931	0.93	0.70-0.80
<b>พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ</b>				
การดูแลสุขภาพตนเอง	10	.811-.844	0.837	0.45-0.79
การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพในชุมชน	2	.818-.837	0.87	0.75-0.75
<b>ภาวะสุขภาพครอบครัว จำนวน 15 ข้อ</b>				
ภาวะสุขภาพของสมาชิกครอบครัว	3	.887-.898	0.89	0.65-0.77
ความยึดมั่นคุณธรรมของครอบครัว	4	.875-.892	0.89	0.67-0.85
สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว	8	.870-.882	0.88	0.77-0.86

**ระยะที่ 3 การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยกระบวนการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่มีต่อสุขภาพครอบครัวและผลลัพธ์ทางสุขภาพของคู่สมรสกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**

ในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมฯ ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 4 เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และวัตถุประสงค์ข้อที่ 5 เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพของคู่สมรสเพศชายและหญิงในชุมชน โดยแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนหลักได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมฯ และขั้นตอนที่ 2 ประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ที่มีต่อการมีสุขภาพที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้ ทั้งแบบกลุ่มย่อย และกลุ่มใหญ่ และทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ที่มีต่อการมีสุขภาพครอบครัวที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

**ขั้นตอน 1 การสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่มีต่อสุขภาพครอบครัวที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับคู่สมรสกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**

ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 4 ในการสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมฯ ที่มีต่อสุขภาพครอบครัวและผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยมีพื้นฐานมาจากข้อมูลที่ได้จากข้อมูลเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณด้วยการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงอภิमान (Meta-analysis) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่มีต่อการมีสุขภาพครอบครัวที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรมและจากผลการศึกษาในเชิงคุณภาพและจากการสังเคราะห์งานวิจัยที่ผ่านมาด้วยการวิเคราะห์อภิमान

2. การวิเคราะห์อภิमान เป็นการรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยฐานข้อมูล SCOPUS/ISI/Pubmed ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่มีขนาดใหญ่ และมีงานวิจัยเป็นจำนวนมาก รวมทั้งได้ประเมินคุณภาพของงานวิจัยและประเมินค่าอิทธิพลที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยเพื่อเป็นข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมหรือตัวแปรจัดกระทำ ด้วยการวิเคราะห์อภิमान (Meta-analysis) มีขอบเขตการวิจัยครอบคลุมบทความวิจัยในฐานข้อมูลสากล ในช่วงปี 2551-2560 จำนวน 3,416 เรื่อง เป็นประชากร และทำการคัดสรรบทความวิจัยที่เสร็จสมบูรณ์และมีเนื้อหาเพียงพอสำหรับการสังเคราะห์ทั้งสิ้น จำนวน 30 เรื่อง เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา มีกรอบแนวทางและวิธีดำเนินการวิจัยดังรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดนิยาม และแนวทางการดำเนินงานวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 จัดทำกรอบแนวคิดการวิเคราะห์อภิमानเพื่อให้ได้กรอบการสังเคราะห์งานวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 การคัดเลือกงานวิจัย เป็นการคัดเลือกงานวิจัยในฐานข้อมูลสากลที่มีความสมบูรณ์เพียงพอสำหรับการสังเคราะห์งานวิจัย ซึ่งต้องเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีโปรแกรมจัดกระทำเกี่ยวกับจิตวิทยาเชิงบวก คัดเลือกเพื่อทำการวิเคราะห์อภิमान

ขั้นตอนที่ 4 การสร้างและตรวจสอบเครื่องมือ เป็นการสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงการทดลองใช้ และการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ

ขั้นตอนที่ 5 การรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) รวบรวมบันทึกข้อมูลบทความวิจัยลงในแบบบันทึกข้อมูล และ 2) เก็บรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัย บันทึกข้อมูลคุณลักษณะของงานวิจัย ค่าสถิติต่างๆ จากงานวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น เพื่อกำหนดค่าสถิติเชิงบรรยาย เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะทั่วไปของบทความวิจัย ได้แก่ 1) ตัวแปรเกี่ยวกับการวิจัยและการพิมพ์ 2) ตัวแปรเกี่ยวกับผู้วิจัย และ 3) ตัวแปรวิธีวิทยาการวิจัย

ขั้นตอนที่ 7 การวิเคราะห์อภิमानเป็นขั้นตอนการประมาณค่าขนาดอิทธิพล รวมถึงศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เป็นตัวแปรกำกับ (Moderator) ที่ส่งผลกระทบต่อขนาดอิทธิพล

ขั้นตอนที่ 8 การสรุปองค์ความรู้ ข้อเสนอแนะ เป็นขั้นตอนของการสรุปองค์ความรู้ที่ได้

### **เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเชิงสังเคราะห์อภิमान**

เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยของ อังคินันท์ อินทรกำแหง (2551) และได้ปรับให้เข้ากับลักษณะของงานวิจัยในครั้งนี้ โดยมีขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้



1. สร้างเครื่องมือ/แบบบันทึกข้อมูลให้เก็บข้อมูลได้อย่างครอบคลุมประเด็นที่ผู้วิจัยทำการสังเคราะห์ และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหาความถูกต้องครบถ้วน ความเป็นไปได้ ในการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาทดลองใช้เก็บรวบรวมข้อมูลบทความวิจัยจำนวน 10 เรื่อง จากงานวิจัย ประเภทเชิงทดลอง และเมื่อพบปัญหาในการบันทึกข้อมูล หรือมีข้อมูลบางประเด็นที่ต้องเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ ปรับปรุงเครื่องมือวัดอีกครั้งก่อนที่จะนำไปเก็บจริง ตามแบบบันทึกในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วยหัวข้อและ ประเด็น ดังนี้

- 1) แหล่งข้อมูล เช่น ชื่อผู้วิจัย ชื่อเรื่อง ปีที่พิมพ์ เป็นต้น
- 2) วัตถุประสงค์ของการวิจัย เช่น การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมจัดทำต่างๆ เป็นต้น
- 3) แบบแผนการวิจัย เช่น การวิจัยเชิงทดลอง
- 4) ลักษณะตัวแปรตามที่ศึกษา ได้แก่ ตัวแปรเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ
- 5) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
- 6) วิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ วิธีการสุ่มตัวอย่าง
- 7) วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
- 8) ค่าสถิติ ได้แก่ ค่า  $r$ ,  $t$ ,  $F$  เป็นต้น
- 9) ผลการวิจัยที่สำคัญ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลบทความวิจัยในฐานข้อมูล SCOPUS ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ และสรุปผลการวิจัย โดยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนในการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดการ ดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

1. สืบค้นรายชื่อบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูล SCOPUS/ISI/Pubmed ซึ่งงานวิจัยดังกล่าว จะต้องตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2562 (ปี ค.ศ. 2008-2019)
2. พิจารณาอ่านงานวิจัยโดยละเอียด บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกงานวิจัย
3. พิจารณาคัดเลือกงานวิจัยเพื่อใช้ในการสังเคราะห์งานวิจัย โดยนำมาวิเคราะห์ห่อภิมาณ
4. ผู้วิจัยอ่านบทความวิจัยที่คัดเลือกมาอย่างละเอียด ทำการบันทึกข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย และ ค่าสถิติต่างๆ ลงในแบบบันทึกข้อมูล
5. ทำการจัดเตรียมไฟล์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สรุปผลการวิจัย และจัดทำรายงานผลการสังเคราะห์งานวิจัย

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการรายงานการสังเคราะห์งานวิจัยนี้ แบ่งเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะทั่วไปของรายงานการวิจัย โดยใช้ความถี่ และ ร้อยละ ส่วนตัวแปรที่มาตรวัดแบบมาตราส่วน ใช้วิธีการคำนวณค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์ห่อภิมาณ มาคำนวณค่าขนาดอิทธิพล โดยใช้สูตรตามแนวคิดของ Glass, McGaw & Smith (1981) และ เกณฑ์การแปลความหมายขนาดอิทธิพลของ Cohen (1977) ดังนี้ ขนาด อิทธิพลมีค่ามากกว่า 0.8 แสดงว่าค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับใหญ่ ขนาดอิทธิพลมีค่าอยู่ระหว่าง 0.2-0.8 แสดงว่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลาง และแสดงว่าขนาดอิทธิพลมีค่าน้อยกว่า 0.2 แสดงว่าขนาดอิทธิพล อยู่ในระดับน้อย

2. จากการทบทวนวรรณกรรม ผลการวิจัยระยะที่ 1-2 และผลการวิเคราะห์ห่อภิมาณนำมาสู่การกำหนด โครงสร้างโปรแกรม ฯ ที่มีต่อการมีสุขภาวะครอบครัว ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ แนวคิดหรือทฤษฎี กิจกรรม ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม และการประเมินผล ประยุกต์แนวคิด ทฤษฎีจิตวิทยา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

และการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อพัฒนาสู่การปรับพฤติกรรมสุขภาพ ดังแสดงตัวอย่างร่างโปรแกรมฯ ในตาราง

**ตาราง 5** แสดงตัวอย่างการประยุกต์แนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อพัฒนาสู่ โปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับคู่สมรสกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าร่วมกิจกรรม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning)	การประยุกต์ใช้ในรูปแบบกิจกรรม
<p>ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน หมายถึง สมรรถนะในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ จัดเป็นทักษะพื้นฐานด้านการอ่านและเขียนที่จำเป็นสำหรับบริบทด้านสุขภาพ ประกอบไปด้วย การที่บุคคลมีความรู้ในสาระสำคัญด้านสุขภาพ สามารถสื่อสารเพื่อให้ได้รับข้อมูลทางสุขภาพ รู้จักเลือกและตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ และนำทักษะที่กล่าวมานั้นไปกำหนดทางเลือกหรือเลือกวิธีการจนนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี</p>	<p><b>P1- Personal Presage Stage</b> <b><u>ระยะลึกลงใจ</u></b> เมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาที่ไม่เป็นไปตามมุมมองเดิมของตน ด้วยการสร้างสภาวะความไม่แน่ใจ ลึกลงใจในการตัดสินใจ แสดงพฤติกรรมของตนเอง บุคคลจะมีการทบทวนตนเองด้วยความรู้สึกผิดและอารมณ์ในด้านลบภายใต้พื้นฐานของความเชื่อสังคมนิยมธรรมที่เป็นอยู่ และประสบการณ์ที่เคยปฏิบัติของตนเอง เพื่อทำความเข้าใจกับตนเอง หลังจากการทบทวนตนเองบุคคลจะมีการประเมินสมมุติฐานเดิมของตนอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อกำหนดแนวทาง หรือทางเลือกที่จะกระทำหรือเปลี่ยนแปลงตนเอง</p>	<p>การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะพื้นฐานในการดูแลสุขภาพตนเอง เพิ่มสมรรถนะในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ โดยเริ่มจากการกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความพร้อมต่อการเรียนรู้จนนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติ เพื่อให้มีสุขภาพดี โดยผู้วิจัยได้วางแนวคิดในการจัดกิจกรรมดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมพร้อมต่อการเรียนรู้ โดยทำให้คู่สมรสเกิดความรู้สึกว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมาของตนเองไม่สามารถดูแลตนเองได้ จนเกิดความไม่แน่ใจ ลึกลงใจในการพฤติกรรมที่ผ่านมาของตนเอง ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงโดยเริ่มต้นด้วยการนำเสนอสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับคู่สมรสที่มีลักษณะเป็นเหตุการณ์ปัญหาจนส่งผลให้เกิดความลำบากในการดำรงชีวิตประจำวัน ร่วมกับการพิจารณามุมมองและประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยสถานการณ์มุมมองและประสบการณ์เดิมมาทำให้คู่สมรสผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทบทวนตนเอง โดยในการทบทวนตนเองนี้จะให้คู่สมรสทบทวนด้วยอารมณ์และความรู้สึกทางลบ</li> <li>2. เมื่อคู่สมรสผู้เข้าร่วมกิจกรรม ทบทวนตนเองแล้วก็จะประเมินสมมุติฐานเดิมของตนอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อกำหนดแนวทาง หรือทางเลือกที่จะกระทำหรือเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยผู้วิจัยให้คู่สมรสได้บันทึกทางเลือกหรือแนวทางในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ลงในสมุดบันทึกประจำตัวของตนเอง</li> <li>3. ผู้วิจัยประเมินว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมเปิดใจยอมรับสิ่งที่ผิดพลาดด้วยการประเมินอารมณ์ความรู้สึกของผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่มีต่อสถานการณ์ที่ผู้วิจัยได้ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเรียนรู้ จากนั้นจึงเริ่มสู่การพัฒนาความรอบรู้ขั้นพื้นฐาน โดยให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกับผู้เชี่ยวชาญสุขภาพ ในเนื้อหาข้อที่จำเป็นจนผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้ในเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพตลอดจนมีทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพตนเอง โดยความรู้และทักษะที่จำเป็นประกอบไปด้วย 1) ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรค 2) โภชนาการบำบัด ทักษะการตัดสินใจเลือกอาหารและ</li> </ol>

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning)	การประยุกต์ใช้ในรูปแบบกิจกรรม
		<p>จัดการโภชนาการตามความเหมาะสมในชีวิตประจำวันรวมถึงไปถึงการอ่านฉลากอาหาร 3) ทักษะการออกกำลังกาย 4) ยารักษาเพื่อให้เข้าใจการใช้ยา ทักษะการอ่านฉลากยาการวิเคราะห์สื่อโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเพื่อลดระดับน้ำตาล 5) การตรวจวัดสัญญาณชีพด้วยตนเอง การวัดระดับความดันโลหิตและดัชนีมวลกาย และการแปลผลเพื่อให้ทราบวิธีการติดตามควบคุมกำกับไม่ให้เกิดโรค และ 5) การดูแลสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพการแก้ไขปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวันและบูรณาการจัดการปัญหาด้านจิตวิทยาในชีวิตประจำวัน</p> <p>4. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำความรู้และทักษะที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อนและผู้เชี่ยวชาญ ไปกำหนดทางเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี รวมไปถึงการวางแผนเพื่อปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี</p> <p>5. ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบันทึกเนื้อหาสาระของวิธีการดูแลสุขภาพตนเองและลองนำไปปฏิบัติ</p>
<p>ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ หมายถึง ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสารเพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเป็นการมีพหุปัญญา (Cognitive Literacy) และทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ประกอบไปด้วย การที่บุคคลสามารถอธิบายและสื่อสารถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพให้บุคคลอื่นเข้าใจ มีความสามารถในการค้นหาข้อมูลที่ต้องการโดยเปรียบเทียบการเลือกรับสื่อที่มีประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่นใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์</p>	<p><b>P2 – Plan Learning Stage</b> <b>ระยะการวางแผนการเรียนรู้</b></p> <p>หลังจากที่บุคคลเผชิญกับวิกฤติการณ์และทบทวนตนเองแล้ว บุคคลจะเปิดใจยอมรับสิ่งที่เป็นผลพลได้จากพฤติกรรมเดิมๆ ของตนเองพร้อมสู่การเปลี่ยนแปลง จนบุคคลสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ถูกต้องกับผู้อื่น โดยสามารถแสวงหาคำตอบจากการสื่อสารประสบการณ์ การสนทนา หรือโต้ตอบด้วยเหตุผลกับบุคคลอื่นที่มีประสบการณ์คล้ายกับตนเอง เพื่อทำความเข้าใจตนเองและกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงร่วมกัน</p>	<p>เมื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดความรู้ระดับพื้นฐานแล้ว ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะสามารถก้าวไปสู่ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ซึ่งเป็นสมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสาร เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเป็นการมีพหุปัญญา (Cognitive Literacy) และทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง</p> <p>ในการพัฒนาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ผู้วิจัยประยุกต์กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในขั้นนี้โดยพัฒนาทักษะทางสังคม วางแผนการดูแลตนเองเน้นการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้แก่ การสื่อสารกับกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม การสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญสุขภาพโดยมีกิจกรรมดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม อธิบายวิธีการดูแลสุขภาพตนเองตามแผนที่ได้บันทึกไว้ รวมไปถึงวิเคราะห์ผลเสียเกี่ยวกับการวิธีการปฏิบัติในวิธีการดูแลสุขภาพตนเองที่ตนเองได้ลองนำไปปฏิบัติมาให้กลุ่มเพื่อนฟัง</li> <li>2. ร่วมวิพากษ์แผนการวิธีการดูแลสุขภาพที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ลองนำไปปฏิบัติ ร่วมกับกลุ่มคู่สมรสที่มีประสบการณ์คล้ายกับตนเอง เพื่อหาความรู้และทักษะสำหรับการปฏิบัติตามแผน และกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติต่อไป</li> <li>3. สรุปแผนวิธีการดูแลสุขภาพของผู้เข้าร่วมกิจกรรม</li> <li>4. จำลองสถานการณ์ที่อ้างอิงมาจากข้อมูลการศึกษาระยะที่ 1 แบ่งเป็น 2 สถานการณ์คือ 1) สถานการณ์เกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ให้บริการสาธารณสุข ผู้นำชุมชนด้านสุขภาพ และ 2) สถานการณ์เกี่ยวกับการ</li> </ol>

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning)	การประยุกต์ใช้ในรูปแบบกิจกรรม
ผลดี-ผลเสียเพื่อปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง/เลือกวิธีการปฏิบัติสามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนด		เลือกรับสื่อสุขภาพที่อาจจะทำให้เสี่ยงทางสุขภาพ
<p>ความรู้ด้านสุขภาพด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิตประกอบไปด้วย การที่บุคคลสามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบเนื้อหาแนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผลสามารถตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งได้เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองจนได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ สามารถประเมินข้อมูลจากสื่อที่สามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อชี้แนะแนวทางให้กับบุคคลเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่นโดยแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม มีการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง</p>	<p><b>P3- Program Perspective Stage</b>  <b><u>การเปลี่ยนกรอบมุมมองการคิด</u></b>  <b><u>ความเชื่อและจิตลักษณะเดิม</u></b>          บุคคลค้นหากิจกรรมทำใหม่ นำไปสู่การแสวงหาทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงตนเอง ต่อมาบุคคลเริ่มวางแผนการกระทำใหม่ ตามเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้วยการหาความรู้และทักษะสำหรับการปฏิบัติตามแผน เพื่อให้เกิดผลตามเป้าหมาย ทั้งนี้บุคคลจะต้องยอมรับแผนการกระทำและเริ่มทดลองทำตามบทบาทใหม่ จนบูรณาการบทบาทใหม่ให้เป็นวิถีชีวิตใหม่ของตน</p>	<p>การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิพากษ์ คือ สมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิตตลอดจนสามารถชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม สำหรับการพัฒนาเพื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจักษณ์ญาณนั้น ผู้วิจัยได้ประยุกต์กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงโดยพัฒนาให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถเริ่มทดลองทำตามแนวทางการดูแลตนเองในแบบที่ได้สร้างใหม่ และสร้างความสามารถและความมั่นใจในแนวทางใหม่ที่ตนเองที่วางแผน จนสามารถบูรณาการจนเป็นวิถีชีวิตใหม่ของตนเองได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยสร้างความมั่นใจโดยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ชี้แนะแนวทางการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว มีกิจกรรมดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้วิจัยจัดสถานการณ์ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมชี้แนะและเสนอทางทางเลือกในการดูแลตนเองและครอบครัวที่เกิดผลกระทบน้อยที่สุด ให้กับบุคคลโดยผู้วิจัยเชิญผู้ป่วยโรค NCD ที่ไม่อยู่ในกลุ่มกิจกรรมมาเป็นตัวอย่างเป็นผู้เล่าประสบการณ์เพื่อพัฒนาให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ</li> <li>2. ผู้วิจัยนำตัวอย่างข้อมูลด้านสุขภาพ ความเชื่อที่ผิดซึ่งข้อมูลได้มาจากปัญหาการวิจัยระยะที่ 1 นำมาให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ร่วมวิเคราะห์ โดยใช้รูปแบบการสนทนาเชิงวิพากษ์ โดยมุ่งให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม แสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม</li> <li>3. กลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม ได้ทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจนนำไปสู่วิถีชีวิตใหม่ของตนเอง</li> </ol>
<p><b>แนวคิดการปรับพฤติกรรม</b> ของ Bandura (1986) กล่าวว่า พฤติกรรมคนจะเปลี่ยนได้ต้องผ่านกระบวนการทางปัญญาและสังคมได้แก่ Self-efficacy จะเกิดได้จากการรับรู้ผลการกระทำจากตัวแบบ หรือการแลกเปลี่ยน</p>	<p><b>P4-Personal Transformative Stage &amp; 3-Self for behavior modification</b>  <b><u>การเปลี่ยนแปลงภายในตนเอง</u></b>  <u>ไปสู่การกระทำพฤติกรรมใหม่</u>          การยอมรับแผนการกระทำและสร้างแผนการกระทำพฤติกรรมใหม่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การเริ่มทดลองทำตามบทบาทใหม่</li> </ol>	<p>ร่วมกิจกรรมปรับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตน การฝึกทักษะการกำกับตนเอง และการคงอยู่ในการกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดทำกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมที่ โดยใช้กิจกรรมการเรียนรู้แบบเป็นฐานหรือกิจกรรมกลุ่มเล็กให้ทุกคนได้แสดงออกและกระทำพฤติกรรมต่างๆ ด้วยตนเองอย่างทั่วถึงโดยให้ครบทุกมิติของการดูแลสุขภาพทั้ง Self-efficacy จะเกิดขึ้นได้จากการที่บุคคลได้รับรู้ผลการกระทำจากตัวแบบ หรือการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การใช้การเสริมแรง การพุดจูงใจ การกระตุ้นอารมณ์ เป็นต้น รวมถึงการเห็นถึงผลดีของการกระทำของตนเองที่ผ่านามาโดยผ่าน</p>

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning)	การประยุกต์ใช้ในรูปแบบกิจกรรม
ประสบการณ์ การใช้ การเสริมแรง การพุดจูงใจ การกระตุ้นอารมณ์ และเห็นถึงผลดีของการกระทำนั้นโดยมั่นใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ต่อเนื่องได้ ส่วน Self-regulation เป็น กิจกรรมการเรียนรู้ให้ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ สังเกตตนเองได้รับ feedback สะท้อนให้ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเห็น ด้วยผลการวัดภาวะ สุขภาพของเขาใน ปัจจุบัน	2. การสร้างความสามารถและ ความมั่นใจในบทบาทและ ความสัมพันธ์ใหม่ 3. การบูรณาการจนเป็นวิถี ชีวิตใหม่ของคุณ	กระบวนการทางปัญญาว่ามั่นใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ต่อเนื่องได้ ส่วน Self-regulation เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้สังเกตตนเองได้รับ feedback สะท้อนให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเห็นด้วยผลการวัดภาวะ สุขภาพของเขาเองในปัจจุบัน อาจเป็นผลตรวจร่างกาย ผล เลือด เป็นต้น ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะสังเกตตนเองว่ามีความ เสี่ยงต่อโรคลดลง Self-Care การกระทำพฤติกรรมต่อเนื่องจากการประเมิน สุขภาพตนเอง การควบคุมความรุนแรงของโรค การ รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการ ความเครียด และทำกิจกรรมเพื่อสังคม ที่เหมาะสมกับ สภาพบริบทของตนเอง ของกลุ่มและชุมชนต่อไปจนเป็น บรรทัดฐานทางสังคมแห่งความรู้ด้านสุขภาพของคนใน ชุมชน

3. นำร่างโปรแกรม ฯ ที่พัฒนาขึ้นมาตรวจสอบความเหมาะสมด้วยแบบสอบถามความเหมาะสมและความสอดคล้องที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาผู้ใหญ่ ด้านพฤติกรรมศาสตร์ และด้านการส่งเสริมสุขภาพ การประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมฯ เป็นมาตร ประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงมากที่สุด (5 คะแนน)

ตัวอย่าง แบบประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของร่างโปรแกรม 4-P for HL & HB

0. คำชี้แจงมีความชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้

น้อยที่สุด                      น้อย                      ปานกลาง                      มาก                      มากที่สุด

การแปลความหมายของคะแนน โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของการตอบแบบสอบถามกำหนดระดับ ความคิดเห็นตามเกณฑ์ในการวิเคราะห์ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1997: 190) ดังนี้

ช่วงระดับคะแนน	ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อองค์ประกอบของโปรแกรม
1.000 - 1.499	ความเหมาะสมอยู่ในระดับน้อยที่สุด
1.500 - 2.499	ความเหมาะสมอยู่ในระดับน้อย
2.500 - 3.499	ความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง
3.500 - 4.499	ความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก
4.500 - 5.000	ความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด

4. ปรับปรุงร่างโปรแกรมฯ ที่มีต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ จิตวิทยาเชิงบวก สุข ภาวะครอบครัวและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับคู่สมรสที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมฯ ด้วยการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ สำหรับคู่สมรส กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้

ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ที่มีต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ จิตวิทยาเชิงบวก สุขภาวะครอบครัวและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้ด้วยแบบแผนการทดลองกลุ่มเดียวโดยการทดสอบก่อนหลัง (One group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35-59 ปี ทั้งเพศหญิงและชายในชุมชนจังหวัดที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ และเป็น คู่สมรสทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดิมมาอย่างน้อย 1 ปี เป็นผู้มีอายุระหว่าง 35 -59 ปี และมีบุตรอย่างน้อย 1 คน มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้แก่ มีรูปร่างท้วม มีภาวะอ้วนลงพุง มีน้ำตาลในเลือดสูง มีความดันโลหิตสูงโดยไม่ได้รับประทานยาหรือรับการรักษา สามารถอ่านออกเขียนได้และยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารด้วยการพูด การฟัง การเขียนด้วยภาษาไทยได้ ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโปรแกรม และยังไม่เคยผ่านโปรแกรมการฯ มาก่อน โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างในการหาประสิทธิภาพแบบกลุ่มย่อย จำนวน 5-10 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยโปรแกรมฯ ที่มีต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ จิตวิทยาเชิงบวก สุขภาวะครอบครัวและผลลัพธ์ทางสุขภาพและแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดี โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. โปรแกรมฯ ที่มีต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ จิตวิทยาเชิงบวก สุขภาวะครอบครัวและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ถูกสร้างในระยะที่ 1 โดยพื้นฐานมาจากแนวคิดและทฤษฎีหลัก ได้แก่ แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ และแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง และแนวคิดและทฤษฎีย่อยๆ ได้แก่ แนวทางการดูแลสุขภาพทั่วไป แนวคิดการประสบความสำเร็จ แนวคิดการฝึกอบรม แนวคิดการจัดกิจกรรมนันทนาการผู้ใหญ่ แนวคิดการการมีสุขภาวะที่ดี และ เพื่อนำมาประกอบในการออกแบบกิจกรรมที่กำหนดขอบเขตเนื้อหาและวัตถุประสงค์ไว้แล้ว และกระบวนการวัดและประเมินผลที่สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ โดยมีแผนการจัดกิจกรรมประกอบด้วยหัวข้อ วัตถุประสงค์ แนวคิด/สาระสำคัญ สื่อ/วัสดุอุปกรณ์ กิจกรรม (ระยะเวลา) การวัดและประเมินผล โดยกิจกรรมประกอบด้วย 3 ด้านหลัก ได้แก่ 1) เนื้อหาบทเรียนที่เกี่ยวข้องกับความรู้และแนวทางปฏิบัติ 2) การฝึกตามขั้นตอน 4-P และ 3) การฝึกประสบการณ์ตรง โดยแต่ละบทเรียนจะประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรมในแต่ละหน่วย และส่วนการประเมินผลในแต่ละกิจกรรม ประกอบด้วย ใบงานในแต่ละกิจกรรมต่างๆ (E<sub>1</sub>) และสื่อประกอบกิจกรรม โดยการศึกษาหลักการจัดกิจกรรมสำหรับผู้ใหญ่ แนวทางการจัดทำสื่อสำหรับผู้เข้าร่วมโปรแกรม การวิเคราะห์เนื้อหาและกิจกรรมในแต่ละหน่วย เพื่อกำหนดรูปแบบสื่อประกอบกิจกรรม แล้วจัดทำสื่อและคู่มือประกอบกิจกรรมแต่ละหน่วย

2. แบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาระยะที่ 2 ได้แก่

1) แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สภาพการเป็นอยู่ และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ผลจากแบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคลนี้ใช้วิเคราะห์บรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2) แบบสอบถามสุขภาวะครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการบูรณาการและสังเคราะห์ขึ้นจากแนวทางการปฏิบัติทั่วไปและผู้ประสบความสำเร็จ โดยข้อคำถามที่สร้างขึ้นถูกพัฒนาขึ้นให้สอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการและเหมาะสมกับบริบทในการวิจัยครั้งนี้ การมีสุขภาวะครอบครัวที่ดีประกอบด้วย 1) สุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของตนเองและคู่สมรส หมายถึง การที่บุคคลมีการประเมินสุขภาพของตนเองและสุขภาพของคู่สมรส ว่ามีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยเป็นโรค ไม่พิการ ปราศจากโรคภัยคุกคาม มีสุขภาพดีตามที่แสดงออกให้เห็นทางร่างกาย รวมถึงการที่บุคคลไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงในการดำเนินชีวิต เช่น พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น และมีสุขภาวะทางจิต คือ มีสุขภาพจิตดี มีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับบุคคลรอบข้างอย่างราบรื่น สามารถทำงานได้อย่างเต็มความสามารถ ทำงานได้ตรงตามความถนัด และมีความภาคภูมิใจในตัวเองเมื่อได้ทำในสิ่งที่ดี 2) ความยึดมั่นคุณธรรมของตนเองและคู่สมรส

หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้ต่อตนเองและคู่สมรสว่าเป็นผู้มีความสามารถในการแสดงออกอย่างมีความหวัง มีจุดมุ่งหมายเป็นอุดมการณ์ในชีวิต มีความรู้สึกสำนึกกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ มีความรักในสันติภาพ มีความต้องการที่พอเพียง เคารพในทุกชีวิต มีการใช้หลักคุณธรรมในการครองตนและครองคู่ ยึดหลักธรรมในการประกอบกิจการตัดสินใจและการแก้ปัญหา มีการปฏิบัติหรือเข้าร่วมกิจกรรมในทางศาสนาที่ตนเองยึดถืออย่างเคร่งครัด และ 3) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรส หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึกและการปฏิบัติของตนเองที่มีต่อคู่สมรส ที่แสดงออกถึงความสัมพันธ์ต่อกันทั้งทางด้านดีและไม่ดี เช่น การแสดงความเห็นใจซึ่งกันและกัน การช่วยเหลือเกื้อกูลเติมเต็มซึ่งกันและกัน การให้การสนับสนุนทั้งข้อมูลข่าวสารสิ่งของทรัพยากรและอารมณ์ การทำกิจกรรมร่วมกัน การแก้ปัญหาร่วมกัน ร่วมดำรงรักษาความสามัคคีเป็นปีกแผ่นของครอบครัว รวมถึงความพึงพอใจในชีวิตคู่ หรือปริมาณความขัดแย้ง ห่างเหิน ไม่เข้าใจกัน ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรฐานรวมค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ถึงเป็นประจำ (5 คะแนน) การแปลความหมายของคะแนน โดยพิจารณาจากคะแนนรวมของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้ที่มีคะแนนรวมมากแสดงว่าเป็นผู้ที่มีการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีสูงกว่าผู้ตอบแบบวัดที่ได้คะแนนรวมน้อยกว่า และ

4) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ประยุกต์ขึ้นมาจากแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพวัยผู้ใหญ่ของ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกับ อังคินันท์ อินทรกำแหง ดำเนินการในปี 2560 ที่พัฒนาจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Osborne et al. (2013) ประกอบด้วยกรอบเนื้อหาเป็นการประเมิน ความรู้ความเข้าใจ การวัดความคิดเห็นในเชิงพฤติกรรมและเชิงสถานการณ์มี 5 ด้านคือ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 4) การสื่อสารสุขภาพ และ 5) การจัดการสุขภาพตนเอง

5) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการวัดการกระทำที่บุคคลแสดงออกเพื่อประคับประคองกระบวนการดำรงชีวิตและสนับสนุนให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างปกติสุขหรือเป็นการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการ และเป็น การดูแลตนเองเพื่อการป้องกันโรค และบรรเทาและขจัดอาการที่เบี่ยงเบนหรือเจ็บป่วย อันอาจมีผลกระทบต่อจิตใจอารมณ์ เป็นการช่วยควบคุมสภาพของโรคซึ่งวัดจาก 1) พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองในเชิงป้องกันโรคได้แก่ ออกกำลังกาย รับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การตรวจสุขภาพประจำปี และ 2) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชนและสังคมในที่ทำงาน

#### การทดสอบคุณภาพโปรแกรม

1. การทดลองแบบกลุ่มเล็ก ในคู่สมรสไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างและยังไม่เคยผ่านโปรแกรมฯ มาก่อน จำนวน 5-10 คน แล้วดำเนินการตามกระบวนการในโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นตั้งแต่การวัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการมีสุขภาวะที่ดีก่อนและเมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมฯ รวมทั้งพิจารณาความเหมาะสมความชัดเจนเกี่ยวกับภาษา และนำคะแนนที่ได้ไปคำนวณหาประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 75/75 และปรับปรุงโปรแกรมฯ ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2. การนำโปรแกรมฯ ไปปรับปรุงแก้ไขจนสมบูรณ์ เพื่อไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ตามเกณฑ์มาตรฐาน 75/75 (ชัยยงค์ พรหมวงศ์. 2545) โดย  $E_1$  คือ ประสิทธิภาพของกระบวนการ ซึ่งได้มาจากการวิเคราะห์ค่าร้อยละของผลการประเมินการปฏิบัติงานในแต่ละหน่วยกิจกรรม และส่วน  $E_2$  คือ ประสิทธิภาพของผลผลิต ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละของผลรวมจากการประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการมีสุขภาวะที่ดี

2. สถิติทดสอบสมมติฐาน เปรียบเทียบผลการทดสอบค่าประสิทธิภาพของกระบวนการและประสิทธิภาพของผลผลิตกับเกณฑ์มาตรฐาน 75/75 ที่ได้กำหนดไว้แล้ว โดยใช้การทดสอบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม (One-sample T test)

#### ขั้นตอน 2 การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ

เพื่อตอบโจทย์วัตถุประสงค์ข้อที่ 5 เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพของคู่สมรสเพศชายและหญิงในชุมชน โดยมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 คน โดยได้มาจากการสุ่มแบบกลุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Cluster Randomized Controlled Trail) แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 100 คนเนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้จริงครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเชิงทดลองอย่างน้อยกลุ่มละ 100 คน

ทั้งนี้ ในการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ที่มีต่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ จิตวิทยาเชิงบวก สุขภาวะครอบครัวและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มและวัดระยะก่อนทดลอง หลังจากการดำเนินจัดโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามอีก 1 เดือนถัดมา (The Randomized Pretest Posttest and Follow up Control Group Design)

กลุ่ม	ก่อนการจัดโปรแกรม	ดำเนินการจัดโปรแกรม	หลังการจัดโปรแกรม	ติดตามผล
กลุ่มทดลอง	(R) SE, A <sub>1</sub> B <sub>1</sub> , O <sub>1</sub>	X <sub>1</sub>	A <sub>2</sub> , B <sub>2</sub> , O <sub>2</sub>	A <sub>3</sub> , B <sub>3</sub> , O <sub>3</sub>
กลุ่มควบคุม	(R) SE, A <sub>1</sub> B <sub>1</sub> , O <sub>1</sub>	X <sub>0</sub>	A <sub>2</sub> , B <sub>2</sub> , O <sub>2</sub>	A <sub>3</sub> , B <sub>3</sub> , O <sub>3</sub>

R เลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยวิธีการสุ่ม

SE วัดตัวแปรจัดประเภทได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

A<sub>1,2,3</sub> วัดจิตวิทยาเชิงบวก และความรอบรู้ด้านสุขภาพในครั้งที่ 1 ระยะก่อนการทดลอง ครั้งที่ 2 ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง และครั้งที่ 3 ในระยะติดตามผลอีก 1 เดือนถัดมาตามลำดับ

B<sub>1,2,3</sub> วัดพฤติกรรมสุขภาพ สุขภาวะครอบครัวในครั้งที่ 1 ระยะก่อนการทดลอง ครั้งที่ 2 ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง และครั้งที่ 3 ในระยะติดตามผลอีก 1 เดือนถัดมาตามลำดับ

O<sub>1,2,3</sub> วัดผลลัพธ์ทางสุขภาพครั้งแรกในครั้งที่ 1 ระยะก่อนการทดลอง ครั้งที่ 2 ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง และครั้งที่ 3 ในระยะติดตามผลอีก 1 เดือนถัดมาตามลำดับ

การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่รูปแบบการจัดกระทำ

กลุ่มตัวอย่าง		รูปแบบการจัดกระทำ		รวม
		รูปแบบ A กลุ่มทดลอง	รูปแบบ B กลุ่มควบคุม	
ตัวแปรจัด ประเภท	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับ ต่ำ	50 คน	50 คน	100 คน
	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับ สูง	50 คน	50 คน	100 คน
	รวม	100 คน	100 คน	200 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ โปรแกรมฯ และแบบสอบถาม การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ จิตวิทยาเชิงบวก สุขภาวะครอบครัวและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ซึ่งมาจากในขั้นตอนการหาประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ

### การดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะทดลอง และระยะการติดตามผล

#### 1. ระยะก่อนการทดลอง

1.1 การเตรียมการ ตั้งแต่การเตรียมและศึกษาข้อมูลชุมชน ประสานพื้นที่ และการสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน เพื่อทำความเข้าใจบริบทของชุมชน ผู้วิจัยได้ดำเนินการประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน



สาธารณสุขในพื้นที่ โดยทำหนังสือขออนุญาตศึกษาวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒและประสานขอความร่วมมือในชุมชน

1.2 การเตรียมผู้ช่วยวิจัยได้รับความร่วมมือจากทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม และบทบาทในการดำเนินกิจกรรมในการเป็นพี่เลี้ยงประจำกลุ่ม

1.3 ผู้วิจัยทำการประชาสัมพันธ์โปรแกรมฯ ทั้งการประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย ออกเยี่ยมตามบ้าน พร้อมกับเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเชิญชวนและชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรมให้กับคู่สมรสที่สนใจและเต็มใจมาเข้าร่วมโปรแกรม พร้อมทั้งทำการนัดประชุมผู้ที่สนใจเข้าร่วมโปรแกรมในการลงนามแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการเข้าร่วมกิจกรรมและเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง พร้อมทั้งสร้างสัมพันธภาพและนัดหมายผู้ที่สนใจเข้าร่วมโปรแกรมในครั้งต่อไป

1.4 การดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ จิตวิทยาเชิงบวก สุขภาวะครอบครัวด้วยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง รวมทั้งวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าความดันโลหิต น้ำหนักและส่วนสูง และผลระดับน้ำตาลในเลือดที่ผ่านมามีค่าสุดของผู้เข้าร่วมกิจกรรมโดย อสม. แล้วทำการนัดกลุ่มทดลองในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากบุคลากรสาธารณสุขในชุมชน แต่ทำการนัดหมายเพื่อเก็บข้อมูลภายหลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 และระยะการติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 ต่อไป

## 2. ระยะทดลอง

2.1 กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้รับโปรแกรมฯ ทุกขั้นตอน

2.2 กลุ่มทดลองและญาติจะนำความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้และแผนของตนเองได้กำหนดไว้มาฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง (Implementation) พร้อมทั้งบันทึกการปฏิบัติของตนเองอย่างต่อเนื่องลงในคู่มือประจำตัว เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับในขั้นต่อไป

2.3 ผู้วิจัยทำการติดตามเยี่ยมบ้านของกลุ่มทดลอง เพื่อสอบถามและติดตามการปฏิบัติที่ผ่านมา พร้อมทั้งกระตุ้นให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้ผ่านการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Learning through feedback) โดยนำผลการบันทึกการปฏิบัติของตนเองมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ถ้ากลุ่มทดลองสามารถทำได้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ทำให้ผู้ทดลองเกิดกำลังใจ รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง และได้รับคำชื่นชมจากผู้วิจัย ทำให้เกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมนั้นต่อไป แต่ถ้าไม่บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยจะให้กำลังใจและช่วยกลุ่มทดลองปรับปรุงแผนให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งอยู่ในขั้นการให้กำลังใจ (Encouragement)

2.4 ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยนัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อตอบแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ จิตวิทยาเชิงบวก และสุขภาวะครอบครัวและทำการวัดวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก และ ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

## 3. ระยะติดตามผล

ในระยะการติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยเว้นระยะเวลาไว้ 1 เดือน โดยไม่มีการจัดกระทำหรือกระตุ้น ผู้วิจัยนัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อตอบแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและการมีสุขภาวะที่ดี และทำการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพโดย อสม. ให้การช่วยเหลือ

### การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ดังนี้

#### 1. สถิติบรรยาย

ในการวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและลักษณะของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows รายละเอียดดังนี้

1.1 การคำนวณความถี่และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 การคำนวณค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนพฤติกรรมกรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

1.3 การตรวจสอบการแจกแจงปกติหลายตัวแปร โดยการหาประสิทธิความเบ้ (Skewness) ความโด่ง (Kurtosis) และสถิติ Shapiro-Wilk เพื่อตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ ANCOVA

1.4 การตรวจสอบการเท่ากันของเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของตัวแปร โดยใช้สถิติบอกซ์ (Box's M Test) เพื่อตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ ANOVA และตรวจสอบความเท่ากันของความแปรปรวนของตัวแปรทุกตัวด้วยวิธี Levene's Test

#### การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ

1. การเปรียบเทียบสัดส่วนลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square)

2. การประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ที่มีต่อการมีสุขภาวะและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ตามเกณฑ์ 75/75 ที่ได้กำหนดไว้ด้วยการทดสอบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม

3. การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของการมีจิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการมีสุขภาวะครอบครัวที่ดี โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) และควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และหากพบว่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ จิตวิทยาเชิงบวก และสุขภาวะครอบครัว ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำการทดสอบความแปรปรวนตัวแปรเดียว (Univariate Test) และทำการเปรียบเทียบรายคู่ต่อไป

4. การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) และควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และหากพบว่าคะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำการทดสอบความแปรปรวนตัวแปรเดียว (Univariate Test) และทำการเปรียบเทียบรายคู่ต่อไป

5. การทดสอบการเปลี่ยนแปลงของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ จิตวิทยาเชิงบวก สุขภาวะครอบครัวและผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังสิ้นสุดหลังการทดลอง และระยะติดตามอีก 1 เดือน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบวัดซ้ำ (ANOVA with Repeated Measure) และควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

#### การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมในการวิจัย

ผู้เข้าร่วมในการวิจัยจะได้รับการขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยก่อนลงมือเก็บข้อมูลทุกครั้ง ร่วมกับการชี้แจงรายละเอียดสาระสำคัญของ การวิจัย เหตุผลและวิธีการที่ผู้วิจัยใช้ในการเลือกเข้าเป็นตัวอย่าง เพื่อการเก็บข้อมูล มีมาตรการที่จะรักษาความลับ โดยจะมีการปกปิดชื่อ นามสกุล แหล่งข้อมูลทั้งหมด รวมทั้งการอธิบายผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัยและในทำกิจกรรมทุกครั้งผู้วิจัยคำนึงและป้องกันถึงอันตรายต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง โดยในการทำกิจกรรมทุกครั้งจะมี อสม. ประจำ เพื่อคอยดูแล และให้การช่วยเหลือปฐมพยาบาลเบื้องต้น ในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุต่างๆ ขึ้น ผู้เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้มีสิทธิที่จะให้ความร่วมมือหรือไม่ให้ความร่วมมือก็ได้ และมีสิทธิที่จะเปลี่ยนใจหรือถอนตัวจากการให้ความร่วมมือได้

ทุกเมื่อถ้าต้องการ รวมทั้ง ได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒเลขที่ SWUEC/E-264/2560

### ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการศึกษาเฉพาะในกลุ่มคู่สมรสที่ได้รับการคัดกรองจากบุคลากรสาธารณสุขในชุมชนว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง หรือเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เกิดจากพฤติกรรมที่ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม ในการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจะใช้ประวัติผลการตรวจล่าสุดจากการคัดกรอง โดยผู้วิจัยจะไม่กระทำการตรวจเอง แต่สำหรับการวัดค่า BMI และค่าความดันโลหิต ผู้วิจัยจะดำเนินการตรวจเองโดยใช้เครื่องมือเดียวกันในการตรวจวัดทุกครั้งของการวัดในการทดลองวิจัยครั้งนี้

### แผนการเก็บข้อมูล

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ คณะทำงานได้กำหนดนิยาม องค์ประกอบและการวัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยไว้ 5 องค์ประกอบ และวางแผนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือไว้ดังนี้

1) นำร่างแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านได้แก่ นักวิชาการในมหาวิทยาลัยที่เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ 1 คน ด้านเครื่องมือและการวัด 1 คน ด้านงานวิจัยทางสังคม 1 คน ด้านที่มีประสบการณ์ดูแลสุขภาพและที่ไม่ได้ดูแลสุขภาพรวม 2 คน

2) นำร่างแบบวัดที่พัฒนาขึ้นนี้ ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 120 คน

3) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ครบจำนวน 2,000 คน

4) วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด และสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์ทอภิมานที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการเสนอแนวทางการสร้างและพัฒนาทุนทางจิตวิทยาและความรอบรู้ด้านสุขภาพ

5) ดำเนินการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุฯ และเปรียบเทียบในกลุ่มย่อยด้วยสถิติ SEM

6) ออกแบบและทดลองใช้โปรแกรมฯ ที่คณะวิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีและผลวิจัยในระยะแรก

7) วิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำสรุปโครงการทั้งหมด หรือเผยแพร่

การอธิบายกระบวนการเข้าถึงผู้ถูกเชิญชวนให้เข้าร่วมวิจัยโดยละเอียดและการใช้สื่อต่างๆ

1) ผู้วิจัยติดต่อทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อการมอบหมายต่อให้บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลสาธารณสุขประจำตำบลที่ได้มีการดำเนินการตามนโยบาย ไปยังชุมชนหมู่บ้านเป้าหมาย ที่มีการดำเนินเก็บข้อมูลแบบสอบถามและหน่วยงานพื้นที่เก็บข้อมูลแบบสอบถาม

2) ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัยที่ประกอบด้วย อาจารย์มหาวิทยาลัยและนิสิตปริญญาเอกจำนวน 4 คน ช่วยกันประสานงานไปยังสาธารณสุขจังหวัดเพื่อติดตามที่ได้ออกหนังสือขอความร่วมมือเก็บข้อมูลไป เพื่อได้ทราบตัวบุคคลที่เป็นผู้ประสานงานของจังหวัดในการเก็บข้อมูล

3) เมื่อได้ตัวแทนผู้ประสานงานในแต่ละพื้นที่จังหวัด จึงได้นัดประชุมในพื้นที่ 4 ภาคได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ จำนวน 10 จังหวัดเพื่อชี้แจงเกี่ยวกับโครงการและรายละเอียดของแบบสอบถาม เพื่อให้ตรงตามวัตถุประสงค์ และมีความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รับกลับมา

4) ผู้วิจัยและคณะทำงานเดินทางลงพื้นที่เก็บข้อมูลด้วยตนเอง และในบางส่วนฝากแบบสอบถามไว้กับผู้ประสานงานทุกจังหวัดเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลมา พร้อมจัดทำคู่มือการบันทึกข้อมูลจากแบบสอบถามตอบกลับลงยังโปรแกรม Microsoft Excel ให้ถูกต้องครบทุกจังหวัด

5) ผู้วิจัยทำหนังสือชี้แจง ขอความร่วมมือกับผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งแนบไปกับแบบสอบถามทุกฉบับ หากมีข้อสงสัยให้ติดต่อกับผู้วิจัยโดยตรงได้ ตามที่อยู่เบอร์โทรศัพท์ อีเมลที่ให้ไว้

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยเรื่อง “การประเมินและการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและสุขภาวะครอบครัวกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: การพัฒนาโมเดลเชิงสาเหตุทางวัฒนธรรมของพฤติกรรมสุขภาพ” ในครั้งนี้ เป็นการดำเนินการวิจัยหลายระยะ (Multi-phase) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ทำความเข้าใจสถานการณ์และเงื่อนไขทางสุขภาพของครอบครัวกลุ่มเสี่ยงจากการลงพื้นที่ศึกษาสภาพจริงของชุมชน 2) พัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3) เปรียบเทียบรูปแบบเชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวของคู่สมรสที่เสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างคู่สมรสเพศหญิงกับเพศชาย และระหว่างชุมชนเมืองและชุมชนชนบท 4) สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ 5) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพของคู่สมรสเพศชายและหญิงในชุมชนเมือง สามารถแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1** ความเข้าใจสถานการณ์และเงื่อนไขทางสุขภาพของครอบครัวสุขภาพดี เพื่อค้นหาแนวทางการสร้างเครื่องมือวัดและออกแบบโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวและผลลัพธ์ทางสุขภาพของคู่สมรสกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วย 1) การสัมภาษณ์เชิงลึกคู่สมรสที่มีสุขภาพดี ไม่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 6 คู่ และ 2) ผลการสัมภาษณ์นำมาสู่การสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เชิงการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวที่มีต่อสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับคู่สมรสกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

**ระยะที่ 2** การพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างคู่สมรสเพศชายและเพศหญิง และระหว่างชุมชนในเขตเมืองและชนบทแนวชายแดน ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากคู่สมรสเพศชายและเพศหญิงที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 2,000 คนใน 10 จังหวัดที่มีชุมชนในเมืองหรือเมืองและจังหวัดที่มีชุมชนในชนบทแนวชายแดน

**ระยะที่ 3** การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ของคู่สมรสกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยการสังเคราะห์งานวิจัยแบบการวิเคราะห์อภิมานในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกในต่างประเทศจำนวน 30 เรื่อง เพื่อกำหนดแนวทางจัดกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวก และดำเนินการวิจัยเชิงทดลองเพื่อทดสอบประสิทธิภาพโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพ สำหรับคู่สมรสกลุ่มเสี่ยงทั้งเพศชายและหญิงรวม 100 คน ในกลุ่มทดลอง และ 100 คน ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการปกติจากโครงการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนของภาครัฐ

#### ผลการวิจัยระยะที่ 1 ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1

ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์และเงื่อนไขทางสุขภาพของครอบครัวกลุ่มเสี่ยงจากการลงพื้นที่ศึกษาสภาพจริงของชุมชน

การศึกษาวิจัยระยะนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา (Case Study) ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับคู่สมรสทั้งเพศชายและหญิงที่มีสุขภาพดีรักสุขภาพ มีอายุระหว่าง 40-59 ปี และมีบุตรอย่างน้อย 1 คน และมีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในชุมชนเดิมมากกว่า 10 ปี รวมจำนวน 6 คู่ หรือ 12 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตสุขภาพที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำสุด เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์และเงื่อนไขทางสุขภาพของครอบครัวที่มีสุขภาพดีในชุมชนเขตสุขภาพที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำว่าเป็น

อย่างไร ดังนั้นจึงต้องใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ต้องอาศัยการศึกษาที่ต้องเข้าถึงในเชิงลึก เพื่อการศึกษาถึงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ การใช้ชีวิตประจำวัน วิถีชีวิตของคนในชุมชน สถานการณ์และเงื่อนไขส่วนบุคคลและเงื่อนไขทางสังคมต่างๆ ที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัว โดยข้อมูลทั้งหมดเป็นข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลโดยตรง และชื่อที่ปรากฏในงานวิจัยนี้เป็นนามสมมติทั้งหมด

### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก

จากการสัมภาษณ์คู่สมรส รวมจำนวน 6 คู่ หรือ 12 คน โดยผู้ให้ข้อมูลหลักอาศัยอยู่ในจังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดฉะเชิงเทรา และจังหวัดยะลา ซึ่งเป็นจังหวัดที่ประชาชนมีระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ สามารถสรุปลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลักดังตาราง 6 ดังนี้

ตาราง 6 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก

คู่สมรส	นามสมมติ	อายุ	ระดับการศึกษา	จำนวนบุตร	จังหวัด
1	แก่ง	55	ปริญญาตรี	หญิง 2	ยะลา
	กาน	42	ปริญญาตรี		
2	โจ	44	ปริญญาตรี	ชาย 1 หญิง 1	ยะลา
	จัน	43	ปริญญาตรี		
3	แมน	55	ประถมศึกษาปีที่ 4	ชาย 2	สิงห์บุรี
	เมี้ยว	58	มัธยมศึกษาปีที่ 6		
4	นัท	50	มัธยมศึกษาปีที่ 3	ชาย 2	สิงห์บุรี
	นิต	48	ประถมศึกษาปีที่ 6		
5	บอย	41	ประถมศึกษาปีที่ 6	หญิง 1	ฉะเชิงเทรา
	บัว	43	ปริญญาตรี		
6	ตึก	50	ประถมศึกษาปีที่ 4	ชาย 1 หญิง 1	ฉะเชิงเทรา
	ตาล	50	ประถมศึกษาปีที่ 4		

จากตาราง 6 ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยระยะนี้ มีทั้งหมด 12 คน จาก 6 คู่สามีภรรยา โดยมีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในจังหวัดยะลา 2 คู่สมรส จังหวัดสิงห์บุรี 2 คู่สมรส และจังหวัดฉะเชิงเทรา 2 คู่สมรส มีอายุระหว่าง 41 - 58 ปี มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีจำนวนบุตรไม่เกิน 2 คน ซึ่งสภาพแวดล้อมโดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่เป็นคนที่เกิดและเติบโตในชุมชน และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัวดี

### 2. สถานการณ์ด้านสุขภาพและแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพของชุมชน

**คนในชุมชนมีสุขภาพดี** จากการให้การสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านสุขภาพของชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่คนในชุมชนมีสุขภาพดี ไม่เจ็บไข้ป่วย มีร่างกายแข็งแรง รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่ง่ายขึ้นและมีวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่ดีขึ้น ทำให้มีโรคน้อยลง โดยเฉพาะในเขตพื้นที่จังหวัดยะลา มีสภาพอากาศที่ดี ที่ส่งผลให้คนในพื้นที่มีสุขภาพจิตดี และสามารถออกกำลังกาย ทำให้มีร่างกายแข็งแรง ดังคำกล่าวที่ว่า

“คนยะลาเป็นคนที่สุขภาพดีด้วยเพราะสภาพอากาศที่อันดามันๆ ของภาคใต้ ของประเทศไทยเลยก็ได้ ฝนตกก็ได้หนักมาก ร้อนก็ไม่มาก มันไม่ทำให้คนยะลาต้องมาเครียดกับสภาพอากาศ คนยะลาโดยพื้นฐานแล้วก็ออกกำลังกาย” (แก่ง)

“แข็งแรงระดับปานกลาง เพราะสมัยนี้หมอเข้ามามีวิวัฒนาการดี หมอมีกิจกรรมหลายอย่างเพื่อสุขภาพก็เริ่มดีขึ้น ที่มองเห็นนะคือโรคก็จะน้อยลงหน่อยพวกโรคเบาหวาน โรคความดันเลือดลดลง ไม่มากเหมือนก่อน

เพราะระบบสุขภาพของบ้านเรา มีความเข้มแข็งขึ้น” (ตัก)

**แหล่งข่าวสารสุขภาพในชุมชน** จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า คนในชุมชนรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพจากแหล่งข่าวสารที่หลากหลาย ได้แก่ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2) โซเชียลมีเดีย 3) การบอกต่อ 4) การบอกต่อจากคนใกล้ชิด 5) การรับฟังการบรรยายทางศาสนาในชุมชน 6) การเข้ารับการอบรม 7) หอกระจายข่าวในชุมชน และ 8) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.)

จากการศึกษาพบว่า อสม. มีบทบาทที่สำคัญที่ทำให้คนในชุมชนเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ร่วมกับการทำงานของเจ้าหน้าที่ รพสต. ในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ การตรวจสุขภาพพื้นฐานของคนในชุมชน และสิ่งสำคัญในสังคมปัจจุบันคือ การเข้าถึงข้อมูลด้วยสื่อโซเชียลมีเดีย ทั้งทีวี อินเทอร์เน็ต โปรแกรมไลน์ เฟสบุคต่างๆ ที่มีผลทำให้บุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้รวดเร็วและทันต่อเหตุการณ์ รวมถึงการรับฟังการบรรยายจากผู้นำทางศาสนาและการเข้ารับการอบรมด้านสุขภาพ จึงทำให้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้มากขึ้น โดยเมื่อตนเองและสมาชิกในครอบครัวได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จะนำข้อมูลเหล่านั้นมาประยุกต์ใช้ทั้งกับตนเอง คนในครอบครัว รวมทั้งการช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน มีการนำข้อมูลข่าวสารมาแลกเปลี่ยนและให้ความรู้ระหว่างคนในชุมชน ดังคำกล่าวที่ว่า

“จริงๆ ถ้าชาวบ้านมีความรู้ที่ถูกต้อง ได้มาจาก อสม. ที่ทำงานควบคู่กับเจ้าหน้าที่อนามัย ซึ่ง อสม. ทำหน้าที่เชื่อมกลางระหว่างรัฐกับชาวบ้าน คือมันเข้าถึงง่ายและสามารถอธิบายละเอียด ในเรื่อง ของภาษา วัฒนธรรม” (กาน)

“พี่ว่า อสม. ได้รับความรู้มากที่สุดเพราะไปอบรมบ่อยมาก จากหลายแหล่งโดยเฉพาะที่ รพสต. ทุกเดือน เช่น เรื่องไข้เลือดออก โรคเบาหวาน โรคความดันนี้ เป็นประจำทุกเดือน แล้วก็เรื่องอาหาร เรื่องการออกกำลังกายแล้วก็เรื่องอื่นก็แล้วแต่หมอจะแนะนำ” (นิต)

“คือทำนองว่า มีอะไรก็จะบอกต่อกัน อย่างช่วงเย็น คนใกล้บ้านกันก็จะมานั่งเมาท์คุยกัน บางทีถ้าใครมีข่าวใหม่ๆ ที่อัปเดต ก็จะมาแชร์กัน ช่วยกัน ทำนองนี้”

“เข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้หลายทางนะ ทั้งทีวี อินเทอร์เน็ต การส่งต่อข้อมูลทางไลน์ทางเฟสบุคต่างๆ ก็ช่วยให้เรารู้โรคเยอะขึ้น รู้จักระวังตัว บางทีเราเมื่ออย่างนี้ ก็ดูคลิปต่างๆ ในยูทูป ก็ช่วยเราได้มากนะ คือสามารถทำเองได้ ไม่ต้องหาหมอให้เสียตังก็เข้าถึงข้อมูลสุขภาพด้วยหลายทางนะ มีการส่งต่อข้อมูลทางไลน์ ทางเฟสบุค ก็ช่วยให้เรารู้เรื่องโรคมากขึ้น รู้จักระวังตัว บางทีเราเมื่ออย่างนี้ ก็ดูคลิปต่างๆ ในยูทูป ก็ช่วยเราได้เยอะนะ คือสามารถทำเองได้ ไม่ต้องหาหมอให้เสียตัง” (จัน)

**สถานการณ์การเจ็บป่วย** ที่สำคัญของคนในชุมชนส่วนใหญ่นั้นมีหลายลักษณะ ได้แก่ 1) โรคชรา 2) โรคเบาหวาน/ความดัน 3) โรคมะเร็ง และ 4) อุบัติเหตุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุมีภูมิคุ้มกันต่ำลง จึงเจ็บป่วยหลายโรค ลักษณะหนึ่งที่ทำให้คนในชุมชนเจ็บป่วย ดังคำกล่าวที่ว่า

“โรคแก่ชรามากกว่านะ ที่คิดว่าคนในชุมชนเจ็บป่วย คือสุขภาพดั้นนั่นแหละ เพียงแต่พอแก่ขึ้น ก็มีโรคอื่นๆ เข้ามาแทรก คือทำนองว่า ระบบภูมิคุ้มกันต่างๆ มันแยลง โรคต่างๆ ก็เข้ามาแทรกได้ง่ายกว่าวัยทั่วไป” (ใจ)

“ในชุมชนจะเป็นโรคคนรวยคือ โรคเบาหวาน โรคความดัน เพราะว่า เป็นไม่หายต้องไปตรวจสุขภาพบ่อยๆ” (บัว)

“พี่ว่า รับสารพิษก็มีมาก จนกลายเป็นโรคมะเร็ง ตอนนี้มีมะเร็งก็ซึกจะเยอะในหมู่บ้าน ตอนนั้นก็มียาไปคนนึง เป็นมะเร็งตับ แต่เขาไม่ค่อยได้ฉีดยาฆ่าแมลงในนาข้าวเท่าไรนะ ไม่รู้เป็นกรรมพันธุ์หรือเปล่า” (บัว)

**สาเหตุของการเจ็บป่วย** จากการศึกษาค้นคว้า สาเหตุที่ทำให้คนในชุมชนเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ มาจากหลายสาเหตุ ได้แก่ 1) การไม่ระวังในการรับประทานอาหาร 2) โรคชรา 3) สภาพแวดล้อมในชุมชนที่ไม่ดี 4) การไม่เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และ 5) การไม่ออกกำลังกาย

โดยพบว่าสาเหตุสำคัญสิ่งหนึ่งที่คนในชุมชนเจ็บป่วย อันเนื่องมาจากการที่ตนเองไม่ระมัดระวัง และไม่ใส่ใจเรื่องอาหารที่รับประทาน ความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดจากการรับประทานอาหารที่มีสารเคมีเจือปนต่างๆ และเมื่อเข้าสู่วัยชรา สภาพร่างกายต่างๆ แยลง ทำให้เกิดโอกาสเป็นโรคต่างๆ ได้ง่ายกว่าวัยอื่นๆ อีกทั้งสภาพแวดล้อมในชุมชนก็มีส่วนสำคัญที่เป็นสาเหตุให้คนในชุมชนเจ็บป่วย เช่น มลพิษทางอากาศในชุมชนที่

ตนเองอาศัย สารเสพติดที่แพร่ระบาดในชุมชน เป็นต้น ทำให้บุคคลมีภูมิคุ้มกันต่ำ เกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย ตลอดจนการที่คนในชุมชนไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพเท่าที่ควร จึงทำให้ตนเองไม่ทราบวิธีการในการดูแลสุขภาพ และสาเหตุสำคัญอีกสาเหตุหนึ่งคือ การไม่ออกกำลังกาย จึงทำให้ร่างกายไม่ได้รับการเผาผลาญ และสร้างความแข็งแรงให้กับสุขภาพของตนเอง ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้คนในชุมชนเกิดการเจ็บป่วยได้โดยง่าย ดังคำกล่าวที่ว่า

“สาเหตุของการเจ็บป่วย น่าจะมาจากตัวบุคคลเองที่ไม่ระวังเรื่องอาหารการกิน เรื่องการดูแลตัวเอง เห็นคนอื่นก็กินตามๆ เค้า” (แมน)

“แก่ชราเพราะว่า เวลาคนแก่แล้วก็มีโรคชนิดน้อยก็เสียชีวิต คนที่จะเสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นคนแก่หมดอายุชัยมากแล้ว” (บัว)

“มันก็มีนะก็จากมลภาวะทางอากาศ วันวันร่างกายเขารับไหวก็ดี แต่ถ้ารับไม่ไหวก็เริ่มเป็นหอบก็ได้ หรือบางทีก็มีโรคเดิมอยู่แล้วมาเจอสภาพอากาศแบบนี้ก็ยิ่งแย่ใหญ่เลยร่างกายก็ด้อยเลย” (นัท)

“สาเหตุของการเจ็บป่วยน่าจะอยู่ที่ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพเพราะชาวบ้านอาจไม่เข้าถึงข้อมูล และพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่มักสูบบุหรี่” (โจ)

### 3. สถานะทางสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว และวิธีการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัว ในขณะที่สุขภาพดีและเจ็บป่วย

**สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพดี** จากการให้การสัมภาษณ์พบว่า สมาชิกในครอบครัวทุกคนมีสุขภาพที่ดี ร่างกายแข็งแรง ปลอดภัยจากโรคภัย แต่เมื่อเจ็บป่วยก็เพียงเล็กน้อย สามารถดูแลรักษาตนเองได้ในครอบครัว เช่น โรคไข้หวัด ไอ จาม เป็นต้น เนื่องจากมีการดูแลสุขภาพที่ดีในครอบครัว ทั้งการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“สมาชิกในครอบครัวทุกคน สุขภาพดี แข็งแรง ผมกับภรรยาเราจะออกกำลังกายกันเป็นประจำ พอมีลูกก็ชักชวนลูกไปตีเบต ไปเตะบอล ก็มีเป็นไข้ เป็นหวัดบ้างตามปกติ” (โจ)

“สามีสุขภาพดีไม่เจ็บไม่ป่วย เห็นเขาไม่เป็นอะไรเลยนะ เห็นเขาก็ทำงานทั้งปี เขาตรวจสุขภาพทุกปี เจาะตรวจเลือด เอ็กซเรย์ ดับ ปอด เขาตรวจสุขภาพให้ปีละครั้ง” (เมี้ยว)

**วิธีการดูแลสุขภาพปกติ** จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักและสมาชิกในครอบครัวมีการดูแลสุขภาพอยู่เสมอ ทั้งนี้เพื่อป้องกันตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้ปลอดภัยไข้เจ็บ มีสุขภาพทางกายและใจที่แข็งแรงในการดำเนินชีวิต โดยพบว่า ส่วนใหญ่มีวิธีการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป คือ 1) การระวังอาหารการกิน 2) การออกกำลังกาย และ 3) การดูแลสุขภาพจิตให้ดี

ส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับการใส่ใจเรื่อง อาหาร เพราะมองว่าอาหารที่รับประทานเข้าไปส่งผลดีและเสียต่อร่างกายโดยตรง ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่จะเน้นการรับประทานประเภทผัก ปลาที่ดูแลเองจึงลดความเสี่ยงจากการรับประทานอาหารที่ปนเปื้อนสารเคมี นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับการออกกำลังกาย โดยเริ่มต้นจากพ่อแม่ไปออกกำลังกายและส่งเสริมสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวออกกำลังกาย เพื่อให้มีร่างกายแข็งแรง รวมทั้งการดูแลสุขภาพทางใจให้แข็งแรงด้วยการผ่อนคลาย ไม่ใช่อารมณ์เชิงลบในการแก้ไขปัญหา และมีการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว ดังคำกล่าวที่ว่า

“ป้องกันโรคด้วยการกินผักเยอะๆ นะ คือ ต้นเหตุของโรคเบาหวานส่วนใหญ่มาจากสารเคมี กินพวกอาหารที่ไม่สมดุล พวกลูกชิ้นอะไรพวกนี้ ไม่กินเลย ไก่พันธุ์นี่ก็ไม่กินเลย อาหารที่มีสารเร่งการเติบโตทั้งหมดเราแทบจะไม่กินเลย ผงชูรสพวกนี้ อาหารที่ไม่จำเป็น เราจะไม่ใส่น้ำตาลในอาหารเลย แล้วก็เราไม่กินนอกบ้าน” (เก่ง)

“สำคัญคือพวกเราจะเน้นและให้ความสำคัญกับการออกกำลังกาย อย่างส่วนตัวที่กับสามีจะบ้ากีฬา มาก ชอบเล่นกีฬา คือถ้าวันไหนไม่ได้เล่น จะรู้สึกเหมือนขาดอะไรไป เราเองก็สอนลูก คือตั้งแต่เขาเล็กๆ เนี่ยจะพาเขาไปสนามเบต คือพื้กับสามีก็ตีเบตทั้งคู่ ตั้งแต่แต่งงานก็ไปตีเบตอยู่ตลอด ถ้ามีเวลา พอมีลูก ตั้งใจว่าจะให้เขาชอบกีฬา ออกกำลังกาย เลยพาเขาไปตั้งแต่ยังเล็ก” (จัน)

“อันดับแรกไม่ทะเลาะกับคนในครอบครัวดี ที่สุดแล้วจะช่วยให้เราไม่คิดมาก เพราะเราทำอะไรไม่ได้อยู่แล้ว ยิ่งไปทะเลาะกันอีก ยิ่งเขาทำงานอยู่คนเดียวอดทนอดทน มีแต่ให้กำลังใจกับผมมีหน้าที่อะไรผมก็ทำให้ดีที่สุด ชีวิตคู่จะมีความสุข (บอย)

**วิธีการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย** จากการศึกษา ถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลหลักและสมาชิกในครอบครัวจะมีสุขภาพโดยทั่วไปที่ดี แต่หากเมื่อตนเองและสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย จะมีวิธีการดูแลสุขภาพ คือ 1) การรักษาด้วยตนเอง และ 2) การเอาใจใส่ดูแลซึ่งกันและกันในครอบครัว

โดยพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลหลัก เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย เช่น เป็นไข้หวัด ไอ จาม หรือเจ็บคอ จะมีวิธีการรักษาสุขภาพด้วยตนเองก่อนในเบื้องต้น ด้วยการหายามาทานและพักผ่อนมากขึ้นเพื่อให้ร่างกายฟื้นฟูหายจากการเจ็บป่วย หรือการหาพืชสมุนไพรในบริเวณบ้านมาใช้ในการรักษา เช่น เมื่อเจ็บคอ สามารถหาต้นฟ้าทะลายโจรมาทาน จะช่วยบรรเทาและรักษาอาการเจ็บคอได้ หรือหากได้รับบาดเจ็บจากน้ำร้อนลวก ใช้ว่านหางจระเข้มาทา จะช่วยบรรเทาและรักษาอาการเจ็บปวดได้ เป็นต้น แต่หากทำการรักษาด้วยตนเองแล้วยังไม่หายเป็นปกติจึงจะตัดสินใจพบแพทย์ นอกจากนี้สิ่งสำคัญอีกสิ่งหนึ่งเมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย คือ การช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันในครอบครัว ด้วยการหายามาให้ การปรุงแต่งอาหารที่เหมาะสมกับคนป่วย การให้กำลังใจดูแลและห่วงใยกัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นวิธีการดูแลสุขภาพของผู้ให้ข้อมูลหลักเมื่อเจ็บป่วย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าเป็นหวัดก็จะบังคับเขาให้กินน้ำอุ่นอันดับแรก เราสูงเกตเห็นจามตืดๆ กันเนี่ยก็ห้ามกินน้ำเย็นให้กินน้ำอุ่นหรือน้ำธรรมดาหรือถ้าเริ่มมีน้ำมูก เราก็มานวดหรือให้กินยาลดน้ำมูกเพราะเราอยู่ใกล้โรงพยาบาลในตำบลก็จะมาขอยาที่นี่” (นิด)

“ลูกไม่สบายก็ดูแลให้ยา กิน ทำกับข้าวที่มีรสไม่จัดให้กิน ถ้าเจ็บป่วยมาก ถึงจะให้ไปหาหมอต้องดูแลตัวเองก่อนส่วนใหญ่เป็นแค่ 2-3 วัน แค่นั้น จึงยังไม่ถึงที่ต้องไปหาหมอ” (ตึก)

“บ้านเราไม่ค่อยมีโรคอะไรที่มันรุนแรง มีอาการแค่อ ไอ เจ็บคอ เราก็กินสมุนไพรข้างบ้าน เช่น กินฟ้าทะลายโจร ก็หายแล้ว ใช้วิธีธรรมชาติในการรักษา กินน้ำร้อน อะไรพวก” (กาน)

“อย่างลูกของพี่ เขาก็ช่วยดูแลกันนะ อย่างคนน้อง ลูกสาวเขาจะจำภาพที่เวลาเราดูแลพ่อของเขา เขาก็จะจำแล้วก็เอามาใช้ อย่างพอพี่เขาป่วย เขาก็จะแบบ ตักเตือน ทำนองนี้ต้องดูแลตัวเอง อย่าให้ป่วย ต้องนอนให้พอ ไม่ตากฝน หรือตากฝนก็ต้องรีบอาบน้ำ สระผม ทำนองนี้” (จัน)

#### 4. การให้ความหมายและความเข้าใจและวิธีการสร้างสุขภาวะที่ดีในครอบครัว

**ความหมายของสุขภาวะครอบครัวที่ดี** จากการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักมีการให้คำนิยามความหมายของสุขภาวะครอบครัวที่ดีตามความเข้าใจของตนเอง คือ การที่ตนเองและสมาชิกในครอบครัวมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ โดยมีสุขภาพกายที่แข็งแรง ปลอดภัยโรค การเจ็บป่วยต่างๆ และการมีสุขภาพจิตที่ดี การคิดดี มองโลกในแง่ดี รวมทั้งการดูแลเอาใจใส่กันระหว่างสมาชิกในครอบครัว สิ่งเหล่านี้จะทำให้ครอบครัวมีสุขภาวะที่ดี ดังคำกล่าวที่ว่า

“คือ ภาวะทางความสุขของครอบครัว หมายถึงว่า ครอบครัวที่มีสุขภาพทั้งกายและใจที่แข็งแรง คือร่างกายก็ไม่ได้เจ็บไข้ได้ป่วย แล้วก็สำคัญก็คือทางใจก็มีสุขภาพใจที่ดี มีความสุข คิดว่านะ” (จัน)

“คำว่า สุขภาวะครอบครัว หมายถึงน่าจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับกายภาพและจิตภาพ ภาวะความเป็นอยู่ในครอบครัวในทุกด้าน ทั้งสุขภาพ กายภาพ ทั้งจิตและกาย ที่รวมๆ กันแล้วมันทำให้ดี มีความสมดุลในทุกด้าน” (กาน)

“คือจิตใจของเรานี้เนาะ จิตใจที่ดี คือมันต้องมองโลกให้มันดีต้องมองโลกให้กว้างจิตเรานี้แหละดี จิตเราต้องดีก่อน” (เมี้ยว)

**ลักษณะของสุขภาวะครอบครัวที่ดี** จากการศึกษาข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวกับลักษณะสำคัญของสุขภาวะครอบครัวที่ดี ตามความเข้าใจของผู้ให้ข้อมูลหลักพบว่า ลักษณะที่สำคัญ ได้แก่ 1) มีร่างกายแข็งแรง/ปลอดภัยโรค 2) มีจิตใจที่ดี 3) มีอารมณ์ที่ดี และ 4) มีการมองเชิงบวก

โดยพบว่าส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลหลักจะให้ความสำคัญเรื่องการมีร่างกายที่แข็งแรงเป็นสำคัญ มองว่าผู้ที่จะมีสุขภาวะครอบครัวที่ดีจะต้องมีร่างกายที่แข็งแรง ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บ ดูแลตัวเองอย่างสม่ำเสมอ



และเป็นครอบครัวที่มีจิตใจที่ดีมีเมตตา เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มองตนเองและสิ่งแวดล้อมด้วยมุมมองที่ดี การมีอารมณ์ขัน อารมณ์ดี รู้จักควบคุมอารมณ์และสามารถเผชิญสิ่งต่างๆ รอบตัวได้ดี ดังคำกล่าวที่ว่า

"เรามีเรื่องอะไรคุยกัน ปรึกษากันพ่อแม่ลูกด้วยมาถึงกลับจากไหนก็จะมาเล่าให้พ่อแม่ฟัง เช่น เวลาเขาไปทำงานมีเรื่องไม่สบายใจเขาก็จะมาเล่าให้พ่อแม่ฟัง เราก็อธิบายให้เขาฟังว่าอันไหนถูกเขาก็ฟังเราที่บ้านเลี้ยงแบบเพื่อน ต้องเข้าใจกัน" (ตาล)

"ไม่เครียด อารมณ์ไม่เครียดไม่หงุดหงิดไม่ฟุ้งซ่าน พบปะผู้คนอยู่แต่บ้าน ซึ่งมีเยอะมากเพราะที่เป็นทั้งผู้ช่วย อสม. พบปะผู้คนอยู่ตลอดเวลา" (นิด)

"สุขภาพจิตต้องดี อารมณ์ดี สนุกสนานและไม่แสดงความก้าวร้าวของสมาชิกในครอบครัว" (ใจ)

"แต่คิดว่าสุขภาพครอบครัวที่ดี จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบกัน อย่างถ้าทางกายก็ต้องแข็งแรง" (จัน)

**การสร้างสุขภาพที่ดี** จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่ มีวิธีการในการสร้างสุขภาพครอบครัวที่ดีให้เกิดขึ้นกับตนเองและสมาชิกในครอบครัวได้ในลักษณะเดียวกัน คือ 1) ทานอาหารที่มีประโยชน์ 2) การนำหลักศาสนามาใช้ในชีวิต 3) การออกกำลังกาย และ 4) การพักผ่อนให้เพียงพอ

การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายเป็นวิธีการสำคัญวิธีการหนึ่งในการสร้างเสริมให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง เนื่องจากการที่บุคคลรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์จะช่วยสร้างเสริมและพัฒนาส่วนต่างๆ ของร่างกายให้ดีและเป็นปกติ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ครอบครัวจะเน้นการทานผัก ผลไม้ การทำอาหารด้วยตนเอง ไม่ซื้อหรือกินอาหารนอกบ้าน แต่อาจจะทานอาหารประเภทฟาสฟู๊ดบ้างตามโอกาสบ้างแต่ไม่ทุกครั้ง และมีการนำหลักทางศาสนาใช้ในการควบคุมความคิด อารมณ์ความรู้สึกต่างๆ เพื่อช่วยให้การดำเนินชีวิตราบรื่นและมีความสุข ตลอดจนมีการเน้นและส่งเสริมการออกกำลังกายในครอบครัวร่วมกับการทานอาหารที่มีประโยชน์ และให้ความสำคัญกับการพักผ่อนให้เพียงพอ เพราะการพักผ่อนเพียงพอจะช่วยให้มีสมาธิที่ดีในการทำงาน มีอารมณ์ดี สามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

"เราดูแลเรื่องอาหารการกินอยู่บ้านถึงแม้ไม่ร้อยเปอร์เซ็นต์ก็อย่างน้อยเรามีเด็กก็อยากกินไอติม กินไก่ KFC เราก็จะลิมิตในการกินเดือนละครั้งขนมหวาน 2-3วันกินซักวัน แต่เขาเป็นคนชอบกินผลไม้อยู่แล้ว เราก็เลยจะมีผลไม้กินทุกวันตอนเย็นก่อนกินข้าว" (บัว)

"เรื่องศาสนาก็มีส่วนช่วยในการเยียวยาจิตใจของเราไม่ให้เครียด กังวลต่างๆ อย่างการละหมาด ขอพรตั้งจิตอธิฐาน ช่วยได้เยอะ" (เก่ง)

"คือเราต้องออกกำลังกายด้วยการทำงาน บางทีก็มีบ้างที่ยืดเส้นยืดสาย แต่ก็ไม่ค่อยมีเวลา แต่ถ้ามีเวลาก็จะพยายามออกกำลังกายอยู่นะ" (ตาล)

"นอนให้พอ อย่างที่เนี่ยจะให้ความสำคัญกับเรื่องนอนมาก คือถ้านอนไม่พอจะอารมณ์เสีย หงุดหงิดแล้วก็จะคิดงานไม่ออก เลยจะต้องนอนให้พอ พอเรานอนพอแล้ว อารมณ์ก็จะดี ทำงานก็ไหลลื่นนะ" (จัน)

## 5. ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพที่ดีและวิธีการส่งเสริมสุขภาพของตนเองและครอบครัว

**ความหมายการส่งเสริมสุขภาพที่ดี** จากการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักมีการให้คำนิยามความหมายของการส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมุมมองของตนเอง คือ การที่ตนเองและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันส่งเสริมสนับสนุนซึ่งกันและกันในการให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพร่างกายที่ดี ด้วยวิธีการหลากหลายรูปแบบ โดยการเริ่มต้นจากการพัฒนาตนเองก่อนในเบื้องต้น และนำไปสู่การส่งเสริมพัฒนาคนใกล้ตัวและคนอื่นๆ รวมถึงการรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ต่อร่างกาย การพักผ่อนที่เพียงพอ การมีสุขภาพจิตที่ดี การคิด การมองโลก และการเผชิญปัญหาต่างๆ ในมุมมอง ดังคำกล่าวที่ว่า

"คือ การส่งเสริมสนับสนุนให้คนในครอบครัวมีสุขภาพที่แข็งแรง อาจจะใช้หลายวิธีการก็แล้วแต่ แต่เป็นสิ่งที่จะต้องทำให้ครอบครัวมีสุขภาพที่ดี เริ่มจากตัวเราเองก่อนเนอะก่อนจะไปบอกหรือสอนคนอื่น บอกสามี บอกลูกๆ เช่น อาหารการกินที่ดีมีประโยชน์ ก็อย่างที่บอกไปตั้งแต่เนอะ การพักผ่อน การคิดต่างๆ การจัดการ การเผชิญปัญหาต่างๆ เยอะแยะไปหมด คือก็ต้องให้มันบาลานซ์กันเนอะ" (จัน)

"การส่งเสริมสุขภาพที่ดี คือ การที่สมาชิกในครอบครัวร่วมกันช่วยสนับสนุนส่งเสริมให้คนในครอบครัวมีสุขภาพที่ดี ทั้งส่งเสริมในเรื่องของร่างกาย กิจการที่ดีมีประโยชน์ เรื่องของจิตใจ ต้องจิตใจดีเข้มแข็ง

ทำนองนี้” (กาน)

**วิธีการส่งเสริมสุขภาพที่ดี** จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักมีวิธีการส่งเสริมให้ตนเองและสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพที่ดี ด้วยกันหลายวิธี ได้แก่ 1) การทานอาหารที่มีประโยชน์ 2) การออกกำลังกาย 3) การพักผ่อน 4) การตรวจสุขภาพ 5) การจัดการความเครียด และ 6) การพักผ่อนให้เพียงพอ

การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เป็นสิ่งสำคัญลำดับแรกที่ทุกครอบครัวให้ความสำคัญ และเป็นวิธีการส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีได้โดยง่าย เนื่องจากการทานอาหารที่มีประโยชน์จะช่วยให้มีสุขภาพที่ดี โดยเน้นการทานผัก ผลไม้ อาหารที่ไม่มีสารเคมีเจือปน การออกกำลังกายด้วยวิธีต่างๆ และส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวออกกำลังกายร่วมกันก็เช่นกัน เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีได้ รวมทั้งการพักผ่อนซึ่งกันและกันในครอบครัวว่าสิ่งไหนควรหรือสิ่งไหนไม่ควร ในการระมัดระวังการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง และการตรวจสุขภาพก็มีความสำคัญที่ทำให้บุคคลทราบว่า ตนเองมีโรคร้ายแรงต่างๆ หรือไม่ หรือมีสิ่งที่คุณควรระวังตัวเองมากขึ้นอย่างไร นอกจากนี้การจัดการความเครียด เพื่อให้ตนเองมีอารมณ์ที่ดีขึ้น มีสมาธิมากขึ้น จะช่วยให้การทำงานต่างๆ มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งการพักผ่อนที่เพียงพอก็เป็นนับเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้ตนเองและสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพที่ดีได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ออกกำลังกายก็ที่บอกไป บ้านเราเป็นบ้านนักกีฬา คือถ้าวันไหนไม่ได้เล่นแบดหรือออกกำลังกายก็ จะรู้สึกไม่สบายตัว ปกติก็จะไปตีแบดสัปดาห์อย่างน้อยละ สามวัน ส่วนลูกๆ ตอนนั้นก็กำลังหัดตี มีโค้ช สอน ก็ให้เขาไปเรียน คือเขาก็ชอบนะ บอกว่าอยากเป็นนักกีฬาทีมชาติ” (จัน)

“ผมก็จะหยุดอาบน้ำ ผมจะเริ่มวันใหม่เลย เพราะผมเครียดแล้วจะเห็บจิบอะไรไม่ถูกแล้วมัน จะลึ้ม ตั้งสติใหม่หรืออาบน้ำให้สบายแล้วเริ่มใหม่ ถ้าเหนื่อยล้ามากจะไปนั่งไปนอนเพื่อผ่อนคลายแล้วค่อยๆ ทำไป” (นัท)

“เราจะมีอาการพักผ่อนกันในครอบครัว ถ้าช่วงไหนใครที่ไม่ได้ไปออกกำลังกายนาน ก็จะคอยเตือน หรือใครที่ชอบกินของที่ไม่มีประโยชน์หรือกินในปริมาณที่มากเกินไป ก็จะกล่าวเตือนกันในบ้าน” (โจ)

“โดยปกติก็จะเน้นเรื่องอาหารการกิน กินผักเยอะๆ กินของที่ไม่มีสารเคมีเจือปน อย่างใส่กรอก ลูกชิ้น เราแทบจะไม่กินกัน ไก่ตามตลาดเราไม่ซื้อ ไก่บ้านได้อยู่ เพราะไก่มีสารเร่ง อันตรายนะ” (นิค)

## 6. วิธีการป้องกันไม่ให้มีโรคเรื้อรังและแนวทางการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพอื่นๆ ที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ

**วิธีการป้องกันไม่ให้มีโรคเรื้อรังและการปฏิบัติตัวที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ** จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักได้กล่าวถึงวิธีการป้องกันตนเองและคนในครอบครัวไม่ให้มีโรคเรื้อรัง และกล่าวถึงแนวทางการปฏิบัติตัวที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ คือ 1) การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ 2) การออกกำลังกาย 3) การตรวจสุขภาพ 4) การนอนที่เพียงพอ 5) การดูแลรักษาร่างกายให้สะอาด และ 6) การมีจิตใจที่ดี

โดยส่วนใหญ่พบว่า ในการกล่าวถึงสุขภาพ ทุกคนจะพูดถึงการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายเป็นสิ่งสำคัญ เพราะการรับประทานอาหารเป็นการนำเอาสิ่งที่มีประโยชน์หรือไม่มีประโยชน์เข้าสู่ร่างกายของเรา ดังนั้น การเลือกรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถป้องกันไม่ให้มีโรคต่างๆ ได้ รวมทั้งการออกกำลังกายก็เช่นเดียวกัน เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง ระบบการเผาผลาญ ระบบการหายใจ มีภูมิคุ้มกันต่อโรคต่างๆ นอกจากนี้การตรวจสุขภาพก็เป็นอีกหนึ่งวิธี แต่ส่วนใหญ่ ผู้ให้ข้อมูลหลักมักไม่ได้มีการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ตรวจสุขภาพตามโอกาสและบางเวลาเท่านั้น ยังไม่ได้ให้ความสำคัญเท่าที่ควร รวมทั้งการพักผ่อนที่เพียงพอ การมีจิตใจที่ดีก็เป็นวิธีการที่จะช่วยให้มีสุขภาพดี และการดูแลรักษา ร่างกายให้สะอาดเสมอก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะปกป้องมลภาวะหรือ ไวรัสและแบคทีเรียต่างๆ ที่จะเข้าสู่ร่างกายได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นวิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลหลักมีการปฏิบัติและนำมาใช้ในชีวิตประจำวันของตนเองและครอบครัว เพื่อช่วยป้องกันไม่ให้เกิดโรคต่างๆ ได้ง่ายและทำให้มีสุขภาพดี ดังคำกล่าวที่ว่า

“แทบจะไม่ตรวจสุขภาพเลย คือก็มีอยู่บ้างมันจะมีแบบอีเวนต์ที่เขาจัดตรวจสุขภาพฟรีเราก็ไปตรวจ ก็ไม่ เป็นอะไรนะ” (ตัก)

“ก็อย่างที่บอกไว้ว่า อาหารการกินนั้น จะไม่กินของมัน อย่างแคงแบบนี้ก็นานๆ ที จะเน้นประเภทน้ำมากกว่า เกือบทุกมื้อจะต้องมีผัก คือสามมีที่ติดผัก ต้องมีเลย ก็เลยทำให้ลูกๆ กินผักไปด้วย (บัว)

“มือของเราที่ต้องดูแลให้มากเพราะ เป็นตัวที่ทำงานให้เรา ทำงานซ่อมเครื่องเสร็จต้องล้างให้สะอาด แขน้ำอุ่นบ้าง หน้าตาดูแลได้แค่ครั้งเดียว โดยพื้นฐานต้องดูแลมือให้ดี” (นัท)

“การนั่งสมาธิเนี่ยทำให้จิตใจเราตินะลูกแม่เมตตาให้เจ้ากรรมนายเวรทำแล้วสบายใจ ไม่นึกโกรธเคืองอะไรใครนะ แล้วมันดีต่อสุขภาพเราด้วยนะ” (เมี้ยว)

## 7. แหล่งสนับสนุนในชุมชนและครอบครัวที่ทำให้ตนเองและครอบครัวมีสุขภาพดี

นอกจากผู้ให้ข้อมูลหลักและสมาชิกในครอบครัวสามารถมีสุขภาพที่ดีด้วยการปฏิบัติตัวด้วยตัวเองแล้ว ยังมีแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่ทำให้ตนเองและครอบครัวมีสุขภาพดี จากแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ ได้แก่ 1) แบบอย่างจากคนในครอบครัว 2) หลักคำสอนทางศาสนา 3) การที่คนในชุมชนชอบทานผัก และ 4) การมีพื้นที่ในการออกกำลังกาย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### 1) แบบอย่างจากคนในครอบครัว

แบบอย่างจากคนในครอบครัว คือ การที่ผู้ให้ข้อมูลหลักและสมาชิกในครอบครัวได้รับแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพจากคนในครอบครัว จึงทำให้ตนเองสามารถนำมาปรับใช้ในชีวิตของตนเอง รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลหลักพยายามทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับสมาชิกในครอบครัวด้วยเช่นกัน ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่า พ่อแม่และครอบครัวของผู้ให้ข้อมูลหลักเดิม เป็นผู้ที่ใส่ใจในการดูแลสุขภาพ รมั้ดระวังในเรื่องการรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย นอกจากนี้ตัวผู้ให้ข้อมูลหลักเองพยายามเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับลูก โดยเริ่มจากการปฏิบัติตัวเองให้สำเร็จ เพราะมองว่าหากตัวเองปฏิบัติดี ลูกและสมาชิกในครอบครัวก็จะสามารถเชื่อฟังและปฏิบัติตามได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“คุณแม่เนี่ยจะเป็นคนเน้นสุขภาพ ออกกำลังกายมาตั้งแต่สาวๆ แก่แล้วก็ยังวิ่ง แต่พอสุขภาพไม่ค่อยดีด้วยวัยของเขาก็เลยไม่ได้วิ่ง เพราะเขาไม่ดี ก็เห็นแบบอย่างตรงนั้น” (แกง)

“เรื่องเมาเหล้าเรื่องอะไร ไม่ต้องไปสอนลูกเด็กๆ ถ้าคนกินเหล้าเมายาไปสอนลูกนะไม่ถูกไม่ศักดิ์สิทธิ์ เรายังไม่ได้ทำเป็นตัวอย่าง ที่ผมเล็กๆ มาจากลูกไม่อยากให้ลูกเหมือนกับเรา” (แมน)

### 2) หลักคำสอนของศาสนา

หลักคำสอนของศาสนา คือ การที่ผู้ให้ข้อมูลหลักและสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพที่ดีได้ สาเหตุหนึ่งมาจากการได้รับการสนับสนุนทางศาสนา ในเรื่องของคำสอนที่กล่าวถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ โดยจากการสัมภาษณ์พบว่า ศาสนาให้ความสำคัญเป็นอย่างมากในการที่บุคคลจะต้องหมั่นดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ ถือเป็นสิ่งที่จำเป็นที่ทุกคนจะต้องพึงปฏิบัติ เนื่องจากหากมีร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ การปฏิบัติศาสนกิจ การทำงาน การดูแลครอบครัว การช่วยเหลือสังคมก็จะมีประสิทธิภาพ ซึ่งหนึ่งในคำสอนของศาสนาอิสลาม จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักกลุ่มหนึ่ง ได้กล่าวว่า คนที่ดีที่สุด คือ คนที่มีสุขภาพดี ดังคำกล่าวที่ว่า

“ศาสนาเน้นใหม่ เน้นนะ เน้นมากด้วย ถือว่าเป็นหลักปฏิบัติที่ทุกคนจะต้องทำเลย คือให้มีสุขภาพที่ดี เอาจริงๆ ทุกคนเข้าใจว่าสุขภาพเป็นสิ่งวาญิบ (ต้องปฏิบัติ) ก็ตินะ คือมันช่วยสุขภาพเราได้เยอะ” (จัน)

“เรื่องความเชื่อในศาสนาอิสลาม บอกไว้ว่าคนที่ดีที่สุดคือคนที่มีสุขภาพดี เพราะการมีสุขภาพดีจะทำให้เราสามารถทำอามัล (ปฏิบัติศาสนกิจ) ได้สมบูรณ์ และก็จะไม่มีปัญหาเรื่องดัดแข็ง เพราะอิสลามเราจะไม่กินเหล้า” (แกง)

### 3) การที่คนในชุมชนชอบทานผัก

การที่คนในชุมชนชอบทานผัก คือ การที่ผู้ให้ข้อมูลหลักและสมาชิกในครอบครัวอาศัยอยู่ในแหล่งชุมชนที่ปลูกผัก ชอบทานผักเป็นมื้อหลักของอาหาร ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่า คนในชุมชนชอบทำเมนูอาหารที่ประกอบด้วยผัก เช่น แคงเลียง ผักต้มจืด หรือผักลวกจิ้มน้ำพริก เป็นต้น รวมทั้งคนในชุมชนมักจะปลูกผักในครัวเรือนในบริเวณบ้าน บ้างก็ปลูกผักขาย จึงทำให้เป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีที่ทำให้คนในครอบครัวใส่ใจต่อสุขภาพด้วยการรับประทานผัก ดังคำกล่าวที่ว่า

“ชุมชนหรือ ก็จะเห็นว่าคนในชุมชนก็ชอบกินผักนะ คือทุกร้านที่ขายในชุมชนก็จะมีเมนูผัก มีผัก

วางบนโต๊ะชายตอนเช้าๆ แล้วก็บางบ้าน อย่างข้างบ้านนี้ก็ปลูกผักขาย กินผัก” (จัน)

#### 4) การมีพื้นที่ในการออกกำลังกาย

การมีพื้นที่ในการออกกำลังกาย คือ การที่ในชุมชนของผู้ให้ข้อมูลหลักและสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ มีพื้นที่และแหล่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกายให้กับประชาชน ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่า บริเวณในชุมชนที่ผู้ให้ข้อมูลหลักอาศัยจะมีสถานที่ในการออกกำลังกาย โดยตามแต่ละชุมชนจะมีสนามฟุตบอลให้ประชาชนมาออกกำลังกาย หรือบางจังหวัดในบริเวณเมืองจะมีอุปกรณ์และสนามกีฬาประเภทต่างๆ ให้กับประชาชนได้ออกกำลังกาย อาทิ สนามกีฬาประจำจังหวัดหรือสนามโรงเรียนแต่ละโรงเรียน หรือบางหมู่บ้านได้รับการสนับสนุนจาก อบต. ส่งเสริมอุปกรณ์ในการออกกำลังกายให้กับประชาชน สิ่งเหล่านี้จึงทำให้ประชาชนในท้องถิ่นได้รับแรงสนับสนุนและสิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกายมากขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“ชุมชนสนับสนุนการออกกำลังกายโดยมีพื้นที่ให้ออกกำลังกาย อีกอย่างอยู่ใกล้เมืองสามารถไปออกกำลังกายในสนามกีฬาเทศบาลจังหวัดได้ โดยเฉพาะเทศบาลนครยะลา มีสวัสดิการสุขภาพที่ดีมาก ทุกอย่างพร้อมทั้งฟิตเนส แบดมินตัน เทนนิส ลูจิกเรียน และที่เดินแอโรบิกขนาดใหญ่ เป็นต้น ในหมู่บ้านก็มีสนามบอลให้เตะทุกเย็น” (โจ)

“ในหมู่บ้านมีเครื่องออกกำลังกาย ก่อนหน้านี้เราไม่มีเครื่องออกกำลังกาย เราก็ก้อ อบต. มาเพิ่มเราก็ก้อหลายชิ้น มีน้อยแต่ก่อนนี้ออกกันแล้วก็กลับ เดียวนี้ก็ออกกันมากขึ้น” (เมี้ยว)

### 8. รูปแบบของความคิดที่ส่งผลให้มีสุขภาพดีและมีสุขภาวะครอบครัวที่ดี

สิ่งที่ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลหลักและสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพดีและมีสุขภาวะครอบครัวที่ดี เกิดจากการที่มีรูปแบบทางความคิดที่ดี ได้แก่ 1) ความเชื่อในคำสอนของศาสนา 2) การมีความหวังในการมีชีวิตที่ดี 3) การเชื่อมั่นในตนเอง 4) การมองโลกในแง่ดี และ 5) การมีกำลังใจในการเผชิญปัญหา ซึ่งแต่ละรูปแบบของความคิดที่ส่งผลให้มีสุขภาพดีและมีสุขภาวะครอบครัวที่ดีมีรายละเอียดดังนี้

#### 1) ความเชื่อในคำสอนของศาสนา

ความเชื่อในคำสอนของศาสนา คือ การที่ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความเชื่อความศรัทธาต่อหลักคำสอนของศาสนา โดยหนึ่งในความเชื่อที่ศาสนาได้สอนให้ปฏิบัติคือ การให้ทุกคนรักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักได้เน้นย้ำว่า เมื่อบุคคลมีความศรัทธาและความเชื่อ บุคคลนั้นก็จะสามารถปฏิบัติตามคำสอนเหล่านั้นนำมาสู่การปฏิบัติ ซึ่งหากมีร่างกายแข็งแรง ก็จะสามารถทำงาน ปฏิบัติศาสนกิจ หรือการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าบุคคลที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง ดังคำกล่าวที่ว่า

“คืออย่างที่บอกศาสนา ก็เน้นการมีสุขภาพที่ดีเพื่อที่เราจะสามารถทำงาน ทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมต่อชุมชน ต่อตนเอง ต่อคนในครอบครัว” (จัน)

“คือบอกไปเมื่อกี้ ศาสนาเราจะเน้นย้ำเรื่องการดูแลสุขภาพ เป็นหลักการที่กำหนดมาเลยนะว่าจะต้องเคร่งครัดในการดูแลสุขภาพ ซึ่งการดูแลสุขภาพพวกนี้ คือมันก็ติดกับตัวเรา แล้วมันก็ติดต่อเรื่องอื่นๆ ไปด้วย” (โจ)

“อิสลาม บอกไว้ว่าการมีสุขภาพดีนั้นสำคัญ ก็เป็นส่วนหนึ่งในการทำให้เราพยายามที่จะดูแลตัวเอง และคนในบ้านให้แข็งแรงอยู่ตลอด เพราะเราจะต้องทำหน้าที่อื่นๆ อีกเยอะ” (แกง)

#### 2) การมีความหวังในการมีชีวิตที่ดี

การมีความหวังในการมีชีวิตที่ดี คือ การที่ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความรู้สึกถึงการมีพลังบวกในการดำเนินชีวิต ในการที่จะทำอะไรต่อไปในชีวิตได้ จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคน ต่างมีความหวังที่จะมีชีวิตไปอีกนาน เพราะต้องการที่จะดูแลสมาชิกในครอบครัว ต้องการที่จะทำสิ่งที่ตั้งใจอีกหลายสิ่งให้ประสบความสำเร็จ ไม่ว่าจะเป็นการมีครอบครัวที่ดี การทำงานที่ดี การช่วยเหลือสังคม ซึ่งการที่จะให้ความต้องการต่างๆ เหล่านี้ประสบความสำเร็จได้ ต้องเกิดจากการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง รวมทั้งต้องการที่จะทำอะไร

สุขภาพดี ไม่เป็นภาระของลูกหลานในอนาคต และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากมายในการดูแลรักษาจากโรคต่างๆ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็เราก็ก้าวที่ว่าจะอยู่ไปนานๆ แก่อย่างมีสุขภาพดี ไม่เป็นภาระใคร ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายอะไร จะทำอะไรได้อีกหลายอย่าง” (ตึก)

“ใช่ ชีวิตเราก็ต้องอยู่อย่างมีหวัง หวังที่จะมีชีวิตต่อไปในแต่ละวันเพื่อทำอะไรอีกเยอะแยะ เพราะฉะนั้นเราก็ต้องดูแลสุขภาพให้ดีเยี่ยม” (บอย)

“เรื่องการมีความหวังนั้นแน่นอนเพราะเรามีเป้าหมายที่จะสร้างสิ่งต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จ เช่น ต้องการมีครอบครัวที่ดีมีลูกที่ดี เป็นต้น ต้องการให้องค์กรที่ทำงานอยู่สำเร็จ ต้องการช่วยเหลือสังคม ความหวังเหล่านี้ทำให้เราต้องดูแลสุขภาพเพื่อจะทำหน้าที่นี้ได้อย่างมีคุณภาพ ร่างกายไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน” (จัน)

### 3) การเชื่อมั่นในตนเอง

การเชื่อมั่นในตนเอง คือ การที่ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความเชื่อว่าตนเองมีความรู้ความสามารถในการทำสิ่งต่างๆ ให้บรรลุเป้าหมายหรือประสบความสำเร็จได้ จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความเชื่อเกี่ยวกับตนเองว่าสามารถทำได้ตามที่ตนเองต้องการ และมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถมีสุขภาพที่ดีได้ด้วยการเริ่มต้นจากตนเอง การดูแลสุขภาพการกิน การออกกำลังกาย การเลิกเหล้า การเลิกบุหรี่ ซึ่งจากตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลหลักตัวอย่างหนึ่งพบว่า ตนเองสามารถเอาชนะการเลิกเหล้าและบุหรี่ได้ เพราะเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำได้ และคิดว่าเป็นสิ่งที่ไม่ได้ยากเกินความสามารถ ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีความเชื่อมั่นเพราะผมเอาชนะใจตนเองได้ทุกอย่าง เช่น กินเหล้าเราอยากจะเลิกเราก็ไม่ต้องกิน บุหรี่ก็เหมือนกันเขาต้องอย่างไรอย่างนั้นผมก็โยนทิ้งเลยหักดิบเลยขายเองด้วยซ้ำยังไม่กินเลยนะแหละชนะใจตัวเองได้ ผมว่ามันก็ไม่ยากเลยนี่นา” (แมน)

“พวกเราในครอบครัวต่างก็มีความเชื่อว่าตัวเองสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตัวเอง แต่ว่าถ้าเกิดว่า จะต้องเกิดอะไรขึ้น เช่น เจ็บป่วย ก็ถือว่าเป็นการกำหนดจากพระเจ้า แต่ยังไงก็แล้วแต่ เราเองก็ต้องดูแลตัวเองก่อนนะ” (โจ)

“พี่มั่นใจว่าพี่ดูแลตนเองได้ เรื่องการกิน เรื่องน้ำหนักที่ต้องทำได้ เรื่องออกกำลังกายเราต้องทำตัวเอง เรามั่นใจไม่ต้องหาหมอ” (ตาล)

### 4) การมองโลกในแง่ดี

การมองโลกในแง่ดี คือ การที่ผู้ให้ข้อมูลหลักมีกระบวนการคิดที่มีต่อมุมมองชีวิตของตนเองและต่อผู้อื่นได้ด้านดี และมองปัญหาต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตในทางที่ดี และเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัวเป็นสิ่งที่ดี ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักอาจประสบปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงานหรือคนใกล้ตัว หรือเจอปัญหาต่างๆ แต่ก็พยายามไม่นำมาคิดมาก หรือมองคนอื่น มองสถานการณ์ปัญหาที่เข้ามาในชีวิตในแง่ลบ ซึ่งรูปแบบความคิดในการมองโลกในแง่ดีจึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักและสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพทางครอบครัวที่ดีได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็มีถ้ามีอะไรก็ให้มองพาสๆ ผ่านไปซะไม่ต้องมาจ้องอย่างนี้ๆ เอาตัวเองให้ดีกว่าก่อนที่จะว่าเขา” (เมี้ยว)

“พี่มองแง่ดีหมดใจใครว่าใจพี่ไม่เคยสนใจ ถ้าใครมาว่าเรื่องการทำงานของ อสม. พี่ก็จะเลยตามเลยเขาจะพูดอะไรก็พูดไปเราอย่าใส่ใจ” (ตึก)

“มีผลมากเลยแหละเกิดว่าเราชอบไม่ชอบคนนี่ เราจะเรามองโลกในแง่ไม่ดีจะมีผลกับตัวเรา” (นิต)

### 5) การมีกำลังใจในการเผชิญปัญหา

การมีกำลังใจในการเผชิญปัญหา คือ การที่ผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถที่จะปรับตัวและรับมือได้เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาได้ด้วยการมีกำลังใจและพลังใจที่เข้มแข็ง จากการศึกษาพบว่า การที่ผู้ให้ข้อมูลหลักได้รับกำลังใจและพลังใจจากคนในครอบครัวทำให้ตนเองสามารถมีพลังในการทำงาน และพยายามดูแลรักษาตนเองให้ดี ไม่ให้เกิดอันตราย และการมีพลังใจที่เข้มแข็งยังช่วยให้บุคคลสามารถฟันฝ่าอุปสรรคปัญหาที่เข้ามาในชีวิตได้ เช่น การส่งลูกเรียนหนังสือ ปัจจุบันต้องใช้เงินจำนวนมาก แต่หากบุคคลมีพลังใจที่ดี ก็จะสามารถอดทนและสามารถหาเงินมาเลี้ยงดูครอบครัวและส่งลูกเรียนได้ จนประสบความสำเร็จ ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีผลมาก เช่น ผมต้องไปทำงานไกลๆ เวลาแฟนโทรมาผมจะดีใจมากๆ ถ้าไม่โทรเลยผมก็แย ผมต้องใช้พลังที่จะอยู่ห่างครอบครัว แต่ผมก็รับผิดชอบตัวเองไม่ไปทำอะไรที่เป็นอันตรายกับตัวเอง เช่น เรื่องการขับรถ ถ้าไปคนเดียวขับจะระวังมากง่วงต้องหยุด” (นัท)

“การมีกำลัง หรือพลังใจมันช่วยเราได้นะส่วนใหญ่เป็นเรื่องเงินทองสมัยก่อนเราไม่พอใช้ส่งลูกเรียน เราอย่าไปท้อ ทำงานให้มากขึ้นใช้ให้น้อยลงส่วนใหญ่เป็นเรื่องเงิน” (ตาล)

## 9. ประสบการณ์ทางบวกและลบที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่าประสบการณ์ที่ผ่านมาของชีวิตทั้งประสบการณ์ทางบวกและประสบการณ์ทางลบ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ให้ข้อมูลหลักและสมาชิกในครอบครัว ในการดำเนินชีวิตที่จะทำอย่างไรไม่ให้เกิดสิ่งที่ไม่ดีขึ้นต่อสุขภาพของครอบครัว และทำอย่างไรให้ครอบครัวมีสุขภาพที่ดีและดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่า ประสบการณ์ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ คือ 1) ประสบการณ์การเจ็บป่วยจากคนใกล้ตัว และ 2) การประสบความสำเร็จในการออกกำลังกาย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### 1) ประสบการณ์การเจ็บป่วยจากคนใกล้ตัว

ประสบการณ์การเจ็บป่วยจากคนใกล้ตัว คือ การที่ผู้ให้ข้อมูลหลักและสมาชิกในครอบครัวเห็นและรับฟังข้อมูลข่าวสาร หรือเคยผ่านเหตุการณ์ที่คนใกล้ตัวเจ็บป่วย จากการศึกษพบว่าประสบการณ์การเจ็บป่วยของคนใกล้ตัว ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักมีการระมัดระวังตัวเองและสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวหันมาใส่ใจดูแลสุขภาพ เช่น ประสบการณ์การเสียชีวิตของคุณพ่อที่เป็นมะเร็งปอด เนื่องจากการสูบบุหรี่ จึงทำให้เห็นถึงอันตรายของการสูบบุหรี่และพยายามกำชับคนในครอบครัวให้หลีกเลี่ยงจากการสูบบุหรี่หรือการเห็นข่าวตามสื่อทีวีหรือการได้รับฟังข่าวของคนอื่นที่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยบุคคลที่ประสบปัญหาสุขภาพ นอกจากจะต้องฟังโดยการรักษาแล้ว กำลังใจและพลังใจในการต่อสู้กับโรคร้ายต่างๆ มีส่วนสำคัญในการช่วยให้บุคคลมีพลังที่อยากจะมีชีวิตต่อ และกลับมามีสุขภาพดีมีชีวิตปกติ ซึ่งจากประสบการณ์เหล่านี้มีส่วนสำคัญต่อความคิดและการดำเนินชีวิตของผู้ให้ข้อมูลหลักและครอบครัวในการที่จะต้องหันมาใส่ใจต่อการดูแลสุขภาพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“อย่างคุณพ่อก็เสียชีวิตด้วยมะเร็งปอด เพราะแกอาจจะสูบบุหรี่ด้วยหรือเปล่าไม่แน่ใจ เสียตอนอายุยังไม่มากนัก เราก็จะเน้นให้คนในบ้านไม่สูบบุหรี่ อิสลามก็ห้ามการสูบบุหรี่ เพราะเป็นการฆ่าตัวเองให้ตายช้าๆ” (แก่ง)

“ถ้าดูเรื่องของคนอื่น ก็มีอยู่หลายคนนะที่เขาสามารถกลับมามีสุขภาพแข็งแรงได้ ดูตามข่าวต่างๆ คิดว่าเพราะเขาคิดในทางบวกกับชีวิตของตัวเองว่าจะต้องมีชีวิตต่อไป มันจึงส่งผลกันไปหมดทั้งความหวังที่หวังที่จะมีชีวิตต่อ สำคัญคือกำลังใจ กำลังใจจากคนใกล้ตัวก็สำคัญที่ทำให้ใจเขาแข็งแรง สู้ต่อ” “จากเหตุการณ์ตรงนั้นทำให้คิดว่า ชีวิตก็ต้องสู้จนกว่าเราจะไม่มีลมหายใจ เพราะฉะนั้นก็ต้องดูแลสุขภาพอยู่ตลอด จะได้ไม่เจ็บป่วย ป้องกันไว้ก่อนดีกว่า” (กาน)

### 2) การประสบความสำเร็จในการออกกำลังกาย

การประสบความสำเร็จในการออกกำลังกาย คือ การที่ผู้ให้ข้อมูลหลักได้รับผลที่ดีที่เกิดจากการที่ตนเองออกกำลังกาย ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายช่วยให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น คือ การไม่เจ็บป่วยหรือเจ็บป่วยได้ยากกว่าปกติ การมีหน้าตาที่สดใส อารมณ์ดี ทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพ และช่วยลดน้ำหนัก ลดเบาหวานได้ ซึ่งผลลัพธ์จากการออกกำลังกายส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ในการหันมาใส่ใจกับการออกกำลังกายมากขึ้น เพื่อที่จะทำให้มีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่แข็งแรง ดังคำกล่าวที่ว่า

“การออกกำลังกายค่อนข้างสำเร็จเพราะฝันทำในช่วงแรกจนติดเป็นนิสัยและทำมาต่อเนื่อง พวกเราทั้งครอบครัว ภรรยา ลูก ทุกคนชอบที่จะออกกำลังกาย มันก็เปลี่ยนแปลงทำให้สุขภาพดีขึ้นไม่ป่วยง่าย หน้าตาสดใส อารมณ์ดี” (ใจ)

“เวทใหญ่เกิน ออกกำลังกาย ออกอกกะพี้ก็ไม่มีเวลามันล้าด้วย มันก็เลยไม่สำเร็จแต่ที่ก็กลัวเป็นเบาหวานด้วย ตัวพี้ก็ออกกำลังกายมันก็ลงง่ายนะพี้ก็คงต้องพยายามต่อไป มันเป็นที่เราเองนี่แหละ” (ตาล)

## 10. วิธีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของตนเองและครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูลหลักและสมาชิกในครอบครัวมีการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจและทันต่อสถานการณ์เกี่ยวกับสุขภาพ ด้วยวิธีการส่งเสริม คือ 1) การเข้าถึงสื่อโซเชียลมีเดีย และ 2) การบอกต่อจากบุคคลใกล้ชิด ซึ่งแต่ละวิธีการมีรายละเอียดดังนี้

### 1) การเข้าถึงสื่อโซเชียลมีเดีย

การเข้าถึงสื่อโซเชียลมีเดีย คือ การที่ผู้ให้ข้อมูลหลักและสมาชิกในครอบครัวเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพด้วยการใช้สื่อโซเชียลมีเดียในการรับรู้ข่าวสาร จากการสัมภาษณ์พบว่าปัจจุบันมีช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารหลายช่องทาง อาทิ โทรศัพท์ โปรแกรมไลน์ เฟสบุค เป็นต้น ซึ่งสื่อเหล่านี้ทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักและสมาชิกในครอบครัวได้รับรู้ข่าวสารสถานการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกัสุขภาพได้อย่างรวดเร็วและสะดวกมากขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“ปัจจุบัน มีช่องทางการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพหลายด้าน ทั้งการดูทีวี การอ่านไลน์ เฟสบุค หรือหนังสือออนไลน์ คือปัจจุบันข้อมูลเข้าถึงง่าย ใครๆ ก็สามารถศึกษาเรียนรู้ได้ คือมีการพัฒนาที่ดี” (บัว)

“การรับฟังข่าวสารจากทีวี ที่พูดถึงเรื่องสุขภาพ การป้องกัน การดูแลตัวเองต่างๆ หรือการออกกำลังกายด้วยวิธีไหนได้บ้าง บางทีจากทางไลน์” (กาน)

### 2) การบอกต่อจากบุคคลใกล้ชิด

การบอกต่อจากบุคคลใกล้ชิด คือ การที่ผู้ให้ข้อมูลหลักและสมาชิกในครอบครัวสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพด้วยการบอกต่อ พูดคุยกันจากบุคคลในครอบครัว หรือจากบุคคลใกล้ชิดกัน ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่า การบอกต่อหรือการแบ่งปันความรู้เป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย โดยที่หากใครทราบเกี่ยวกับความรู้ใหม่ๆ หรือสิ่งที่กำลังเป็นข่าวในปัจจุบันก็จะมาบอกเล่า พูดคุยกันในประเด็นนั้นๆ ในครอบครัว รวมทั้งการแบ่งปันความรู้ประสบการณ์ต่างๆ จากเพื่อนบ้านในชุมชน ก็เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ตนเองและครอบครัวมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็มีอะไรก็จะมาบอกต่อกัน สามัญอะไรก็มาบอก ลูกรู้อะไรจากโรงเรียนก็มาบอก หรือบ่อยครั้งที่ครูที่โรงเรียนของลูก เวลาไปรับเขากลับจากโรงเรียนก็จะยืนคุยกัน ก็จะรู้ว่าตอนนี้โรคอะไรกำลังระบาดนะ ต้องดูแลและมีมาตรการอะไรบ้างก็ช่วยได้เยอะ อย่างแม่ที่เองอยู่บ้านดูแลบ้านใช้ไหม เขาก็จะมีสมาคมแม่บ้านใกล้ๆ บ้านนี้มานั่งคุยกัน รู้อะไรก็มาบอกต่อ หรือเรารู้อะไรก็ไปบอกต่อ” (จัน)

“ก็ปกติถ้าใครเจอความรู้อะไร หรือวิธีการใหม่ๆ ก็จะมาเล่าต่อกันในบ้าน เช่น ลูกสาวไปเจอวิธีการออกกำลังกายแบบใหม่ที่ทำให้สุขภาพพอดี ก็จะมาเล่าต่อ มาคุยกัน ประมาณนั้น คือมีอะไรก็มาแชร์กัน เพราะว่าปกติก็จะคุยกันในบ้านบ่อย” (เก่ง)

## 11. วิธีการนำข้อมูลทางด้านสุขภาพมาใช้ในการปฏิบัติตัว

เนื่องจากปัจจุบันการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ สามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว และสามารถเข้าถึงข้อมูลได้หลากหลายช่องทาง และมีข่าวสารสุขภาพที่เชื่อถือได้และเชื่อถือไม่ได้ ดังนั้นก่อนที่จะนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมาใช้ในการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ผู้ให้ข้อมูลหลักได้เสนอวิธีการนำข้อมูลทางด้านสุขภาพมาใช้ ด้วยวิธีเหล่านี้ คือ 1) การรู้จักแยกแยะ 2) การสอบถามจากคนใกล้ตัว และ 3) การหาข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่งแต่ละวิธีการมีรายละเอียดดังนี้

### 1) การรู้จักพิจารณาไตร่ตรอง

การรู้จักพิจารณาไตร่ตรอง คือ การที่เมื่อบุคคลรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไม่ว่าจะด้วยช่องทางการรับรู้ข่าวสารด้วยวิธีใดก็ตาม ควรมีการรู้จักพิจารณา แยกแยะข้อมูลเหล่านั้นว่ามีความน่าเชื่อถือหรือไม่อย่างไร จากการสัมภาษณ์พบว่า ข้อมูลด้านสุขภาพในปัจจุบันสามารถเข้าถึงได้ง่ายและทันสถานการณ์เพียงแต่จะต้องมาทบทวน ตัดสินใจว่าข้อมูลที่ได้รับมานั้นเชื่อถือได้หรือไม่ หากในกรณีที่ได้รับข้อมูลข่าวสารตามสื่อโทรทัศน์ ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมาคอยชี้แนะ นำเสนอข้อมูลข่าวสาร น่าจะมีความน่าเชื่อถือและ

สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติตัวได้ แต่หากข้อมูลข่าวสารมาจากสื่อทางอินเทอร์เน็ต เช่น โปรแกรมไลน์ เฟสบุ๊ค จะต้องมีการนำมาพิจารณาหาแหล่งความน่าเชื่อถือก่อนที่จะนำมาใช้ในการปฏิบัติ ดังคำกล่าวที่ว่า

“พอเรารู้ข้อมูลมาก็ต้องคิดก่อนนะ มาพิจารณาว่าเอาข้อมูลนี้เชื่อถือได้ไหม อย่างถ้าข้อมูลออกทางทีวี โอเคมันก็เชื่อได้นะ เพราะผ่านอะไรมาเยอะ มีหมอมามาพูดมาแนะนำอะไรก็ถือว่าเชื่อถือได้ เอามาใช้ได้เลย แต่ถ้าตามเฟสบุ๊ค ตามไลน์แบบนี้ ต้องระวังคือมันมีทั้งเชื่อได้ไม่ได้ มีปลอมบ้างก็มี ก็ต้องแยกแยะให้ออก” (โจ)

“ข่าวสารมาจากทีวีบ้าง ออนไลน์บ้าง ไลน์นี้เยอะเลย เราต้องใช้วิจารณญาณของเราว่ามีแหล่งอ้างอิงใหม่ ความเป็นจริงมันเชื่อถือได้แค่ไหน เราต้องแยกแยะได้ด้วยวัยของเราด้วย เราไม่ได้เป็นคนที่ยมง่ายกับอะไรง่าย ๆ” (กาน)

## 2) การสอบถามจากคนใกล้ชิดที่มีความรู้

การสอบถามจากคนใกล้ชิด คือ การที่เมื่อรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพนอกจากจะพิจารณาจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือแล้ว ยังสามารถสอบถามจากบุคคลใกล้ชิดได้ ที่เป็นบุคคลที่มีความน่าเชื่อถือ เช่น สอบถามจากญาติพี่น้องหรือคนรู้จักที่เป็นแพทย์ หรือผู้ที่มีความรู้เรื่องนั้นๆ อย่างแท้จริง จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักและคนในชุมชนมักจะเข้าไปสอบถามความรู้และวิธีการปฏิบัติต่างๆ จาก อสม. และโรงพยาบาลหรือคลินิกที่อยู่บริเวณใกล้บ้าน เพื่อนำความรู้เหล่านั้นมาใช้ในการปฏิบัติ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เมื่อรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ ทั้งเรื่องใหม่และเก่า พวกเราจะมีเปรียบเทียบข้อมูล ด้วยการปรึกษาและพูดคุยกับคนในครอบครัวว่าเป็นยังไง” (เมี้ยว)

“ด้วยกับการที่เรามีหมอบประจำตัวอยู่ คือหลานเป็นหมอ มีอะไรก็ถามว่าเป็นยังไง” (จัน)

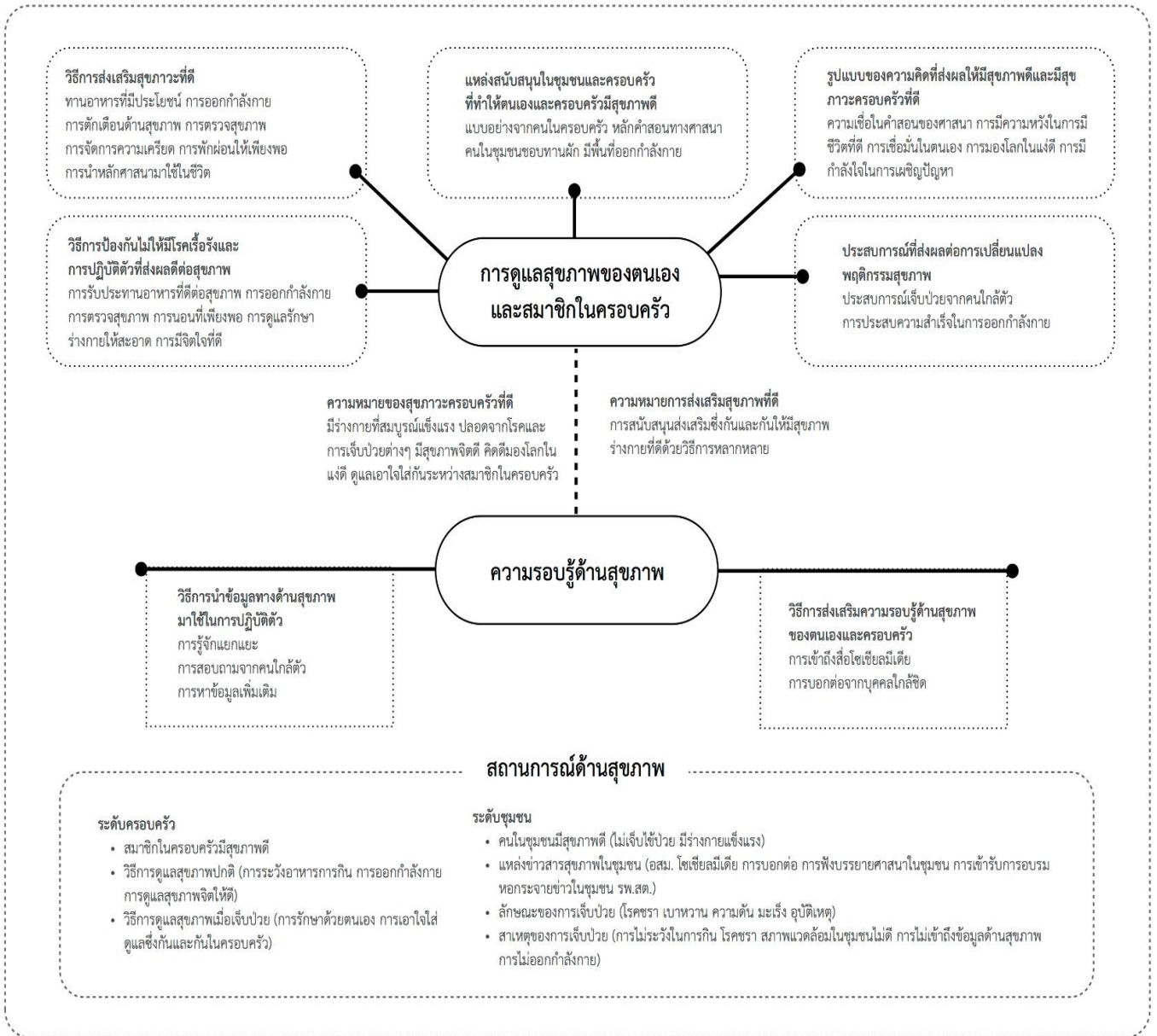
## 3) การหาข้อมูลเพิ่มเติม

การหาข้อมูลเพิ่มเติม คือ การที่ผู้ให้ข้อมูลหลักและสมาชิกในครอบครัว เมื่อได้รับข่าวสารจากสื่ออินเทอร์เน็ต จากโปรแกรมไลน์ เฟสบุ๊ค หรือจากการบอกเล่าจากคนใกล้ชิด หากไม่มีความมั่นใจในข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ หรือมีความต้องการที่อยากจะรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพเพิ่มเติม สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ด้วยตนเอง ด้วยการอ่านข้อมูลจากหนังสือพิมพ์ จากวารสาร นิตยสาร จากการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งปัจจุบันทุกคนสามารถเข้าถึงข้อมูลสื่อเหล่านี้ได้สะดวกและรวดเร็ว ดังคำกล่าวที่ว่า

“บางครั้งเมื่อคุยกันแล้ว ยังไม่เข้าใจ พวกเราก็จะมีการหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ เช่น หนังสือด้านสุขภาพ เว็บไซต์โรงพยาบาล หรืองานวิจัยต่างๆ” (จัน)

จากข้อมูลเนื้อหาข้างต้นสามารถสรุปผลข้อมูลเชิงคุณภาพได้เป็นโมเดลความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพกับการดูแลสุขภาพของตนเองและของสมาชิกในครอบครัวได้ดังภาพประกอบ





ภาพประกอบ 3 โมเดลความสัมพันธ์ของสถานการณ์และเงื่อนไขทางสุขภาพกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพของตนเองและของสมาชิกในครอบครัวที่ได้จากข้อมูลเชิงคุณภาพของคู่สมรสในชุมชนที่มีสุขภาพดี

**ผลการวิจัยระยะที่ 2 ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 และ 3**

ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อสุขภาพครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ข้อที่ 3 เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบเชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่มีต่อสุขภาพครอบครัวของคู่สมรสที่เสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างคู่สมรสเพศหญิงกับเพศชาย และระหว่างชุมชนเมืองและชุมชนชนบท

เป็นการพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทูทางจิตวิทยาที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพครอบครัวระหว่างคู่สมรสเพศชายและเพศหญิง และระหว่างชุมชนในเขตเมืองและชนบทแนวชายแดน ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากคู่สมรสเพศชายและเพศหญิงที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 2,000 คนใน 10 จังหวัดที่มีชุมชนในเมืองและจังหวัดที่มีชุมชนในชนบทแนวชายแดน

คณะวิจัยแบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปร

ตอนที่ 3 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและสุขภาวะครอบครัว

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมุติฐานการวิจัย

### สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยขอแนะนำสัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการแปลผลดังนี้

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่ม
M	แทน	ค่าเฉลี่ย
SD	แทน	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
skewness	แทน	ค่าความเบ้
kurtosis	แทน	ค่าความโด่ง
$\chi^2$	แทน	ค่าสถิติไค-สแควร์
$\chi^2/df$	แทน	ค่าสัดส่วนระหว่างไค-สแควร์กับองศาความอิสระ
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
P	แทน	ค่าความน่าจะเป็นทางสถิติ
R <sup>2</sup>	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุคูณกำลังสอง
$\Delta\chi^2$	แทน	ผลต่างของค่าไค-สแควร์
$\Delta df$	แทน	ผลต่างขององศาอิสระ
df	แทน	องศาอิสระ
GFI	แทน	ดัชนีวัดความกลมกลืน
AGFI	แทน	ดัชนีวัดความกลมกลืนปรับแก้แล้ว
RMSEA แทน		ดัชนีวัดความกลมกลืนในการประมาณค่าพารามิเตอร์
SRMR	แทน	ดัชนีรากมาตรฐานค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือ
CN	แทน	ดัชนีความพอเพียงของกลุ่มตัวอย่าง
NNFI	แทน	ดัชนีระดับความกลมกลืนเชิงเปรียบเทียบ
SE	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน
TE	แทน	อิทธิพลรวม
IE	แทน	อิทธิพลทางอ้อม
DE	แทน	อิทธิพลทางตรง

### ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นคู่สมรสเพศหญิงและเพศชาย รวมจำนวน 2,000 คน จากประชากรในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทที่มีที่ตั้งแนวเขตชายแดน รวมจำนวน 10 ชุมชน ที่ตั้งอยู่ในเขตสุขภาพที่ประชาชนมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำกว่าระดับประเทศ มีคุณลักษณะ ดังนี้

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	เพศชาย		เพศหญิง		ชุมชนเมือง		ชุมชนชนบท		กลุ่มรวม	
	(1000 คน)		(1000 คน)		(1000 คน)		(1000 คน)		(2000 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. ช่วงอายุ</b>										
1) อายุ 35 - 40 ปี	214	21.4	266	26.6	212	21.2	268	26.8	480	24.0
2) อายุ 41 - 45 ปี	168	16.8	185	18.5	179	17.9	174	17.4	353	17.6
3) อายุ 46 - 50 ปี	198	19.8	204	20.4	197	19.7	205	20.5	402	20.1
4) อายุ 51 - 55 ปี	216	21.6	211	21.1	223	22.3	204	20.4	427	21.4
5) อายุ 56 - 59 ปี	204	20.4	134	13.4	189	18.9	149	14.9	338	16.9
<b>2. ระดับการศึกษาสูงสุด</b>										
1) ไม่ได้เรียนหนังสือ	47	4.7	42	4.2	25	2.5	64	6.4	89	4.4
2) ประถมศึกษา	551	55.1	539	53.9	526	52.6	564	56.4	1090	54.5
3) มัธยมศึกษาตอนต้น	125	12.5	150	15.0	133	13.3	142	14.2	275	13.8
4) มัธยมศึกษาตอนปลาย /ปวช.	157	15.7	124	12.4	149	14.9	132	13.2	281	14.0
5) อนุปริญญา/ปวส.	50	5.0	51	5.1	58	5.8	43	4.3	101	5.0
6) ปริญญาตรีขึ้นไป	70	7.0	94	9.4	109	10.9	55	5.5	164	8.2
<b>3. ลักษณะงานหลักที่ทำอยู่ในชีวิตประจำวัน</b>										
1) เกษตรกร เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน	363	36.3	314	31.4	325	32.5	352	35.2	677	33.8
2) ค้าขาย/ทำธุรกิจ	219	21.9	223	22.3	115	11.5	327	32.7	442	22.1
3) รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	82	8.2	85	8.5	88	8.8	79	7.9	167	8.4
4) พนักงานโรงงาน/บริษัท/เอกชน	92	9.2	94	9.4	131	13.1	55	5.5	186	9.3
5) ไม่มีอาชีพ/เป็นแม่บ้าน/ทำงานบ้าน/รับจ้างทั่วไป	231	23.1	261	26.1	309	30.9	183	18.3	492	24.6
6) อื่นๆ	13	1.3	23	2.3	32	3.2	4	.4	36	1.8
<b>4. ระยะเวลาสมรส</b>										
1) 0 - 5 ปี	84	8.4	78	7.8	49	4.9	113	11.3	162	8.1
2) 6 - 10 ปี	109	10.9	112	11.2	89	8.9	132	13.2	221	11.0
3) 11 - 15 ปี	122	12.2	137	13.7	138	13.8	121	12.1	259	13.0
4) 16 -20 ปี	145	14.5	151	15.1	168	16.8	128	12.8	296	14.8
5) 21- 25 ปี	190	19.0	184	18.4	186	18.6	188	18.8	374	18.7
6) 26 - 30 ปี	181	18.1	168	16.8	207	20.7	142	14.2	349	17.4
7) มากกว่า 30 ปี	169	16.9	170	17.0	163	16.3	176	17.6	339	17.0
<b>5. ลักษณะการอยู่อาศัยร่วมกันเป็นส่วนใหญ่กับคู่สมรส</b>										
1) อาศัยอยู่ด้วยกันตลอด	839	83.9	794	79.4	841	84.1	792	79.2	1633	81.6
2) อยู่ด้วยกันบ้างไม่อยู่บ้าง	99	9.9	107	10.7	100	10.0	106	10.6	206	10.3
3) แยกกันอยู่	62	6.2	99	9.9	59	5.9	102	10.2	161	8.0
<b>6. ประวัติการมีโรคประจำตัว</b>										
1) ไม่มีโรคประจำตัว	817	81.7	809	80.9	786	78.6	840	84.0	1626	81.3
2) มีเป็นโรคประจำตัว	183	18.3	191	19.1	214	21.4	160	16.0	374	18.7
<b>7. ภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</b>										
1) มีรูปร่างท้วมหรืออ้วน	329	32.9	397	39.7	439	43.9	287	28.7	726	36.3
2) มีภาวะอ้วนลงพุง	223	22.3	205	20.5	166	16.6	262	26.2	428	21.4
3) ภาวะความดันโลหิตสูง	129	12.9	128	12.8	104	10.4	153	15.3	257	12.8
4) มีน้ำตาลในเลือดสูง/มีเบาหวาน	67	6.7	71	7.1	66	6.6	72	7.2	138	6.9
5) มีไขมันในเลือดสูง	88	8.8	84	8.4	89	8.9	83	8.3	172	8.6

ข้อมูลทั่วไป	เพศชาย		เพศหญิง		ชุมชนเมือง		ชุมชนชนบท		กลุ่มรวม	
	(1000 คน)		(1000 คน)		(1000 คน)		(1000 คน)		(2000 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
6) มีไขมันเกาะตับ	11	1.1	3	.3	8	.8	6	.6	14	.7
7) กินอาหารรสหวาน/มัน/เค็มจัด	279	27.9	281	28.1	255	25.5	305	30.5	560	28.0
8) อารมณ์แปรปรวนง่าย	90	9.0	125	12.5	52	5.2	163	16.3	215	10.8
9) ไม่ออก/แทบไม่ออกกำลังกาย	373	37.3	413	41.3	321	32.1	465	46.5	786	39.3
10) มีพ่อแม่/ปู่ย่า/ตายาย ป่วย/ตาย ด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	228	22.8	233	23.3	333	33.3	128	12.8	461	23.0

ตาราง 7 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดจำนวน 2000 คน โดยเป็นคู่สมรสเพศชาย จำนวน 1000 คน เพศหญิงจำนวน 1000 คน และเป็นประชากรในชุมชนเมืองจำนวน 1000 คน และชุมชนชนบทจำนวน 1000 คน เท่ากัน โดยส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 35–40 ปี ร้อยละ 24.0 รองลงมา มีช่วงอายุ 51–55 ปี ร้อยละ 21.4 และมีช่วงอายุ 46–50 ปี ร้อยละ 20.1 มีระดับการศึกษาสูงสุด เป็นชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 54.5 มัธยมศึกษาตอนปลาย /ปวช. ร้อยละ 14.0 และ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 13.8 และกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะการทำงานหลักที่ทำอยู่ในชีวิตประจำวัน เป็นเกษตรกร เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน เป็นต้น มากที่สุด ร้อยละ 33.8 รองลงมา กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาชีพ/เป็นแม่บ้าน/ทำงานบ้าน/รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 24.6 และทำการค้าขาย/ทำธุรกิจ ร้อยละ 22.1 เมื่อพิจารณาถึงชีวิตคู่สมรส พบว่า มีระยะเวลาสมรสส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 21–25 ปี ร้อยละ 18.7 ช่วง 26–30 ปี ร้อยละ 17.4 ปี และมีระยะเวลาสมรสมากกว่า 30 ปี ร้อยละ 17.0 และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ด้วยกันตลอด ร้อยละ 81.6 อยู่ด้วยกันบ้างไม่อยู่บ้างร้อยละ 10.3 และแยกกันอยู่ร้อยละ 8.0 นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 81.3 และมีโรคประจำตัวร้อยละ 18.7 โดยเมื่อสอบถามถึงภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แทบไม่ออกกำลังกายถึง ร้อยละ 39.3 มีรูปร่างท่วมหรืออ้วน ร้อยละ 36.3 และ กินอาหารรสหวาน/มัน/เค็มจัด ร้อยละ 28.0

## ตอนที่ 2 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปร

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบลักษณะการแจกแจงข้อมูลของตัวแปร ว่าเป็นการแจกแจงแบบปกติหรือไม่ โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (M) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่าความเบ้ (skewness) ค่าความโด่ง (kurtosis) ค่าสถิติทดสอบไค-สแควร์ ( $\chi^2$ ) และค่า P-Value ของสถิติทดสอบไค-สแควร์ โดยผู้วิจัยได้แปลงค่าตัวแปรให้กลายเป็นค่าคะแนนแบบปกติ (Normal Score) แล้วทดสอบว่าตัวแปรสังเกตที่ศึกษาในรูปแบบความสัมพันธ์มีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติหรือไม่ โดยพิจารณาจากผลทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของทั้งค่าความเบ้และความโด่ง

การตรวจสอบการแจกแจงของตัวแปรสังเกตที่ศึกษาในรูปแบบความสัมพันธ์ในกลุ่มรวม ผู้วิจัยได้ทำการแปลงค่าตัวแปรให้กลายเป็นค่าคะแนนแบบปกติ (Normal Score) แล้วนำไปทดสอบว่าตัวแปรที่ศึกษาในกลุ่มรวม กลุ่มคู่สมรสเพศชายและคู่สมรสเพศหญิง กลุ่มคู่สมรสในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติหรือไม่ โดยวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง และพิจารณาจากผลการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของทั้งค่าความเบ้และค่าความโด่ง (Skewness & kurtosis p-value) จากผลการทดสอบลักษณะของการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) ของตัวแปรสังเกตข้างต้น เห็นได้ว่ายังมีข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ (Skewness & kurtosis p-value น้อยกว่า .05) ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์ อย่างไรก็ตามในกรณีที่ข้อมูลของตัวแปรมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ก็ยังคงสามารถวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างเชิงเส้นได้ ด้วยการ การประมาณค่าด้วยวิธี Weighted least square ซึ่งเหมาะสมสำหรับข้อมูลที่มีปัญหาการแจกแจงแบบไม่ปกติ โดยนำเข้าด้วย Asymptotic Covariance Matrix (ACOV Matrix) (Schumacker; & Lomax. 2010: 29) ดังตาราง 8 - 12

ตาราง 8 ค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal Curve) ของตัวแปรสังเกตใน  
รูปแบบความสัมพันธ์ในกลุ่มรวม

ตัวแปร	M	SD	Skewness	Kurtosis	p-value
การสนับสนุนทางสังคม	3.805	0.729	-1.223	-2.229	0.040*
บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม	3.781	0.709	-0.826	-1.599	0.198
เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ	3.757	0.675	-0.79	-1.536	0.225
การรับรู้ความสามารถของตน	3.812	0.729	-1.94	-2.843	0.003*
ความหวัง	3.895	0.741	-2.504	-3.235	0.000*
มองโลกในแง่ดี	3.899	0.717	-2.349	-3.148	0.000*
ความหยิ่งตัว	3.949	0.724	-2.761	-3.606	0.000*
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.703	0.752	-0.991	-2.028	0.078
การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.672	0.801	-0.76	-1.817	0.144
การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.752	0.727	-1.179	-2.284	0.037*
การติดต่อสื่อสาร	3.763	0.719	-1.012	-1.9	0.099
การจัดการสุขภาพตนเอง	3.270	0.676	-1.203	-2.127	0.051
การดูแลสุขภาพตนเอง	3.577	0.815	-0.576	-1.214	0.405
การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพในชุมชน	3.615	1.002	-2.452	-4.669	0.000*
ภาวะทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัว	4.076	0.724	-3.906	-4.459	0.000*
ความยึดมั่นคุณธรรมของครอบครัว	4.110	0.787	-5.234	-5.034	0.000*
สัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว	4.119	0.812	-5.895	-5.316	0.000*

หมายเหตุ: \* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 9 ค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal Curve) ของตัวแปรสังเกตใน  
รูปแบบความสัมพันธ์ในกลุ่มคู่สมรสเพศชาย

ตัวแปร	M	SD	Skewness	Kurtosis	p-value
การสนับสนุนทางสังคม	3.801	0.741	-0.783	-1.465	0.252
บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม	3.774	0.701	-0.512	-1.031	0.515
เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ	3.732	0.700	-0.483	-1.017	0.530
การรับรู้ความสามารถของตน	3.835	0.750	-1.477	-2.175	0.032
ความหวัง	3.929	0.748	-1.819	-2.378	0.011*
มองโลกในแง่ดี	3.919	0.752	-1.923	-2.493	0.007*
ความหยิ่งตัว	3.954	0.743	-1.983	-2.598	0.005*
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.678	0.775	-0.762	-1.541	0.228
การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.639	0.830	-0.533	-1.288	0.378
การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.735	0.752	-0.803	-1.561	0.214
การติดต่อสื่อสาร	3.747	0.747	-0.671	-1.383	0.307
การจัดการสุขภาพตนเอง	3.254	0.696	-0.796	-1.472	0.247
การดูแลสุขภาพตนเอง	3.579	0.818	-0.373	-0.841	0.655
การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพในชุมชน	3.631	1.008	-1.779	-3.434	0.001*
ภาวะทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัว	4.112	0.719	-2.817	-3.169	0.000*
ความยึดมั่นคุณธรรมของครอบครัว	4.139	0.773	-3.703	-3.541	0.000*
สัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว	4.158	0.808	-4.403	-3.853	0.000*

หมายเหตุ: \* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ตาราง 10** ค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal Curve) ของตัวแปรสังเกตใน  
รูปแบบความสัมพันธ์ในกลุ่มคู่สมรสเพศหญิง

ตัวแปร	M	SD	Skewness	Kurtosis	p-value
การสนับสนุนทางสังคม	3.809	0.718	-0.938	1.698	0.152
บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม	3.788	0.718	-0.656	-1.230	0.379
เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ	3.781	0.648	-0.623	-1.159	0.421
การรับรู้ความสามารถของตน	3.789	0.707	-1.253	-1.877	0.078
ความหวัง	3.861	0.732	-1.740	-2.184	0.020*
มองโลกในแง่ดี	3.878	0.679	-1.392	-1.972	0.054
ความหยิ่งตัว	3.945	0.704	-1.922	-2.519	0.007*
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.728	0.729	-0.645	-1.297	0.350
การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.705	0.769	-0.543	-1.255	0.392
การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.768	0.702	-0.865	-1.656	0.175
การติดต่อสื่อสาร	3.778	0.690	-0.736	-1.354	0.305
การจัดการสุขภาพตนเอง	3.286	0.655	-0.894	-1.552	0.201
การดูแลสุขภาพตนเอง	3.574	0.812	-0.444	-0.857	0.628
การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพในชุมชน	3.599	0.997	-1.702	-3.153	0.002*
ภาวะทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัว	4.039	0.727	-2.725	-3.125	0.000*
ความยึดมั่นคุณธรรมของครอบครัว	4.081	0.800	-3.722	-3.578	0.000*
สัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว	4.079	0.814	-3.961	-3.662	0.000*

หมายเหตุ: \* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ตาราง 11** ค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal Curve) ของตัวแปรสังเกตใน  
รูปแบบความสัมพันธ์คู่สมรสในชุมชนเมือง

ตัวแปร	M	SD	Skewness	Kurtosis	p-value
การสนับสนุนทางสังคม	3.805	0.704	-1.216	-1.942	0.073
บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม	3.693	0.692	-0.802	-1.437	0.258
เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ	3.743	0.631	-0.654	-1.251	0.369
การรับรู้ความสามารถของตน	3.808	0.703	-1.400	-2.038	0.047*
ความหวัง	3.880	0.718	-2.013	-2.392	0.008*
มองโลกในแง่ดี	3.906	0.731	-2.111	-2.747	0.002*
ความหยิ่งตัว	3.952	0.691	-2.115	-2.715	0.003*
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.763	0.689	-0.992	-1.709	0.142
การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.757	0.729	-0.876	-1.529	0.212
การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.776	0.722	-1.301	-2.028	0.055
การติดต่อสื่อสาร	3.750	0.704	-1.010	-1.744	0.131
การจัดการสุขภาพตนเอง	3.238	0.645	-1.164	-1.834	0.094
การดูแลสุขภาพตนเอง	3.687	0.708	-0.673	-1.348	0.322
การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพในชุมชน	3.683	0.897	-2.189	-2.736	0.002*
ภาวะทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัว	4.079	0.695	-2.259	-2.794	0.002*
ความยึดมั่นคุณธรรมของครอบครัว	4.099	0.757	-3.722	-3.559	0.000*
สัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว	4.157	0.799	-4.708	-3.968	0.000*

หมายเหตุ: \* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ตาราง 12** ค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal Curve) ของตัวแปรสังเกตใน  
รูปแบบความสัมพันธ์คู่สมรสในชุมชนชนบท

ตัวแปร	M	SD	Skewness	Kurtosis	p-value
การสนับสนุนทางสังคม	3.805	0.753	-0.489	-1.202	0.431
บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม	3.870	0.716	-0.378	-0.817	0.667
เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ	3.771	0.716	-0.456	-0.954	0.572
การรับรู้ความสามารถของตน	3.816	0.754	-1.333	-1.969	0.059
ความหวัง	3.910	0.763	-1.588	-2.131	0.029*
มองโลกในแง่ดี	3.891	0.702	-1.233	-1.662	0.117
ความหยุนตัว	3.946	0.755	-1.770	-2.397	0.012*
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.642	0.807	-0.425	-1.104	0.496
การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.587	0.859	-0.186	-0.992	0.601
การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.727	0.732	-0.366	-1.156	0.480
การติดต่อสื่อสาร	3.776	0.734	-0.454	-0.882	0.611
การจัดการสุขภาพตนเอง	3.301	0.704	-0.557	-1.146	0.444
การดูแลสุขภาพตนเอง	3.467	0.897	-0.132	-0.385	0.921
การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพในชุมชน	3.548	1.094	-1.299	-3.757	0.000*
ภาวะทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัว	4.073	0.752	-3.290	-3.469	0.000*
ความยึดมั่นคุณธรรมของครอบครัว	4.122	0.816	-3.640	-3.627	0.000*
สัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว	4.081	0.823	-3.617	-3.565	0.000*

หมายเหตุ: \* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### ตอนที่ 3 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและสุขภาวะครอบครัว

การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ เป็นการวิเคราะห์ระดับความรอบรู้สุขภาพและสุขภาวะครอบครัว โดย  
คะแนนเฉลี่ยที่ได้มาจัดระดับตามแนวคิดของ บลูม (Bloom, 1976) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับดี  
มาก มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตั้งแต่ 4.00 คะแนนขึ้นไป 2) ระดับพอใช้ได้ หมายถึง มีคะแนน  
เฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ระหว่าง 3.00 –3.99 คะแนน และ 3) ระดับไม่ดีพอ หมายถึง มีคะแนนเฉลี่ย  
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ระหว่าง 1.00 –2.99 คะแนน

ผลการวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง มีระดับความรอบรู้  
ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 58.5 นั่นคือ เป็นผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและ  
อาจจะมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องบ้าง และอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 26.0 ซึ่งหมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความรอบ  
รู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตน ได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ รายละเอียดแสดงตาม  
ตาราง เมื่อพิจารณาแยกรายองค์ประกอบพบว่า

**องค์ประกอบที่ 1 : การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ** พบว่า โดยภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ  
พอใช้ได้ร้อยละ 43.6 นั่นคือ สามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้บ้างแต่ยังไม่สามารถนำมาใช้ตัดสินใจ  
ให้ถูกต้องได้ รองลงมาอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 42.4 หมายถึง เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่ง  
ที่น่าเชื่อถือได้มากพอต่อการตัดสินใจที่ถูกต้องแม่นยำได้และเป็นแบบอย่างที่ดี

**องค์ประกอบที่ 2 : การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ** พบว่า โดย  
ภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 42.7 นั่นคือ รู้และเข้าใจข้อมูลและบริการที่ถูกต้องบ้างต่อการ  
ปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดียั่งยืน รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 41.1 หมายถึง รู้และเข้าใจข้อมูลและบริการ  
อย่างถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดียั่งยืน

**องค์ประกอบที่ 3 : การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ** พบว่า โดยภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ใน  
ระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 45.4 นั่นคือ สามารถตรวจสอบและบริการสุขภาพได้บ้างแต่ยังไม่สามารถนำมาใช้

ตัดสินใจให้ถูกต้องแม่นยำได้ รองลงมาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 44.9 หมายถึง สามารถตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือได้มากพอต่อการตัดสินใจที่ถูกต้องแม่นยำได้และเป็นแบบอย่างที่ดี

**องค์ประกอบที่ 4 : การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม** พบว่า โดยภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 44.8 นั่นคือ สามารถที่จะฟัง พูด อ่านเขียนเพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการปฏิบัติ ได้บ้างแต่ยังไม่เชี่ยวชาญพอ รองลงมาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 44.2 หมายถึง มีความเชี่ยวชาญพอในด้านการฟัง พูด อ่านเขียนเพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการปฏิบัติอย่างถูกต้องและเป็นแบบอย่างที่ดีได้

**องค์ประกอบที่ 5 : การจัดการสุขภาพตนเอง** พบว่า โดยภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 50.0 นั่นคือ มีการจัดการเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในของตนเอง และสภาพแวดล้อมล้อมล้อมตัวที่เป็นอุปสรรคหรือมีผลต่อสุขภาพตนเองได้เป็นเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดีพอ ร้อยละ 31.5 หมายถึง มีการจัดการเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในของตนเอง และสภาพแวดล้อมล้อมล้อมตัวที่เป็นอุปสรรคหรือมีผลต่อสุขภาพตนเอง ไม่ค่อยได้

ส่วนรายละเอียดจำแนกคู่สมรสเพศชาย เพศหญิง และคู่สมรสในชุมชนเมือง ชุมชนชนบท เมื่อพิจารณาแยกรายองค์ประกอบ ได้แสดงในตาราง 13 ดังนี้

**ตาราง 13** ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของคู่สมรสเพศชายและหญิงที่อยู่ในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท

องค์ประกอบ	ระดับ	แปลผล	เพศชาย (1000 คน)		เพศหญิง (1000 คน)		ชุมชนเมือง (1000 คน)		ชุมชนชนบท (1000 คน)		กลุ่มรวม (2000 คน)	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	ไม่ดีพอ	ยังมีปัญหาในการแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือเพียงพอต่อการตัดสินใจ	151	15.1	129	12.9	94	9.4	186	18.6	280	14.0
	พอใช้ได้	สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพได้บ้างแต่ยังไม่สามารถนำมาใช้ตัดสินใจให้ถูกต้องแม่นยำได้	441	44.1	432	43.2	509	50.9	364	36.4	873	43.6
	ดีมาก	สามารถแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือได้มากพอต่อการตัดสินใจที่ถูกต้องแม่นยำได้และเป็นแบบอย่างที่ดี	408	40.8	439	43.9	397	39.7	450	45.0	847	42.4
2. การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	ไม่ดีพอ	รู้และเข้าใจข้อมูลและบริการยังไม่ถูกต้องดีพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดียั่งยืน	180	18.0	144	14.4	99	9.9	225	22.5	324	16.2
	พอใช้ได้	รู้และเข้าใจข้อมูลและบริการที่ถูกต้องบ้างต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดียั่งยืน	426	42.6	428	42.8	473	47.3	381	38.1	854	42.7
	ดีมาก	รู้และเข้าใจข้อมูลและบริการอย่างถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดียั่งยืน	394	39.4	428	42.8	428	42.8	394	39.4	822	41.1
3. การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	ไม่ดีพอ	ยังมีปัญหาในการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือเพียงพอต่อการตัดสินใจ	107	10.7	88	8.8	89	8.9	106	10.6	195	9.8
	พอใช้ได้	สามารถตรวจสอบและบริการสุขภาพได้บ้างแต่ยังไม่สามารถนำมาใช้ตัดสินใจให้ถูกต้องแม่นยำได้	452	45.2	455	45.5	465	46.5	442	44.2	907	45.4
	ดีมาก	สามารถตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือได้มากพอต่อการตัดสินใจที่ถูกต้องแม่นยำได้และเป็นแบบอย่างที่ดี	441	44.1	457	45.7	446	44.6	452	45.2	898	44.9



องค์ประกอบ	ระดับ	แปลผล	เพศชาย (1000 คน)		เพศหญิง (1000 คน)		ชุมชนเมือง (1000 คน)		ชุมชนชนบท (1000 คน)		กลุ่มรวม (2000 คน)	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4.การติดต่ สื่อสาร	ไม่ได้ พอ	ยังมีปัญหาในด้านทักษะการฟัง การอ่าน การเขียนและการเล่าเรื่อง/โน้มน้าวผู้อื่นให้เข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพตนเองได้	124	12.4	95	9.5	97	9.7	122	12.2	219	11.0
	พอ ใช้ได้	สามารถที่จะฟัง พูด อ่าน เขียนเพื่อสื่อสารให้ตนเอง และผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการปฏิบัติ ได้บ้างแต่ยังไม่เชี่ยวชาญพอ	445	44.5	452	45.2	498	49.8	399	39.9	897	44.8
	ดี มาก	มีความเชี่ยวชาญพอด้านการฟัง พูด อ่านเขียนเพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการปฏิบัติ อย่างถูกต้องและเป็นแบบอย่างที่ดี	431	43.1	453	45.3	405	40.5	479	47.9	884	44.2
5.การ จัดการ สุขภาพ ตนเอง	ไม่ได้ พอ	มีการจัดการเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในของตนเอง และสภาพแวดล้อมตัวที่เป็นอุปสรรคหรือมีผลต่อสุขภาพตนเอง ไม่ค่อยได้	332	33.2	298	29.8	316	31.6	314	31.4	630	31.5
	พอ ใช้ได้	มีการจัดการเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในของตนเอง และสภาพแวดล้อมตัวที่เป็นอุปสรรคหรือมีผลต่อสุขภาพตนเองได้เป็นส่วนใหญ่	473	47.3	528	52.8	531	53.1	470	47.0	1001	50.0
	ดี มาก	การจัดการเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในของตนเอง และสภาพแวดล้อมตัวที่เป็นอุปสรรคหรือมีผลต่อสุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี	195	19.5	174	17.4	153	15.3	216	21.6	369	18.4
ความรู้ ด้านสุขภาพ ในภาพรวม	ไม่ได้ พอ	เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตาม	166	16.6	143	14.3	121	12.1	188	18.8	309	15.4
	พอ ใช้ได้	เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องบ้าง	575	57.5	595	59.5	642	64.2	528	52.8	1170	58.5
	ดี มาก	เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องและยังยืนยันเชี่ยวชาญ	259	25.9	262	26.2	237	23.7	284	28.4	521	26.0

ผลการวิเคราะห์ระดับสุขภาวะครอบครัว พบว่า ภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง มีระดับสุขภาวะครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 61.0 นั่นคือ เป็นผู้ที่มีระดับสุขภาวะครอบครัวที่ดีและสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข พร้อมทั้งกิจกรรมสาธารณสุขประโยชน์ต่อสังคมได้อย่างดี และอยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 32.6 ซึ่งหมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับสุขภาวะครอบครัวที่ดีพอที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เมื่อพิจารณาแยกรายองค์ประกอบพบว่า

องค์ประกอบที่ 1 : ภาวะทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัว พบว่า โดยภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 66.4 นั่นคือ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงในการดำเนินชีวิต จนเกิดความ

ภาคภูมิใจในตัวเองเมื่อได้ทำในสิ่งที่ดี รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 29.0 หมายถึง สุขภาพร่างกายแข็งแรงแต่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงในการดำเนินชีวิต

**องค์ประกอบที่ 2 : ความยึดมั่นคุณธรรมของครอบครัว** พบว่า โดยภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 67.6 นั่นคือ มีคุณธรรมในการครองตนครองคู่จนสามารถนำหลักธรรมไปใช้ประกอบการตัดสินใจและแก้ปัญหาได้อย่างดี รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 26.0 หมายถึง มีคุณธรรมในการครองตนครองคู่จนสามารถนำหลักธรรมไปใช้ประกอบการตัดสินใจและแก้ปัญหาได้บางครั้ง

**องค์ประกอบที่ 3 : สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว** พบว่า โดยภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 65.6 นั่นคือ มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีมาก จนสามารถใช้ชีวิตคู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 28.0 หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีพอควร แต่ยังคงมีความขัดแย้งในครอบครัวเกิดขึ้นในบางครั้ง

ส่วนรายละเอียดจำแนกคู่สมรสเพศชาย เพศหญิง และคู่สมรสในชุมชนเมือง ชุมชนชนบท เมื่อพิจารณาแยกรายองค์ประกอบ ได้แสดงในตาราง 14 ดังนี้

**ตาราง 14** ระดับความสุภาพะครอบครัวของคู่สมรสเพศชายและหญิงที่อยู่ในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท

องค์ประกอบ	ระดับ	แปลผล	เพศชาย (1000 คน)		เพศหญิง (1000 คน)		ชุมชนเมือง (1000 คน)		ชุมชนชนบท (1000 คน)		กลุ่มรวม (2000 คน)	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ภาวะทาง สุขภาพของ สมาชิก ครอบครัว	ไม่ดี พอ	ยังมีปัญหาด้านสุขภาพ พร้อมทั้งยังมีพฤติกรรมเสี่ยง ในการดำเนินชีวิต	48	4.8	46	4.6	39	3.9	55	5.5	94	4.7
	พอใช้ ได้	สุขภาพร่างกายแข็งแรงแต่ ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงในการ ดำเนินชีวิต	261	26.1	318	31.8	285	28.5	294	29.4	579	29.0
	ดี มาก	มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงใน การดำเนินชีวิต จนเกิดความ ภาคภูมิใจในตัวเองเมื่อได้ทำใน สิ่งที่ดี	691	69.1	636	63.6	676	67.6	651	65.1	1327	66.4
2.ความยึดมั่น คุณธรรม ของครอบครัว	ไม่ดี พอ	ยังขาดคุณธรรมในการครอง ตนครองคู่และไม่ยึด หลักธรรมในการประกอบการ ตัดสินใจและการแก้ปัญหา	60	6.0	68	6.8	40	4.0	88	8.8	128	6.4
	พอใช้ ได้	มีคุณธรรมในการครองตนครอง จนสามารถนำหลักธรรมไปใช้ ประกอบการตัดสินใจและ แก้ปัญหาได้บางครั้ง	249	24.9	270	27.0	286	28.6	233	23.3	519	26.0
	ดี มาก	มีคุณธรรมในการครองตน ครองคู่จนสามารถนำ หลักธรรมไปใช้ประกอบการ ตัดสินใจและแก้ปัญหาได้ อย่างดี	691	69.1	662	66.2	674	67.4	679	67.9	1353	67.6
3สัมพันธภาพ ที่ดีใน ครอบครัว	ไม่ดี พอ	มีปัญหาด้านสัมพันธภาพที่ดี ในครอบครัว จนนำไปสู่ ปัญหาความขัดแย้งใน ครอบครัวได้	61	6.1	66	6.6	44	4.4	83	8.3	127	6.4
	พอใช้ ได้	มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ ดีพอควร แต่ยังคงมีความ ขัดแย้งในครอบครัวเกิดขึ้น ในบางครั้ง	259	25.9	302	30.2	284	28.4	277	27.7	561	28.0
	ดี มาก	มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี มาก จนสามารถใช้ชีวิตคู่ ร่วมกับครอบครัวได้อย่างมี ความสุข	680	68.0	632	63.2	672	67.2	640	64.0	1312	65.6
สุภาพะ ครอบครัว	ไม่ดีพอ	เป็นผู้ที่มีระดับสุภาพะ ครอบครัวไม่ดีพอในการที่จะ อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข	63	6.3	65	6.5	42	4.2	86	8.6	128	6.4

องค์ประกอบ	ระดับ	แปลผล	เพศชาย (1000 คน)		เพศหญิง (1000 คน)		ชุมชนเมือง (1000 คน)		ชุมชนชนบท (1000 คน)		กลุ่มรวม (2000 คน)	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ในภาพรวม	พอใช้ ได้	เป็นผู้ที่มีระดับสุขภาวะ ครอบครัวที่ดีพอที่จะอยู่ใน สังคมได้อย่างมีความสุข	294	29.4	359	35.9	354	35.4	299	29.9	653	32.6
	ดี มาก	เป็นผู้ที่มีระดับสุขภาวะ ครอบครัวที่ดีและสามารถอยู่ ในสังคมได้อย่างมีความสุข พร้อมทำกิจกรรมสาธารณะ ประโยชน์ต่อสังคมได้อย่างดี	643	64.3	576	57.6	604	60.4	615	61.5	1219	61.0

#### ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัย

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 4 ส่วน คือ **ส่วนที่ 1** ผลการเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและสุขภาวะครอบครัวระหว่างคู่สมรสชุมชนเมืองกับชุมชนชนบทในจังหวัดที่ติดกับแนวชายแดนไทย **ส่วนที่ 2** ผลการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มรวม ตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 **ส่วนที่ 3** ผลการวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างคู่สมรสเพศชายกับคู่สมรสเพศหญิง และคู่สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบทตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 และ **ส่วนที่ 4** ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างคู่สมรสเพศชายกับเพศหญิงและคู่สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบทตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3-4 รายละเอียดนำเสนอ ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ผลการเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและสุขภาวะครอบครัวระหว่างคู่สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบทในจังหวัดที่ติดกับแนวชายแดนไทย

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพของคู่สมรสระหว่างคู่สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบท พบว่า เมื่อพิจารณาในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของคู่สมรสไม่แตกต่างกันระหว่างคู่สมรสชุมชนเมืองกับชุมชนชนบทที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 แต่เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบพบว่า การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ และการติดต่อสื่อสาร มีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน แต่พบความแตกต่างกันในองค์ประกอบ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยคู่สมรสในชุมชนเมืองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าคู่สมรสในชุมชนชนบท และในองค์ประกอบการจัดการสุขภาพตนเอง คู่สมรสในชุมชนชนบทจะมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าคู่สมรสในชุมชนเมืองที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังแสดงตามตาราง 15

**ตาราง 15** แสดงผลการเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างคู่สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบทรายองค์ประกอบและภาพรวม

ตัวแปร	ชุมชนเมือง		ชุมชนชนบท		t-test	p-value
	M	SD	M	SD		
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.763	0.689	3.642	0.807	3.612	0.000*
การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.757	0.729	3.587	0.859	4.760	0.000*
การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.776	0.722	3.727	0.732	1.504	0.133
การติดต่อสื่อสาร	3.750	0.704	3.776	0.734	-0.806	0.421
การจัดการสุขภาพตนเอง	3.238	0.645	3.301	0.704	-2.071	0.038*
<b>ความรอบรู้สุขภาพ</b>	<b>3.636</b>	<b>0.588</b>	<b>3.590</b>	<b>0.6301</b>	<b>1.675</b>	<b>0.094</b>

หมายเหตุ: \* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของสภาวะครอบครัวระหว่างคู่สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบท พบว่า เมื่อพิจารณาในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยสภาวะครอบครัวไม่แตกต่างกันระหว่างคู่สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบทที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 แต่เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบพบว่า ในองค์ประกอบภาวะทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัว และองค์ประกอบความยึดมั่นคุณธรรมของครอบครัว มีค่าเฉลี่ยความสุขภาวะครอบครัวไม่แตกต่างกัน แต่พบความแตกต่างกันในองค์ประกอบ สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว โดยคู่สมรสในชุมชนเมืองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าชุมชนชนบทที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังแสดงตามตาราง 16

ตาราง 16 แสดงผลการเปรียบเทียบสภาวะครอบครัวระหว่างชุมชนเมืองกับชุมชนชนบทตามรายองค์ประกอบย่อยและภาพรวม

ตัวแปร	ชุมชนเมือง		ชุมชนชนบท		t-test	p-value
	M	SD	M	SD		
ภาวะทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัว	4.079	0.695	4.073	0.752	0.170	0.865
ความยึดมั่นคุณธรรมของครอบครัว	4.099	0.757	4.122	0.816	-0.646	0.519
สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว	4.157	0.799	4.081	0.823	2.103	0.036*
<b>สภาวะครอบครัว</b>	<b>4.111</b>	<b>0.684</b>	<b>4.091</b>	<b>0.728</b>	<b>0.620</b>	<b>0.535</b>

หมายเหตุ: \* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการพิจารณา ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและสภาวะครอบครัวในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทในจังหวัดที่ติดกับแนวชายแดนไทย อยู่ในระดับที่ไม่แตกต่างกัน จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นพบว่า คู่สมรสในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ( $t=1.675$  ,  $p=0.094$ ) และมีสภาวะครอบครัว ( $t=0.620$  ,  $p=0.535$ ) ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังนั้นจึงนำไปสู่การทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มรวม ต่อไป

**ส่วนที่ 2** ผลการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มรวมตามสมมติฐานข้อที่ 1

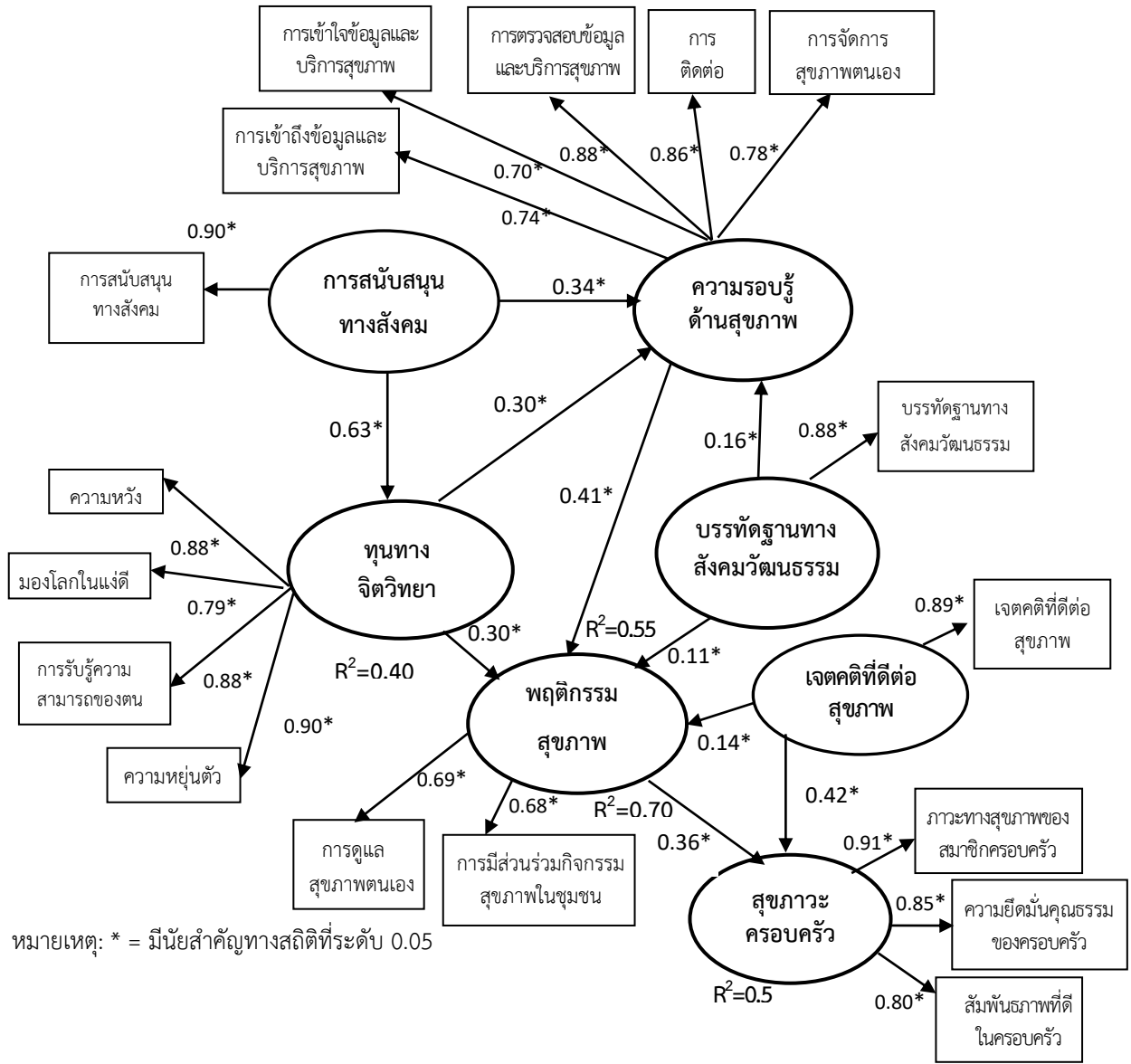
เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรในรูปแบบ โดยการหาขนาดอิทธิพลที่ปรากฏในความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุและทดสอบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามกรอบแนวคิดและสมมติฐานในการวิจัยเป็นอันดับแรก และหากพบว่ารูปแบบไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจะดำเนินการปรับรูปแบบบนพื้นฐานตามแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งพิจารณาจากการรายงานค่าดัชนีการปรับแก้ (Modification Index) มีผลการศึกษามีดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามสมมติฐานข้อที่ 1 มีรายละเอียดดังนี้

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์ตามกรอบแนวคิดที่พัฒนาขึ้น ผลการตรวจสอบความกลมกลืนของรูปแบบตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า ค่าดัชนีวัดความกลมกลืน ได้แก่  $\chi^2 = 1805.25$  ,  $df = 109$  ,  $p\text{-value} = 0.00$  ,  $\chi^2/df = 16.561$  ,  $RMSEA = 0.088$  ,  $SRMR = 0.061$  ,  $GFI = 0.91$  ,  $NNFI = 97$  และ  $AGFI = 0.87$  เมื่อพิจารณาถึงค่าดัชนีวัดความกลมกลืนที่ปรากฏกับเกณฑ์ที่บ่งบอกรูปแบบมี

ความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นยังไม่มี ความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เพราะค่า ดัชนีวัดความสอดคล้องกลุ่ม Absolute fit indices ค่าไค-สแควร์ ( $\chi^2$ ) ยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า SRMR ยังมากกว่า 0.05 ค่า RMSEA ยังมากกว่า 0.08 และดัชนีวัดความสอดคล้องกลุ่ม Parsimony fit indices พบว่า ค่า AGFI ยังน้อยกว่า 0.90 และค่าสัดส่วนระหว่างไคสแควร์กับองศาความอิสระ ( $\chi^2/df=16.561$ ) ยังมีค่ามากกว่า 5.00 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงดำเนินการปรับรูปแบบความสัมพันธ์ เพื่อให้ค่าดัชนีความกลมกลืนอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ โดยปรับให้เศษเหลือของตัวแปรสังเกตบางค่าให้มีความสัมพันธ์กัน

ผลการตรวจสอบความกลมกลืนของรูปแบบภายหลังการปรับแก้รูปแบบความสัมพันธ์ของรูปแบบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่พัฒนาขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าดัชนีความกลมกลืน ได้แก่  $\chi^2 = 228.57$ ,  $df = 67$ ,  $p\text{-value} = 0.00$ ,  $\chi^2/df = 3.411$ ,  $RMSEA = 0.035$ ,  $SRMR = 0.025$ ,  $GFI = 0.99$ ,  $NNFI = 99$  และ  $AGFI = 0.97$  เมื่อพิจารณาค่าดัชนีที่ปรากฏกับเกณฑ์ความกลมกลืนของรูปแบบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า ค่าไค-สแควร์ ถึงแม้จะมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด อาจเนื่องมาจาก 1) ความซับซ้อนของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีเส้นอิทธิพลหรือค่าพารามิเตอร์จำนวนมาก 2) ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่ ค่าไค-สแควร์จะยิ่งสูงมากจนอาจทำให้สรุปผลได้ไม่ถูกต้อง และ 3) ค่าไค-สแควร์ เป็นค่าที่มีความไวต่อการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการแจกแจงแบบปกติหลายตัวแปร (Multivariate Normality) (Kline, 2005) ดังนั้น จึงพิจารณาค่าสัดส่วนระหว่างไคสแควร์กับองศาความอิสระ ( $\chi^2/df=3.411$ ) ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 5 ถือว่าอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และเมื่อพิจารณาค่า SRMR มีค่าน้อยกว่า 0.05 ถือว่าอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ค่า RMSEA มีค่าน้อยกว่า 0.08 ถือว่าอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และค่า GFI มีค่ามากกว่า 0.90 ถือว่าอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ส่วนดัชนีวัดความสอดคล้องกลุ่ม Increment fit indices พบว่า ค่า NNFI มีค่าใกล้ 1 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ถือว่ารูปแบบมีความกลมกลืนกับข้อมูล และดัชนีวัดความสอดคล้องกลุ่ม Parsimony fit indices พบว่า ค่า AGFI มีค่ามากกว่า 0.90 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ จากค่าดัชนีดังกล่าว สรุปได้ว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ปรับแก้มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และการประมาณค่าขนาดอิทธิพลในรูปแบบที่ศึกษานี้อยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ทุกค่า รายละเอียดผลการศึกษาดังภาพประกอบ 4 และ ตาราง 17 ดังนี้



ภาพประกอบ 4 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทักษะจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มรวม (N = 2000)

ตาราง 17 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล ( $\beta$ ) ของตัวแปรสาเหตุไปยังตัวแปรผลภายในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทักษะจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มรวม ที่ปรับแก้

ตัวแปร	ทักษะจิตวิทยา (R <sup>2</sup> = 0.40)			ความรู้ด้านสุขภาพ (R <sup>2</sup> = 0.55)			พฤติกรรมสุขภาพ (R <sup>2</sup> = 0.70)			สุขภาวะครอบครัว (R <sup>2</sup> = 0.50)		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
การสนับสนุนทางสังคม	0.63*	-	0.63*	0.34*	0.19*	0.53*	-	0.41*	0.41*	-	0.15*	0.15*
บรรทัดฐานทางสังคม				0.16*	-	0.16*	0.11*	0.07*	0.18*	-	0.06*	0.06*
ทักษะจิตวิทยา				0.30*	-	0.30*	0.30*	0.13*	0.43*	-	0.16*	0.16*
ความรู้ด้านสุขภาพ							0.41*	-	0.41*	-	0.15*	0.15*
เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ							0.14*	-	0.14*	0.42*	0.05*	0.47*
พฤติกรรมสุขภาพ										0.36*	-	0.36*

$\chi^2 = 228.57$ ,  $df = 67$ ,  $p\text{-value} = 0.00$ ,  $\chi^2/df = 3.411$ ,  $RMSEA = 0.035$ ,  $SRMR = 0.025$ ,  $GFI = 0.99$ ,  $NNFI = 0.99$  และ  $AGFI = 0.97$

DE หมายถึง อิทธิพลทางตรง (Direct effect) IE หมายถึง อิทธิพลทางอ้อม (Indirect effect) TE หมายถึง อิทธิพลโดยรวม (Total effect) \* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อิทธิพลของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม บรรทัดฐานทางสังคม ทูทางจิตวิทยา เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ที่ส่งผลต่อสุขภาวะครอบครัว

จากตาราง 17 พบว่า ตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลรวม (Total Effect) ต่อตัวแปรสุขภาวะครอบครัว มากที่สุด คือ เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.47 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รองลงมาคือ พฤติกรรมสุขภาพ ทูทางจิตวิทยา การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และบรรทัดฐานทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.36, 0.16, 0.15, 0.15 และ 0.06 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ และตัวแปรเชิงสาเหตุดังกล่าว สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสุขภาวะครอบครัวได้ร้อยละ 0.50

โดยที่ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรง (Direct Effect) ต่อสุขภาวะครอบครัว มากที่สุดคือ ตัวแปรเจตคติที่ดีต่อสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.42 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รองลงมาคือ ตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.36 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อพิจารณาอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรที่มีต่อสุขภาวะครอบครัว พบว่า ตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ บรรทัดฐานทางสังคม และเจตคติที่ดีต่อสุขภาพ มีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.15, 0.06 และ 0.05 ส่วนตัวแปรทูทางจิตวิทยาและการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะครอบครัว ผ่านความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.16 และ 0.15

จากสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 “รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทูทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนเมืองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์” จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้น พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่พัฒนาขึ้นมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าดัชนีความกลมกลืน ได้แก่  $\chi^2 = 228.57$ ,  $df = 67$ ,  $p\text{-value} = 0.00$ ,  $\chi^2/df = 3.411$ ,  $RMSEA = 0.035$ ,  $SRMR = 0.025$ ,  $GFI = 0.99$ ,  $NNFI = 0.99$  และ  $AGFI = 0.97$  ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานข้อที่ 1

**ส่วนที่ 3** ผลการวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทูทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างคู่สมรสเพศชายกับเพศหญิงและคู่สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบท ตามสมมติฐานข้อที่ 2

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทูทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างคู่สมรสเพศชายกับคู่สมรสเพศหญิงและคู่สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบทโดยดำเนินการวิเคราะห์เปรียบเทียบ 5 ชั้น ได้แก่ 1) รูปแบบความสัมพันธ์เหมือนกัน และไม่มีการกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลสัมประสิทธิ์ในรูปแบบเท่ากัน ระหว่างกลุ่ม 2) กำหนดเงื่อนไขตามชั้นที่ 1 และเพิ่มเงื่อนไขกำหนดให้ค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบตัวแปรแฝงทุกตัวในรูปแบบเท่ากัน 3) กำหนดเงื่อนไขตามชั้นที่ 2 และเพิ่มเงื่อนไขกำหนดให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอกที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรแฝงภายในทุกตัวในรูปแบบเท่ากัน 4) กำหนดเงื่อนไขตามชั้นที่ 3 และเพิ่มกำหนดเงื่อนไขให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายในที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรแฝงภายในทุกตัวในรูปแบบเท่ากัน รายละเอียดตามตาราง 18-19 และภาพประกอบ 5-8

ตาราง 18 ผลการวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างคู่สมรสเพศชายและคู่สมรสเพศหญิง

รูปแบบความสัมพันธ์ตามสมมติฐาน	ดัชนีความกลมกลืน (Fit Index)						เงื่อนไขความไม่แปรเปลี่ยน		
	$\chi^2$	Df	P-value	RMSEA	$\chi^2/df$	GFI	$\Delta\chi^2$	$\Delta df$	p-value
ขั้นที่ 1: รูปแบบความสัมพันธ์เหมือนกันและไม่มี การกำหนดเงื่อนไขบังคับให้ค่าอิทธิพลในรูปแบบเท่ากันระหว่างกลุ่ม	389.72	162	0.00	0.038	2.82	0.98	-	-	-
ขั้นที่ 2: กำหนดเงื่อนไขให้ค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบตัวแปรแฝงทุกตัวในรูปแบบเท่ากันระหว่างกลุ่ม	402.94	172	0.00	0.037	2.34	0.98	13.22 (ขั้นที่ 2- ขั้นที่ 1)	10 (ขั้นที่ 2- ขั้นที่ 1)	0.211
ขั้นที่ 3: กำหนดเงื่อนไขให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลตัวแปรแฝงภายนอกที่มีต่อตัวแปรผลทุกตัวเท่ากันระหว่างกลุ่ม	410.46	176	0.00	0.036	2.30	0.98	7.52 (ขั้นที่ 3- ขั้นที่ 2)	4 (ขั้นที่ 3- ขั้นที่ 2)	0.111
ขั้นที่ 4: กำหนดเงื่อนไขให้ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลตัวแปรแฝงภายในที่มีต่อตัวแปรผลทุกตัวเท่ากันระหว่างกลุ่ม	418.71	182	0.00	0.036	2.30	0.98	8.25 (ขั้นที่ 4- ขั้นที่ 3)	6 (ขั้นที่ 4- ขั้นที่ 3)	0.220

จากตาราง 18 แสดงผลการวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างคู่สมรสเพศชายและคู่สมรสเพศหญิง

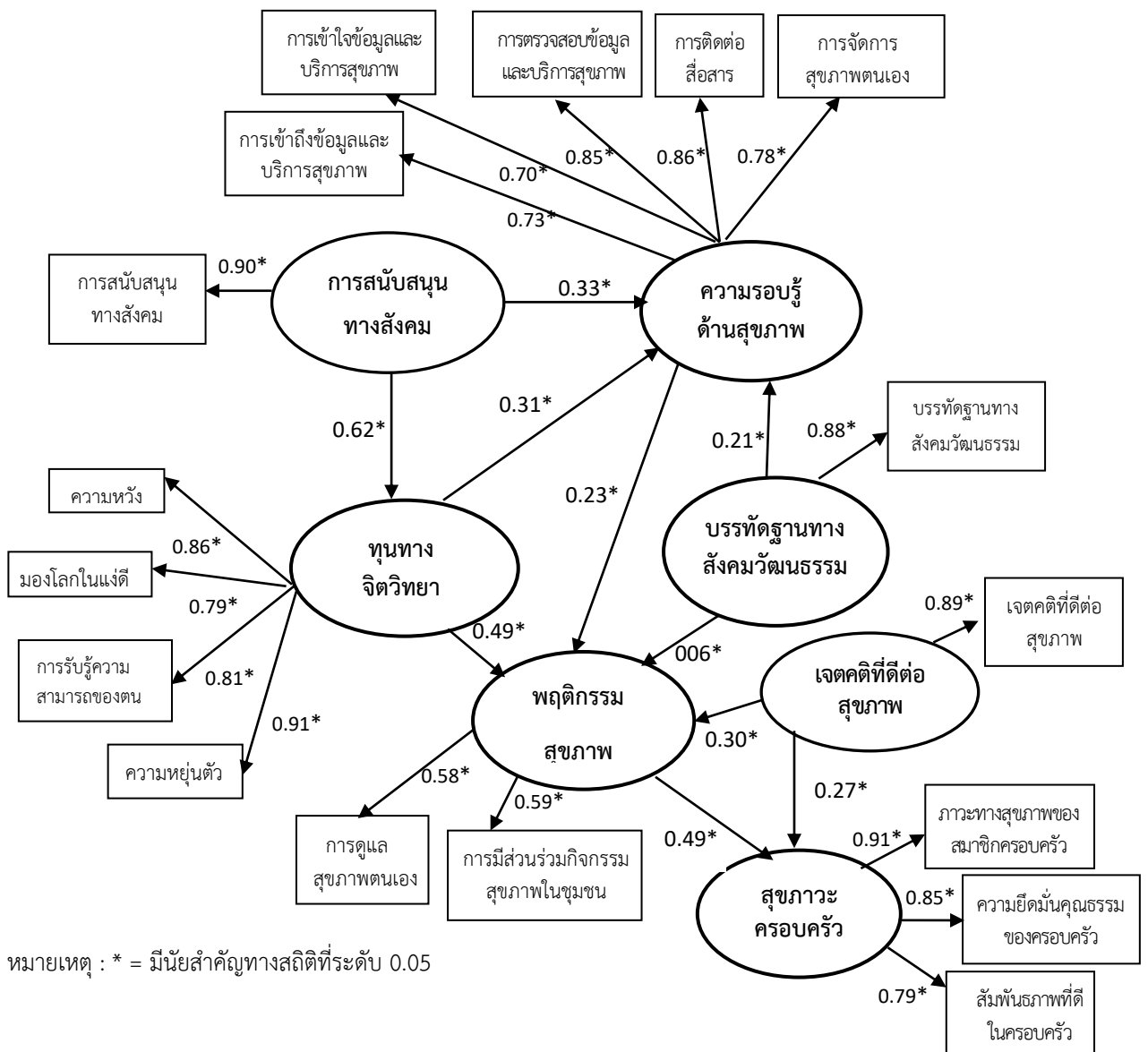
ขั้นที่ 1 เป็นการกำหนดให้รูปแบบของทั้งสองกลุ่มมีรูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรเหมือนกัน โดยไม่มีการกำหนดเงื่อนไขรูปแบบของทั้งสองกลุ่มมีค่าอิทธิพลเท่ากันระหว่างกลุ่ม ซึ่งพิจารณาจากดัชนีความกลมกลืน ผลการทดสอบพบว่า การวิเคราะห์ในขั้นที่ 1 ดัชนีแสดงความกลมกลืนของรูปแบบความสัมพันธ์ที่สร้างขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีค่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ( $\chi^2 = 389.72$ ,  $df = 162$ ,  $p\text{-value} = 0.00$ ,  $\chi^2/df = 2.82$ ,  $RMSEA = 0.038$ ,  $GFI = 0.98$ ) แสดงว่า โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในรูปแบบทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่อาจแตกต่างกันที่ขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ซึ่งรูปแบบที่ได้นี้ก็จะเป็นฐานในการทดสอบในขั้นที่ 2 ต่อไป จึงได้ดำเนินการวิเคราะห์ในขั้นต่อไป ซึ่งเป็นการวิเคราะห์เพื่อทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบตัวแปรแฝงใดบ้างที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม โดยกำหนดเงื่อนไขให้ค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบของตัวแปรแฝงทุกตัวเท่ากันระหว่างกลุ่ม ผลการทดสอบจะพิจารณาจากผลต่างของค่าไค-สแควร์ระหว่างรูปแบบในขั้นนี้กับขั้นที่ 1 ที่ระดับองศาอิสระเท่ากับผลต่างขององศาอิสระของรูปแบบทั้งสอง ผลการทดสอบพบว่า ค่าผลต่างค่าไค-สแควร์ระหว่างรูปแบบในขั้นนี้กับขั้นที่ 1 ที่ระดับองศาอิสระเท่ากับผลต่างขององศาอิสระของรูปแบบทั้งสองไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ( $\Delta\chi^2 = 13.22$ ,  $\Delta df = 10$ ,  $p\text{-value} = 0.211$ ) แสดงว่า สัมประสิทธิ์ตัวแปรแฝงไม่แตกต่างกันระหว่างคู่สมรสเพศชายและคู่สมรสเพศหญิง ผู้วิจัยจึงได้นำรูปแบบขั้นที่ 2 นี้ไปเป็นรูปแบบฐานในการทดสอบความแตกต่างกันของค่าอิทธิพลในขั้นต่อไป



ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอกที่มีต่อตัวแปรผลใดบ้างที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม โดยกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอกที่มีต่อตัวแปรผลทุกตัวเท่ากันระหว่างกลุ่ม ผลพบว่า ผลต่างของค่าไคสแควร์ระหว่างรูปแบบในขั้นที่ 3 นี้กับรูปแบบขั้นที่ 2 ไม่มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ( $\Delta\chi^2=7.52, \Delta df=4, p\text{-value}=0.111$ ) แสดงว่า ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอกที่มีต่อตัวแปรผลระหว่างคู่สมรสเพศชายและคู่สมรสเพศหญิงไม่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงได้นำรูปแบบขั้นที่ 3 นี้ไปเป็นรูปแบบฐานในการทดสอบความแตกต่างกันของค่าอิทธิพลในขั้นต่อไป

ขั้นที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายในที่มีต่อตัวแปรผลใดบ้างที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม โดยกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลของตัวแปรแฝงภายในที่มีต่อตัวแปรผลทุกตัวเท่ากันระหว่างกลุ่ม ผลการทดสอบพบว่า ผลต่างของค่าไคสแควร์ระหว่างรูปแบบในขั้นที่ 4 นี้กับรูปแบบขั้นที่ 3 ไม่มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ( $\Delta\chi^2=8.25, \Delta df=6, p\text{-value}=0.220$ ) แสดงว่า ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายในที่มีต่อตัวแปรผลระหว่างคู่สมรสเพศชายและคู่สมรสเพศหญิงไม่แตกต่างกัน นั่นคือ รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุฯ และโปรแกรมสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีรูปแบบความสัมพันธ์ไม่แปรเปลี่ยนระหว่างกลุ่มคู่สมรสเพศชายและคู่สมรสเพศหญิง ผู้วิจัยจึงได้นำรูปแบบขั้นที่ 4 นี้ เป็นรูปแบบที่ใช้สรุปรายงานผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบและค่าอิทธิพลของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผลที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ดังแสดงตามภาพประกอบ



ภาพประกอบ 5 ผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐาน เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคม วัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มคูสมรสเพศชายกับคูสมรสเพศหญิง

ตาราง 19 ผลการวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและ ทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างคูสมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบท

รูปแบบความสัมพันธ์ ตามสมมติฐาน	ดัชนีความกลมกลืน (Fit Index)						เงื่อนไขความไม่แปรเปลี่ยน		
	$\chi^2$	Df	P-value	RMSEA	$\chi^2/df$	GFI	$\Delta\chi^2$	$\Delta df$	P-value
ขั้นที่ 1: รูปแบบความสัมพันธ์ เหมือนกันและไม่มีกำหนด เงื่อนไขบังคับให้ค่าอิทธิพลใน รูปแบบเท่ากันระหว่างกลุ่ม	590.46	130	0.00	0.060	4.54	0.96	-	-	-
ขั้นที่ 2: กำหนดเงื่อนไขให้ค่า สัมประสิทธิ์องค์ประกอบตัว แปรแฝงทุกตัว ในรูปแบบ เท่ากันระหว่างกลุ่ม	683.77	140	0.00	0.062	4.88	0.96	93.31 (ขั้นที่ 2- ขั้นที่ 1)	10 (ขั้นที่ 2- ขั้นที่ 1)	0.000*
ขั้นที่ 3: กำหนดเงื่อนไขให้ค่า สัมประสิทธิ์อิทธิพลตัวแปรแฝง ภายนอกที่มีต่อตัวแปรผลทุกตัว เท่ากันระหว่างกลุ่ม	667.57	135	0.00	0.067	4.94	0.95	77.1 (ขั้นที่ 3- ขั้นที่ 1)	5 (ขั้นที่ 2- ขั้นที่ 1)	0.000*
ขั้นที่ 3.1: ขั้นที่ 1 และเพิ่ม เงื่อนไขกำหนดให้ค่าสัมประสิทธิ์ อิทธิพลของตัวแปรเจตคติที่ดี ต่อสุขภาพที่ส่งผลต่อสุขภาวะ ครอบครัว เท่ากัน	642.53	131	0.00	0.063	4.90	0.96	52.07 (ขั้นที่ 3.1- ขั้นที่ 1)	1 (ขั้นที่ 3.1- ขั้นที่ 1)	0.000*
ขั้นที่ 3.2: ขั้นที่ 1 และเพิ่ม เงื่อนไขกำหนดให้ค่าสัมประสิทธิ์ อิทธิพลของตัวแปรเจตคติที่ดี ต่อสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรม สุขภาพ เท่ากัน	617.54	131	0.00	0.061	4.71	0.96	27.08 (ขั้นที่ 3.2- ขั้นที่ 1)	1 (ขั้นที่ 3.2- ขั้นที่ 1)	0.000*
ขั้นที่ 3.3: ขั้นที่ 1 และเพิ่ม เงื่อนไขกำหนดให้ค่าสัมประสิทธิ์ อิทธิพลของตัวแปรบรรทัดฐาน ทางสังคมวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมสุขภาพ เท่ากัน	632.24	131	0.00	0.062	4.82	0.96	41.78 (ขั้นที่ 3.3- ขั้นที่ 1)	1 (ขั้นที่ 3.3- ขั้นที่ 1)	0.000*
ขั้นที่ 3.4: ขั้นที่ 1 และเพิ่ม เงื่อนไขกำหนดให้ค่าสัมประสิทธิ์ อิทธิพลของตัวแปรการ สนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากัน	599.76	131	0.00	0.060	4.57	0.96	9.30 (ขั้นที่ 3.4- ขั้นที่ 1)	1 (ขั้นที่ 3.4- ขั้นที่ 1)	0.002*

รูปแบบความสัมพันธ์ ตามสมมติฐาน	ดัชนีความกลมกลืน (Fit Index)						เงื่อนไขความไม่แปรเปลี่ยน		
	$\chi^2$	Df	P-value	RMSEA	$\chi^2/df$	GFI	$\Delta\chi^2$	$\Delta df$	P-value
<b>ขั้นที่ 3.5:</b> ขั้นที่ 1 และเพิ่ม เงื่อนไขกำหนดให้ค่าสัมประสิทธิ์ อิทธิพลของตัวแปรบรรทัดฐาน ทางสังคมวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากัน	594.17	131	0.00	0.059	4.54	0.96	3.71 (ขั้นที่ 3.5- ขั้นที่ 1)	1 (ขั้นที่ 3.5- ขั้นที่ 1)	0.054
<b>ขั้นที่ 3.6:</b> ขั้นที่ 1 และเพิ่ม เงื่อนไขกำหนดให้ค่าสัมประสิทธิ์ อิทธิพลของตัวแปรการ สนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อ ทุนทางจิตวิทยา เท่ากัน	590.05	131	0.00	0.059	4.50	0.96	0.41 (ขั้นที่ 3.6- ขั้นที่ 1)	1 (ขั้นที่ 3.6- ขั้นที่ 1)	0.497
<b>สรุปขั้นที่ 3</b>	594.15	132	0.00	0.059	4.50	0.96	3.69 (สรุปขั้นที่ 3- ขั้นที่ 1)	2 (สรุปขั้นที่ 3- ขั้นที่ 1)	0.158
<b>ขั้นที่ 4:</b> กำหนดเงื่อนไขให้ค่า สัมประสิทธิ์อิทธิพลตัวแปรแฝง ภายในที่มีต่อตัวแปรผลทุกตัว เท่ากันระหว่างกลุ่ม	665.32	136	0.00	0.062	4.89	0.96	71.17 (ขั้นที่ 4- สรุปขั้นที่ 3)	4 (ขั้นที่ 4- สรุปขั้นที่ 3)	0.000*
<b>ขั้นที่ 4.1:</b> สรุปขั้นที่ 3 และเพิ่ม เงื่อนไขกำหนดให้ค่าสัมประสิทธิ์ อิทธิพลของตัวแปรพฤติกรรม สุขภาพ ที่ส่งผลต่อสภาวะ ครอบครัว เท่ากัน	659.43	133	0.00	0.063	4.95	0.96	65.28 (ขั้นที่ 4.1- สรุปขั้นที่ 3)	1 (ขั้นที่ 4.1- สรุปขั้นที่ 3)	0.000*
<b>ขั้นที่ 4.2:</b> สรุปขั้นที่ 3 และเพิ่ม เงื่อนไขกำหนดให้ค่าสัมประสิทธิ์ อิทธิพลของตัวแปรความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมสุขภาพ เท่ากัน	596.79	133	0.00	0.059	4.49	0.96	2.64 (ขั้นที่ 4.2- สรุปขั้นที่ 3)	1 (ขั้นที่ 4.2- สรุปขั้นที่ 3)	0.104
<b>ขั้นที่ 4.3:</b> สรุปขั้นที่ 3 และเพิ่ม เงื่อนไขกำหนดให้ค่าสัมประสิทธิ์ อิทธิพลของตัวแปรทุนทาง จิตวิทยาที่ส่งผลต่อพฤติกรรม สุขภาพ เท่ากัน	649.98	133	0.00	0.062	4.88	0.96	55.83 (ขั้นที่ 4.3- สรุปขั้นที่ 3)	1 (ขั้นที่ 4.3- สรุปขั้นที่ 3)	0.000*
<b>ขั้นที่ 4.4:</b> สรุปขั้นที่ 3 และเพิ่ม เงื่อนไขกำหนดให้ค่าสัมประสิทธิ์ อิทธิพลของตัวแปรทุนทาง จิตวิทยาที่ส่งผลต่อความรอบรู้ ด้านสุขภาพ เท่ากัน	594.67	133	0.00	0.059	4.47	0.96	0.52 (ขั้นที่ 4.4- สรุปขั้นที่ 3)	1 (ขั้นที่ 4.4- สรุปขั้นที่ 3)	0.470
<b>สรุปขั้นที่ 4</b>	597.61	133	0.00	0.059	4.46	0.96	3.46 (สรุปขั้นที่ 4- สรุปขั้นที่ 3)	2 (สรุปขั้นที่ 4- สรุปขั้นที่ 3)	0.177

จากตาราง 19 แสดงผลการวิเคราะห์ความไม่แปรเปลี่ยนของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างระหว่างคู่สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบท

ขั้นที่ 1 เป็นการกำหนดให้รูปแบบของทั้งสองกลุ่มมีรูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรเหมือนกัน โดยไม่มีการกำหนดเงื่อนไขรูปแบบของทั้งสองกลุ่มมีค่าอิทธิพลเท่ากันระหว่างกลุ่ม ซึ่งพิจารณาจากดัชนีความกลมกลืน ผลการทดสอบพบว่า การวิเคราะห์ในขั้นที่ 1 ดัชนีแสดงความกลมกลืนของของรูปแบบความสัมพันธ์ที่สร้างขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีค่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ( $\chi^2 = 590.46$ ,  $df = 130$ ,  $p\text{-value} = 0.00$ ,  $\chi^2/df = 4.54$ ,  $RMSEA = 0.060$ ,  $GFI = 0.96$ ) แสดงว่า โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในรูปแบบทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่อาจแตกต่างกันที่ขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ซึ่งรูปแบบที่ได้นี้ก็จะเป็นฐานในการทดสอบในขั้นที่ 2 ต่อไป จึงได้ดำเนินการวิเคราะห์ในขั้นต่อไป ซึ่งเป็นการวิเคราะห์เพื่อทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบตัวแปรแฝงใดบ้างที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม โดยกำหนดเงื่อนไขให้ค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบของตัวแปรแฝงทุกตัวเท่ากันระหว่างกลุ่ม ผลการทดสอบจะพิจารณาจากผลต่างของค่าไค-สแควร์ระหว่างรูปแบบในขั้นนี้กับขั้นที่ 1 ที่ระดับองศาอิสระเท่ากับผลต่างขององศาอิสระของรูปแบบทั้งสอง ผลการทดสอบพบว่า ค่าผลต่างค่าไค-สแควร์ระหว่างรูปแบบในขั้นนี้กับขั้นที่ 1 ที่ระดับองศาอิสระเท่ากับผลต่างขององศาอิสระของรูปแบบทั้งสองมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $\Delta\chi^2 = 93.31$ ,  $\Delta df = 10$ ,  $p\text{-value} = 0.000$ ) แสดงว่า สัมประสิทธิ์องค์ประกอบของตัวแปรแฝงแตกต่างกันระหว่างคู่สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบทผู้วิจัยจึงยังคงนำรูปแบบขั้นที่ 1 ไปเป็นรูปแบบฐานในการทดสอบความแตกต่างกันของค่าอิทธิพลในขั้นต่อไป

ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอกที่มีต่อตัวแปรแฝงใดบ้างที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม โดยกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอกที่มีต่อตัวแปรแฝงทุกตัวเท่ากันระหว่างกลุ่ม ผลการทดสอบพบว่า ผลต่างของค่าไคสแควร์ระหว่างรูปแบบในขั้นที่ 3 นี้กับรูปแบบขั้นที่ 1 มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $\Delta\chi^2 = 77.11$ ,  $\Delta df = 5$ ,  $p\text{-value} = 0.000$ ) แสดงว่า ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอกที่มีต่อตัวแปรแฝงระหว่างคู่สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบทแตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์เพื่อค้นหาว่ามีค่าอิทธิพลค่าใดบ้างที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม โดยผลการทดสอบพบว่า ผลต่างของค่าไค-สแควร์ระหว่างรูปแบบในการทดสอบความแตกต่างกันของค่าอิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอกจำนวน 6 ค่าอิทธิพล กับรูปแบบสรุปขั้นที่ 1 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 4 ค่าอิทธิพล แสดงว่า มีค่าอิทธิพลที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม จำนวน 4 ค่าอิทธิพล และมีค่าอิทธิพลไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม จำนวน 2 ค่าอิทธิพล โดยมีผลการทดสอบดังต่อไปนี้

1) การกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลตัวแปรเจตคติที่ดีต่อสุขภาพที่ส่งผลต่อสุขภาวะครอบครัวเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างรูปแบบนี้ กับรูปแบบในขั้นที่ 1 พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ( $\Delta\chi^2 = 52.07$ ,  $\Delta df = 1$ ,  $p\text{-value} = 0.000$ ) แสดงว่า ค่าอิทธิพลตัวแปรเจตคติที่ดีต่อสุขภาพที่ส่งผลต่อสุขภาวะครอบครัวแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

2) การกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลตัวแปรเจตคติที่ดีต่อสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างรูปแบบนี้ กับรูปแบบในขั้นที่ 1 พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ( $\Delta\chi^2 = 27.08$ ,  $\Delta df = 1$ ,  $p\text{-value} = 0.000$ ) แสดงว่า ค่าอิทธิพลตัวแปรเจตคติที่ดีต่อสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

3) การกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลตัวแปรบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างรูปแบบนี้ กับรูปแบบในขั้นที่ 1 พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ( $\Delta\chi^2 = 41.78$ ,  $\Delta df = 1$ ,  $p\text{-value} = 0.000$ ) แสดงว่า ค่าอิทธิพลตัวแปรบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

4) การกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างรูปแบบนี้ กับรูปแบบในขั้นที่ 1 พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ( $\Delta\chi^2=9.30$ ,  $\Delta df=1$ , p-value=0.002) แสดงว่าค่าอิทธิพลตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

5) การกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลตัวแปรบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างรูปแบบนี้ กับรูปแบบในขั้นที่ 1 พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ( $\Delta\chi^2=3.71$ ,  $\Delta df=1$ , p-value=0.054) แสดงว่าค่าอิทธิพลตัวแปรบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

6) การกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อทุนทางจิตวิทยาเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างรูปแบบนี้ กับรูปแบบขั้นที่ 1 พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ( $\Delta\chi^2=0.41$ ,  $\Delta df=1$ , p-value=0.497) แสดงว่าค่าอิทธิพลตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อทุนทางจิตวิทยาไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

7) สรุปขั้นที่ 3 เป็นการวิเคราะห์โดยการกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลของตัวแปรแฝงภายนอกที่มีต่อตัวแปรผลทุกตัวที่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเท่ากันระหว่างกัน และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างรูปแบบขั้นสรุปนี้ กับรูปแบบในขั้นที่ 1 ผลพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\Delta\chi^2=3.69$ ,  $\Delta df=2$ , p-value=0.158) แสดงว่า รูปแบบการสรุปขั้นที่ 3 มีความกลมกลืนไม่แตกต่างกับรูปแบบในขั้นที่ 1 ผู้วิจัยจึงได้นำรูปแบบสรุปขั้นที่ 3 ไปเป็นแบบฐานในการทดสอบความแตกต่างกันของค่าอิทธิพลในขั้นต่อไป

ขั้นที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายในที่มีต่อตัวแปรผลใดบ้างที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม โดยกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลของตัวแปรแฝงภายในที่มีต่อตัวแปรผลทุกตัวเท่ากันระหว่างกลุ่ม ผลการทดสอบพบว่า ผลต่างของค่าไคสแควร์ระหว่างรูปแบบในขั้นที่ 4 นี้กับรูปแบบสรุปขั้นที่ 3 มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $\Delta\chi^2=71.17$ ,  $\Delta df=4$ , p-value=0.000) แสดงว่า ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงภายในที่มีต่อตัวแปรผลระหว่างคู่สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบทแตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์เพื่อค้นหาว่ามีค่าอิทธิพลค่าใดบ้างที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม โดยผลการทดสอบพบว่า ผลต่างของค่าไค-สแควร์ระหว่างรูปแบบในการทดสอบความแตกต่างกันของค่าอิทธิพลของตัวแปรแฝงภายในจำนวน 4 ค่าอิทธิพล กับรูปแบบสรุปขั้นที่ 3 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 2 ค่าอิทธิพล แสดงว่า มีค่าอิทธิพลที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม จำนวน 2 ค่าอิทธิพล และมีค่าอิทธิพลไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม จำนวน 2 ค่าอิทธิพล โดยมีผลการทดสอบดังต่อไปนี้

1) การกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพ ที่ส่งผลต่อสุขภาวะครอบครัวเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างรูปแบบนี้ กับรูปแบบสรุปขั้นที่ 3 พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ( $\Delta\chi^2=65.28$ ,  $\Delta df=1$ , p-value=0.000) แสดงว่า ค่าอิทธิพลตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพ ที่ส่งผลต่อสุขภาวะครอบครัวแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

2) การกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างรูปแบบนี้ กับรูปแบบสรุปขั้นที่ 3 พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ( $\Delta\chi^2=2.64$ ,  $\Delta df=1$ , p-value=0.104) แสดงว่า ค่าอิทธิพลตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

3) การกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลตัวแปรทุนทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างรูปแบบนี้ กับรูปแบบสรุปขั้น

ที่ 3 พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ( $\Delta\chi^2=55.83$ ,  $\Delta df=1$ , p-value=0.000) แสดงว่า ค่าอิทธิพลตัวแปรทุนทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

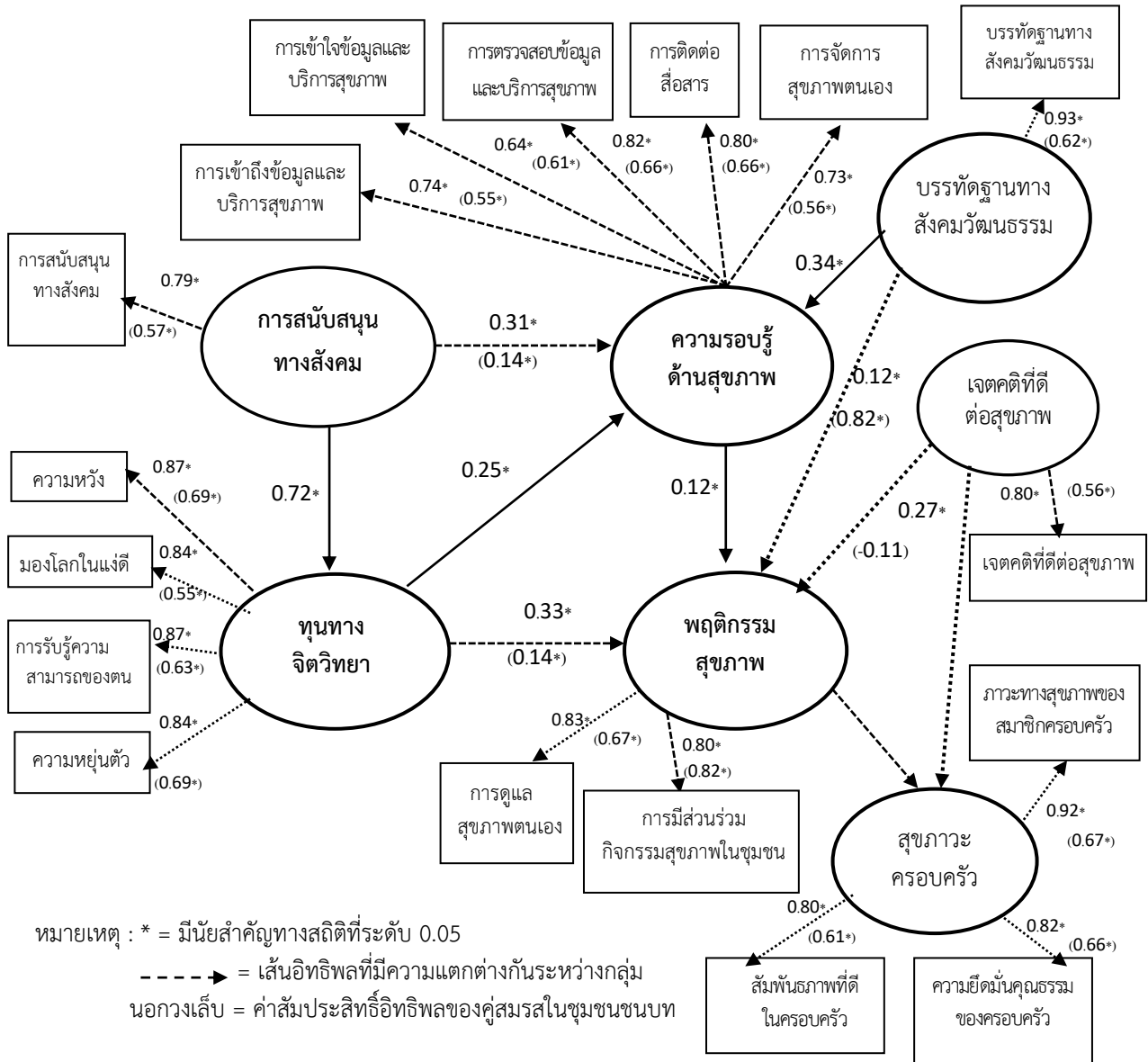
4) การกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลตัวแปรทุนทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพเท่ากันระหว่างกลุ่ม และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างรูปแบบนี้ กับรูปแบบสรุปชั้นที่ 3 พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ( $\Delta\chi^2=0.52$ ,  $\Delta df=1$ , p-value=0.470) แสดงว่า ค่าอิทธิพลตัวแปรทุนทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

5) สรุปชั้นที่ 4 เป็นการวิเคราะห์โดยการกำหนดเงื่อนไขให้ค่าอิทธิพลของตัวแปรแฝงภายในที่มีต่อตัวแปรผลทุกตัวที่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเท่ากันระหว่างกัน และพิจารณาผลการทดสอบจากค่าผลต่างไค-สแควร์ระหว่างรูปแบบขั้นสรุปนี้ กับรูปแบบสรุปชั้นที่ 3 ผลพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\Delta\chi^2=3.46$ ,  $\Delta df=2$ , p-value=0.177) แสดงว่า รูปแบบการสรุปชั้นที่ 4 มีความกลมกลืนไม่แตกต่างกับรูปแบบสรุปชั้นที่ 3 ผู้วิจัยจึงได้นำรูปแบบสรุปชั้นที่ 4 นี้ เป็นรูปแบบที่ใช้สรุปรายงานผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบและค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรสาเหตุที่มีต่อตัวแปรผลที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ดังแสดงตามภาพประกอบ 6

จากสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 เป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ไม่แตกต่างกันของปัจจัยสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มคู่สมรสเพศหญิงกับกลุ่มคู่สมรสเพศชาย และ กลุ่มในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทในจังหวัดที่ติดกับแนวชายแดนไทย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้น พบว่า เมื่อทดสอบระหว่างกลุ่มคู่สมรสเพศชายและคู่สมรสเพศหญิง รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุไม่มีความแปรเปลี่ยนของค่าพารามิเตอร์ที่ทดสอบ นั่นคือ ขนาดอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมของปัจจัยเชิงสาเหตุจึงไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มคู่สมรสเพศชายและคู่สมรสเพศหญิง แต่เมื่อทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างคู่สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบท พบว่า มีความแปรเปลี่ยนของค่าพารามิเตอร์ที่ทดสอบบางตัว กล่าวคือ ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลขององค์ประกอบตัวแปรแฝงมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม และมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงนอกและตัวแปรแฝงในที่มีต่อสุขภาวะครอบครัว แตกต่างกันระหว่างคู่สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบท ในบางตัวแปร ดังนั้น จึง ยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่

2 บางส่วน



ภาพประกอบ 6 ผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐาน เปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างคู่สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบท

ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างคู่สมรสเพศชายกับคู่สมรสเพศหญิง และคู่สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบท ตามสมมติฐานข้อที่ 3-4

ตาราง 20 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างคู่สมรสเพศชายกับคู่สมรสเพศหญิง

ตัวแปรแฝง	ผลต่างค่าเฉลี่ย	ความคาดเคลื่อน	t-value
1. การสนับสนุนทางสังคม	-0.05	0.03	-1.90
2. บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม	-0.04	0.03	-1.46
3. ทุนทางจิตวิทยา	-0.02	0.03	-0.82
4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	-0.01	0.02	-0.70
5. เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ	-0.06	0.03	-2.08*
6. พฤติกรรมสุขภาพ	-0.02	0.03	-0.75
7. สุขภาวะครอบครัว	0.02	0.03	0.68

หมายเหตุ: \* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลต่างค่าเฉลี่ย = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มผู้สมรสเพศหญิง - ค่าเฉลี่ยของกลุ่มผู้สมรสเพศชาย

จากตาราง 20 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างผู้สมรสเพศชายกับผู้สมรสเพศหญิง ในการวิเคราะห์ผลต่างค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝง ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มผู้สมรสเพศชายเป็นฐาน หากพบว่าผลต่างมีค่าเป็นบวก แสดงว่า กลุ่มผู้สมรสเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงมากกว่ากลุ่มผู้สมรสเพศชาย แต่ถ้าผลต่างค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงมีค่าเป็นลบ แสดงว่า กลุ่มผู้สมรสเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงน้อยกว่ากลุ่มผู้สมรสเพศชาย ผลการทดสอบพบว่า ตัวแปรแฝงที่พบค่าเฉลี่ยแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้สมรสเพศหญิงและกลุ่มผู้สมรสเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ตัวแปรเจตคติที่ดีต่อสุขภาพ โดยกลุ่มผู้สมรสเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มผู้สมรสเพศชาย (t-value = -2.08) ส่วนตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม ทุนทางจิตวิทยา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาวะครอบครัวพบว่า ค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (t-value = -1.90, -1.46, -0.82, -0.70, -0.75 และ 0.68 ตามลำดับ) จึงยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 3 บางส่วน

ตาราง 21 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างผู้สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบท

ตัวแปรแฝง	ผลต่างค่าเฉลี่ย	ความคาดเคลื่อน	t-value
1. การสนับสนุนทางสังคม	0.00	0.03	-0.01
2. บรรทัดฐานทางสังคม	-0.02	0.03	-0.67
3. ทุนทางจิตวิทยา	0.00	0.02	0.17
4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.11	0.02	5.64*
5. เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ	0.10	0.03	3.34*
6. พฤติกรรมสุขภาพ	0.03	0.03	1.03
7. สุขภาวะครอบครัว	-0.09	0.03	-2.93*

หมายเหตุ: \* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลต่างค่าเฉลี่ย = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มผู้สมรสในชุมชนชนบท - ผู้สมรสในชุมชนเมือง



จากตาราง 21 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบท ในการวิเคราะห์ผลต่างค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝง ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มผู้สมรสในชุมชนเมืองเป็นฐาน หากพบว่าผลต่างมีค่าเป็นบวก แสดงว่า กลุ่มผู้สมรสในชุมชนชนบทมีค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงมากกว่ากลุ่มผู้สมรสในชุมชนเมือง แต่ถ้าผลต่างค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงมีค่าเป็นลบ แสดงว่า กลุ่มผู้สมรสในชุมชนชนบทมีค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงน้อยกว่ากลุ่มผู้สมรสในชุมชนเมือง ผลการทดสอบพบว่า ตัวแปรแฝงที่พบค่าเฉลี่ยแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้สมรสในชุมชนชนบทและกลุ่มผู้สมรสในชุมชนเมือง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ และเจตคติที่ดีต่อสุขภาพ โดยกลุ่มผู้สมรสที่อยู่ในชุมชนชนบท มีค่าเฉลี่ยมากกว่าผู้สมรสที่อยู่ในชุมชนเมือง ( $t\text{-value} = 5.64$ ,  $t\text{-value} = 3.34$ ) ส่วนตัวแปรสุขภาพครอบครัว กลุ่มผู้สมรสที่อยู่ในชุมชนเมืองจะมีค่าเฉลี่ยมากกว่าผู้สมรสที่อยู่ในชุมชนชนบท ( $t\text{-value} = -2.93$ ) ส่วนตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม ทุนทางจิตวิทยา และพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t\text{-value} = -0.01$ ,  $-0.67$ ,  $0.17$  และ  $1.03$  ตามลำดับ) จึงยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 4 บางส่วน

จากสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 “ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านทุนทางจิตวิทยา และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สมรสเพศหญิงกับกลุ่มผู้สมรสเพศชายไม่แตกต่างกัน และ สมมติฐานข้อที่ 4 ระหว่างกลุ่มผู้สมรสในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทในจังหวัดที่ติดกับแนวชายแดนไทยไม่แตกต่างกัน” ผลการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้น พบว่า ในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านทุนทางจิตวิทยา และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สมรสเพศหญิงกับกลุ่มผู้สมรสเพศชาย และกลุ่มผู้สมรสที่อยู่ในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท มีค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงแตกต่างกันเพียงบางตัวแปร ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 3 และข้อที่ 4 บางส่วน นั่นคือ ในตัวแปรเจตคติที่ดีต่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้สมรสเพศหญิงกับกลุ่มผู้สมรสเพศชาย และในตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ และสุขภาวะครอบครัว ที่มีค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้สมรสในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท

### ผลการวิจัยในระยะที่ 3 ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 4 และ 5

เป็นการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ สุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สมรสกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์ในระยะ 3 เป็นการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 5-8 โดยแบ่งผลการวิเคราะห์เป็น 2 ตอน

#### ตอนที่ 1 การวิจัยเชิงสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 4 โดยมีกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยมาจากฐานข้อมูล SCOPUS ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่มีขนาดใหญ่ และมีงานวิจัยเป็นจำนวนมาก และได้ประมาณค่าอิทธิพลที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยเพื่อเป็นข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย และข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมหรือตัวแปรจัดกระทำ ด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) มีขอบเขตการวิจัยครอบคลุมบทความวิจัยในฐานข้อมูล SCOPUS ในช่วงปี 2551-2560 จำนวน 3,416 เรื่อง โดยมีงานวิจัยที่เสร็จสมบูรณ์และมีเนื้อหาเพียงพอสำหรับการสังเคราะห์ทั้งสิ้น จำนวน 30 เรื่อง พบว่า งานวิจัยทั้ง 30 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงทดลองทั้งหมด เนื่องจากงานวิจัยจะต้องศึกษาในประเด็นตัวแปรอิสระเกี่ยวกับโปรแกรมหรือตัวแปรจัดกระทำทางด้านจิตวิทยาเชิงบวก และศึกษาในประเด็นตัวแปรตาม

เดียวกัน นั่นคือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และต้องเป็นงานวิจัยที่ให้ค่าสถิติเพียงพอต่อการนำไปคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพลตามวิธีของ Glass, McGaw & Smith (1981) จำนวน 30 เรื่อง ซึ่งเป็นการศึกษาตัวแปรจัดกระทำ/โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในสุขภาพของบุคคล กลุ่มบุคคล หรือประชากร อันเนื่องมาจากตัวแปรจัดกระทำ/โปรแกรม (Healthcare Financial Management Association, 2016: 5 cited in Frommer, Rubin & Lyle, 1992) โดยในการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ พบว่า งานวิจัยได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ใน 14 ด้าน คือ 1) Glycemic control 2) BMI 3) C-Reactive Protein 4) Body Fat Mass 5) Fasting Insulin 6) Fasting Glucose 7) Waist Circumference 8) Total Cholesterol 9) LDL 10) HDL 11) Triglycerides 12) Systolic Blood Pressure 13) Diastolic Blood Pressure และ 14) Weight

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถแบ่งรายละเอียดการนำเสนอได้ดังนี้

### 3.1 ข้อมูลพื้นฐานคุณลักษณะของงานวิจัย

**ตาราง 22** การแจกแจงความถี่คุณลักษณะของงานวิจัยที่เป็นเล่มงานวิจัย

ชื่อตัวแปร	ค่าตัวแปร	ความถี่	ร้อยละ
1. ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่	1. ค.ศ. 2008	1	3.33
	2. ค.ศ. 2009	2	6.67
	3. ค.ศ. 2012	4	13.33
	4. ค.ศ. 2013	3	10.00
	5. ค.ศ. 2014	2	6.67
	6. ค.ศ. 2015	6	20.00
	7. ค.ศ. 2016	6	20.00
	8. ค.ศ. 2017	6	20.00
	รวม	30	100.00
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย	1. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม	30	100.00
	รวม	30	100.00
3. แบบแผนการวิจัย	1. การวิจัยเชิงทดลอง	30	100.00
	รวม	30	100.00
4. ลักษณะตัวแปรตามที่ศึกษา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	1. Glycemic control	17	15.60
	2. C-Reactive Protein	3	2.75
	3. BMI	13	11.93
	4. Body Fat Mass	5	4.59
	5. Fasting Insulin	3	2.75
	6. Fasting Glucose	5	4.59
	7. Waist Circumference	9	8.26
	8. Total Cholesterol	7	6.42
	9. LDL	7	6.42
	10. HDL	4	3.67
	11. Triglycerides	6	5.50
	12. Systolic Blood Pressure	10	9.17

ชื่อตัวแปร	ค่าตัวแปร	ความถี่	ร้อยละ
	13. Diastolic Blood Pressure	10	9.17
	14. Weight	10	9.17
	รวม	109	100.00
5. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	1. กลุ่มโรคเบาหวาน	16	53.33
	2. กลุ่มโรคอ้วน	11	36.67
	3. กลุ่มโรคหัวใจ	2	6.67
	4. กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง	1	3.33
	รวม	30	100.00
6. ประเภทของสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	1. Wilcoxon Signed Rank	3	3.70
	2. t-test	16	19.75
	3. Chi-Square	13	16.05
	4. ANOVA	10	12.35
	5. ANCOVA	11	13.58
	6. MANOVA	1	1.24
	7. MANCOVA	3	3.70
	8. Mixed-Model Analysis	9	11.11
	9. Regression	11	13.58
	10. Correlation	4	4.94
	รวม	81	100.00

จากตาราง 22 แสดงคุณลักษณะงานวิจัยที่เป็นเล่มงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์หรือปริมาณ พบว่า งานวิจัยที่นำมาศึกษาเป็นงานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่มีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในปี ค.ศ. 2015, 2016 และ 2017 จำนวนปีละ 6 เรื่อง (ร้อยละ 20.00) งานวิจัยส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม (ร้อยละ 100) และมีแบบแผนการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลอง (ร้อยละ 100) งานวิจัยส่วนใหญ่ ศึกษาตัวแปรตาม Glycemic Control (ร้อยละ 15.60) รองลงมาคือ BMI (ร้อยละ 11.93) งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 53.33) รองลงมาคือ โรคอ้วน (ร้อยละ 36.67) และงานวิจัยส่วนใหญ่ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ t-test (ร้อยละ 19.75) รองลงมาคือ Chi-square (ร้อยละ 16.05)

**ตาราง 23** การแจกแจงความถี่ค่าขนาดอิทธิพล (d) จำแนกตามโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (ตัวแปรตาม)	โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก (ตัวแปรจัดกระทำ)	แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก	ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ย
1. Glycemic Control	1. Mindfulness-based Intervention (Mind-STRIDE)	Mindfulness	0.418
	2. Mindful Self-Compassion Intervention	Mindfulness, Kindness	0.381
	3. Partners in Care	Self-Efficacy	1.091
	4. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Self-Efficacy	1.290
	5. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness,	1.067

ผลลัพธ์ทาง สุขภาพ (ตัวแปรตาม)	โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก (ตัวแปรจัดกระทำ)	แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก	ค่าขนาด อิทธิพล เฉลี่ย
		Self-Regulation	
	6. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness	0.811
	7. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness	0.182
	8. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Forgiveness	0.111
	9. Mindfulness-based Stress Reduction Intervention	Mindfulness	2.143
	10. RB-DSME Intervention	Resilience	0.261
	11. Mindfulness-based Eating Awareness Training for Diabetes	Mindfulness	0.133
	12. Self-Regulation Weight Reduction Intervention	Self-Regulation	0.500
	13. Educational Guidance (E-Guide)	Self-Efficacy	1.167
	14. Web-based Self-Management Intervention	Self-Efficacy	0.340
	15. Interactive Multi-Modality Technology Intervention	Self-Regulation	0.353
	16. Church-based Self-Management Intervention	Spirituality, Self-Efficacy	0.150
	17. Family-based Diabetes Self-Management Educational Intervention	Self-Efficacy	0.736
2. C- Reactive Protein	1. Seligman Positive Psychology Intervention	Gratitude, Forgiveness, Happiness, Optimism, Resilience, Strength and Virtues, Meaning in Life	4.806
	2. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Self-Efficacy	0.246
	3. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Self-Regulation	1.600
3. BMI	1. Choices Intervention	Resilience	0.460
	2. Kg-Free Intervention	Mindfulness, Compassion	0.121
	3. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Self-Efficacy	0.545
	4. Mindfulness-based Weight Loss Intervention	Mindfulness	0.549
	5. RB-DSME Intervention	Resilience	0.147
	6. Mindfulness-based Eating Awareness Training for Diabetes	Mindfulness	0.526
	7. The Self-Regulation Training	Self-Regulation	0.366
	8. Self-Regulation Weight Reduction Intervention	Self-Regulation	1.175
	9. Web-based Intervention	Mindfulness	0.313
	10. Educational Guidance (E-Guide)	Self-Efficacy	0.161
	11. Interactive Multi-Modality Technology Intervention	Self-Regulation	0.312
	12. Individual Health Management Intervention	Self-Efficacy	1.934
	13. Family-based Diabetes Self-Management Educational Intervention	Self-Efficacy	0.793
4. Body Fat	1. Mindfulness-based Eating Awareness Training for	Mindfulness	0.315

ผลลัพธ์ทาง สุขภาพ (ตัวแปรตาม)	โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก (ตัวแปรจัดกระทำ)	แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก	ค่าขนาด อิทธิพล เฉลี่ย
Mass	Diabetes		
	2. The Self-Regulation Training	Self-Regulation	0.285
	3. Self-Efficacy Intervention	Self-Efficacy	0.111
	4. BITES Intervention	Self-Regulation	0.062
	5. Individual Health Management Intervention	Self-Efficacy	1.398
5. Fasting Insulin	1. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness	0.326
	2. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Forgiveness	0.569
6. Fasting Glucose	3. Mindfulness-based Eating Awareness Training for Diabetes	Mindfulness	0.342
	1. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness	0.465
	2. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Self-Regulation	3.018
	3. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Forgiveness	0.653
	4. Mindfulness-based Eating Awareness Training for Diabetes	Mindfulness	0.221
7. Waist Circumference	5. Individual Health Management Intervention	Self-Efficacy	0.251
	1. Kg-Free Intervention	Mindfulness, Compassion	0.136
	2. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Self-Efficacy	0.237
	3. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Self-Regulation	1.583
	4. RB-DSME Intervention	Resilience	0.448
	5. Mindfulness-based Eating Awareness Training for Diabetes	Mindfulness	0.554
	6. The Self-Regulation Training	Self-Regulation	0.406
	7. Church-based Self-Management Intervention	Spirituality, Self-Efficacy	0.082
	8. Individual Health Management Intervention	Self-Efficacy	1.231
9. Family-based Diabetes Self-Management Educational Intervention	Self-Efficacy	0.461	
8. Total Cholesterol	1. Kg-Free Intervention	Mindfulness, Compassion	0.759
	2. RB-DSME Intervention	Resilience	0.213
	3. Mindfulness-based Eating Awareness Training for Diabetes	Mindfulness	0.324
	4. Interactive Multi-Modality Technology Intervention	Self-Regulation	0.117
	5. BITES Intervention	Self-Regulation	0.203
	6. Individual Health Management Intervention	Self-Efficacy	0.106
	7. Family-based Diabetes Self-Management Educational Intervention	Self-Efficacy	0.354
9. LDL	1. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Self-Regulation	2.864

ผลลัพธ์ทาง สุขภาพ (ตัวแปรตาม)	โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก (ตัวแปรจัดกระทำ)	แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก	ค่าขนาด อิทธิพล เฉลี่ย
	2. RB-DSME Intervention	Resilience	0.441
	3. Web-based Self-Management Intervention	Self-Efficacy	0.080
	4. Interactive Multi-Modality Technology Intervention	Self-Regulation	0.109
	5. Church-based Self-Management Intervention	Spirituality, Self-Efficacy	0.141
	6. Individual Health Management Intervention	Self-Efficacy	0.185
	7. Family-based Diabetes Self-Management Educational Intervention	Self-Efficacy	0.868
10. HDL	1. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Self-Regulation	1.700
	2. RB-DSME Intervention	Resilience	0.808
	3. Individual Health Management Intervention	Self-Efficacy	0.374
	4. Family-based Diabetes Self-Management Educational Intervention	Self-Efficacy	0.547
11. Triglyceride	1. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Self-Regulation	2.586
	2. RB-DSME Intervention	Resilience	0.431
	3. Interactive Multi-Modality Technology Intervention	Self-Regulation	0.084
	4. BITES Intervention	Self-Regulation	0.286
	5. Individual Health Management Intervention	Self-Efficacy	0.284
	6. Family-based Diabetes Self-Management Educational Intervention	Self-Efficacy	0.227
12. Systolic Blood Pressure	1. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Self-Regulation	0.882
	2. Web-based Mindfulness Intervention	Mindfulness	0.237
	3. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness	0.974
	4. Mindfulness-based Stress Reduction Intervention	Mindfulness	2.188
	5. Mindfulness-based Intervention (ELDERSHINE)	Mindfulness	0.683
	6. RB-DSME Intervention	Resilience	0.344
	7. Web-based Self-Management Intervention	Self-Efficacy	0.140
	8. Interactive Multi-Modality Technology Intervention	Self-Regulation	0.287
	9. Church-based Self-Management Intervention	Spirituality, Self-Efficacy	0.335
	10. Individual Health Management Intervention	Self-Efficacy	0.350
13. Diastolic Blood Pressure	1. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Self-Regulation	1.400
	2. Web-based Mindfulness Intervention	Mindfulness	0.104
	3. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness	0.486
	4. Mindfulness-based Stress Reduction Intervention	Mindfulness	4.016
	5. Mindfulness-based Intervention (ELDERSHINE)	Mindfulness	0.330
	6. RB-DSME Intervention	Resilience	0.172
	7. Web-based Self-Management Intervention	Self-Efficacy	0.331

ผลลัพธ์ทาง สุขภาพ (ตัวแปรตาม)	โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก (ตัวแปรจัดกระทำ)	แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก	ค่าขนาด อิทธิพล เฉลี่ย
	8. Interactive Multi-Modality Technology Intervention	Self-Regulation	0.219
	9. Church-based Self-Management Intervention	Spirituality, Self-Efficacy	0.383
	10. Individual Health Management Intervention	Self-Efficacy	0.225
14. Weight	1. Choices Intervention	Resilience	0.231
	2. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Self-Efficacy	0.952
	3. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Self-Regulation	3.750
	4. Mindful Loving Kindness Meditation	Mindfulness, Kindness	1.084
	5. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness	0.050
	6. Mindfulness-based Intervention	Mindfulness, Kindness, Forgiveness	0.115
	7. Mindfulness-based Eating Awareness Training for Diabetes	Mindfulness	0.514
	8. The Self-Regulation Training	Self-Regulation	0.183
	9. Self-Regulation Weight Reduction Intervention	Self-Regulation	0.732
	10. Web-based Self-Management Intervention	Self-Efficacy	0.065

จากตาราง 23 การแจกแจงความถี่ของค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพล (d) ของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ เมื่อพิจารณาแยกผลลัพธ์ทางสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่า

1. Glycemic Control โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ที่ส่งผลต่อ Glycemic Control ที่ให้ค่าอิทธิพลสูงที่สุด คือ Mindfulness-based Stress Reduction Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness (d = 2.143) รองลงมาคือ Mindfulness-based Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness, Kindness, Self-Efficacy (d = 1.290)

2. C-Reactive Protein โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ที่ส่งผลต่อ C-Reactive Protein ที่ให้ค่าอิทธิพลสูงที่สุด คือ Seligman Positive Psychology Intervention ใช้แนวคิด Gratitude, Forgiveness, Happiness, Optimism, Resilience, Strength and Virtues, Meaning in Life (d = 4.806) รองลงมาคือ Mindfulness-based Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness, Kindness, Self-Regulation (d = 1.600)

3. BMI โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ที่ส่งผลต่อ BMI ที่ให้ค่าอิทธิพลสูงที่สุด คือ Individual Health Management Intervention ใช้แนวคิด Self-Efficacy (d = 1.934) รองลงมาคือ Self-Regulation Weight Reduction Intervention ใช้แนวคิด Self-Regulation (d = 1.175)

4. Body Fat Mass โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ที่ส่งผลต่อ Body Fat Mass ที่ให้ค่าอิทธิพลสูงที่สุด คือ Individual Health Management Intervention ใช้แนวคิด Self-Efficacy (d = 1.398) รองลงมาคือ Mindfulness-based Eating Awareness Training for Diabetes ใช้แนวคิด Mindfulness (d = 0.315)

5. Fasting Insulin โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ที่ส่งผลต่อ Fasting Insulin ที่ให้ค่าอิทธิพลสูงที่สุด คือ Mindfulness-based Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness, Kindness, Forgiveness (d = 0.569) รองลงมาคือ Mindfulness-based Eating Awareness Training for Diabetes ใช้แนวคิด Mindfulness (d = 0.342)

6. Fasting Glucose โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ที่ส่งผลต่อ Fasting Glucose ที่ให้ค่าอิทธิพลสูงที่สุด คือ Mindfulness-based Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness, Kindness, Self-Regulation (d = 3.018)

รองลงมาคือ Mindfulness-based Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness, Kindness, Forgiveness ( $d = 0.653$ )

7. Waist Circumference โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ที่ส่งผลต่อ Waist Circumference ที่ให้ค่าอิทธิพลสูงสุด คือ Mindfulness-based Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness, Kindness, Self-Regulation ( $d = 1.583$ ) รองลงมาคือ Individual Health Management Intervention ใช้แนวคิด Self-Efficacy ( $d = 1.231$ )

8. Total Cholesterol โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ที่ส่งผลต่อ Total Cholesterol ที่ให้ค่าอิทธิพลสูงสุด คือ Kg-Free Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness, Compassion ( $d = 0.759$ ) รองลงมาคือ Family-based Diabetes Self-Management Educational Intervention ใช้แนวคิด Self-Efficacy ( $d = 0.354$ )

9. LDL โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ที่ส่งผลต่อ LDL ที่ให้ค่าอิทธิพลสูงสุด คือ Mindfulness-based Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness, Kindness, Self-Regulation ( $d = 2.864$ ) รองลงมาคือ Family-based Diabetes Self-Management Educational Intervention ใช้แนวคิด Self-Efficacy ( $d = 0.868$ )

10. HDL โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ที่ส่งผลต่อ HDL ที่ให้ค่าอิทธิพลสูงสุด คือ Mindfulness-based Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness, Kindness, Self-Regulation ( $d = 1.700$ ) รองลงมาคือ RB-DSME Intervention ใช้แนวคิด Resilience ( $d = 0.808$ )

11. Triglyceride โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ที่ส่งผลต่อ Triglyceride ที่ให้ค่าอิทธิพลสูงสุด คือ Mindfulness-based Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness, Kindness, Self-Regulation ( $d = 2.586$ ) รองลงมาคือ RB-DSME Intervention ใช้แนวคิด Resilience ( $d = 0.431$ )

12. Systolic Blood Pressure โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ที่ส่งผลต่อ Systolic Blood Pressure ที่ให้ค่าอิทธิพลสูงสุด คือ Mindfulness-based Stress Reduction Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness ( $d = 2.188$ ) รองลงมาคือ Mindfulness-based Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness ( $d = 0.974$ )

13. Diastolic Blood Pressure โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ที่ส่งผลต่อ Diastolic Blood Pressure ที่ให้ค่าอิทธิพลสูงสุด คือ Mindfulness-based Stress Reduction Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness ( $d = 4.016$ ) รองลงมาคือ Mindfulness-based Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness, Kindness, Self-Regulation ( $d = 1.400$ )

14. Weight โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก ที่ส่งผลต่อ Weight ที่ให้ค่าอิทธิพลสูงสุด คือ Mindfulness-based Intervention ใช้แนวคิด Mindfulness, Kindness, Self-Regulation ( $d = 3.750$ ) รองลงมาคือ Mindful Loving Kindness Meditation ใช้แนวคิด Mindfulness, Kindness ( $d = 1.084$ )

## ตอนที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เป็นการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพของคู่สมรสเพศชายและหญิง ตามวัตถุประสงค์ข้อ 5 และนำเสนอผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 5-8 ในงานวิจัย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 5 ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีจิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว และผลลัพธ์ทางสุขภาพได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดดีกว่ากลุ่มควบคุม

สมมติฐานข้อที่ 6 ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีจิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว และผลลัพธ์ทางสุขภาพได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม



สมมติฐานข้อที่ 7 มีการเปลี่ยนแปลงของจิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว มีความแตกต่างกันตามกลุ่ม (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) และครั้งของการวัด (ระยะก่อนการทดลอง ระยะภายหลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามอีก 1 เดือน)

สมมติฐานข้อที่ 8 มีปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่าง การได้รับการสนับสนุนกับรูปแบบโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและการปรับพฤติกรรมที่มีต่อจิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว และผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ผู้วิจัยจะนำเสนอตามลำดับโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

### สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

$\bar{X}$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
SD	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
F-test	หมายถึง	ค่าสถิติ F ที่ได้จากการคำนวณความแปรปรวนหลายตัวแปร
P-value	หมายถึง	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปร

ตาราง 24 จำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (N=100)		กลุ่มควบคุม (N=100)		รวม (N=200)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
หญิง	54	54.0	50	50.00	104	52.0
ชาย	46	46.0	50	50.00	96	48.0
รวม	100	100.0	100	100.0	200	100.0
<b>อายุ</b>						
35-40	26	26.0	8	8.0	34	17.0
41-50	64	64.0	10	10.0	74	37.0
51-59	10	10.0	82	82.0	92	46.0
รวม	100	100.0	100	100.0	200	100.0
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>						
1. ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	1.0	0	0.0	1	0.5
2. ประถมศึกษา	39	39.0	47	47.0	86	43.0
3. มัธยมศึกษาตอนต้น	17	17.0	16	16.0	33	16.5
4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	33	33.0	27	27.0	60	30.0
5. อนุปริญญา/ปวส.	5	5.0	4	4.0	9	4.5
6. ปริญญาตรีขึ้นไป	5	5.0	6	6.0	11	5.5
รวม	100	100.0	100	100.0	200	100.0
<b>การอยู่อาศัยระหว่างคู่สมรส</b>						
1. อาศัยอยู่ด้วยกันตลอด	75	75.0	91	91.0	166	83.0
2. อยู่ด้วยกันบ้างไม่อยู่บ้าง	6	6.0	4	4.0	10	5.0
3. แยกกันอยู่	7	7.0	3	3.0	10	5.0
4. อื่นๆ	12	12.0	2	2.0	14	7.0

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (N=100)		กลุ่มควบคุม (N=100)		รวม (N=200)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การมีโรคประจำตัว	100	100.0	100	100.0	200	100.0
1. ไม่มีโรคประจำตัว	73	73.0	76	76.0	149	74.5
2. มีเป็นโรคประจำตัว	27	27.0	24	24.0	51	25.5
รวม	100	100.0	100	100.0	200	100.0
<b>มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>						
1. มีรูปร่างท้วมหรืออ้วน	52	52.0	40	40.0	92	46.0
2. มีภาวะอ้วนลงพุง	33	33.0	28	28.0	61	30.5
3. ภาวะความดันโลหิตสูง	36	36.0	40	40.0	76	38.0
4. มีน้ำตาลในเลือดสูง/มีเบาหวาน	23	23.0	14	14.0	37	18.5
5. มีไขมันในเลือดสูง	5	5.0	4	4.0	9	4.5
6. มีไขมันเกาะตับ	2	2.0	1	1.0	3	1.5
7. กินอาหารรสหวานมันเค็มจัด	18	18.0	32	32.0	50	25.0
8. อารมณ์แปรปรวนง่าย	8	8.0	10	10.0	18	9.0
9. ไม่ออก/แทบไม่ออกกำลังกาย	19	19.0	22	22.0	41	20.5
10. มีพ่อแม่/ปู่ย่าตายาย ป่วย/ ตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	32	32.0	17	17.0	49	24.5

จากตาราง 24 สรุปได้ว่า จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 200 คนแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 100 คน และกลุ่มควบคุม 100 คน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (52.0%) อายุอยู่ในช่วง 51-59 ปี (46.0%) การศึกษาจบชั้นประถมศึกษา (57.5%) การอยู่อาศัยของคู่สมรสพบอาศัยอยู่ร่วมกัน (83.0%) ไม่พบโรคประจำตัว (43.0%) และภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่ามีปัจจัยเรื่องรูปร่างท้วมหรืออ้วน (46.0%) รองลงมาคือมีภาวะความดันโลหิตสูง (38.0%) ซึ่งลักษณะดังกล่าวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

## ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

**ตอนที่ 2.1** การวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำแบบสองทาง (Two way Repeated Measures ANOVA) ผู้วิจัยทำการศึกษาเปรียบเทียบผลของการจัดกระทำโดยติดตามผลเป็น 3 ช่วงระยะเวลา ได้แก่ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรม และตรวจสอบความคงทนของโปรแกรมที่มีต่อตัวแปรทางจิต ตัวแปรพฤติกรรม และตัวแปรผลลัพธ์ทางสุขภาพ ก่อนการทดสอบสมมติฐานผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) โดยมีรายละเอียดดังนี้

**1. การแจกแจงของตัวแปรเป็นปกติ** กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้มีจำนวนกลุ่มละ 100 คน การตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลจึงใช้การตรวจสอบความเบ้และความโด่งของตัวแปรแต่ละตัว ควบคู่ไปกับการใช้สถิติ Shapiro-Wilk (ผจงจิต อินทสุวรรณ, 2545: 44, 51) ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพ ระยะติดตามผลในกลุ่มควบคุม ตัวแปรสุขภาวะครอบครัวหลังการทดลอง และติดตามผลของกลุ่มทดลอง ดังนั้นจึงถือได้ว่าตัวแปรตามในแต่ละกลุ่มมีการแจกแจงเป็นปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

**2. ความเท่ากันของเมทริกซ์ความแปรปรวน-แปรปรวนร่วม ความเท่ากันของเมทริกซ์ความแปรปรวน-แปรปรวนร่วม** จากการตรวจสอบโดยใช้ Box's M Test พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) แสดงว่าความแปรปรวน-แปรปรวนร่วมของตัวแปรตามในแต่ละกลุ่มแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม เมื่อตรวจสอบความเท่ากันของความแปรปรวนของตัวแปรทุกตัวด้วยวิธี Levene's Test ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุม ผลการวิเคราะห์พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีนัยสำคัญ นอกจากนี้จากการที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากัน คือ กลุ่มละ 100 เมื่อพิจารณาคุณสมบัติของ Sphericity ของเมทริกซ์ความแปรปรวน-แปรปรวนร่วมพบว่า ค่า Epsilon ซึ่งเป็นดัชนีสะท้อนความเบี่ยงเบนออกจากเงื่อนไขของ Sphericity เป็น 1.0 หรือเข้าใกล้ 1.0 ซึ่งถือว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการเท่ากันของความแปรปรวน-แปรปรวนร่วม ดังนั้นผลการวิเคราะห์จึงถือว่ามีความน่าเชื่อถือมากพอแม้ว่า Box's M Test ละเมิดข้อตกลงนี้ ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าความแปรปรวนมีลักษณะเป็น Compound Symmetry ด้วยการวิเคราะห์ค่าสถิติ Mauchly's W ในการอ่านผลการวิเคราะห์จะเลือกใช้ วิธีการคำนวณแบบ Sphericity แต่หากผลการทดสอบพบว่าไม่เป็น Compound Symmetry ในการอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้วิธีการคำนวณแบบปรับแก้ซึ่งสามารถเลือกอ่านผลการวิเคราะห์ได้ คือ Greenhouse-Geisser และ Sphericity Assumed จากผลการวิเคราะห์ค่าสถิติ Mauchly's W หากมีค่า P-value < .001 ซึ่งน้อยกว่า  $\alpha = .05$  สรุปได้ว่าความแปรปรวนไม่เป็น Compound Symmetry ในการอ่านผลจึงเลือกอ่านวิธี Greenhouse-Geisser และหากมีค่า P-value > .001 ซึ่งมากกว่า  $\alpha = .05$  สรุปได้ว่าความแปรปรวนเป็น Compound Symmetry ในการอ่านผลจึงเลือกอ่านวิธี Sphericity Assumed กล่าวโดยสรุป จะเห็นได้ว่าข้อมูลสำหรับการวิจัยนี้ ส่วนใหญ่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ANOVA ดังนั้นจึงนำไปสู่การทดสอบสมมติฐานดังรายละเอียดต่อไปนี้

**ตาราง 25** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรทางจิต ตัวแปรทางพฤติกรรม และตัวแปรผลลัพธ์ทางสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มการทดลอง และช่วงเวลาของการวัด

ตัวแปร	เวลาในการวัด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
<b>ตัวแปรทางจิต</b>							
จิตวิทยาเชิงบวก	ก่อนทดลอง	3.56	0.42	3.60	0.61	3.58	0.52
	หลังการทดลอง	4.27	0.43	3.56	0.59	3.91	0.63
	ระยะติดตามผล	4.25	0.40	3.48	0.35	3.86	0.54
ความรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนทดลอง	3.48	0.44	3.50	0.61	3.49	0.53
	หลังการทดลอง	4.19	0.43	3.72	0.60	3.96	0.57
	ระยะติดตามผล	4.23	0.36	3.73	0.43	3.98	0.47
สภาวะครอบครัว	ก่อนทดลอง	3.78	0.46	3.74	0.62	3.76	0.55
	หลังการทดลอง	4.42	0.63	4.01	0.82	4.21	0.76
	ระยะติดตามผล	4.47	0.49	3.98	0.65	4.23	0.62
<b>ตัวแปรทางพฤติกรรม</b>							
พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนทดลอง	3.43	0.52	3.44	0.60	3.43	0.56
	หลังการทดลอง	4.29	0.45	3.46	0.74	3.88	0.74
	ระยะติดตามผล	4.19	0.46	3.62	0.52	3.91	0.56
<b>ตัวแปรผลลัพธ์สุขภาพ</b>							
BMI	ก่อนทดลอง	26.29	3.85	25.71	3.68	26.00	3.76
	หลังการทดลอง	25.32	3.25	25.68	3.55	25.50	3.40
	ระยะติดตามผล	24.73	2.73	25.35	3.31	25.04	3.04

ตัวแปร	เวลาในการวัด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
FBS	ก่อนทดลอง	109.04	7.80	111.65	7.44	110.25	7.70
	หลังการทดลอง	94.12	5.29	99.26	5.06	96.49	5.76
	ระยะติดตามผล	85.10	5.94	99.23	2.18	91.63	8.43
Systolic pressure	ก่อนทดลอง	127.91	4.98	126.90	3.93	127.61	4.68
	หลังการทดลอง	124.43	4.10	124.35	4.23	124.41	4.11
	ระยะติดตามผล	120.35	2.85	125.80	3.09	122.00	3.84
Diastolic pressure	ก่อนทดลอง	82.63	11.47	84.40	3.98	83.17	9.82
	หลังการทดลอง	80.52	8.26	82.55	3.79	81.14	7.23
	ระยะติดตามผล	81.15	7.59	83.60	3.82	81.89	6.74

## 2.1 การทดสอบความแตกต่างของตัวแปรทางจิต ตัวแปรพฤติกรรม และตัวแปรผลลัพธ์ทางสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามสมมติฐานข้อที่ 5 และ 6

ตาราง 26 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยตัวแปรทางจิต และตัวแปรพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามช่วงเวลาที่ทำกรวัด โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F-test	p-value
<b>จิตวิทยาเชิงบวก</b>					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	34.309	1	34.309	170.663**	<.001
ความคลาดเคลื่อน	39.805	198	.201		
ภายในกลุ่ม					
ช่วงเวลา	13.013	2	6.507	<sup>b</sup> 27.162**	<.001
ช่วงเวลา x กลุ่ม	20.422	2	10.211	<sup>b</sup> 42.626**	<.001
<b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพ</b>					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	15.205	1	15.205	69.744**	<.001
ความคลาดเคลื่อน	43.166	198	.218		
ภายในกลุ่ม					
ช่วงเวลา	30.729	1.781	17.258	<sup>a</sup> 62.141**	<.001
ช่วงเวลา x กลุ่ม	8.498	1.781	4.772	<sup>a</sup> 17.184**	<.001
ความคลาดเคลื่อน	97.912	352.556	.278		
<b>สุขภาวะครอบครัว</b>					
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	14.883	1	14.883	41.520**	<.001
ความคลาดเคลื่อน	70.975	198	.358		
ภายในกลุ่ม					
ช่วงเวลา	28.248	2	14.124	<sup>b</sup> 35.059**	<.001
ช่วงเวลา x กลุ่ม	5.534	2	2.767	<sup>b</sup> 6.868**	.001
ความคลาดเคลื่อน	159.537	396	.403		
<b>พฤติกรรมสุขภาพ</b>					
ระหว่างกลุ่ม					

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F-test	p-value
กลุ่ม	32.047	1	32.047	123.421**	<.001
ความคลาดเคลื่อน	51.412	198	.260		
<b>ภายในกลุ่ม</b>					
ช่วงเวลา	27.987	1.950	14.351	<sup>a</sup> 41.995**	<.001
ช่วงเวลา x กลุ่ม	18.704	1.950	9.591	<sup>a</sup> 28.066**	<.001
ความคลาดเคลื่อน	131.955	386.120	.342		
<b>ดัชนีมวลกาย</b>					
<b>ระหว่างกลุ่ม</b>					
กลุ่ม	1.996	1	1.996	.058	.810
ความคลาดเคลื่อน	4870.698	142	34.301		
<b>ภายในกลุ่ม</b>					
ช่วงเวลา	66.738	1.314	50.776	<sup>a</sup> 93.945**	<.001
ช่วงเวลา x กลุ่ม	28.416	1.314	21.620	<sup>a</sup> 40.000**	<.001
ความคลาดเคลื่อน	100.877	186.640	.540		
<b>ระดับน้ำตาลในเลือด</b>					
<b>ระหว่างกลุ่ม</b>					
กลุ่ม	3689.015	1.000	3689.015	3689.015**	<.001
ความคลาดเคลื่อน	5075.594	91.000	55.776	5075.594	
<b>ภายในกลุ่ม</b>					
ช่วงเวลา	16566.998	1.566	10575.959	<sup>a</sup> 327.900**	<.001
ช่วงเวลา x กลุ่ม	1695.786	1.566	1082.548	<sup>a</sup> 33.564	.157
ความคลาดเคลื่อน	4597.734	142.549	32.254		
<b>Systolic pressure</b>					
<b>ระหว่างกลุ่ม</b>					
กลุ่ม	88.099	1	88.099	2.346	.131
ความคลาดเคลื่อน	2403.563	64	37.556		
<b>ภายในกลุ่ม</b>					
ช่วงเวลา	550.046	2	275.023	<sup>b</sup> 54.210**	<.001
ช่วงเวลา x กลุ่ม	340.672	2	170.336	<sup>b</sup> 33.575**	<.001
ความคลาดเคลื่อน	649.378	128	5.073		
<b>Diastolic pressure</b>					
<b>ระหว่างกลุ่ม</b>					
กลุ่ม	181.250	1	181.250	1.027	.315
ความคลาดเคลื่อน	11299.563	64	176.556		
<b>ภายในกลุ่ม</b>					
ช่วงเวลา	110.054	1.708	64.453	<sup>a</sup> 6.205**	0.004
ช่วงเวลา x กลุ่ม	3.266	1.708	1.913	<sup>a</sup> 0.184	0.789
ความคลาดเคลื่อน	1135.12	109.282	10.387		

<sup>a</sup>Greenhouse-Geisser <sup>b</sup>Sphericity Assumed \* p<.05 \*\* p<.01

จากตาราง 26 ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5 คือ ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลอง มีจิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว และผลลัพธ์ทางสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

ข้อที่ 6 คือ ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีจิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว และผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม และวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเปรียบเทียบแต่ละช่วงเวลา ตามวิธีการของ Bonferroni ได้แก่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน และเมื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรม สร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามคะแนนเฉลี่ยตัวแปรผลลัพธ์ทางสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีเพียงระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรม และช่วงเวลาของตัวแปรดัชนีมวลกายระดับน้ำตาลในเลือดและ Systolic pressure อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานในด้านตัวแปรผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ตั้งไว้บางส่วนของสมมติฐานข้อที่ 5 และ 6

นอกจากนี้ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำพบว่า คะแนนเฉลี่ยตัวแปรทางจิต ได้แก่ จิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว และตัวแปรพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด Systolic pressure และ Diastolic pressure โดยพบว่า ช่วงเวลาที่วัดหลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน มีอิทธิพลต่อค่าเฉลี่ยของคะแนน โดยมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรม และช่วงเวลาที่วัดทั้งก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน จากนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ตามวิธีการของ Bonferroni เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ระหว่างช่วงเวลา ดังตาราง 27-28 และภาพประกอบ 7-14

ตาราง 27 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรทางจิต ตัวแปรพฤติกรรม และผลลัพธ์ทางสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามช่วงเวลาของการวัดโดยวิธีทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่โดยใช้วิธี Bonferroni

ช่วงเวลาของการวัด	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตามผล 1 เดือน
	Mean Difference	Mean Difference	Mean Difference
<b>จิตวิทยาเชิงบวก</b>			
กลุ่มทดลอง – กลุ่มควบคุม	-.042	.709*	.768*
<b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพ</b>			
กลุ่มทดลอง – กลุ่มควบคุม	-.018	.473**	.500**
<b>สุขภาวะครอบครัว</b>			
กลุ่มทดลอง – กลุ่มควบคุม	.048	.407*	.491*
<b>พฤติกรรมสุขภาพ</b>			
กลุ่มทดลอง – กลุ่มควบคุม	-.014	.830*	.571*
<b>ดัชนีมวลกาย</b>			
กลุ่มทดลอง – กลุ่มควบคุม	.574	-.360	-.621
<b>ระดับน้ำตาลในเลือด</b>			
กลุ่มทดลอง – กลุ่มควบคุม	-2.611	-5.136*	-14.133*
<b>Systolic pressure</b>			
กลุ่มทดลอง – กลุ่มควบคุม	1.013	.085	-5.452*
<b>Diastolic pressure</b>			
กลุ่มทดลอง – กลุ่มควบคุม	-1.77	-2.03	-2.45

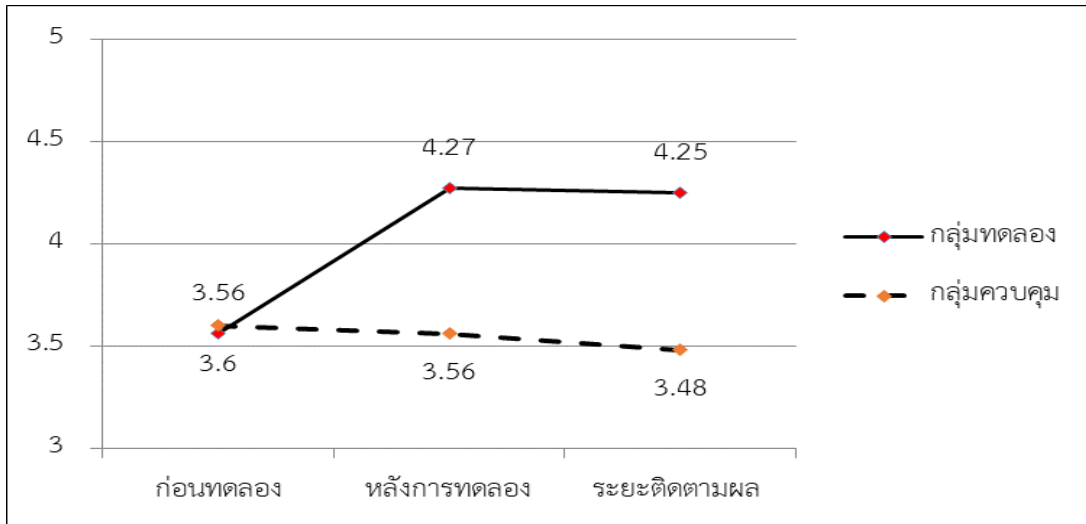
\* p<.05 \*\* p<.01

จากตาราง 27 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปร ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในแต่ละช่วงเวลา พบว่า ค่าเฉลี่ยตัวแปร จิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มทดลอง มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในช่วงหลังทดลอง และติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในแต่ละช่วงเวลา พบว่า ค่าเฉลี่ยตัวแปรระดับน้ำตาลในเลือด ของกลุ่มทดลอง มีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในช่วงหลังทดลอง และติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และยังพบว่าค่า Systolic pressure ของกลุ่มทดลอง มีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในช่วงหลังติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

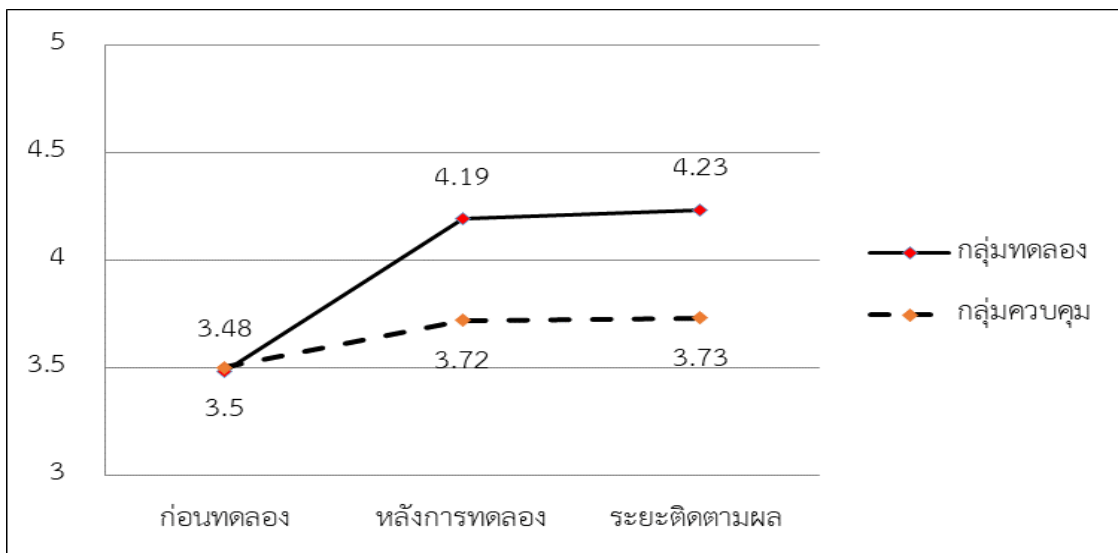
**ตาราง 28** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรทางจิต ตัวแปรพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพ แต่ละช่วงเวลาของการวัด จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการทดสอบค่าเฉลี่ยรายคู่โดยใช้วิธี Bonferroni

ช่วงเวลาของการวัด	T1-T2 Mean Difference	T1-T3 Mean Difference	T2-T3 Mean Difference
<b>จิตวิทยาเชิงบวก</b>			
กลุ่มทดลอง	-.711*	-.688*	-.023
กลุ่มควบคุม	.040	-.123	.082
<b>ความรอบรู้ทางสุขภาพ</b>			
กลุ่มทดลอง	-.714*	-.750*	-.036
กลุ่มควบคุม	-.223*	-.232*	-.009
<b>สุขภาวะครอบครัว</b>			
กลุ่มทดลอง	-.632*	-.689*	-.057
กลุ่มควบคุม	-.273	-.246	.027
<b>พฤติกรรมสุขภาพ</b>			
กลุ่มทดลอง	-.863*	-.766*	.098
กลุ่มควบคุม	-.019	-.181	.162
<b>ดัชนีมวลกาย</b>			
กลุ่มทดลอง	.965*	1.560*	.595*
กลุ่มควบคุม	.031	.335*	-.335*
<b>ระดับน้ำตาลในเลือด</b>			
กลุ่มทดลอง	14.920*	23.940*	9.020*
กลุ่มควบคุม	12.395*	12.419*	.023
<b>Systolic pressure</b>			
กลุ่มทดลอง	3.478*	7.565*	4.087*
กลุ่มควบคุม	2.550*	1.100	-1.450
<b>Diastolic pressure</b>			
กลุ่มทดลอง	2.11*	1.48	-0.63
กลุ่มควบคุม	1.85	0.80	-1.05

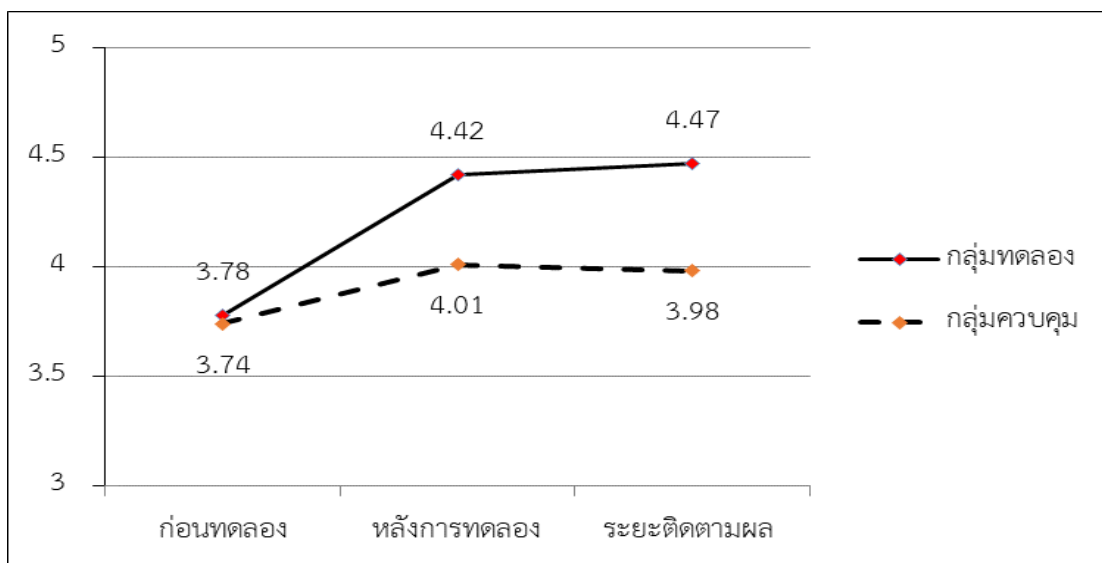
\* p<.05 \*\* p<.01 T1 = ก่อนทดลอง T2 = หลังทดลอง T3 = ติดตามผล 1 เดือน



ภาพประกอบ 7 การเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยจิตวิทยาเชิงบวกตามช่วงเวลา

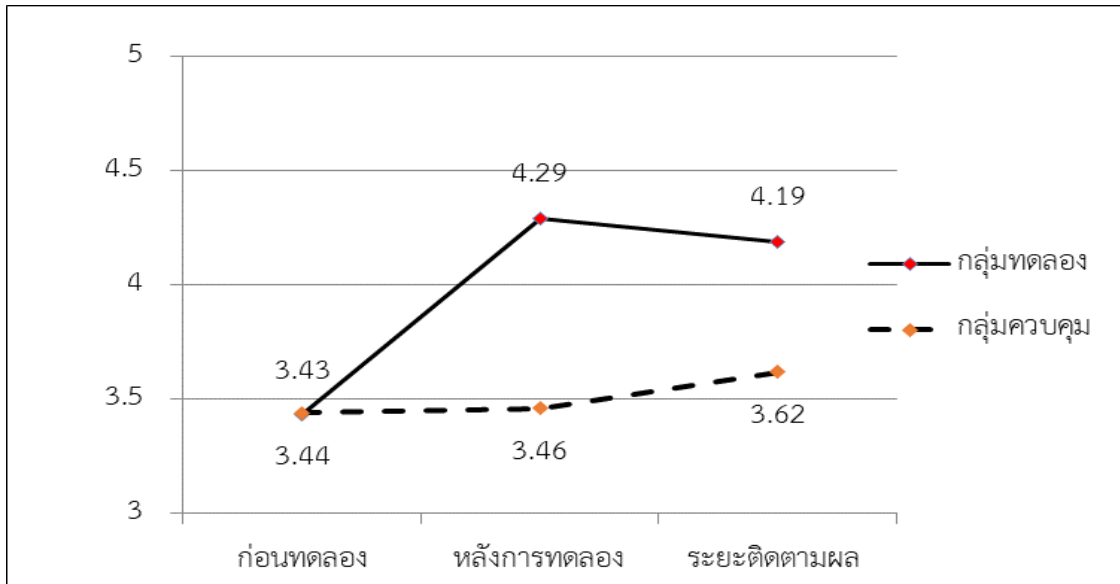


ภาพประกอบ 8 การเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพตามช่วงเวลา

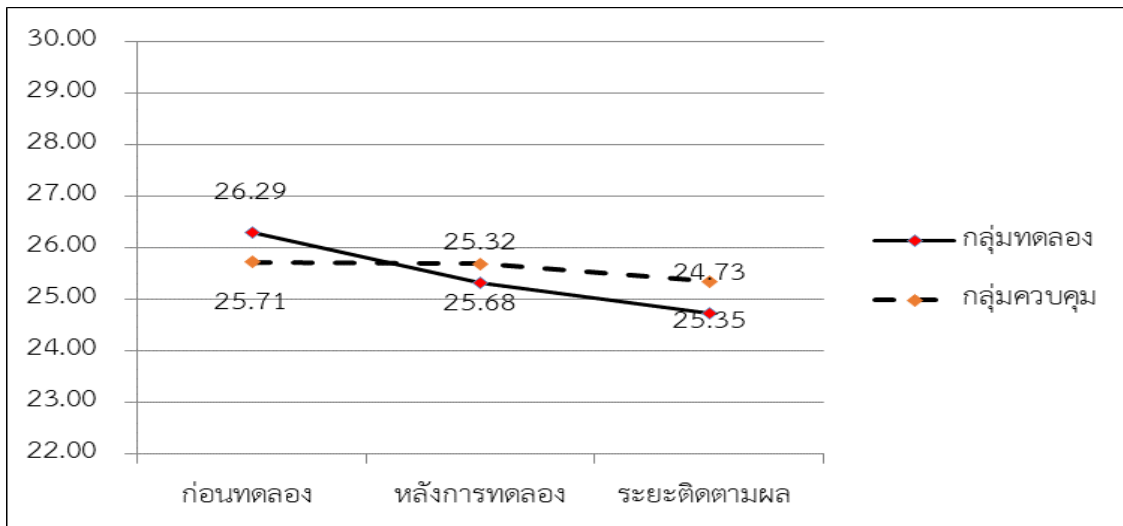


ภาพประกอบ 9 การเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยสภาวะครอบครัวตามช่วงเวลา

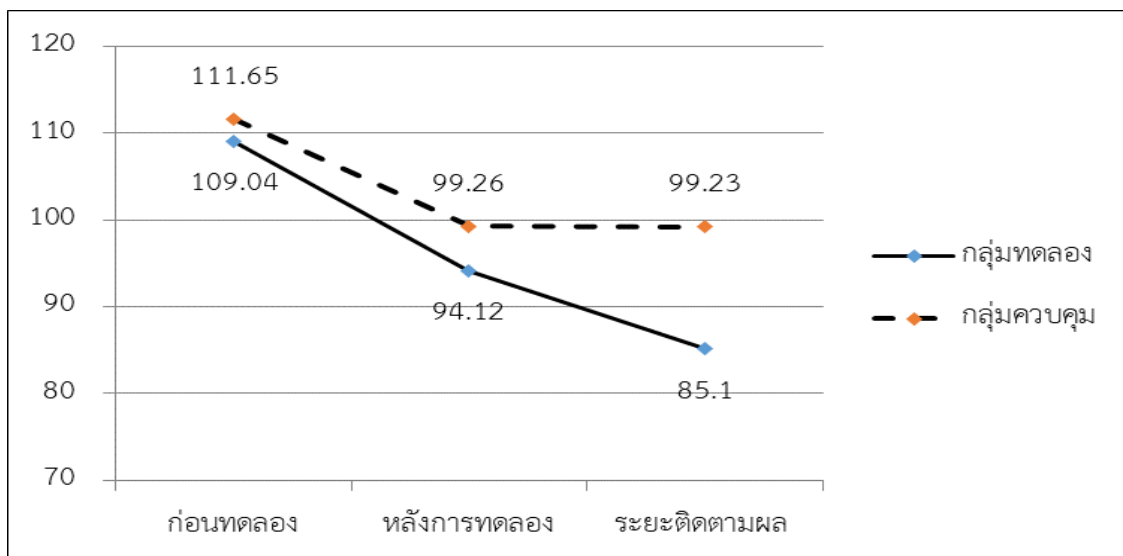




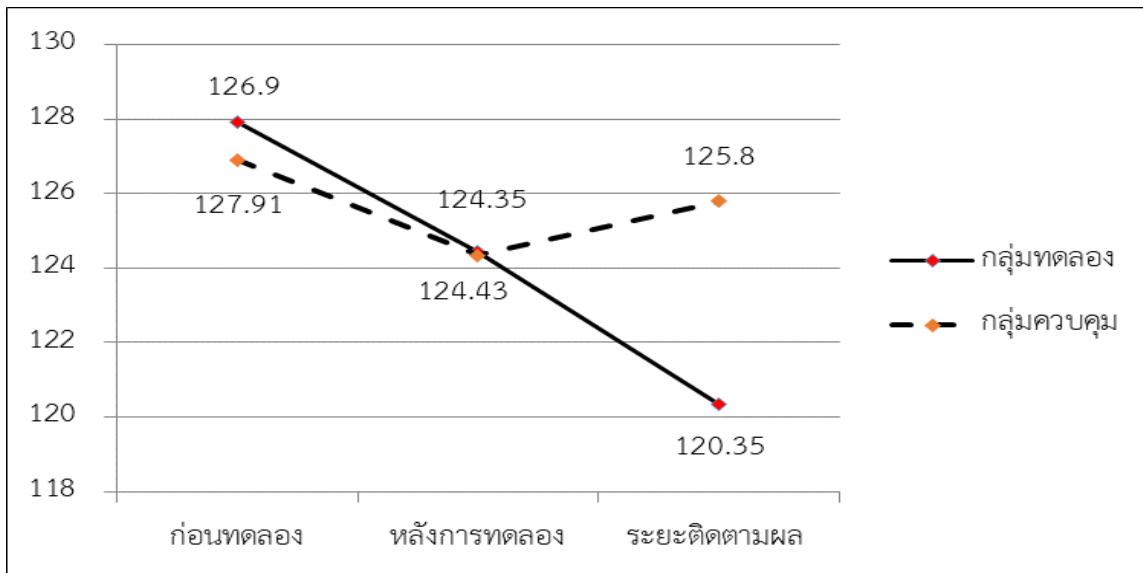
ภาพประกอบ 10 การเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตามช่วงเวลา



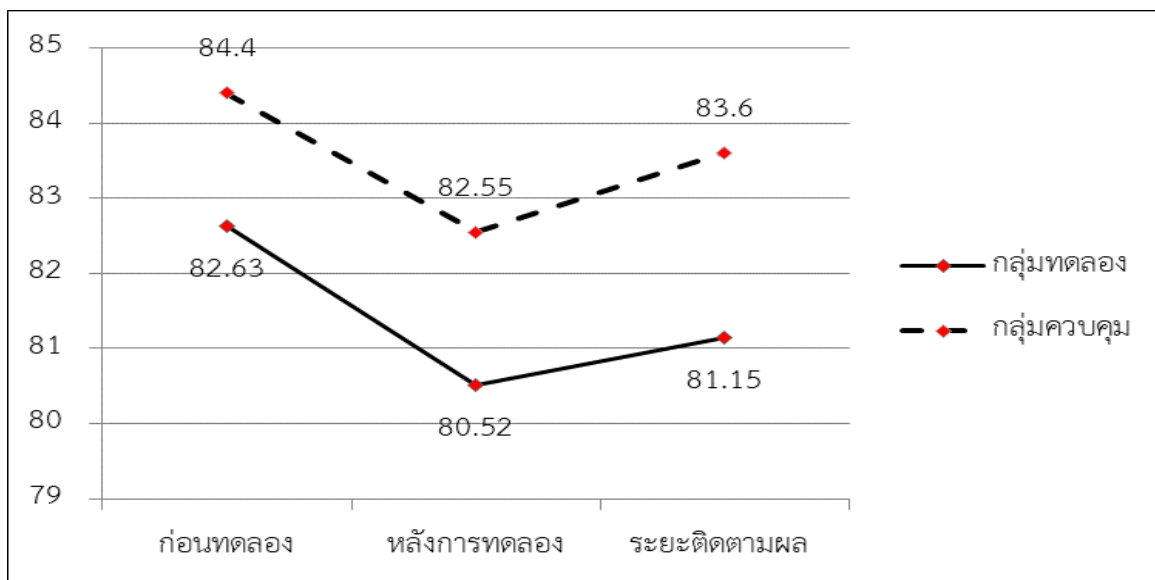
ภาพประกอบ 11 การเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกายตามช่วงเวลา



ภาพประกอบ 12 การเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดตามช่วงเวลา



ภาพประกอบ 13 การเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยค่าเฉลี่ย Systolic pressure ตามช่วงเวลา



ภาพประกอบ 14 การเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยค่าเฉลี่ย Diastolic pressure ตามช่วงเวลา

จากตาราง 28 และภาพประกอบ 7 - 14 พบว่า พบว่าคะแนนเฉลี่ยตัวแปรทางจิต ได้แก่ ความจิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพมีความแตกต่างกันตามช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผลการทดสอบลักษณะแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยตัวแปร จิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มทดลองพบว่า มีการขึ้นลงของค่าเฉลี่ยแต่ละครั้งโดยค่าเฉลี่ยมีค่าเพิ่มขึ้นภายหลังการทดลอง แต่ในช่วงเวลาการติดตามผลพบว่า มีค่าเฉลี่ยลดลงเล็กน้อยโดยแนวโน้มในภาพรวมเป็นเส้นตรง ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 7 คือ มีการเปลี่ยนแปลงของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว มีความแตกต่างกันตามกลุ่ม (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) และครั้งของการวัด (ระยะก่อนการทดลอง ระยะภายหลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามอีก 1 เดือน)

คะแนนเฉลี่ยตัวแปรผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกายระดับน้ำตาลในเลือด และ Systolic pressure ของกลุ่มทดลอง มีการขึ้นลงของค่าเฉลี่ยแต่ละครั้งโดยพบว่ามีค่าแตกต่างกันตามช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผลการทดสอบลักษณะแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพบว่า คะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกายในช่วงเวลาการติดตามผลพบว่า มีค่าเฉลี่ยลดลงเล็กน้อยโดยแนวโน้มเป็นเส้นตรง

ส่วนระดับน้ำตาลในเลือด และ Systolic pressure ของกลุ่มทดลองนั้นมีการลดลงของค่าเฉลี่ยในการวัดแต่ละครั้งซึ่งพบว่ามีความแตกต่างกันตามช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผลการทดสอบลักษณะแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพบว่าระดับน้ำตาลในเลือด และ ค่า Systolic pressure ในช่วงเวลาการติดตามผลมีค่าเฉลี่ยลดลงเล็กน้อยโดยมีความเป็นไปได้ที่ค่าเฉลี่ยจะลดลงอีก

สำหรับค่า Diastolic pressure พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในช่วงการวัดระหว่างก่อนและหลังการทดลองเท่านั้น

ซึ่งจากผลการทดลองความเปลี่ยนแปลงของตัวแปรทางจิต พฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพตามช่วงระยะเวลา พบว่าเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 7 ที่ตั้งไว้บางส่วนในบางตัวแปร

**ตอนที่ 2.2** การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบแผนการทดลองแบบแฟคทอเรียล (Factorial Design) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 8

2.2.1 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตวิทยาเชิงบวก สุขภาวะครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพ จากการทดลองด้วยแบบแผนการทดลองแบบแฟคทอเรียล (Factorial Design) จำนวน 200 คนการวิเคราะห์ตอนนี้ผู้วิจัยได้นำ คะแนนเฉลี่ย จิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพ หลังทดลองด้วยแบบแผนการทดลองแบบแฟคทอเรียล (2 x 2 Factorial Design) ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มาหาค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานดังตาราง

**ตาราง 29** ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ จิตวิทยาเชิงบวก สุขภาวะครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคม (Factor B) ต่างกัน และ การเข้าร่วมโปรแกรม (Factor A) ที่แตกต่างกัน

ระดับการสนับสนุนทางสังคม (Factor B)	การเข้าร่วมโปรแกรม (Factor A)					
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
<b>คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ</b>						
ต่ำ (99 คน)	4.20	0.39	3.90	0.55	4.04	0.50
สูง (101คน)	4.19	0.46	3.53	0.60	3.87	0.62
รวม	4.19	0.43	3.72	0.60	3.96	0.57
<b>คะแนนเฉลี่ยจิตวิทยาเชิงบวก</b>						
ต่ำ (99 คน)	4.36	0.37	3.67	0.53	4.00	0.58
สูง (101คน)	4.19	0.46	3.44	0.64	3.83	0.67
รวม	4.27	0.43	3.56	0.59	3.91	0.63
<b>คะแนนเฉลี่ยสุขภาวะครอบครัว</b>						
ต่ำ (99 คน)	4.39	0.42	3.71	0.68	4.03	0.67
สูง (101คน)	4.20	0.46	3.19	0.70	3.72	0.77
รวม	4.29	0.45	3.46	0.74	3.88	0.74
<b>คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ</b>						
ต่ำ (99 คน)	4.59	0.39	4.23	0.69	4.03	0.85
สูง (101คน)	4.26	0.75	3.77	0.88	4.21	0.76
รวม	4.42	0.63	4.01	0.82	4.03	0.85

ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยตัวแปรทางจิต (จิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว) มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำและสูงมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพใกล้เคียงกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.20 และ 4.19 คะแนนตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำและสูง มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3.90 และ 3.53 คะแนนตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำและคะแนนสูง มีคะแนนเฉลี่ยจิตวิทยาเชิงบวก 4.36 และ 4.19 คะแนนตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำและสูง มีคะแนนเฉลี่ยจิตวิทยาเชิงบวก 3.67 และ 3.44 คะแนนตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำและคะแนนสูง มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะครอบครัว 4.39 และ 4.20 คะแนนตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำและสูง มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะครอบครัว 3.71 และ 3.19 คะแนนตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำและคะแนนสูง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ 4.59 และ 4.26 คะแนนตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำและสูง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ 4.23 และ 3.77 คะแนนตามลำดับ

2.2.2 การศึกษาคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จิตวิทยาเชิงบวก สุขภาวะครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่างกันที่ได้รับการจัดการกระทำที่ต่างกันในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยแบบแผนการทดลองแบบแฟคทอเรียล (Factorial Design) โดยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทาง (Two-way Analysis of Variance) เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่าง การเข้าร่วมโปรแกรม และระดับการสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อคะแนนเฉลี่ยของ จิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว และตัวแปรพฤติกรรม เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 8

ผู้วิจัยนำคะแนนเฉลี่ย จิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน ได้รับการจัดการกระทำที่ต่างกันในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยแบบแผนการทดลองแบบแฟคทอเรียล (Factorial Design) โดยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทาง (Two-way ANOVA) โดยนำเสนอผลวิเคราะห์ความแปรปรวนดังตาราง

**ตาราง 30** คะแนนเฉลี่ยจิตวิทยาเชิงบวกของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน ที่ได้รับการจัดการกระทำที่ต่างกันในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังสิ้นสุดการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F-test	p-value
รูปแบบการจัดกระทำ (A)	25.75	1.00	25.75	98.90	<0.01*
การสนับสนุนทางสังคม (B)	1.98	1.00	1.98	7.61	0.06*
ปฏิสัมพันธ์ (AXB)	0.05	1.00	0.05	0.18	0.68
ความคลาดเคลื่อน	51.03	196.00	0.26		
รวม	78.19	199.00			

\* p<.05 \*\* p<.01

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 30 พบว่า คะแนนเฉลี่ยคะแนนจิตวิทยาเชิงบวกของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูงและต่ำมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แต่ผลการศึกษาไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับโปรแกรมที่มีรูปแบบต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 8 แสดงว่ารูปแบบการจัดกระทำ (A) และระดับการสนับสนุนทางสังคม (B) ไม่ส่งผลร่วมกันต่อคะแนนเฉลี่ยจิตวิทยาเชิงบวก จึงทำการวิเคราะห์การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ต่อไปโดยเปรียบเทียบ 1) คะแนนเฉลี่ยจิตวิทยาเชิงบวกระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม 2) คะแนนเฉลี่ยจิตวิทยาเชิงบวกระหว่างกลุ่มที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูง

**ตาราง 31** คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน และได้รับการจัดการกระทำที่ต่างกันในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F-test	p-value
รูปแบบการจัดกระทำ (A)	11.528	1	11.528	44.751	<.001*
การสนับสนุนทางสังคม (B)	1.821	1	1.821	7.069	.008*
ปฏิสัมพันธ์ (AXB)	1.533	1	1.533	5.951	.016*
ความคลาดเคลื่อน	50.492	196	50.492		
รวม	65.036	199	65.036		

\* p<.05 \*\* p<.01

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 31 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูงและต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05 และยังพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับโปรแกรมที่มีรูปแบบต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 8 แสดงว่า ระดับการสนับสนุนทางสังคม และรูปแบบการจัดกระทำส่งผลร่วมกันต่อคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงทำการวิเคราะห์การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ต่อไปโดยเปรียบเทียบ 1) คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม 2) คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูง และ ต่ำ 3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างระดับการสนับสนุนทางสังคมกับโปรแกรมที่มีรูปแบบต่างกันดังแสดงในตาราง

**ตาราง 32** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยจิตวิทยาเชิงบวกระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมและการสนับสนุนทางสังคมต่ำและสูงโดยใช้วิธีของ Bonferroni

ปัจจัย(factor)	$\bar{x}$	SD	MD <sup>a</sup> (I-J)	SD	p-value
<b>รูปแบบการจัดกระทำ (A)</b>					
ทดลอง (I)	4.27	0.05	0.72*	0.07	<.001*
ควบคุม (J)	3.55	0.05			
<b>การสนับสนุนทางสังคม (B)</b>					
ต่ำ (I)	4.01	0.05	0.20*	0.07	.006*
สูง (J)	3.81	0.05			

\* p<.05 \*\* p<.01 , a = Mean Difference

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 32 พบว่าคะแนนเฉลี่ยจิตวิทยาเชิงบวกของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยจิตวิทยาเชิงบวก สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

**ตาราง 33** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมและการสนับสนุนทางสังคมต่ำและสูงโดยใช้วิธีของ Bonferroni

ปัจจัย(factor)	$\bar{x}$	SD	MD <sup>a</sup> (I-J)	SD	p-value
<b>รูปแบบการจัดกระทำ (A)</b>					
ทดลอง (I)	4.19	0.05	0.48*	0.07	<.001*
ควบคุม (J)	3.71	0.05			
<b>การสนับสนุนทางสังคม (B)</b>					
ต่ำ (I)	4.05	0.05	0.19*	0.07	.008*
สูง (J)	3.86	0.05			

\* p<.05 \*\* p<.01 , a = Mean Difference

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

**ตาราง 34** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่แสดงผลต่างของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างระดับการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีของ Bonferroni

รูปแบบการจัดกระทำ (A)	การสนับสนุนทางสังคม (B)				MD <sup>a</sup> (I-J)	SD	p-value
	ต่ำ (I)		สูง (J)				
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
ทดลอง	4.20	0.74	4.19	0.70	0.16	.102	.877
ควบคุม	3.90	0.70	3.53	0.73	0.37*	.102	<.001*

\* p<.05 \*\* p<.01 , a = Mean Difference

ผลการวิเคราะห์ตาราง 34 พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม และการสนับสนุนทางสังคม โดยพบว่ากลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ เมื่อได้รับรูปแบบการจัดกระทำ (A) ในรูปแบบการให้สุขศึกษา (Health education) จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะทำให้มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง ส่วนในกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดกระทำเข้าร่วมโปรแกรม สร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ

**ตาราง 35** คะแนนเฉลี่ยสุขภาวะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน และได้รับการจัดกระทำที่ต่างกันในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังสิ้นสุดการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F-test	p-value
รูปแบบการจัดกระทำ (A)	9.03	1.00	9.03	18.09**	<.001
การสนับสนุนทางสังคม (B)	7.52	1.00	7.52	15.06**	<.001
ปฏิสัมพันธ์ (AXB)	0.22	1.00	0.22	0.44	.507
ความคลาดเคลื่อน	97.79	196.00	0.50		
รวม	113.79	199.00			

\* p<.05 \*\* p<.01

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 35 พบว่า คะแนนเฉลี่ยสุขภาวะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูงและต่ำมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05 แต่ผลการศึกษาไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับโปรแกรมที่มีรูปแบบต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แสดงว่า ระดับการสนับสนุนทางสังคม และโปรแกรมสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ส่งผลร่วมกันต่อคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะครอบครัว

**ตาราง 36** ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะครอบครัวระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมและการสนับสนุนทางสังคมต่ำและสูงโดยใช้วิธีของ Bonferroni

ปัจจัย(factor)	$\bar{x}$	SD	MD <sup>a</sup> (I-J)	SD	p-value
รูปแบบการจัดกระทำ (A)					
ทดลอง (I)	4.43	0.07	0.43*	0.10	<.001*
ควบคุม (J)	4.00	0.07			

การสนับสนุนทางสังคม (B)					
ต่ำ (I)	4.41	0.07	0.39*	0.10	<.001*
สูง (J)	4.02	0.07			

\* p<.05 \*\* p<.01 , a = Mean Difference

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 36 พบว่า คะแนนเฉลี่ยสุขภาวะครอบครัวของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และพบว่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

**ตาราง 37** คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน ที่ได้รับการจัดการกระทำที่ต่างกันในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังสิ้นสุดการอบรม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F-test	p-value
รูปแบบการจัดการกระทำ (A)	35.71	1.00	35.71	105.40	<.001*
การสนับสนุนทางสังคม (B)	6.28	1.00	6.28	18.53	<.001*
ปฏิสัมพันธ์ (AXB)	1.27	1.00	1.27	3.73	.055
ความคลาดเคลื่อน	66.40	196.00	0.34		
รวม	108.39	199.00			

\* p<.05 \*\* p<.01

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 37 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูงและต่ำมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05 แต่ผลการศึกษาไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับโปรแกรมที่มีรูปแบบต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แสดงว่า ระดับการสนับสนุนทางสังคม และโปรแกรมสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ส่งผลร่วมกันต่อคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ

**ตาราง 38** ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมและการสนับสนุนทางสังคมต่ำและสูงโดยใช้วิธีของ Bonferroni

ปัจจัย(factor)	$\bar{x}$	SD	MD <sup>a</sup> (I-J)	SD	p-value
<b>รูปแบบการจัดการกระทำ (A)</b>					
ทดลอง (I)	4.30	0.06	0.85*	0.08	<.001*
ควบคุม (J)	3.45	0.06			
<b>การสนับสนุนทางสังคม (B)</b>					
ต่ำ (I)	4.05	0.06	0.36*	0.08	<.001*
สูง (J)	3.70	0.06			

\* p<.05 \*\* p<.01 , a = Mean Difference

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัย เรื่อง “การประเมินและการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและสุขภาวะครอบครัว กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: การพัฒนาโมเดลเชิงสาเหตุทางวัฒนธรรมของพฤติกรรมสุขภาพ” ในครั้งนี้ เป็นการวิจัยผสมวิธีแบบสำรวจตามลำดับ (Mixed Methods, Exploratory Sequential Design) ตามแนวคิดของ เครสเวลล์ และพลาโน คลาก (Creswell & Plano Clark, 2011) ในการดำเนินการวิจัยได้แบ่งการศึกษาเป็นหลายระยะ (Multi-phase studies) ในระยะแรก เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษาในชุมชน (Case study) ระยะที่สอง เป็นงานวิจัยเชิงอธิบายด้วยสมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model) และระยะที่สามเป็นงานวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยกำหนดประชากรร่วมกันคือ คู่สมรสเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 35 -59 ปี มีบุตรอย่างน้อย 1 คนและอาศัยอยู่ร่วมกันอย่างน้อย 5 ปี โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อ 1) ทำความเข้าใจสถานการณ์และเงื่อนไขทางสุขภาพของครอบครัวกลุ่มเสี่ยงจากการลงพื้นที่ 2) พัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3) เปรียบเทียบรูปแบบเชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวของคู่สมรสที่เสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างคู่สมรสเพศหญิงกับเพศชาย และระหว่างชุมชนเมืองและชุมชนชนบท 4) สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ 5) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพของคู่สมรส ใช้สถิติที่ใช้ในการวิจัยโดยการวิเคราะห์เนื้อหา สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณในการทดสอบสมมติฐานขั้นพื้นฐานได้แก่ T-test และใช้สถิติขั้นสูงได้แก่ CFA, SEM และ ANOVA มีระยะเวลาในการดำเนินการ 2 ปี ตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1** ความเข้าใจสถานการณ์และเงื่อนไขทางสุขภาพของครอบครัวสุขภาพดี เพื่อค้นหาแนวทางการสร้างเครื่องมือวัดและออกแบบโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวและผลลัพธ์ทางสุขภาพของคู่สมรสกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วย 1) การสัมภาษณ์เชิงลึกคู่สมรสที่มีสุขภาพดี ไม่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 6 คู่ และ 2) ผลการสัมภาษณ์นำมาสู่การสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เชิงการเปลี่ยนแปลงและการปรับพฤติกรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวและผลลัพธ์ทางสุขภาพสำหรับคู่สมรสกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

**ระยะที่ 2** การพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างคู่สมรสเพศชายและเพศหญิง และระหว่างชุมชนในเขตเมืองและชนบทแนวชายแดน ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากคู่สมรสเพศชายและเพศหญิงที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 2,000 คนใน 10 จังหวัดที่มีชุมชนในเมืองและจังหวัดที่มีชุมชนในชนบทแนวชายแดน

**ระยะที่ 3** การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เชิงการเปลี่ยนแปลงและการปรับพฤติกรรมของคู่สมรสกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยการสังเคราะห์งานวิจัยแบบการวิเคราะห์ห่อภิมาณในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกในต่างประเทศจำนวน 30 เรื่อง เพื่อกำหนดแนวทางจัดกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวก และดำ



เนกาการวิจัยเชิงทดลองเพื่อทดสอบประสิทธิผลโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพ สำหรับคู่สมรสกลุ่มเสี่ยงทั้งเพศชายและหญิงรวม 100 คน ในกลุ่มทดลอง และ 100 คน ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการปกติจากโครงการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนของภาครัฐ

ในการศึกษาทั้ง 3 ระยะเวลามีความเกี่ยวเนื่องกันคือ จากข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 ด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา จะทำให้ทราบสถานการณ์สภาพที่เป็นจริงเพื่อนำมาสร้างเป็นสถานการณ์จำลองหรือใบงานเพื่อการฝึกทักษะต่างๆ ในโปรแกรมการสร้างเสริมฯ ในระยะที่ 3 และผลจากการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุในระยะที่ 2 ทำให้ทราบว่า มีชุมชนใดที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพและสุขภาวะของครอบครัวที่จำกัดควรได้รับการพัฒนาและมีปัจจัยใดที่มีอิทธิพลสูงต่อการมีสุขภาวะครอบครัวที่ดี เพื่อนำมาออกแบบกิจกรรมและโครงสร้างโปรแกรมเพื่อการสร้างเสริมที่นำไปสู่การมีสุขภาวะครอบครัวที่ดีสำหรับคู่สมรสทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable Diseases – NCDs) ในระยะที่ 3

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีการดำเนินการหลายระยะ (Multi-phase) สามารถแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1** ความเข้าใจสถานการณ์และเงื่อนไขทางสุขภาพของครอบครัวสุขภาพดี เพื่อค้นหาแนวทางการสร้างเครื่องมือวัดและออกแบบโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้วยการจัดการเรียนรู้เชิงการเปลี่ยนแปลงและการปรับพฤติกรรมของคู่สมรสกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ขั้นตอน 1 การศึกษาสถานการณ์ เงื่อนไขและแนวทางการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวก และพฤติกรรมที่มีสุขภาวะที่ดี ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกคู่สมรสที่มีสุขภาพดีไม่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อยจำนวน 6 คู่ หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

ขั้นตอน 2 การสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เชิงการเปลี่ยนแปลงและการปรับพฤติกรรมของคู่สมรสกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

**ระยะที่ 2** การพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างคู่สมรสเพศชายและเพศหญิง และระหว่างชุมชนในเขตเมืองและชนบทแนวชายแดน

ขั้นตอน 1 การสร้างและพัฒนาคุณภาพเครื่องมือวัดเชิงปริมาณทุกตัวแปรที่ศึกษาในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นตอน 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเพื่อสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดทุนทางจิตวิทยาและความรอบรู้ด้านสุขภาพและสุขภาวะครอบครัวที่มีคุณภาพสูง

ขั้นตอน 3 การวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มรวมและระหว่างกลุ่มคู่สมรสเพศชายและเพศหญิง และระหว่างกลุ่มคู่สมรสในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทแนวชายแดน

**ระยะที่ 3** การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อสุขภาวะที่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพของคู่สมรสกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ขั้นตอน 1 การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกในต่างประเทศด้วยการวิเคราะห์อภิमानเพื่อกำหนดแนวทางจัดกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวก

ขั้นตอน 2 การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เชิงการเปลี่ยนแปลงและการปรับพฤติกรรม สำหรับคู่สมรสกลุ่มเสี่ยงทั้งเพศ

ชายและหญิงรวม 100 คน ในกลุ่มทดลอง และ 100 คน ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการปกติจากโครงการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนของภาครัฐ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดที่ใช้ในกำหนดโครงสร้างหรือขั้นตอนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยโมเดลการจัดการเรียนรู้ทางการรู้คิด (Cognitive Learning) การปรับจิตเชิงบวก (Positive Psychology) และการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง (Self-health behavior modification) ที่ผู้วิจัยร่างขึ้น มี 3 แนวคิดหลักคือ 1) การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) ของ Mezirow (2003) ซึ่งได้พัฒนาแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงวิถีคิด และพฤติกรรมหรือการกระทำใหม่ เริ่มจากบุคคลรับรู้ปัญหา หรือความต้องการของตน ผ่านการคิดวิเคราะห์และประเมินค่า และการสื่อสารประสบการณ์เพื่อหาข้อสรุป ที่ทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจ (Making sense) และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง กรอบความคิดเดิมที่บิดเบือน (Hein, 2004) และด้วยเหตุผลที่ว่า การเรียนรู้ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเองอย่างลึกซึ้ง ผ่านประสบการณ์ตรงที่สร้างสำนึกใหม่และเปลี่ยนแปลงโลกทัศน์ก่อให้เกิดความเข้าใจในตนเอง เข้าใจสิ่งแวดล้อมและความสัมพันธ์ทางสังคม มีความตื่นรู้ มีความสมดุลของชีวิต มีทักษะในการค้นคว้า วิเคราะห์ สังเคราะห์สะท้อนย้อนคิด ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถจัดการตนเองเมื่อเป็นโรคเรื้อรัง เกิดจาก ความคิด ความเชื่อ การรับรู้เดิมๆ ที่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองสะท้อนออกมาเป็นพฤติกรรม 2) แนวคิดการปรับพฤติกรรม (Behavior Modification) ของ Bandura (1986) ที่กล่าวว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมของตนเอง เมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถ (Self-efficacy) มีการกำกับพฤติกรรมตนเอง (Self-regulation) และมีการกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) อย่างต่อเนื่องเมื่อเห็นผลดีของการกระทำตนเอง 3) การปรับกระบวนการทางจิตวิทยาเชิงบวกให้ครบ 4 คุณลักษณะ (Luthan, Youssef & Avolio, 2007) ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตน ความหวัง การมองโลกในแง่ดี และความยืดหยุ่นทางอารมณ์ รวมถึงแนวคิดเจตคติที่ดีต่อสุขภาพ

### สรุปผลการวิจัย

#### สรุปผลการวิจัยระยะที่ 1

การศึกษาวิจัยระยะนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา (Case Study) ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับคู่สมรสทั้งเพศชายและหญิงที่มีสุขภาพดีรักสุขภาพ มีอายุระหว่าง 40-59 ปี และมีบุตรอย่างน้อย 1 คน และมีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในชุมชนเดิมมากกว่า 10 ปี รวมจำนวน 6 คู่ หรือ 12 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตสุขภาพที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำสุด เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์และเงื่อนไขทางสุขภาพของครอบครัวที่มีสุขภาพดีในชุมชนเขตสุขภาพที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำว่าเป็นอย่างไร ดังนั้นจึงต้องใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ต้องอาศัยการศึกษาที่ต้องเข้าถึงในเชิงลึก เพื่อการศึกษาถึงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ การใช้ชีวิตประจำวัน วิถีชีวิตของคนในชุมชน สถานการณ์และเงื่อนไขส่วนบุคคลและเงื่อนไขทางสังคมที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัว โดยข้อมูลทั้งหมดได้รับการสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลโดยตรง สรุปผลการสัมภาษณ์ พบว่า

#### 1. สถานการณ์ด้านสุขภาพและแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพของชุมชน

**คนในชุมชนมีสุขภาพดี** จากการให้การสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านสุขภาพของชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่คนในชุมชนมีสุขภาพดี ไม่เจ็บไข้ป่วย มีร่างกายแข็งแรง รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่ง่ายขึ้นและมีบริการทางการแพทย์ที่ดีขึ้น ทำให้มีโรคน้อยลง โดยเฉพาะในเขตจังหวัดยะลา มีสภาพอากาศที่ดี ที่ส่งผลให้คนในพื้นที่มีสุขภาพจิตดี และสามารถออกกำลังกาย ทำให้มีร่างกายแข็งแรง

**แหล่งข่าวสารสุขภาพในชุมชน** จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า คนในชุมชนรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพจากแหล่งข่าวที่หลากหลายได้แก่ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2) โซเชียลมีเดีย 3) การบอกต่อ 4) การบอกต่อจากคนใกล้ชิด 5) การรับฟังการบรรยายทางศาสนาในชุมชน 6) การเข้ารับการอบรม 7) หอกระจายข่าวในชุมชน และ 8) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.)

**สถานการณ์การเจ็บป่วย** ที่สำคัญของคนในชุมชนส่วนใหญ่นั้นมีหลายลักษณะ ได้แก่ 1) โรคชรา 2) โรคเบาหวาน/ความดัน 3) โรคมะเร็ง และ 4) อุบัติเหตุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุมีภูมิคุ้มกันต่ำลง จึงเจ็บป่วยหลายโรค ลักษณะหนึ่งที่ทำให้คนในชุมชนเจ็บป่วย

**สาเหตุของการเจ็บป่วย** จากการศึกษาพบว่า สาเหตุที่ทำให้คนในชุมชนเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆมาจากหลายสาเหตุ ได้แก่ 1) การไม่ระวังในการรับประทานอาหาร 2) โรคชรา 3) สภาพแวดล้อมในชุมชนที่ไม่ดี 4) การไม่เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และ 5) การไม่ออกกำลังกาย

## 2. สถานะทางสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว และวิธีการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัวในขณะที่สุขภาพดีและเจ็บป่วย

**สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพดี** จากการให้การสัมภาษณ์พบว่า สมาชิกในครอบครัวทุกคนมีสุขภาพที่ดี ร่างกายแข็งแรง ปลอดภัยจากโรคภัย แต่เมื่อเจ็บป่วยก็เพียงเล็กน้อย สามารถดูแลรักษาตนเองได้ในครอบครัว เช่น โรคไข้หวัด ไอ จาม เป็นต้น เนื่องจากมีการดูแลสุขภาพที่ดีในครอบครัว ทั้งการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ

**วิธีการดูแลสุขภาพปกติ** จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักและสมาชิกในครอบครัวมีการดูแลสุขภาพอยู่เสมอ ทั้งนี้เพื่อป้องกันตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้ปลอดภัยไข้เจ็บ มีสุขภาพทางกายและใจที่แข็งแรงในการดำเนินชีวิต โดยพบว่า ส่วนใหญ่มีวิธีการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป คือ 1) การระวังอาหารการกิน 2) การออกกำลังกาย และ 3) การดูแลสุขภาพจิตให้ดี

## 3. การให้ความหมายและความเข้าใจในเรื่องของสุขภาพครอบครัวที่ดีและวิธีการสร้างสุขภาพที่ดีในครอบครัว

**ความหมายของสุขภาพครอบครัวที่ดี** จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักมีการให้คำนิยามความหมายของสุขภาพครอบครัวที่ดีตามความเข้าใจของตนเอง คือ การที่ตนเองและสมาชิกในครอบครัวมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ โดยมีสุขภาพกายที่แข็งแรง ปลอดภัยจากโรค การเจ็บป่วยต่างๆ และการมีสุขภาพจิตที่ดี การคิดดี มองโลกในแง่ดี รวมทั้งการดูแลเอาใจใส่กันระหว่างสมาชิกในครอบครัว สิ่งเหล่านี้จะทำให้ครอบครัวมีสุขภาพที่ดี

**ลักษณะของสุขภาพครอบครัวที่ดี** จากการให้ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวกับลักษณะสำคัญของสุขภาพครอบครัวที่ดี ตามความเข้าใจของผู้ให้ข้อมูลหลักพบว่า ลักษณะที่สำคัญ ได้แก่ 1) มีร่างกายแข็งแรง/ปลอดภัย 2) มีจิตใจที่ดี 3) มีอารมณ์ที่ดี และ 4) มีการมองเชิงบวก

**การสร้างสุขภาพที่ดี** จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่มีวิธีการในการสร้างสุขภาพครอบครัวที่ดีให้เกิดขึ้นกับตนเองและสมาชิกในครอบครัวได้ในลักษณะเดียวกัน คือ 1) ทานอาหารที่มีประโยชน์ 2) การนำหลักศาสนามาใช้ในชีวิต 3) การออกกำลังกาย และ 4) การพักผ่อนให้เพียงพอ

**วิธีการส่งเสริมสุขภาพที่ดี** จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักมีวิธีการส่งเสริมให้ตนเองและสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพที่ดี ด้วยกันหลายวิธี ได้แก่ 1) การทานอาหารที่มีประโยชน์ 2) การออกกำลังกาย 3) การพักผ่อน 4) การตรวจสุขภาพ 5) การจัดการความเครียด และ 6) การพักผ่อนให้เพียงพอ

## 4. แหล่งสนับสนุนในชุมชนและครอบครัวที่ทำให้ตนเองและครอบครัวมีสุขภาพดี

นอกจากผู้ให้ข้อมูลหลักและสมาชิกในครอบครัวสามารถมีสุขภาพที่ดีด้วยการปฏิบัติด้วยตัวเองแล้ว ยังมีแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่ทำให้ตนเองและครอบครัวมีสุขภาพดี จากแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ

ได้แก่ 1) แบบอย่างจากคนในครอบครัว 2) หลักคำสอนทางศาสนา 3) การที่คนในชุมชนชอบทานผัก และ 4) การมีพื้นที่ในการออกกำลังกาย

### 5. รูปแบบของความคิดที่ส่งผลให้มีสุขภาพดีและมีสภาวะครอบครัวที่ดี

สิ่งที่ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลหลักและสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพดีและมีสภาวะครอบครัวที่ดี เกิดจากการที่มีรูปแบบทางความคิดที่ดี ได้แก่ 1) ความเชื่อในคำสอนของศาสนา 2) การมีความหวังในการมีชีวิตที่ดี 3) การเชื่อมั่นในตนเอง 4) การมองโลกในแง่ดี และ 5) การมีกำลังใจในการเผชิญปัญหา ซึ่งแต่ละรูปแบบของความคิดที่ส่งผลให้มีสุขภาพและสภาวะครอบครัวที่ดี

### 6. ประสบการณ์ทางบวกและลบที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า ประสบการณ์ที่ผ่านมาของชีวิตทั้งประสบการณ์ทางบวกและประสบการณ์ทางลบ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ให้ข้อมูลหลักและสมาชิกในครอบครัว ในการดำเนินชีวิตที่จะทำอะไรไม่ให้เกิดสิ่งที่ไม่ดีขึ้นต่อสุขภาพของครอบครัว และทำอะไรให้ครอบครัวมีสุขภาพที่ดีและดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่า ประสบการณ์ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ คือ 1) ประสบการณ์การเจ็บป่วยจากคนใกล้ชิด และ 2) การประสบความสำเร็จในการออกกำลังกาย

### 7. วิธีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของตนเองและครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูลหลักและสมาชิกในครอบครัวมีการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ และทันต่อสถานการณ์เกี่ยวกับสุขภาพ ด้วยวิธีการส่งเสริม คือ 1) การเข้าถึงสื่อโซเชียลมีเดีย และ 2) การบอกต่อจากบุคคลใกล้ชิด

### 8. วิธีการนำข้อมูลทางด้านสุขภาพมาใช้ในการปฏิบัติตัว

เนื่องจากปัจจุบันการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ สามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว และเข้าถึงข้อมูลได้หลากหลายช่องทาง และมีข่าวสารสุขภาพที่เชื่อถือได้และเชื่อถือไม่ได้ ดังนั้นก่อนที่จะนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมาใช้ในการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ผู้ให้ข้อมูลหลักได้เสนอวิธีการนำข้อมูลมาใช้ด้วยวิธีเหล่านี้ คือ 1) การรู้จักแยกแยะ 2) การสอบถามจากคนใกล้ชิด และ 3) การหาข้อมูลเพิ่มเติม

## สรุปผลการวิจัยระยะที่ 2

เป็นการพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างคู่สมรสเพศชายและเพศหญิง และระหว่างชุมชนในเขตเมืองและชนบทแนวชายแดน ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากคู่สมรสเพศชายและเพศหญิงที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 2,000 คนใน 10 จังหวัดที่มีชุมชนในเมืองและจังหวัดที่มีชุมชนในชนบทแนวชายแดน

1) แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดจำนวน 2000 คน โดยเป็นคู่สมรสเพศชาย จำนวน 1000 คน เพศหญิงจำนวน 1000 คน และเป็นประชากรในชุมชนเมืองจำนวน 1000 คน และชุมชนชนบทจำนวน 1000 คน เท่ากัน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 35-40 ปี ร้อยละ 24.0 รองลงมาอายุ 51-55 ปี ร้อยละ 21.4 และมีช่วงอายุ 46-50 ปี ร้อยละ 20.1 มีระดับการศึกษาสูงสุด เป็นชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 54.5 มัธยมศึกษาตอนปลาย /ปวช. ร้อยละ 14.0 และ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 13.8 และกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะการทำงานหลักที่ทำอยู่ในชีวิตประจำวัน เป็นเกษตรกร เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน เป็นต้น มากที่สุด ร้อยละ 33.8 รองลงมา กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาชีพ/เป็นแม่บ้าน/ทำงานบ้าน/รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 24.6 และทำการค้าขาย/ทำธุรกิจ ร้อยละ 22.1 เมื่อพิจารณาถึงชีวิตคู่สมรส พบว่า มีระยะเวลาสมรสส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 21-25 ปี ร้อยละ 18.7 ช่วง 26-30 ปี ร้อยละ 17.4 ปี และมีระยะเวลาสมรสมากกว่า 30 ปี ร้อยละ 17.0 และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ด้วยกันตลอด ร้อยละ 81.6 อยู่ด้วยกันบ้างไม่อยู่บ้าง ร้อยละ 10.3 และแยกกันอยู่ร้อยละ 8.0 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 81.3 และมีโรคประจำตัวอยู่ร้อยละ

ละ 18.7 โดยเมื่อสอบถามถึงภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ออก/แทบไม่ออก กำลังกายถึงร้อยละ 39.3 มีรูปร่างท้วมหรืออ้วน ร้อยละ 36.3 และ กินอาหารรสหวาน/มัน/เค็มจัด ร้อยละ 28.0

2) ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 58.5 แสดงว่า เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องบ้าง และอยู่ในระดับดีมากเพียงร้อยละ 26.0 ซึ่งหมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตน ได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ ส่วนผลการวิเคราะห์ระดับสุขภาวะครอบครัว พบว่า ภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับสุขภาวะครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 61.0 แสดงว่า เป็นผู้ที่มีระดับสุขภาวะครอบครัวที่ดีและสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข พร้อมทำกิจกรรมสาธารณประโยชน์ต่อสังคมได้อย่างดี และอยู่ในระดับพอใช้ได้ ร้อยละ 32.6 ซึ่งหมายถึง เป็นผู้ที่มีระดับสุขภาวะครอบครัวที่ดีพอที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

### 3) การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัย

3.1 เป็นไปตามตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ที่ว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคม วัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มรวมมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยเริ่มต้นพิจารณาจาก

ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพและสุขภาวะครอบครัวระหว่างคู่สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบทในจังหวัดที่ติดกับแนวชายแดนไทย พบว่า เมื่อพิจารณาในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของคู่สมรสไม่แตกต่างกันระหว่างคู่สมรสชุมชนเมืองกับชุมชนชนบทที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ( $t=1.675$  ,  $p=0.094$ ) แต่เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบพบว่า ในองค์ประกอบการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ และองค์ประกอบการติดต่อสื่อสาร มีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน แต่พบความแตกต่างกันในองค์ประกอบ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยคู่สมรสในชุมชนเมืองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าคู่สมรสในชุมชนชนบท และในองค์ประกอบการจัดการสุขภาพตนเอง คู่สมรสในชุมชนเมืองจะมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าคู่สมรสในชุมชนเมืองที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของสุขภาวะครอบครัวระหว่างคู่สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบท พบว่า เมื่อพิจารณาในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะครอบครัวไม่แตกต่างกันระหว่างคู่สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบทที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ( $t=0.620$  ,  $p=0.535$ ) แต่เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบพบว่า ในองค์ประกอบภาวะทางสุขภาพของสมาชิกครอบครัว และองค์ประกอบความยืดหยุ่นคุณธรรมของครอบครัว มีค่าเฉลี่ยความสุขภาพครอบครัวไม่แตกต่างกัน แต่พบความแตกต่างกันในองค์ประกอบ สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว โดยคู่สมรสในชุมชนเมืองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าชุมชนชนบทที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มรวมมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ปรับแก้มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และการประมาณค่าขนาดอิทธิพลในรูปแบบที่ศึกษานี้อยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ทุกค่า ( $\chi^2 = 228.57$  ,  $df = 67$  ,  $p\text{-value} = 0.00$  ,  $\chi^2/df = 3.411$  ,  $RMSEA = 0.035$  ,  $SRMR = 0.025$  ,  $GFI = 0.99$  ,  $NNFI = 0.99$  และ  $AGFI = 0.97$ ) โดยปัจจัยทั้งหมดได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม บรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรม ทุนทางจิตวิทยา เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพและสุขภาวะครอบครัวได้ร้อยละ 70 และ 50 ตามลำดับ

**จึงสรุปได้ว่า** จากสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 “รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มรวมมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและสุขภาวะครอบครัวในชุมชนเมืองและชนบทในจังหวัดที่ติดกับแนวชายแดนไทยอยู่ในระดับที่ไม่แตกต่างกัน” ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานข้อที่ 1

3.2 เป็นไปตามตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 บางส่วน ที่ว่า รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพไม่แปรเปลี่ยนระหว่างคู่สมรสเพศชายกับคู่สมรสเพศหญิง และคู่สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบท

โดยพิจารณาจาก การเปรียบเทียบขนาดอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมของปัจจัยสาเหตุด้านทุนทางจิตวิทยา และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะครอบครัวของกลุ่มคู่สมรสเพศหญิงกับกลุ่มคู่สมรสเพศชายว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ และ เปรียบเทียบในกลุ่มในชุมชนเมืองและชุมชนชนบทในจังหวัดที่ติดกับแนวชายแดนไทยว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า เมื่อทดสอบระหว่างกลุ่มคู่สมรสเพศชายและคู่สมรสเพศหญิง รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุไม่มีความแปรเปลี่ยนของค่าพารามิเตอร์ที่ทดสอบ นั่นคือ ขนาดอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมของปัจจัยเชิงสาเหตุจึงไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มคู่สมรสเพศชายและคู่สมรสเพศหญิง แต่เมื่อทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างคู่สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบท พบว่า มีความแปรเปลี่ยนของค่าพารามิเตอร์ที่ทดสอบบางตัว กล่าวคือ ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลขององค์ประกอบตัวแปรแฝงมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม และมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของตัวแปรแฝงนอกและตัวแปรแฝงในที่มีต่อตัวแปรผลลัพธ์แตกต่างกันระหว่างกลุ่มบางตัวแปร ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 2 บางส่วน

3.3 เป็นไปตามตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 บางส่วน ที่ว่า “ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างคู่สมรสเพศชายกับคู่สมรสเพศหญิงไม่แตกต่างกัน”

ผลการทดสอบพบว่า ตัวแปรแฝงที่พบค่าเฉลี่ยแตกต่างกันระหว่างกลุ่มคู่สมรสเพศหญิงและกลุ่มคู่สมรสเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ตัวแปรเจตคติที่ดีต่อสุขภาพ โดยกลุ่มคู่สมรสเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มคู่สมรสเพศชาย ( $t\text{-value} = -2.08$ ) ส่วนตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม ทุนทางจิตวิทยา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาวะครอบครัวพบว่า ค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t\text{-value} = -1.90, -1.46, -0.82, -0.70, -0.75$  และ  $0.68$  ตามลำดับ) จึงยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 3 บางส่วน

3.4 เป็นไปตามตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 บางส่วน ที่ว่า “ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างคู่สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบทไม่แตกต่างกัน”

ผลการทดสอบพบว่า ตัวแปรแฝงที่พบค่าเฉลี่ยแตกต่างกันระหว่างกลุ่มคู่สมรสในชุมชนชนบทและกลุ่มคู่สมรสในชุมชนเมือง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเจตคติที่ดีต่อสุขภาพ โดยกลุ่มคู่สมรสที่อยู่ในชุมชนชนบท มีค่าเฉลี่ยมากกว่าคู่สมรสที่อยู่ในชุมชนเมือง ( $t\text{-value} = 5.64, t\text{-value} = 3.34$ ) ส่วนตัวแปร สุขภาวะครอบครัว กลุ่มคู่สมรสที่อยู่ในชุมชนเมืองจะมีค่าเฉลี่ยมากกว่าคู่สมรสที่อยู่ในชุมชนชนบท ( $t\text{-value} = -2.93$ ) ส่วนตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม ทุนทางจิตวิทยา และพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t\text{-value} = -0.01, -0.67, 0.17$  และ  $1.03$  ตามลำดับ) จึงยอมรับสมมติฐานการวิจัยที่ 4 บางส่วน

### สรุปผลการวิจัยระยะที่ 3

จากผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการส่งเสริมจิตวิทยาเชิงบวกจากรายงานการวิจัยที่เผยแพร่ในฐานสากล ด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณพบว่า โปรแกรมการส่งเสริมจิตวิทยาเชิงบวกในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่ ใช้โปรแกรมการพัฒนาพลังสติ (Mindfulness) รองลงมาเป็น การกำกับตนเอง (Self-regulation) และ การรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy) ตามลำดับ ในการควบคุมระดับน้ำตาล (Glycemic Control) ด้วยน้ำหนักรักษาสูง  $d = 2.143, 1.290$  และ  $1.167$  ตามลำดับ และจากผลการทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 200 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 100 คน และกลุ่มควบคุม 100 คน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (52.0%) อายุอยู่ในช่วง 51-59 ปี (46.0%) การศึกษาจบชั้นประถมศึกษา (57.5%) การอยู่อาศัยของคู่สมรสพบอาศัยอยู่ร่วมกัน (83.0%) ไม่พบโรคประจำตัว (43.0%) และภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่ามีปัจจัยเรื่องรูปร่างท้วมหรืออ้วน (46.0%) รองลงมาคือมีภาวะความดันโลหิตสูง (38.0%) ซึ่งลักษณะดังกล่าวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จึงนำมาสู่การวิเคราะห์ทดสอบสมมติฐานได้ผลดังนี้

1) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 5 ที่ว่า “ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว และผลลัพธ์ทางสุขภาพได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดดีกว่ากลุ่มควบคุม”

พบว่า ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว และผลลัพธ์ทางสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุม และในระยะติดตามอีก 1 เดือน กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว และผลลัพธ์ทางสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 6 ที่ว่า “ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว และผลลัพธ์ทางสุขภาพได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม”

พบว่า ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยตัวแปรทางจิตได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จิตวิทยาเชิงบวก สุขภาวะครอบครัว และ ตัวแปรด้านพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพมีความแตกต่างกันตามช่วงเวลา (ระยะก่อนการทดลอง ระยะภายหลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามอีก 1 เดือน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำพบว่า คะแนนเฉลี่ยตัวแปรผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยพบว่า ช่วงเวลาที่วัดหลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน มีอิทธิพลต่อค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายระดับน้ำตาลในเลือด Systolic pressure และ Diastolic pressure โดยมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 7 ที่ว่า “มีการเปลี่ยนแปลงของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว มีความแตกต่างกันตามกลุ่ม (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) และครั้งของการวัด (ระยะก่อนการทดลอง ระยะภายหลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตามอีก 1 เดือน) ”

พบว่า คะแนนเฉลี่ยตัวแปรทางจิตได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จิตวิทยาเชิงบวก สุขภาวะครอบครัว และ ตัวแปรด้านพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพมีความแตกต่างกันตามช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผลการทดสอบลักษณะแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยตัวแปรทางจิตได้แก่ จิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว และ ตัวแปรด้านพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มทดลองพบว่าการขึ้นลงของค่าเฉลี่ยแต่ละครั้งโดยค่าเฉลี่ยมีค่าเพิ่มขึ้นภายหลังการทดลอง แต่ในช่วงเวลาการติดตามผลพบว่า มีค่าเฉลี่ยลดลงเล็กน้อยโดยแนวโน้มในภาพรวมเป็นเส้นตรง

4) เป็นไปตามตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 8 บางส่วน ที่ว่า “มีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง การได้รับการสนับสนุน กับ รูปแบบโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและปรับพฤติกรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัว ที่มีต่อจิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ” พบว่า

4.1) คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูง และต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และยังพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับ โปรแกรมที่มีรูปแบบต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 **ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 8** แสดงว่า ระดับการสนับสนุนทางสังคม และรูปแบบการจัดกระทำส่งผลร่วมกันต่อคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ

4.2) คะแนนเฉลี่ยคะแนนจิตวิทยาเชิงบวกของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูงและต่ำมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แต่ผลการศึกษาไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับโปรแกรมที่มีรูปแบบต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 **จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 8** แสดงว่ารูปแบบการจัดกระทำ และระดับการสนับสนุนทางสังคม ไม่ส่งผลร่วมกันต่อคะแนนเฉลี่ยจิตวิทยาเชิงบวก

4.3) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูงและต่ำมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แต่ผลการศึกษา ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับโปรแกรมที่มีรูปแบบต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 **จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 8** แสดงว่า ระดับการสนับสนุนทางสังคม และโปรแกรมสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ส่งผลร่วมกันต่อคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ

4.4) คะแนนเฉลี่ยสุขภาวะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูงและต่ำมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แต่ผลการศึกษา ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับโปรแกรมที่มีรูปแบบต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 **จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 8** แสดงว่า ระดับการสนับสนุนทางสังคม และโปรแกรมสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ส่งผลร่วมกันต่อคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะครอบครัว

## การอภิปรายผล

จากผลวิจัยระยะที่ 1 ที่ได้จากผลการวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลจากการสัมภาษณ์คู่สามีภรรยา 6 คู่ที่มีสุขภาพดีและมีความสนใจในการแสวงหาความรู้และดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันทั้งครอบครัว ทั้งนี้จากผลการศึกษายังพบว่า คู่สมรสที่มีความแตกต่างทางสังคมนั้นไม่ส่งผลให้มีการดูแลสุขภาพที่ต่างกัน นักจิตวิทยาทางตะวันตกได้กล่าวว่า สุขภาพภายในครอบครัวของมักกำหนดให้ผู้ปกครองเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนภายในครอบครัวมากกว่า แต่อย่างไรก็ตามของครอบครัวคนไทยที่มีสุขภาพดีจากผลการสัมภาษณ์เกี่ยวกับสุขภาพของครอบครัว พบว่า คู่สมรสทั้งสามีและภรรยานั้นร่วมกันมีบทบาทและให้ความสำคัญกับสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว และในงานวิจัยนี้ให้การสัมภาษณ์ทั้งสองคน สามี และภรรยา จึงทำให้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จึงถูกรับรองยืนยันความถูกต้องมากขึ้น และเมื่อปัญหาที่ใกล้เคียงกัน ก็ถูกเล่าออกมาในมุมมองของการดูแลสุขภาพ และการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องในทิศทางเดียวกัน และจากสภาพปัญหาที่เกี่ยวกับการเพิ่มของโรค NCDs ของกลุ่มคนที่เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้ยากทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ จึงนำไปสู่ความล้มเหลวในการดูแลสุขภาพ เช่น ยังคงสูบบุหรี่ ดื่มสุราอย่างต่อเนื่อง และ



คนมักจะเข้าถึงบริการสุขภาพก็เมื่อมีการเจ็บป่วยแล้ว (Aekplakorn, 2015) นอกจากนี้ วัฒนธรรมการรับประทานอาหารของครอบครัวไทยมีความสำคัญกับบุตรหลานโดยผ่านการเลี้ยงดู การมีแบบอย่างจากผู้ปกครอง เช่น การรับประทานผักผลไม้ ประกอบอาหารรับประทานเอง ทั้งนี้แหล่งบริการข้อมูลด้านสุขภาพที่สำคัญของครอบครัวในชุมชนได้แก่ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2503 มีจำนวนมากที่ประชาชนได้รับบริการจาก อสม ถึงร้อยละ 90 (Fuller, 2011). เปรียบเสมือนโมเดลของหมอเท้าเปล่า (barefoot doctor models) ในชุมชนยังให้ความสำคัญกับผู้นำทางศาสนา ไม่ว่าจะเป็นพุทธ หรืออิสลามที่เน้นให้ประชาชนเห็นความจำเป็นในการงด อบายมุข เช่น สุรา การพนัน เป็นต้น และสนับสนุนทางจิตใจให้มีสุขภาพจิตที่ดี การทำสมาธิเพื่อช่วยให้การจัดการความเครียดได้ดี ซึ่งแนวทางการป้องกันโรค NCDs ที่ดีคือการควบคุมพฤติกรรม การออกกำลังกายและการนอน รวมถึงการความเชื่อ ความรู้สึกและความคิดในเชิงบวก เช่น ความผูกพันทางศาสนา มีจิตวิญญาณ มรณาการเผชิญปัญหาทางบวก มีอารมณ์และความเชื่อในทางบวก และในชุมชนมีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน (Weber & Pargament, 2014) ซึ่งสอดคล้องกับคุณลักษณะที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพที่ดี ได้แก่ การมีความหวัง มองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถของตน และมี ความหยิ่งตัว (hopefulness, optimism, self-efficacy, and resilience) (Bandura, 1997; Carver & Scheier, 2001; Emmons & McCullough, 2003; Luthans, Youssef, & Avolio, 2007; Macaskill & Denovan, 2014; Park, Peterson, & Seligman, 2004). ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มนี้มักจะสำเร็จได้ง่าย ประกอบกับชุมชนที่คู่สมรสอาศัยอยู่นั้นมีพื้นที่และอุปกรณ์ที่สนับสนุน การออกกำลังกาย การทำกิจกรรมผ่อนคลายร่วมกัน และประสบการณ์ตรงที่ดีของพ่อแม่ก็จะช่วยเป็นแรงจูงใจให้สมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญกับสุขภาพ ดังตัวอย่างของคู่สมรสที่ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ในผลวิจัยระยะที่ 1 ครั้งนี้

**จากผลการวิจัยในระยะที่ 2** พบว่าปัจจัยที่ศึกษาทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพครอบครัว ได้ร้อยละ 70 และ 50 ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดเชิงเหตุผลและทฤษฎีเชิงระบบที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และอีกหลายปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพ (Berkman et al. 2011) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และผลวิจัยครั้งนี้ เมื่อพิจารณาหน้าหนักและทิศทางของเส้นอิทธิพลในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเหตุ ยังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ และได้รับอิทธิพลทางตรงจาก การสนับสนุนทางสังคม ทุนทางจิตวิทยา และบรรทัดฐานทางสังคม ตามลำดับ นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเหตุของความรอบรู้ด้านสุขภาพในงานวิจัยนี้ระหว่างคู่สมรสเพศชายและหญิง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Schillinger et al. (2002) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน และการศึกษาของ Juul, Rowlands, and Maindal (2018) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงจูงใจ กับกิจกรรมทางกายและการรับประทานของผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งนี้ ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยกระบวนการที่เน้น การค้นหาข้อมูลที่ถูกต้อง ทักษะการเข้าถึงข้อมูล การใช้สื่อสังคมที่ปลอดภัย และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร (social media safely, and exchanging health information) สามารถเพิ่มพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเองได้ (Wolf et al., 2011) และยังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อการเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพในชุมชน (Intarakamhang & Kwanchuen, 2016) ทุนทางจิตวิทยา (Psychological capital) มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมและมีอิทธิพลทางอ้อมต่อ สุขภาวะครอบครัวด้วยค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.30 และ 0.16 ตามลำดับ จึงอธิบายได้ว่า ทุนทางจิตวิทยานั้นเป็นคุณลักษณะที่เข้มแข็งของบุคคลที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมได้โดยง่าย (Luthans, Youssef, & Avolio, 2007) ดังนั้น ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ซึ่งประกอบด้วย ความหวัง การรับรู้ความสามารถ การมองโลกแง่ดี และความหยิ่งตัวจะเป็นแรงขับให้บุคคลมีพฤติกรรมการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Selvaraj & Bhat

(2018) ที่พบว่า นักเรียนที่มีทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกสูง จะมีพฤติกรรมสุขภาพในทิศทางเชิงบวกด้วยเช่นกัน และผลวิจัยของ Hajek , Bock, & König (2017) ที่พบว่า ปัจจัยทางจิตวิทยามีความสัมพันธ์กับความตั้งใจมารับบริการสุขภาพปฐมภูมิ และผลวิจัยในระยะที่ 2 ครั้งนี้ยังพบว่า เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ และบรรทัดฐานทางสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีตามแผนของ Ajzen (1991) และผลวิจัยยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางตรงในระดับสูงต่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งพบผลเช่นเดียวกับการศึกษาของ Guo et al. (2018) ที่พบว่า สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งในระดับ พื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์และระดับวิจารณ์ญาณ ของนักเรียนมัธยมศึกษาจีน นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมยังเป็นตัวแปรที่สำคัญในการเพิ่มสถานะสุขภาพทางจิต (psychosocial health status) ของทหารอิหร่านเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ (Nosratabadi & Halvaiepour, 2016)

เมื่อพิจารณาเป็นไปตามตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 และ 4 เพื่อเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและทุนทางจิตวิทยาที่มีต่อสุขภาพครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างคู่สมรสเพศชายกับคู่สมรสเพศหญิงไม่แตกต่างกัน และผลการทดสอบพบว่า ตัวแปรแฝงที่พบค่าเฉลี่ยแตกต่างกันระหว่างกลุ่มคู่สมรสเพศหญิงและกลุ่มคู่สมรสเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เพียงตัวแปรเดียวคือ ตัวแปรเจตคติที่ดีต่อสุขภาพ โดยกลุ่มคู่สมรสเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มคู่สมรสเพศชาย (t-value= -2.08) ส่วนตัวแปรอื่นมีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรแฝงในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ระหว่างคู่สมรสในชุมชนเมืองกับชุมชนชนบท ผลการทดสอบพบว่า เพียงตัวแปรแฝง สุขภาวะครอบครัว ในกลุ่มคู่สมรสที่อยู่ในชุมชนเมืองจะมีค่าเฉลี่ยมากกว่าคู่สมรสที่อยู่ในชุมชนชนบท (t-value= -2.93) ส่วนตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม ทุนทางจิตวิทยา และพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับผลการสำรวจความชุกภาวะเมตาบอลิก (metabolic syndrome -MS) ของประชากรจีนวัยผู้ใหญ่ ในชุมชนชนบท เมืองและเขตเมือง ซึ่งพบว่า ชาวจีนในชุมชนชนบท มีระดับน้ำตาลและความดันโลหิตสูงกว่าประชากรจีนในชุมชนเมือง (Shaoyong Xu et al., 2014) และพบว่า ความเป็นสังคมเมืองใหม่ในจีนส่งผลให้มีการเร่งการพัฒนาบริการสุขภาพในพื้นที่ชนบทเป็นอย่างมาก ผลวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของระบบบริการด้านสุขภาพในชุมชนประเทศไทย ที่พบว่า การดูแลสุขภาพในชนบทนั้นได้รับการพัฒนามาเป็นอย่างดี ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจำเป็นต้องตระหนักถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการให้บริการสุขภาพทั้งเขตเมืองและชนบท ประกอบกับในท้องถิ่นมีการขยายตัวเริ่มมีลักษณะใกล้เคียงกับชุมชนในเขตเมือง โดยเฉพาะความชุกผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบได้ทั่วประเทศ แต่อาจจะมีปัจจัยเสี่ยงทางจิตและสังคมที่มีความแตกต่างกันบ้างตามบริบททางสังคมวัฒนธรรมของท้องถิ่น ที่อธิบายได้จากปัจจัยด้านวิถีชีวิตและการเปลี่ยนแปลงของประชากร และจากสถานการณ์ความชุกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้ใหญ่ไทยสูงขึ้น จึงจำเป็นต้องมีกลยุทธ์ หรือโปรแกรมการพัฒนาสุขภาพเพื่อแก้ไขความไม่เสมอภาคทั้งในเมืองและชนบท

**จากผลการวิจัยระยะที่ 3** ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาคูณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ

ผลการศึกษาพบว่า งานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่งานวิจัยมากที่สุด ได้แก่ 2015-2017 ซึ่งสัมพันธ์กับความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก เพื่อพัฒนาโปรแกรมและหารูปแบบที่เหมาะสมต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในรูปแบบต่างๆ จึงเป็นเหตุให้มีจำนวนงานวิจัยที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนผลลัพธ์ทางสุขภาพสามารถจำแนกออกเป็น 14 ผลลัพธ์ ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ถูกนำมาศึกษามากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) Glycemic control 2) BMI และ 3) Systolic Blood Pressure ซึ่งสัมพันธ์กับสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ การวิเคราะห์ทอภิมานครั้งนี้ได้ข้อค้นพบว่า ขนาดอิทธิพลโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวก

ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพส่วนใหญ่มีขนาดใหญ่ โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกมีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่ใช้แนวคิด Mindfulness, Self-Efficacy และ Self-Regulation ตามลำดับ ส่วนโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่ใช้แนวคิด Mindfulness มีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพมากที่สุด โดยมีการศึกษาและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง นักวิจัยได้ประยุกต์กรอบแนวคิดให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์การวิจัย ทำให้ได้โปรแกรมมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ค่าขนาดอิทธิพลของโปรแกรมที่ใช้แนวคิด Mindfulness เพื่อส่งเสริมการมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อกับค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ เนื่องจากการฝึกสติอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเข้าสู่สมาธิขั้นสูงที่ส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดการหลั่ง endorphin and serotonin ซึ่งนำไปสู่การตอบสนองของ norepinephrine และกระตุ้น parasympathetic response (Chiesa & Serretti, 2010) และลดปริมาณฮอร์โมนคอร์ติซอลที่เกี่ยวข้องกับความเครียด (Jennifer, 2012) ทำให้ช่วยบรรเทาอาการจากโรคเรื้อรังไม่ติดต่อกัน และทำให้ร่างกายและจิตใจทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Hilton et al., 2017) สอดคล้องกับ Farver-Vestergaard, Jacobsen, และ Zachariae (2015) ที่ทำการศึกษาระสิทธิภาพของ Psychosocial Interventions ที่มีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยด้วย Chronic Obstructive Pulmonary Disease ด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณจำนวน 20 เรื่อง พบว่า โปรแกรมที่ใช้แนวคิด Mindfulness (e.g. mindfulness-based therapy, yoga, and relaxation) มีประสิทธิภาพที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Casellas-Grau, Font, & Vives (2014) ที่ศึกษา ประสิทธิภาพของ positive psychology interventions ในผู้ป่วยโรคมะเร็งด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จำนวน 16 เรื่อง พบว่า โปรแกรม positive psychology interventions ที่ใช้แนวคิด Mindfulness มีการศึกษาเป็นส่วนใหญ่ และทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิต การมองโลกในแง่ดี มีความหวัง ร่องลงมา โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่ใช้แนวคิด Self-Efficacy มีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยได้รับการส่งเสริม Self-Efficacy ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น นำไปสู่การมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี (Bandura, 1997; Gancarczyk, Czekierda, & Luszczyńska, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของ Olander และคณะ (2013) ที่ศึกษาเทคนิคที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ จำนวน 61 เรื่อง พบว่า โปรแกรม Self-Efficacy มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลง physical activity behavior โดยมีขนาดอิทธิพลปานกลาง และสุดท้าย โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่ใช้แนวคิด Self-Regulation มีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก Self-Regulation เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งเป้าหมายสำหรับตนเองและคิดกลวิธีให้บรรลุเป้าหมายด้วยตนเอง โดยบุคคลจะเป็นผู้ควบคุมกระบวนการด้วยตนเอง (Sniehotta et al., 2005) ซึ่งสอดคล้องกับ Maes & Karoly (2005) ที่พบว่าจากการทบทวนวรรณกรรม 15 เรื่อง โปรแกรม Self-Regulation มีประสิทธิภาพต่อการจัดการอาการโรคเรื้อรัง (Chronic Illness Management) อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบที่ได้ทำให้ได้ข้อสรุปความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เชื่อถือได้ และสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นต่อไป ประกอบกับ งานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์เป็นงานวิจัยเชิงทดลองทั้งหมดและได้รับการตีพิมพ์ในวารสารการวิจัยระดับนานาชาติ เนื่องมาจากการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ได้กำหนดคุณสมบัติงานวิจัยที่จะนำมาวิเคราะห์ประการหนึ่งว่า ต้องเป็นงานวิจัยที่การศึกษาตัวแปรจัดกระทำ/โปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ และได้รับการตีพิมพ์ในวารสารการวิจัยระดับนานาชาติ ซึ่งนับได้ว่าเป็นงานวิจัยที่ดีและมีคุณภาพ แต่อาจทำให้วิทยานิพนธ์ ข้อมูลจากเอกสารบางอย่างไม่ได้ถูกคัดเลือกเข้ามา นำไปสู่การที่กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยและสูญเสียข้อมูลจากหน่วยตัวอย่างที่อาจเป็นประโยชน์ต่อการสรุปผลการสังเคราะห์ และอาจทำให้เกิดความลำเอียงในการคัดเลือกงานวิจัยได้

นอกจากนี้ในผลวิจัยระยะที่ 3 ตามวัตถุประสงค์ข้อสุดท้ายเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพของคู่สมรสเพศชายและหญิงในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า

คะแนนเฉลี่ยของ จิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพ มีความแปรเปลี่ยนตามช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผลการทดสอบลักษณะแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยตัวแปรทางจิตได้แก่ จิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาวะครอบครัว และ ตัวแปรด้านพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นเมื่อวัดหลังการทดลอง แต่ในช่วงเวลาการติดตามผลพบว่า มีค่าเฉลี่ยลดลงเล็กน้อยโดยแนวโน้มในภาพรวมเป็นเส้นตรงแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลให้ตัวแปรทางจิตและพฤติกรรม

ความคงทนของพฤติกรรม การดูแลตนเองทางกายภาพ พบว่าค่าดัชนีมวลกายระดับน้ำตาลในเลือด และ Systolic pressure ของกลุ่มทดลอง มีการขึ้นลงของค่าเฉลี่ยแต่ละครั้งโดยพบว่ามีค่าแตกต่างกันตามช่วงเวลา และมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของคะแนนค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายในช่วงเวลาการติดตามผลพบว่า มีค่าเฉลี่ยลดลงเล็กน้อยโดยแนวโน้มเป็นเส้นตรง ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลองระดับน้ำตาลในเลือด และ Systolic pressure นั้น มีการลดลงของค่าเฉลี่ยในการวัดแต่ละครั้งซึ่งพบว่า มีความแตกต่างกันตามช่วงเวลา และมีลักษณะแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือด และ ค่า Systolic pressure ในช่วงเวลาการติดตามผลมีค่าเฉลี่ยลดลงเล็กน้อยโดยมีความเป็นไปได้ที่ค่าเฉลี่ยจะลดลงอีก ส่วนค่า Diastolic pressure พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ในช่วงการวัดระหว่างก่อนและหลังการทดลองเท่านั้น แต่มีแนวโน้มที่จะมีค่าลดลงผลการศึกษานี้อธิบายเหตุผลได้ 2 ประเด็นดังนี้

1. ความแปรเปลี่ยนของคะแนนเฉลี่ยตัวแปรทางจิต ได้แก่ จิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสุขภาวะครอบครัว

ความแปรเปลี่ยนของคะแนนเฉลี่ยจิตวิทยาเชิงบวก และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากโปรแกรมในงานวิจัยนี้สร้างจากแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกที่เน้นการพัฒนากระบวนการทางจิต (ความคิด ความรู้สึก) ที่สนับสนุนให้บุคคลการแสดงออกในทางบวก การชื่นชมยินดี การให้คุณค่าของกันและกันเพื่อสนับสนุนให้เกิดการมองโลกในทางบวกของครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ ความหวัง การมองโลกในแง่ดี และความยืดหยุ่นร่วมไปถึงการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เน้นพัฒนาให้บุคคลผ่านกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่สนับสนุนให้เกิดกระบวนการคิดซึ่งเป็นทักษะทางปัญญา และกระบวนการสื่อสารโดยการสะท้อนคิดการประกอบกันทั้ง 3 แนวคิดนี้ ต้องการให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิต ได้แก่จิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งตัวแปรทั้ง 2 ได้ ถูกนำมาประกอบในโปรแกรม ทั้งนี้ในผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละช่วงเวลา พบว่าค่าเฉลี่ยตัวแปรทางจิตได้แก่ จิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มทดลอง มีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในช่วงหลังทดลอง และติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05นอกจากนี้ ผลการทดสอบลักษณะแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยตัวแปร ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จิตวิทยาเชิงบวก ในกลุ่มทดลองพบที่มีการขึ้นลงของค่าเฉลี่ยแต่ละครั้งโดยค่าเฉลี่ยมีค่าเพิ่มขึ้นภายหลังการทดลอง แต่ในช่วงเวลาการติดตามผลพบว่า มีค่าเฉลี่ยลดลงเล็กน้อยโดยแนวโน้มในภาพรวมเป็นเส้นตรงผลการเปลี่ยนแปลงของตัวแปร จิตวิทยาเชิงบวก และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการทดลองนี้สนับสนุนว่ากิจกรรมที่ได้ดำเนินการตามกระบวนการในโปรแกรมมีการดำเนินการตามวิธีการที่สอดคล้องกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Manipulation Check)

ความแปรเปลี่ยนของคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะครอบครัวในโปรแกรมของการศึกษาในครั้งนี้ดำเนินการกิจกรรมที่สนับสนุนให้คู่สมรสดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน เช่น การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ และกระบวนการสะท้อนคิด การดูคลิปตัวอย่างจากบุคคลที่น่าสนใจ และร่วมกันถ่ายทอบทละครที่คล้ายคลึงกับประสบการณ์เดิมที่มีบริบทของครอบครัวเข้ามาเกี่ยวข้อง มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่างสะท้อนผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัวและการมองโลกในแง่ดีในการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนกันในครอบครัวในการดูแลสุขภาพการมีกิจกรรมที่สร้างความหวังต่อการมีชีวิตที่สุขภาพทั้งครอบครัวการฝึก

ปฏิบัติจริง เช่น การสนับสนุนให้คู่สมรส ร่วมกันออกกำลังกาย การจัดการควบคุมน้ำหนักด้วยตนเอง กิจกรรมทั้งหมดนี้เป็นกิจกรรมที่เน้นการดูแลซึ่งกันและกันของคู่สมรส โดยใช้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกซึ่งเป็นแนวคิดส่งเสริมความเข้มแข็งให้เกิดความหย่อนตัวของบุคคลให้สามารถต่อต้านกับภาวะวิกฤติในชีวิตส่งผลให้ทำให้บุคคลสามารถเรียนรู้ การนำมาใช้ในการสร้างคุณภาพชีวิตของตน และครอบครัวได้ (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, 2002) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธของครอบครัวในชุมชนอาคารสูง เขตกรุงเทพมหานครของอัครนันท์ อริยศรีพงษ์และ กมลลาศ ภูวนาธิพงศ์(2561) ที่พบว่าตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบของจิตวิทยาเชิงบวกได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความหย่อนตัว ร่วมทำนายสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธได้ร้อยละ 64.00 นอกจากนี้ ผลการศึกษาของอังคินันท์ อินทรกำแหง และ ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล (2560) ที่ศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านจิตวิทยาเชิงบวก และบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของคู่สมรสในชุมชนเมืองระหว่างคู่สมรสเพศหญิงกับเพศชายโดยเก็บข้อมูลในคู่สมรสของชุมชนเมือง ที่พบว่า ตัวแปรจิตวิทยาเชิงบวกมีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะครอบครัวมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.48 ( $\beta = .48$ ) ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าการจิตวิทยาเชิงบวกเป็นปัจจัยสำคัญต่อการอยู่ร่วมกันของคู่สมรสที่จะนำพาให้ครอบครัวนั้นมีสุขภาวะในครอบครัวที่ดีได้

2. ความแปรเปลี่ยนของคะแนนตัวแปรทางพฤติกรรม และตัวแปรทางกายภาพ ได้แก่พฤติกรรมการดูแลตนเองดัชนีมวลกายระดับน้ำตาลในเลือดความดันโลหิต Systolic pressure และ Diastolic pressure โปรแกรมนี้สร้างจากแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงผลการวิจัยนี้อธิบายได้ 2 ประเด็นคือ

2.1 คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นหลังเข้าร่วมกิจกรรมโดยพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในช่วงหลังทดลอง และติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายว่ามีความสอดคล้องกับ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ โดยศึกษาพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่ม การรับประทานอาหารจำพวกผักผลไม้ ในกลุ่มผู้ใหญ่ตอนปลาย (Older Adults) โดยศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบไปข้างหน้า (Cohort Study) ในกลุ่มตัวอย่าง 3,241 คน ซึ่งพบว่า ORs >1.31, p-values < .005 (Bas, Sijmen, Carel & Andrea, 2016) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพแบบ 3 อในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นจังหวัดตรัง จำนวน 147 คน ของประไพพิศ สิงหสม, พอเพ็ญ ไกรนรา และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์ (2562) โดยพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .508, p < .001$ ) ทั้งนี้ Nutbeam (2008) อธิบายว่าการพัฒนาให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และ ระดับวิจารณ์ญาณสนับสนุนให้บุคคลเกิดการบริหารจัดการตนเองด้านสุขภาพ โดยโปรแกรมในการวิจัยนี้ ประกอบไปด้วยกิจกรรมที่เน้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์และระดับวิจารณ์ญาณ เช่น กิจกรรม “สื่อสารอย่างเข้าใจ ห่างไกลโรค” และ กิจกรรม “เข้าถึง เข้าใจ ห่างไกลโรค” ที่สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการสื่อสารกับผู้ให้บริการทางสุขภาพ และการพัฒนาทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และการวิเคราะห์ประเมินผลทางสุขภาพ ด้วยสถานการณ์สมมุติ และโจทย์ ที่ท้าทายการตัดสินใจที่ต้องผ่านกระบวนการทางปัญญา กิจกรรมดังกล่าวข้างต้นจึงเป็นล้วนแต่เป็นกิจกรรมที่องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นการยืนยันทั้งการศึกษาที่ผ่านมา และผลการวิจัยในครั้งนี้ว่า การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณสนับสนุนให้บุคคล และครอบครัว มีพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งสามารถยืนยันได้จาก การเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาล และความดันโลหิตที่พบว่าค่าเฉลี่ยของตัวแปรทางกายภาพทั้งสอง เมื่อวัดในระยะหลังการทดลอง มีระดับลดลง

2.2 ความเปลี่ยนแปลงของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปในทางที่มากขึ้น และไม่มีแนวโน้มว่าพฤติกรรมจะเป็นไปในทิศทางที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับตัวแปรทางกายภาพที่สนับสนุนว่าพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นและพบว่าคะแนนเฉลี่ยตัวแปรทางกายภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกายระดับน้ำตาลในเลือด และ Systolic pressure ของกลุ่มทดลอง มีการขึ้นลงของค่าเฉลี่ยแต่ละครั้งโดยพบว่า มีความแตกต่างกันตามช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผลการทดสอบลักษณะแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพบว่าคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกายในช่วงเวลาการติดตามผลพบว่า มีค่าเฉลี่ยลดลงเล็กน้อยโดยแนวโน้มเป็นเส้นตรง ส่วนระดับน้ำตาลในเลือด และ Systolic pressure ของกลุ่มทดลองนั้นมีการลดลงของค่าเฉลี่ยในการวัดแต่ละครั้งซึ่งพบว่ามีค่าแตกต่างกันตามช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผลการทดสอบลักษณะแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพบว่าระดับน้ำตาลในเลือด และ ค่า Systolic pressure ในช่วงเวลาการติดตามผลมีค่าเฉลี่ยลดลงเล็กน้อยโดยมีความเป็นไปได้ที่ค่าเฉลี่ยจะลดลงอีก สำหรับค่า Diastolic pressure พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษานี้อาจอธิบายว่าการใช้กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง สนับสนุนให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างถาวร ซึ่งอธิบายได้จากผลลัพธ์ของกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่มุ่งเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการบูรณาการสิ่งที่ตนเองได้เรียนรู้จนเป็นวิถีชีวิตใหม่ของตน (Reintegration) โดยเริ่มจากการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของมาซิโรว์ (Mezirow, 2003) ซึ่งประกอบไปด้วยกระบวนการเรียนรู้ 10 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 การให้กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังได้เผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่เป็นไปตามมุมมองเดิมของตน (Disorienting dilemma) ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง (Self-examination) ร่วมกับการสร้างจิตวิทยาเชิงบวก ขั้นที่ 4 การเปิดใจยอมรับการเปลี่ยนแปลง แลกเปลี่ยนกับผู้อื่น (Relating discontent to others) ขั้นที่ 5 การสำรวจค้นหาทางเลือกใหม่ (Explaining options of new behavior) ขั้นตอนที่ 6 การวางแผนการกระทำใหม่ (Planning a course of action) ขั้นตอนที่ 7 การหาความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติตามแผน (Knowledge to implement plans) ขั้นตอนที่ 8 การเริ่มทดลองทำตามบทบาทใหม่ในชีวิตจริง (Experimenting with new roles) ขั้นตอนที่ 9 การสร้างความสามารถความมั่นใจในบทบาท การกระทำ และความสัมพันธ์ใหม่ (Building confidence in new ways) และขั้นที่ 10 การบูรณาการจนเป็นวิถีชีวิตใหม่ของตน (Reintegration) ทั้งนี้ในกระบวนการเรียนรู้ทั้ง 10 ขั้นตอนนี้เป็นแนวคิดที่จะนำบุคคลไปสู่การเปลี่ยนวิถีคิด โดยใช้กระบวนการทางปัญญา จนนำไปสู่พฤติกรรมหรือการกระทำใหม่ ตัวอย่างของกิจกรรม ที่ใช้แนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง เช่น กิจกรรม “ปรับเปลี่ยนมุมมองด้วยจิตวิทยาเชิงบวก” ที่มีวัตถุประสงค์ให้ 1) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีประสบการณ์ เกี่ยวกับภาวะวิกฤติที่อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญในชีวิตอย่างรุนแรงจนเกิดความกังวล 2) สร้างให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสำรวจความไม่สอดคล้องกันระหว่างความคาดหวังของตนเองและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนจนทำให้เกิดความสับสนในความพฤติกรรมและความคาดหวังของตนเอง และ 3) เพื่อจูงใจผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะอยากเรียนรู้และปรับเปลี่ยนสุขภาพตนเองกิจกรรมนี้ เป็นกิจกรรมที่เริ่มต้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมพร้อมในการเรียนรู้ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Nitri and Stewart (2009) เป็นการเปลี่ยนแปลงความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (functional health literacy) ที่มีต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งงานวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาโปรแกรม ผู้วิจัยใช้แบบวัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพคือแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วย health literacy test for seniors (s-TOFHLA) ; Literacy assessment for diabetes (LAD) และ diabetes knowledge test (DKT) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานวัยสูงอายุ โดยการศึกษาเน้นที่การพัฒนาความรู้และทักษะของความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งโปรแกรมจะประกอบไปด้วยการให้ความรู้จากพยาบาลระดับเชี่ยวชาญ (practice nurse educator) โดยบรรยายภาคของการให้ความรู้จะการจัดการเรียนรู้โดยส่งเสริมผู้เรียนให้เกิดการอยากรู้อยากเห็น (foster curiosity) และการสะท้อน

คิด (Reflection) ในข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยมีเนื้อหาพื้นฐานคือ เบาหวานและความดันโลหิตสูงคือ อะไร การรับประทาน การออกกำลังกาย ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และการจัดการตนเองนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของอารยา เชียงของ (2561) ที่ทำการศึกษาดูแลตนเองโดยพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่ โดยผลการศึกษา ทั้งการศึกษา Nitri and Stewart (2009) และการศึกษาของ อารยา เชียงของ (2561) นั้นสนับสนุนว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม สุขภาพอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะการศึกษาของ อารยา เชียงของ (2561) วัดระดับน้ำตาลสะสมซึ่งพบว่าค่าระดับ น้ำตาลสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ที่ระดับ .05

ในการศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพและ ระดับการสนับสนุนทางสังคม จากผลการศึกษากลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการกระทำโดยเข้าร่วมโปรแกรม สร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้าน สุขภาพพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูง ( $p < .05$ ) ส่วนตัวแปรจิตวิทยาเชิงบวก สุขภาวะครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพไม่พบการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวก

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างโปรแกรมสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถอธิบายได้ ว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำนั้นส่วนใหญ่ พบว่า คู่สมรสไม่ได้ใช้แหล่งข้อมูลที่ได้มาจาก อินเทอร์เน็ต แต่ใช้แหล่งข้อมูลจากกลุ่มเพื่อน ส่วนเนื้อหาในโปรแกรมฯ นั้นมีการพัฒนาความรอบรู้ด้าน สุขภาพของคู่สมรสที่เน้นการฝึกค้นหาข้อมูลที่ได้มาจากอินเทอร์เน็ตจากหลายแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้และ เชื่อถือไม่ได้ ส่วนในกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงนั้นแหล่งข้อมูลที่คู่สมรสเข้าถึงส่วนใหญ่ได้มาจาก อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และแหล่งข้อมูลจากบุคคลอื่นๆ โดยในเนื้อหาของโปรแกรมไม่ได้เน้นการ วิเคราะห์และเปรียบเทียบแหล่งข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งของบุคคล จึงส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันในกลุ่มที่มีการสนับสนุนต่างกัน ผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับ อารยา เชียงของ (2561) ที่ศึกษาการพัฒนาความ รอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า ไม่พบปฏิสัมพันธ์ ระหว่างโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการศึกษาของออสบอร์นและคณะที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิด ที่ 2 ที่มาตรวจที่คลินิกโรงเรียนแพทย์ในแคลิฟอร์เนีย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่เป็นตัวแปร คั่นกลาง ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและภาวะซึมเศร้า โดยผลการศึกษาระดับสูงต่ำเป็นตัวแปร คั่นกลางระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและภาวะซึมเศร้า โดยผลการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมต่ำเป็นตัวแปร คั่นกลางระหว่างความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ และภาวะซึมเศร้าระดับสูง (Stewart; et al. 2014) แต่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Waldop-Valverde; et al. (2014) ได้ทำการศึกษาปัจจัยป้องกัน และปัจจัยเสี่ยง ในการดูแลตนเองอย่างยั่งยืนของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารักษาในคลินิกของสหรัฐอเมริกา พบว่าการสนับสนุนทาง สังคมไม่สามารถทำหน้าที่เป็นตัวแปรคั่นกลาง (Mediator) และตัวแปรปรับ (Moderate) ระหว่างความรอบ รู้ด้านสุขภาพและภาวะสุขภาพ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯเหมาะสมในการนำไปใช้พัฒนาพฤติกรรมจิตวิทยา เชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในทุกกลุ่มไม่จำกัดว่าจะต้องมีการสนับสนุนทางสังคมสูง หรือต่ำ ที่จะทำให้คะแนน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาวะครอบครัวและพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน

## ข้อเสนอแนะการวิจัย

### ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ

1. โปรแกรมได้สร้างขึ้นสำหรับผู้เข้าร่วมโปรแกรม ที่เป็นคู่สมรส ที่มีลักษณะความสัมพันธ์ที่ ไกล่ชิดกัน มีวิถีชีวิตที่คล้ายคลึง และใช้ชีวิตด้วยกัน ดังนั้นหากนำไปปรับใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ควรนำไปใช้

กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกัน และพักอาศัยด้วยกันเช่นกัน เช่น ญาติพี่น้องที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด บิดา- มารดา บุตร เป็นต้น

2. จากผลการศึกษาเชิงปริมาณพบว่า คู่สมรสเกิดความคงทนของพฤติกรรมการลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคคือ การควบคุมน้ำหนัก การลดรอบเอว ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการควบคุมระดับความดันโลหิตของวัยผู้ใหญ่ ผลการศึกษานี้ยืนยันว่าโปรแกรมสร้างเสริมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาวะครอบครัวของคู่สมรสกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนนั้นช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงฯ เพื่อลดปัจจัยในการเกิดโรคได้ ดังนั้นในสถานพยาบาลที่มีกลุ่มเสี่ยงฯ จึงควรพิจารณานำโปรแกรมนี้ไปใช้เพื่อลดปัจจัยในการเกิดโรค NCDs

3. สถาบันวิชาการสุขภาพควรมีการจัดทำฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้า หรือเผยแพร่ ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อสุขภาวะที่ดี

4. หน่วยงานสุขภาพควรมีการจัดทำคู่มือและแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพด้วยโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรค NCDs เพื่อประโยชน์ในการเลือกใช้โปรแกรมให้เหมาะสมกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรค NCDs ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

5. หากนำโปรแกรมไปใช้ ควรพิจารณาความสม่ำเสมอและความต่อเนื่องในการนำไปใช้ และควรมีการใช้เครื่องมือประเมินตัวแปรทั้งด้านจิตวิทยาและพฤติกรรมที่มีคุณภาพตามที่นำเสนอในงานวิจัยนี้ร่วมด้วย

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากข้อค้นพบระหว่างการดำเนินโปรแกรมพบว่า แหล่งข้อมูลสุขภาพที่สำคัญของกลุ่มตัวอย่างคือจากอาสาสมัครสาธารณสุข จึงเห็นได้ว่า หากจะผลิตข้อมูลสุขภาพที่มีคุณภาพและถูกต้อง จึงควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรส่งเสริมความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรค NCDs อย่างจริงจังให้แก่กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ให้มีประสิทธิภาพของการสื่อสารข้อมูลสู่กลุ่มประชาชนในชุมชน

2. การทำงานวิจัยเชิงทดลองควรแสดงค่าสถิติที่จำเป็นสำหรับการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล เพื่อประโยชน์สำหรับการสังเคราะห์งานวิจัยต่อไป

3. ควรมีการนำค่าระดับความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมาเป็นเกณฑ์หนึ่งในการคัดเลือกงานวิจัย ซึ่งเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะทำให้งานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์มีค่าความตรงภายในมากขึ้น และส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูลที่นำมาทำการวิเคราะห์ห่อภิมาณให้มากขึ้นด้วย

4. ควรมีการติดตามผลลัพธ์สุขภาพในระยะยาว และควรมีการพัฒนางานวิจัยเพื่อควบคุมโรค NCDs โดยศึกษาช่วงยาว (Longitudinal study) ติดตามพัฒนาการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

5. ตามที่พบผลเจตคติที่ดีต่อสุขภาพในกลุ่มคู่สมรสเพศหญิงต่ำ จึงควรมีการพัฒนาเจตคติที่ดีต่อสุขภาพควบคู่กับการฝึกทักษะด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มสตรีสมรสเพื่อการมีสุขภาวะที่ดีทั้งครอบครัว

### เอกสารอ้างอิง

กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.(2550). *สถิติสาธารณสุขประจำปี 2550*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย. (2553). *แผนยุทธศาสตร์ แก้ไขปัญหาโรคอ้วนคนไทย (คนไทยไร้พุง) กรมอนามัย พ.ศ. 2553 – 2556*. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.

กมลพรรณ สนศิริ. (2540). *การทำงานของสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมที่มีผลกระทบต่อสถาบันครอบครัว:กรณีศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก*. ปริญญาโทปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (ไทยคดีศึกษา). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.



- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกับสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (2557). *คู่มือประเมินความฉลาดทางสุขภาพของคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. (ABCDE-Health Literacy Scale of Thai Adults)*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษณ์ชลี เพียรทอง. (2547). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. ปรินญาณิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกศศิริ ปันธุระ. (2552). *วิถีชีวิตที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร*. รายงานการวิจัย. สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- คลังปัญญาไทย. (2552). *บทบาทหน้าที่ของครอบครัว*. สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2554 จาก <http://www.panyathai.or.th/>.
- งามตา วนินทานนท์. (2553). *ชุดงานวิจัยเพื่อสร้างดัชนีคุณภาพชีวิตครอบครัวไทย และการประยุกต์ใช้ผลวิจัย*. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 18(1), 17-40.
- จิตตินันท์ เตชะคุปต์. (2547). *สรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการศึกษาคอร์ปรัวลักษณะพิเศษ*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สุโขทัยธรรมมาธิราช.
- จักรกฤษ เลื่อนกสิณ. (2549). *ปัจจัยบางประการที่ส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัวของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนจุฬารามราชวิทยาลัย*. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (การวิจัยและสถิติทางการศึกษา) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จันทร์สุภาภี ไวยฤทธิ. (2556). *ปัจจัยจิตสังคมและการรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมจากคนรอบข้างที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรับผิดชอบของพนักงานขับรถเช่า ในกรุงเทพมหานคร*. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา*, 5(1), 87-101.
- ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์. (2543). *โมเดล LISREL เพื่อการวิจัย*. สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชาญวิทย์ โคธีรานุรักษ์. (2550). *อยู่อย่างไรให้มีความสุข อายุยืนยาวถึง 100 ปี*. *นิตยสาร health today*. สืบค้น เมื่อ 10 กรกฎาคม 2550 จาก [www.oknation.net/blog/print.php?id=151752](http://www.oknation.net/blog/print.php?id=151752).
- ชาย โพธิสิตา. (2552). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ชาญวิทย์ วสันต์ธนารัตน์. (2551). *happy workplace องค์กรแห่งความสุข*. กรุงเทพฯ: แผนงานสุขภาวะองค์กรภาคเอกชน สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- ณัฐวุฒิ อรินทร์ อรพิพันธ์ ชูชม ดุษฎี โยเหลา และ นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล. (2556). *การทำหน้าที่ตัวแปรคั่นกลางของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางจิตและพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดชายแดนใต้*. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 19(1), 99-117.
- ณัฐวุฒิ อรินทร์. (2555). *การศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุผลของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อสุขภาวะทางจิตและพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดชายแดนใต้*. ปรินญาณิพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เดชรัตน์ สุขกำเนิด. (2545). *การประเมินผลกระทบทางสุขภาพเพื่อการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ : แนวคิดแนวทาง และแนวปฏิบัติ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ดุจเดือน พันธุนาวัน. (2551). *โครงสร้างของการมีภูมิคุ้มกันตนเองทางจิต: การวิจัยและพัฒนาด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ*. *วารสารจิตพฤติกรรมศาสตร์*, 5(1), 49-77.

- ตลฤดี รพีนิพนธ์ (2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณธรรม จริยธรรม ของนักเรียนอาชีวศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ สังกัดกรมอาชีวศึกษาในจังหวัดพิษณุโลก. ปรินญาณิพนธ์ (ค.ม.) พิษณุโลก: สถาบันราชภัฏพิบูลสงคราม.
- เดือนจิตร แซ่จั้ง. (2551). *ประสบการณ์การจัดการตนเองของสตรีหม้ายสูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตดี*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ไตรรัตน์ ทองสัมฤทธิ์. (2548). *ปัจจัยเกี่ยวพันและสภาวะที่ผู้สูงอายุได้รับจากการเข้าร่วมทำงานอาสาสมัคร*. วิทยานิพนธ์ ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- ไทยโพสท์. (2554, 27 กรกฎาคม). กินข้าวพร้อมหน้าลดปัญหาครอบครัวได้. *ไทยโพสท์*.
- นฤมล ศรีเพชรศรีอุไร และ เดช เกตุฉ่ำ. (2554). *การพัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ระยะที่ 1)*. กรุงเทพฯ: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). *โมเดลลิสม์: สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย และสุวิมล ว่องวานิช. (2541). *การสังเคราะห์งานวิจัยทางการศึกษาด้วยการวิเคราะห์อภิमानและการวิเคราะห์เนื้อหา*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ และวรวรรณ ชันติชัยธร. (2553). โรคความดันโลหิตสูง: บทบาทพยาบาลกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 24(3)*, 85-100
- เนตรนภา กิจขยัน. (2544). *การจัดการภายในครอบครัวชนบทในภาวะเจ็บป่วยของสมาชิก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมวิทยาการพัฒน). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นำชัย ศุภฤกษ์ชัยสกุล. (2555). *การวิเคราะห์ข้อมูลพหุระดับ (Multilevel Analysis) ด้วยโปรแกรม HLM*. เอกสารประกอบคำบรรยาย.
- ประเวศ วะสี. (2540). *พุทธเกษตรกรรมกับคานติสุขของสังคมไทย*. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒปรีชาต เทพอารักษ์ และ อมราวรรณ ทิวถนอม. (2550). สภาวะของคนไทยจุดเริ่มต้นของความอยู่เย็นเป็นสุข. *วารสารเศรษฐกิจและสังคม, 12-17*.
- ปิ่นวดี ศรีสุพรรณ. (2547). *วาทกรรมทุนทางสังคม: กระบวนการสร้างแนวคิดและปฏิบัติการในบริบทการพัฒนาของไทย (พ.ศ.2540-2546)*. ปรินญาณิพนธ์สังคมวิทยามหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยา ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประไพพิศ สิงหเสม, พอเพ็ญ ไกรนรา และวรวรัตน์ ทิพย์รัตน์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์, 11(1)*, 37-51.
- ประเวศ วะสี. (2543). *สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์*. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- ผู้จัดการออนไลน์. (2555). 17 พฤษภาคม 2555 11: 44 น. *สธ.พบอัตราป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่ม 5 เท่า*. สืบค้นเมื่อ 27 ธันวาคม 2556 <http://www.manager.co.th/qol/viewnews.aspx?NewsID=955000060715>.
- พงษ์ศรีชัชวาล วิวังสุ, อาชญญา รัตนอุบล และ พรรณี บุญประกอบ (2556). การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองสำหรับการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา. *วารสารวิจัย มสค สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 9(2)*, 27-232.



- ปี 2551-2552. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.
- วิภาวัน ปัญญาเริน. (2552). ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทย ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา. สารนิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาพัฒนาการ).  
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วงศ์ภินันท์ วัฒนา. (2547). การศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวชนบทอีสาน. รายงานการวิจัย. คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วรรณภา ลำเจียกเทศ. (2534). แนวทางการพัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัวในทัศนะของสตรีที่สมรสแล้วศึกษาเฉพาะกรณีที่มาใช้บริการจากศูนย์วิจัยการวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลศิริราช. ปรียญานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต.  
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิวิมล คำนวล. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี ความสามารถในการเผชิญปัญหา และความสุข: กรณีศึกษาพนักงานบริษัทแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ (ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2553). สถานการณ์ครอบครัวไทยอย่าปล่อยให้เป็วิกฤติสังคม. แผ่นพับ.  
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวง.
- สตกมล แก้วมา. (2552). การเปรียบเทียบความหวังความผาสุกทางจิตวิญญาณและพฤติกรรมดูแลตนเองระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีกับไม่เปิดเผย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการศึกษา) เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สายสมร เฉลยกิตติ. (2554). การพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของพยาบาลวิชาชีพโดยการให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการ. ปรียญานิพนธ์ กศ.ด.(จิตวิทยาการศึกษา) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุชานันท์ คุณผล. (2553). แนวทางการพัฒนาสุขภาพทางกายของประชาชนในตำบลหนองกิงเพล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. รายงานการศึกษาอิสระ. ปรียญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุวรรณี คำมั่น และคณะ. (2551). ทุนทางสังคมกับการพัฒนาทุนมนุษย์. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สุพัตร์ พิบูลย์ และคณะ. (2552). การวิจัยและพัฒนางานวิชาการ (R&D). เอกสารประกอบการอบรมหลักสูตรการวิจัยและพัฒนางานวิชาการ (R&D) ในวันที่ 17-19 สิงหาคม 2552 ณ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุพัตรา ธารานุกุล. (2544). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ (กศ.ม.จิตวิทยาการศึกษา). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุพัตรา ธรรมวงษ์. (2544). ปัจจัยจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและการพลีชีพมนุษย์ชนในงานพยาบาลผู้ป่วยใน. ภาคนิพนธ์ ศศ.ม.(พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สุวิมล ต้นติเวส. (2545). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. วิทยานิพนธ์ พย.ม.(การพยาบาลผู้สูงอายุ). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สิทธิโชค วรานุสันติกุล. (2549). จิตวิทยาสังคม : ทฤษฎีและการประยุกต์ กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น.
- สิริพร วงษ์โทน. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาด้านบวกความผูกพันต่อองค์กรและผลการปฏิบัติงาน: กรณีศึกษาธนาคารพาณิชย์แห่งหนึ่ง. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุภัทสร ชุมพู่. (2550). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมและความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. ปรียญานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

- สุภาวดี ดิสโร. (2551). *ผลของกลุ่มจิตวิทยาพัฒนาตนและการศึกษาแนวพุทธต่อความสามารถในการฟื้นฟูพลังของนักศึกษา มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ศศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- สุรสิทธิ์ พรหมจันทร์. (2551). *การพัฒนาความรู้และทักษะการนวดไทยให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาอำเภอเรณูนครจังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม.(ยุทธศาสตร์การพัฒนา). สกลนคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.*
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2555) *สุขภาพคนไทย 2555*. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- สงกรานต์ กลั่นด่าง. (2548). *การประยุกต์ใช้ The Take PRIDE Program ในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่น: วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สุศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- สุริยาภรณ์ อินทรภิรมย์. (2549). *การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. เชียงใหม่: วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- สิริพร กาญจนประโชติ. (2546). *ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกต้นด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและสุขภาพจิตของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สารนิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาพัฒนาการ). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.*
- สำนักงานการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2555). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานฯ.
- สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (2547). *นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาศาสนาครอบครัว พ.ศ. 2547-2556*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- (2555). *แผนพัฒนาสตรีในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559)*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2553, มิถุนายน). *การพัฒนาสุขภาพของคนไทยดีขึ้นจากการพัฒนาคุณธรรม สติปัญญาและใฝ่รู้ ขณะที่สุขภาพกายและจิตใจอยู่ในระดับที่ต้องเร่งแก้ไข. สารสุขภาพ. ปีที่ 3 ฉบับที่ 20.*
- สำนักข่าวแห่งชาติ. (2548). *กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2556 จาก*<http://www.egov.go.th/Th/Lists/datGeneralNews/DispForm.aspx?ID=73>.
- สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข . [cited Oct 12, 2010] ; Available from:  
<http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5> .
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *รายงานผลการดำเนินการ การเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย: "ด้วยปึงปองจรรยาชีวิต 7 สี"*. มกราคม – มิถุนายน.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2553,พฤษภาคม). *ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม.วารสารสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.*
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2554). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดี วิถีไทย พ.ศ.2554-2563. พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพฯ: สำนักพุทธศาสนาแห่งชาติ*

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2552). รายงานสถิติสถานะสุขภาพคนไทยจากการสำรวจ The Nation Household Education Surveys Program (NHES) ครั้งที่ 3 ปี 2546-2547 กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2552). จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ.2548- 2552. กรุงเทพฯ: กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554). สถานการณ์เบาหวานไทย. สารสุขภาพ. 4 (25), 1 – 2.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553). แนวปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554). รายงานผลการประเมินความสามารถในการจัดการป้องกันควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรณีศึกษาโรคหัวใจและหลอดเลือดรวมความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ปีงบประมาณ 2553. กรุงเทพฯ: อีโมชั่น อาร์ต จำกัด.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). รู้ทันมหันตภัยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภัยเงียบใกล้ตัว. นนทบุรี: โรงพิมพ์มติชนปากเกร็ด.
- สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2553). แนวทางการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เอสพีก็อปปีปริน.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2555). สถิติสถานะสุขภาพคนไทย. Online สืบค้นเมื่อ 27 ธันวาคม 2556 จาก <http://www.thaihealth.or.th/taxonomy/term/5181>.
- อรพินทร์ ชูชม; สุภาพร ณะชานันท์; และทัศนยา ทองภักดี. (2554). ปัจจัยเชิงเหตุและผลของภูมิคุ้มกันทางจิตของเยาวชน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อริยา ทองกร. (2550). การศึกษาตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากการสังเคราะห์งานวิจัยโดยวิธีการวิเคราะห์ทอภิมาน. ปริญญาโท วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อาคม เต็มพิทยาไพสิฐ. (2554). ประชาคมอาเซียน. กรุงเทพฯ: เอกสารประกอบคำสอน.
- อารยา เชียงของ. (2561). ผลการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. ปริญญาโท ปรด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว (Family therapy of family counseling). กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยและบำบัดครอบครัว.
- อัจฉรา นวจินดา. (2542). งบประมาณและเวลาของบิดามารดาผู้ปกครองในการเลี้ยงดูบุตรให้มีคุณภาพ. คณะเกษตรศาสตร์ ภาควิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อัคนันท์ อริยศรีพงษ์และกมลลาศ ภูวนาธิพงษ์. (2561). รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อสุขภาวะองค์กรรวมแนวพุทธของครอบครัวในชุมชนอาคารสูงเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารมหาจุฬานาครธรรม. 5(2), 233 – 249.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง และฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล. (2560). อิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวกและบรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรมที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและสุขภาวะครอบครัวโดยส่งผ่านความรู้ด้านสุขภาพของครอบครัวในชุมชนเมือง : การวิจัยผานวิถี. วารสารพฤติกรรมศาสตร์. 24(1), 1-20.

- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพฯ : สุขุมวิทการพิมพ์.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2551). รายงานการวิจัยฉบับที่ 115 เรื่องการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดและ  
การเผชิญความเครียดของคนไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อังคินันท์ อินทรกำแหงและคณะ. (2555). ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิกของ  
หน่วยงานในกรุงเทพมหานคร. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2552). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก PROMISE Model . กรุงเทพฯ :  
สุขุมวิทการพิมพ์.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2556). คู่มือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตาม  
หลัก 3อ.2ส. (ABCDE-Health Literacy Scale of Thai Adults). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ร่วมกับ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง (2557). คู่มือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนไทยที่มีภาวะน้ำหนักเกิน  
(Health Literacy Scale for Thai Childhood Overweight). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ร่วมกับ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง อรพินทร์ ชูชม และอัจฉรา สุขารมณ. (2550). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิกฤตชีวิตของสตรี  
ไทยสมรสวัยกลางคนที่ทำงานในภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ และเอกชน. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 13(1), 15-29.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2559). การเตรียมพร้อมสู่การทำงานอาสาและการพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ  
ของการจัดการสุขภาพตนเองที่เกี่ยวข้องกับการทำงานอาสาของบุคลากรในมหาวิทยาลัย. *วารสารพฤติกรรม  
ศาสตร์*, 22 (2), 103-119.

Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs . American Medical  
Association. (1999). Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. *The Journal of  
American Medication Association*, 281, 552-557.

Amara, S.G., Grillner S., Insel T., Nutt D., Tsumoto T. (2011). Neuroscience in recession? *Nat. Rev.  
Neurosci.* 12, 297-302. Doi.10.1038/nrn3023.

Agency for Healthcare Research and Quality- AHRQ. (2011). *National Heathcare Quality Report*.  
Rockville: U.S. Department of Heath and Human Services.

ASEAN Secretariat. (2009). *ASEAN socio-cultural community blueprint*. Jakarta: ASEAN Secretariat.

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood  
Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Arthur, H. Rubenstein. MBBCH. (2005). *Obesity : A Modern Epidemic*. *The American Clinical And  
Climatological Association*. Retrieved May 15,2012, From [http:// Pubmedcentral.gov/article-  
render.fcgi?tool=pmcentrez&rendertype](http:// Pubmedcentral.gov/article-render.fcgi?tool=pmcentrez&rendertype).

Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action. A social cognitive theory*. New  
Jersey: Prentice-Hall Inc.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman & Company.

Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*,  
31(2), 143- 164.

- Banjare, J.B., & Bhalerao, S. (2016). Obesity associated noncommunicable disease burden. *International Journal of Health and Allied Science*, 5, 81-87.
- Baker, D.W. et al. (2005). A telephone survey to measure communication, education, self-management, and health status for patients with heart failure: The improving chronic illness care evaluation (ICICE). *Journal of cardiac failure*, 11(1), 36-42.
- Baker, D.W., Williams, M.V., Parker, R.M., Gazmararian, J.A., & Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns*, 38, 33-42.
- Bas Geboers, Sijmen A. Reijneveld, Carel J.M. Jansen & Andrea F. de Winter. (2016). Health Literacy Is Associated With Health Behaviors and Social Factors Among Older Adults: Results from the LifeLines Cohort Study. *Journal of Health Communication*, 21:sup2, 45-53, DOI: 10.1080/10810730.2016.1201174
- Baur, C. (2012). United States: health literacy and recent federal initiatives. Presentation at the Institute of Medicine Workshop on Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World, New York, September 24.
- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., Viera, A., Crotty, K., Holland, A., Brasure, M., Lohr, K.N., Harden, E., Tant E., Wallace, I., & Viswanathan M. (2011). Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess*, 199, 1-941.
- Bethesda, M.D., National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services  
Cameron D Norman and Harvey A Skinner. (2006). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal Medication International Research*, 8(4), e27.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F. & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119.
- Brand, H., & K. Sørensen. (2011). *Measuring health literacy in Europe: The development of the HLS-EU tool*. <http://inthehealth.eu/app/download/3310881502/Measuring+Health+Literacy+in+Europe+-+Stockholm+9+3+2010.pdf> (accessed October 19, 2011).
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2). pp. 77-101.
- Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruiland, D., Schlupp, S., Bollweg, T. M., & Pinheiro, P. (2017) Health literacy in childhood and youth: A systematic review of definitions and models. *BMC Public Health*, 17(1), 361.
- Bureau of Non-Communicable Disease, Ministry of Public Health. (2016). *Annual Report 2016 NCD*. Bangkok: Office of Business Publications of the War Veterans Organization of Thailand under Royal Patronage of His Majesty the King.
- Cabe, J., & Thompson, S. (2012). From policy to implementation. Presentation at the Institute of Medicine workshop on Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World, New York: September 24.
- Carreira, H., Williams, R., Müller, M., Harewood, R., & Bhaskaran, K. (2017). Adverse mental health outcomes in breast cancer survivors compared to women who did not have cancer:



- systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 6, 162. <http://doi.org/10.1186/s13643-017-0551-2>
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (2001). Optimism, pessimism, and self-regulation. In E. C. Chang, (Ed), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 31-51). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (2002). Optimism. In *Handbook of Positive Psychology*. Edited by Snyder CR. & Lopez SJ. pp. 231–243. New York: Oxford University Press.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Segerstrom, S.C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889.
- Center for the Study of Social Policy. (2004). *Policy matters: Setting and measuring benchmarks for state policies, encouraging strong family relationships: Recommendation for state policy*. Washington, D.C.: N.W., Suite500.
- Cheong, W.S. (2014). Overweight and Obesity in Asia. Underwriting Focus, December 2014. Retrieved from <http://www.genre.com/knowledge/publications/>
- Chin, J., Morrow, D.G., Stine-Morrow, E.A., Conner-Garcia, T., Graumlich, J.F., & Murray, M.D. (2011). The process-knowledge model of health literacy: Evidence from a componential analysis of two commonly used measures. *J Health Commun*, 16(Suppl 3), 222-41.
- Cohen, S. & Hoberman, H. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology & Health*, 13, 99-125.  
From <http://www.psy.cmu.edu/~scohen/CohenHober1983.pdf>
- Cohn, M.A. & Fredrickson, B.L. (2010). In search of durable positive psychology interventions: Predictors and consequences of long-term positive behavior change. *The Journal of Positive Psychology*, 5, 355-366
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*: Thousand Oaks, California: Sage.
- Creswell, J.W. & Vick, LPC. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. Sage Publication.
- Darpana. (2012). *Welcome to the World of Darpana*. Retrieved on September 11, 2012 from [http://darpana.com/about\\_us.php](http://darpana.com/about_us.php).
- Davis, T.C., Wolf, M.S., Arnold, C.L., Byrd, R.S., Long, S.W., et al. (2006). Development and validation of the rapid estimate of adolescent literacy in medicine (REALM-Teen): A tool to screen adolescent for below-grade reading in health care settings. *Pediatrics*, 118, e1707-e14.
- Davis, T.C., Crouch, M.A., Long, S.W., Jackson, R.H., Bates, P., George, R.B., & Bairnsfather, L.E. (1991). Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Fam Med*, 23, 433-35.
- Davis, C.G. & Asliturk, Ersin. (2011). Toward a positive psychology of coping with anticipated events in Canadian psychology. *Canadian Psychological Association*, 52(2), 101-110.

- Department of Health Government of Western Australia. (2012). *Patient first program*. Retrieved on September 11, 2012 from [http://www.safetyandquality.health.wa.gov.au/involving\\_patient/patient\\_1st.cfm](http://www.safetyandquality.health.wa.gov.au/involving_patient/patient_1st.cfm).
- DeWalt, D.A., & Hink, A. (2009). Health literacy and child health outcomes: A systematic review of the literature. *Pediatrics*, *124*, 265 -270.
- Diamantopoulos, A. & Sigauw, J.A. (2000). *Introducing LISREL: guide for the uninitiated*. London: Sage; doi:10.4135/9781849209359
- Dunbar, N. (2012). *Health literacy as part of a national approach to safety and quality*. Presentation at the Institute of Medicine Workshop on Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World, New York, September 24.
- Duncan, G., Emmerton, L, Hughes, J., Darzins, P., Stewart, K., Chaa,r B., Kairuz, T., Ostini, R., et al (2012). *Development of a health literacy education package for community pharmacists and pharmacy staff in Australia*; Paper presented at Institute for Healthcare Advancement Health Literacy Conference; Irvine, CA. May 9.2012.
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. *BMC Public Health*, *12*:130. doi: 10.1186/1471-2458-12-130.
- Elliott, R., Fischer, C. T. & Rennie, D.L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, *38*, 215-29.
- Emmons, R.A. & McCullough, M.E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and social Psychology*, *84*(2), 377-389.
- Fahey Tony, Keilthy Patricia & Polek, Ela. (2012). *Family relationships and family well-Being: A study of the families of nine year-olds in Ireland*. University College Dublin and the Family Support Agency, Dublin. Retrieved on October 2, 2015 from [https://www.ucd.ie/news/2013/01JAN13/docs/Family\\_Relationships\\_and\\_Family\\_Well-Being\\_Dec\\_2012.pdf](https://www.ucd.ie/news/2013/01JAN13/docs/Family_Relationships_and_Family_Well-Being_Dec_2012.pdf)
- Fatima, A.I. Sayah & Williams. (2012). An Integrated Model of Health Literacy Using Diabetes as an Exemplar. *Canadian Journal of Diabetes*, *36*, 27-31.
- Gander, F., Proyer, R.T. & Ruch, W. (2016). Positive psychology interventions addressing pleasure, engagement, meaning, positive relationships, and accomplishment increase well-being and ameliorate depressive symptoms: A randomized, placebo-controlled online study. *Frontiers in Psychology*, *7*, 686.
- Gazzotti, F. (2012). Health literacy in Italy's Emilia Romagna region. Presentation at the Institute of Medicine Workshop on Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World, New York, September 24.
- Glass, G.V., McGaw, B., & Smith, M.L. (1981). *Meta-Analysis in Social Research*. Beverly Hills, CA:Sage.

- Green, L. & Krueger, M. (1999). *Health promotion planning: An education approach* (3 ed.) Toronto: Mayfield Publishing Company.
- Green, L.S., Oades, L.G., & Grant, A.M. (2006). Cognitive-behavioral, solution-focused life coaching: Enhancing goal striving, well-being, and hope. *The Journal of Positive Psychology, 1*(3), 142-149.
- Gross, V., Famiglio, L., & Babish, J. (2007). Senior citizen access to trusted stroke information: A blended approach. *Journal of Consumer Health Interventions, 11*, 1-11.
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review, 37*, 1-12. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006>
- Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L., & Black, W.C., (2005). *Multivariate data analysis*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Hair, J.F. & et al. (2010). *Multivariate data analysis: A global perspectives*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, International.
- Healthcare Financial Management Association. (2016). *Introduction to health outcomes*. Bristol: Healthcare Financial Management Association
- Hedges, L.V. & Olkin, I. (1985). *Statistical Methods for Meta-Analysis*. San Diego: Academic Press.
- Hefferon, Kate & Boniwell, Ilona. (2011). *Positive psychology: Theory, research and applications*. Glasgow, UK: Bell and Bain Ltd.
- Herth, K.A. (1990). Fostering Hope in Terminally Ill People. *Journal of Advanced Nursing*.15:1250-1259.
- Hill, L. & Smith, N. (1985). *Self-care: Nursing promotion of health*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Hill-Briggs, F., Renosky, R., Lazo, M., Bone, L., Hill, M., & Levine, D. (2008). Development and Pilot Evaluation of Literacy-Adapted Diabetes and CVD Education in Urban, Diabetic African Americans. *Journal of General International Medicine, 23*(9), 1491-94.
- Holland, C., Boukouvalas, A., Wallis, S., Clarkesmith, D., Cooke, R., Liddell, L., & Kay, A. (2017). Transition from community dwelling to retirement village in older adults: cognitive functioning and psychological health outcomes. *Ageing and Society, 37*(7), 1499-1526. doi:10.1017/S0144686X16000477
- Howitt, D. (2013). *Introduction to Qualitative Methods in Psychology*. UK: Pearson.
- Huffman, J.C., DuBois, C.M., Millstein, R.A., Celano, C.M. & Wexler, D. (2015). Positive psychological interventions for patients with type 2 diabetes: Rationale, theoretical model, and intervention development. *Journal of Diabetes Research*.
- Huffman, J.C., Mastromauro, C.A., Boehm, J.K., Seabrook, R., Fricchione, G.L., Denninger, J.W., & Lyubomirsky, S. (2011). Development of a positive psychology intervention for patients with acute cardiovascular disease. *Heart International, 6*(2), e14.
- Institute for Economics & Peace. (2011). *Methodology, results and findings*. Sydney: Global peace index.

- Institute of Medicine: IOM. (2004). Health literacy: A prescription to end confusion. Retrieved on Oct 12, 2011 from: <http://www.iom.edu>.
- Intarakamhang, U. & Kwanchuen, Y. (2016). The development and application of the ABCDE-health literacy scale of Thais. *Asian Biomedicine*, 10(6), 575-82.
- Intarakamhang, U., & Intarakamhang, P. (2017). Health literacy scale and causal model of childhood overweight. *J Res Health Sci*, 17(1), e00368.
- Intarakamhang, U., Raghavan, C., Choochom, O., & Sucaromana, A. (2008). Causal relation analysis and indices of midlife crisis of employed, married Thai women. *Journal of Population and Social Studies*, 16(2), 71-94.
- Isaac, F.W. (2012). Innovations-wellness and prevention: a corporate perspective. Presentation at the Institute of Medicine Workshop on Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World, New York, September 24.
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, 31, 874-879.
- Johnson & Johnson. (2012). Digital health scorecard. Retrieved on November 15, 2012 from <http://www.digitalhealthscorecard.com>.
- Joreskog, K.G. & Sorbom, D. (1993). *LISREL8: Structural equation modeling with the SIMPLIS*
- Kanfer, H.F. & Goldstein, A. (1991). Self-management methods. *Helping People Change: A Textbook of Methods*. 305-306.
- Katherine, M. & et al. (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.
- Kelloway. (1998). *Command Language*. Chicago: Scientific Software International.
- Kickbusch, I. (2006). Health literacy: Empowering children to make healthy choices. *Virtually Healthy*, No. 41. South Australia: Centre for Health Promotion: Children, Youth and Women's Health Service.
- Kline, R.B. (2005). *Principle and practice of structural equation modelling*. 2<sup>nd</sup> edition. New York : The Guildford Press.
- Kripalani, S., Robertson, R., Love-Ghaffari, M. H., Henderson, L. E., Praska, J, & Strawder, A. (2007). Development of an illustrated medication schedule as a low literacy patient education tool. *Patient Education and Counseling*, 66(3), 368-377.
- Kristin, A.M. et al. (2002). *Preliminary research on family strengths*. Baltimore, Maryland.
- Kumpfer, K.L. (1999). Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework in resilience and development. In *positive life adaptations* edited by Glantz & Johnson. New York: Kluwer Academic/Pienum Publishers.
- Kumaresan, J. (2012). WHO's health literacy work. Presentation at the Institute of Medicine Workshop on Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World, New York, September 24.

- Kwan, B., Frankish, J., & Rootman, I. (2006). *The development and validation of measures of health literacy in different populations*. Vancouver: University of British Columbia Institute of Health Promotion Research & University of Victoria Centre for Community Health Promotion Research.
- Lang, N.M. & Marek, K.D. (1991). Outcome that reflect clinical practice. *Nursing Clinic of North America*, 32(3), 579-587.
- Lee, K.Y., Lam, M.H.S., Lei, Y., Ho, R.K.S., Cheung, B.C.M., et al. (2017). Effects of Physical Activity on Functional Health of Older Adults: A Systematic Review. *Journal of Athletic Enhancement*, 6:3.
- Lam, L.T, & Yang, L. (2014). Is low health literacy associated with overweight and obesity in adolescents: an epidemiology study in a 12-16 years old population, Nanning, China, 2012. *Arch Public Health*, 72(1), 11.
- Lee Shouu-Yih D., Arozullah Ahsan, & Cho Young I. (2004). Health literacy, social support and health: A research agenda. *Social Science & Medicine*, 58, 1309-1321.
- Levin-Zamir, D. (2012). *Health literacy in Israel: Policy, action, research and beyond*. Presentation at the Institute of Medicine Workshop on Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World, New York, September 24.
- Luthans, Fred. (2002). The need for and meaning of positive organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior Management*, 6, 695-706.
- Luthans, Fred. (2011). *Organizational Behavior : An Evidence-Based Approach*. 12 th ed. Boston, Mass.: McGraw-Hill/Irwin.
- Luthans, F., Youssef, C.M., & Avolio, B.J. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. New York: Oxford: Oxford University Press.
- Lynch, J. (2012). *Health literacy in Ireland. Presentation at the Institute of Medicine Workshop on Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World*. New York, September 24.
- Lyubomirsky, S., King, L.A. & Diener. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.
- Macaskill, A. & Denovan, A. (2014). Assessing psychological health: The contribution of psychological strengths. *British Journal of Guidance and Counselling*, 42(3), 320-337.
- Macaskill, A. (2016). Review of positive psychology applications in clinical medical populations. *Healthcare*, 4, 66.
- Mancuso, J.M. (2009). Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. *Nurs Health Sci*.11(1), 77-89. doi: 10.1111/j.1442-2018.2008.00408.x.
- Manganello, J.A. (2008) Health Literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research*; 23(5): 840-847. doi: 10.1093/her/cym069.
- Maslow, A.H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370- 96.
- Masten, A.S. (2001). Ordinary magic: Resilience process in development. *Journal of American Psychologist*, 56, 227-238.
- Matha, M. (1993). International institute for management development Lausanne. International

- Journal of cross Cultural Management*, 8(2), 123-143.
- Maddux, J.E. (2002). Self-efficacy the power of believing you can. In *Handbook of Positive Psychology*. Edited by Snyder CR. & Lopez SJ. pp. 277 -287. NY: Oxford University Press.
- Mayagah, Kan.j, & Wayne, Mitic. (2009). Health literacy and health promotion: Definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean Region, Individual empowerment conference working document at 7<sup>th</sup> Global Conference on Health Promotion. Geneva: WHO.
- McCubbin, H.I., et al. (1980). Family stress and coping: a decade review. *Journal of Marriage and the Family*, 42, 855-871.
- Miles, M.B. & Huberman, M.A. (1994). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook*. Arizona State University. Sage Publications.
- Mitchell, P.H., Ferketich, S., & Jennings, B.M. (1998). American Academy of Nursing Expert Panel on Quality Health Care, Quality Health Outcomes Model. *The Journal of Nursing Scholarship*, 30: 43–46. doi: 10.1111/j.1547-5069.1998.tb01234.x
- Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rosario, P.A., & Tang, F. (2003). Effect of volunteering on the well-being of older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological and Social Sciences*, 58, S145.
- Mullen, B. (1989). *Advanced BASIC Meta-Analysis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Murray, R.B. & Zentner, J.P. (1989) *Nursing concepts for health promotion*. London: Prentice Hall.
- Nitri, D. & Stewart, M. (2009). Transformative learning intervention: effect on functional health literacy and diabetes knowledge in older African adults. *Gerontology and Geriatric Education*, 30, 100-113.
- Norman, C.D. & Skinner, H.A. (2007). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal Medication International Research*, 8(4), e27.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*, 15(3), 259-67.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*, 67(12), 2072-8.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *Int J Public Health*, 54, 303-5.
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). (2011). *Compendium of OECD well-being indicators*. Retrieved on 9 May, 2012 from <http://www.oecd.org/dataoecd/4/31/47917288.pdf>.
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). (2011). *Measuring well-being and progress*. Retrieved on 9 May, 2012 from <http://www.oecd.org/dataoecd/61/26/48299306.pdf>.
- Osborne, R.H., Batterham, R.W., Elsworth, G.R., Hawkins, M., & Buchbinder, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13, 658. doi:10.1186/1471-2458-13-658.
- Otake, K., Shimai, S., Tanaka-Matsumi, J., Otsui, K. & Fredrickson, B.L. (2006). Happy people become happier through kindness: A counting kindness intervention. *Journal of Happiness Studies*, 7(3), 361-375.

- Park, N., Peterson, C., & Seligman, M.E.P. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*(5), 603-619.
- Patricia, A.H.D. (1987). Coping as a concept in family theory. *Family Science Review, 27*-28.
- Pender, N.J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Appleton & Launge.
- Paasche-Orlow, M.K, & Wolf, M.S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behavior, 31*, S19-26.
- Pleasant, A., & S. Kuruville. (2008). A tale of two health literacies: Public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promotion International, 23*(2), 152-159.
- Pleasant, A. (2012). Health Literacy Around the world: Part health Literacy Efforts Outside of the United States. Presentation at the Institute of Medicine Workshop on Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World, NY, September 24.
- Pronovost, P., D. Needham, S. Berenholtz, D. Sinopoli, H. Chu, S. Cosgrove, B. Sexton, R. Hyzy, R. Welsh, G. Roth, J. Bander, J. Kepros, and G. Goeschel. (2006). An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *New England Journal of Medicine, 355*(26), 2725-2732.
- Ratzan, S.C. (2000). Quality communication: The path to ideal health. Joseph Leiter Lecture. National Library of Medicine/Medical Library Association. NLM Lister Hill Center Auditorium, Bethesda, MD, May 17, 2012.
- Ratzan, S.C. (2001). Health literacy: Communication for the public good. *Health Promotion International, 16*(2), 207-214.
- Ratzan, S.C. (2012). Policies and programs promoting health literacy globally. Presentation at the Institute of Medicine Workshop on Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World, New York, September 24.
- Ratzan, S.C. & Parker, R.M. (2000). Introduction. In National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health literacy. *NLM Pub. No. CBM. 2000-1*.
- Rogers, J.M., Ferrari, M., Mosely, K., Lang, C.P., & Brennan, L. (2017). Mindfulness-based interventions for adults who are overweight or obese: a meta-analysis of physical and psychological health outcomes. *Obesity Reviews, 18*(1), 51-67. doi:10.1111/obr.12461
- Ronald, D.T. & Elizabeth, I.L. (2005). Family management practice, school achievement, and problem behavior in African American adolescents: Mediating processes. *Applied Development Psychology, 26*, 39-49.
- Rootman, I. (2009). *Health Literacy, What should we do about it? Presentation the Faculty of Education at the University of Victoria*. British Columbia Canada. Personal Communication.
- Rootman, I. & Gordon-El-Bihbety, D. (2008). A vision for a health literate Canada: Report of the expert panel on health literacy. Ottawa: Canadian Public Health Association (CPHA).
- Rothman, R., Malone, R., Bryant, B., Horlen, C., DeWalt, D., & Pignone, M. (2004). The relationship between literacy and glycemic control in a diabetes disease-management program. *Diabetes Education, 30*(2), 263-73

- Ryan, P. & Sawin, K.J. (2009). The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*, 57, 217-225.
- Sazlina, S.G., Zaiton, A., Nor Afiah, M.Z., & Hayati, K.S. (2012). Predictors of health related quality of life in older people with non-communicable diseases attending three primary care clinics in Malaysia. *J Nutr Health Aging*, 16(5), 498-502.
- Selden, C.R, Zorn, M., Ratzan, S.C, & Parker, R.M, Editors. Sørensen et al. (2012). *BMC Public Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*.
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *Journal of the American Psychological Association*, 55(1), 5-14.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A, Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *The American Psychologist*, 60(5), 410-421.
- Seligman, M.E.P., Ernst, R.M., Gillham, J., Reivich, K. & Linkins, M. (2009). Positive education: Positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35, 293-311.
- Seligman M.E.P. (2002). Positive psychology, Positive prevention, and positive therapy. In *Handbook of Positive Psychology* Edited by Snyder CR. & Lopez SJ. pp. 3-9. NY: Oxford University Press.
- Seligman, M.E.P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Free Press.
- Sharif, I. & Blank, A.E. (2010). Relationship between child health literacy and body index in overweight children. *Patient Education and Counseling*, 9,43-48.
- Sheldon, K.M. & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56, 216–217.
- Sheldon, K.M., Kasser, T., Smith, K. & Share, T. (2002). Personal goals and psychological growth: Testing an intervention to enhance goal attainment and personality integration. *Journal of Personality*, 70(1), 5-31.
- Sheldon, K. M. & Lyubomirsky, S. (2006). How to increase and sustain positive emotions: The effects of expressing gratitude and visualizing best possible selves. *The Journal of Positive Psychology*, 1(2), 73-82.
- Shila Berenji, Asmah Bt rahmat, Parichehr Hanachi, et al. (2010). Metabolic Syndrome in Iran. *Global Journal of Health Science*, 2 (2), 117-122.
- Shoou-Yih, D. Lee, Ahsan, M. Arozullahb, & Young, Ik Cho. (2004). Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Social Science & Medicine*, 58, 1309–1321.
- Sin, N.L. & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467-487.
- Siobhan, E.A & Elisa, R.B. (2003). *Family responsibilities and women's working lives*. Women's Economic Policy Analysis Unit Curtin University of Technology. Perth.
- Snyder, C.R. & Lopez, S.J. (2007). *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths*. Thousand Oaks, Calif; London: SAGE.



- Snyder, C.R., Rand, K.L., & Sigmon, D.R. (2002). Hope: Theory a member of the positive psychology family. In *Handbook of Positive Psychology*. Edited by Snyder CR. & Lopez SJ. pp. 257–276. New York: Oxford University Press.
- Snyder, C.R. & Lopez, S. (2007). *Positive psychology: The scientific and practical exploration of human strengths*. Sage Publication.
- Sørensen, K. (2013). Health literacy: the neglected European public health disparity. Maastricht University, the Netherlands.
- Sørensen, K., Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Jürgen, P., Slonska, Z., & Helmut, B. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. doi:10.1186/1471-2458-12-80.
- Stake, R.E. (2000). Case studies. In N. K. Denzin, Lincoln, Yvonna S. (Ed.), *Handbook of Qualitative Research second edition* (pp. 134-164). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Susis, J. (2009). NIH Senior Health classes for senior citizens at a public library in Louisiana. *Journal of Consumer Health Interventions*, 13, 417-19.
- Sutipan, P., Intarakamhang, U., & Macaskill, A. (2017). The impact of positive psychological interventions on well-being in healthy elderly people. *Journal of Happiness Studies*, 18(1), 269-291. doi:10.1007/s10902-015-9711-z.
- Sutipan, P. & Intarakamhang, U. (2017). Healthy lifestyle behavioral needs among the elderly with hypertension in Chiang Mai, Thailand. *International Journal of Behavioral Science*, 12(1), 1-12.
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2001). *Using multivariate statistics*. Needham Heights, MA, Allyn & Bacon.
- The Henry, J. Kaider Family Foundation. (2003). *Women, work, and family health: A balancing act*.
- Todd, I.H., et al. (2006). Developmental trajectories of family management and risk for violent behavior in adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 36, 206-213.
- Treatman, D., M. Bhavsar, V. Kumar, & N. Lesh. (2012). Mobile phones for community health workers of Bihar empower adolescent girls. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 1(2), 224-226.
- UNESCO, Young Child and Family Environment Unit Education Sector. (1994). *Final report on UNESCO activities for the International Year*. Paris.
- UNICEF Executive Board. (2004). *Tenth anniversary of the international year of the family (IYF): The challenges to families with children and the UNICEF action plan for 2004 background paper for the oral report*, from <http://www.unicef.org/about/execboard/files/IYFpaper.pdf>
- Vamos, S. (2012). *Health literacy in Canada*. Presentation at the Institute of Medicine Workshop on Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World, New York, September 24.
- Von Wagner, C., Steptoe, A, Wolf, M.S, & Wardle, J. (2009). Health literacy and health action: a review and a framework from health psychology. *Health Educ Behav*, 36, 860-77.
- Weber, S.R. & Pargament, K.I. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(5), 358-63.

- Weiss, R. (1974). *The provision of social relationship. In doing unto others*. Edited by Zick, R. pp. 17-26. Englewood cliffs: NJ. Prentice Hall.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion Glossary*. Geneva: WHO Web Site.
- World Health Organization. (2006). *Pregnant adolescent: delivering on global promise of hope*. Geneva: National Center for Health Statistics.
- World Health Organization. (2009). *Health literacy and health promotion. definitions, concepts and examples in the eastern mediterranean region. Individual Empowerment Conference Working Document. 7<sup>th</sup> Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development*. Nairobi, Kenya, 26-30.
- World Health Organization. (2013). *Health literacy: The solid facts: WHO Regional Office for Europe*.
- World Health Organization. (2014). *Global status report on noncommunicable disease*. WHO Web Site; Retrieved on Jan 27, 2016. from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1).
- Wolf, M.S., Davis, T.C., Curtis, L.M., Webb, J.A., Bailey, S.C., & Shrank, W.H. (2011). Effect of standardized, patient-centered label instructions to improve comprehension of prescription drug use. *Medical Care, 49*(1), 96–100.
- Wydra, E.W. (2001). The effectiveness of a self-care management interactive multimedia module. *Oncology Nursing Forum, 28*(9), 1399–1407
- Yin R. K. (1993). *Applications of case study research*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

เอกสารอ้างอิง (สังเคราะห์งานวิจัย)

- Baig, A. A., Benitez, A., Locklin, C. A., Gao, Y., Lee, S. M., Quinn, M. T., Solomon, M. C., Sanchez-Johnson, L., Burnet, D. L. & Chin, M. H. (2015). Picture good health: A church-based self-management intervention among Latino adults with diabetes. *Journal of General Internal Medicine, 30*(10), 1481-1490.
- Cai, C. & Hu, J. (2016). Effectiveness of a family-based diabetes self-management educational intervention for Chinese adults with type 2 diabetes in Wuhan, China. *The Diabetes Educator, 42*(6), 697-711.
- Chacko, S. A., Yeh, G. Y., Davis, R. B. & Wee, C. C. (2016). A mindfulness-based intervention to control weight after bariatric surgery: Preliminary results from a randomized controlled pilot trial. *Complementary Therapies in Medicine, 28*, 13-21.
- Daubenmier, J., Lin, J., Blackburn, E., Hecht, F. M., Kristeller, J., Maninger, N., Kuwata, M., Bacchetti, P., Havel, P. & Epel, E. (2012). Changes in stress, eating, and metabolic factors are relate to changes in telomerase activity in a randomized mindfulness intervention pilot study. *Psychoneuroendocrinology, 37*, 917-928.
- Daubenmier, J., Moran, P. J., Kristeller, J., Acree, M., Bacchetti, P., Kemeny, M. E., Dallman, M., Lustig, R. H., Grunfeld, C., Nixon, D. F., Milush, J. M., Goldman, V., Laraia, B., Laugero, K. D., Woodhouse, L., Epel, E. S. & Hecht, F. M. (2016). Effects of a mindfulness-based weight loss intervention in adults with obesity: A randomized clinical trial. *Obesity, 24*, 794-804.
- DiNardo, M., Saba, S., Greco, C. M., Broyles, L., Terhorst, L., Chasens, E. R., Bair, B., Charron-Prochownik, D. & Cohen, S. (2017). A mindful approach to diabetes self-management education and support for veterans. *The Diabetes Educator, 43*(6), 608-620.

- Dreger, L. C., Mackenzie, C. & McLeod, B. (2015). Feasibility of a mindfulness-based intervention for Aboriginal adults with type 2 diabetes. *Mindfulness*, *6*, 264-280.
- Friis, A. M., Johnson, M. H., Cutfield, R. G. & Consedine, N. S. (2016). Kindness matters: A randomized controlled trial of a mindful self-compassion intervention improves depression, distress, and HbA<sub>1c</sub> among patients with diabetes. *Diabetes care*, *39*, 1963-1971.
- George, J. T., Valdovinos, A. P., Russell, I., Dromgoole, P., Lomax, S., Torgenson, D. J., Wells, T. & Thow, J. C. (2008). Clinical effectiveness of a brief educational intervention in type 1 diabetes: Results from the BITES (Brief intervention in type 1 diabetes, education for self-efficacy) trial. *Diabetic Medicine*, *25*, 1447-1453.
- Hartmann, M., Friederich, H., Kopf, S., Kieser, M., Kircher, C., Bierhaus, A., Faude-Lang, V., Humpert, P. M., Djuric, Z., Herzog, W., Augstein, F. & Nawroth, P. P. (2012). Sustained effects of a mindfulness-based stress-reduction intervention in type 2 diabetic patients. *Diabetes Care*, *35*, 945-947.
- Huisman, S., de Gucht, V., Maes, S., Schroevers, M., Chatrou, M. & Haak, H. (2009). Self-Regulation and Weight Reduction in Patients with Type 2 Diabetes: A Pilot Intervention Study. *Patient Education and Counseling*, *75*, 84-90.
- Luszczynska, A., Hagger, M. S., Banik, A., Horodyska, K., Knoll, N. & Scholz, U. (2016). Self-efficacy, planning, or a combination of both? A longitudinal experimental study comparing effects of three interventions on adolescents' body fat. *PLoS ONE*, *11*(7), e0159125.
- Mantzios, M. & Wilson, J. C. (2015). Exploring mindfulness and mindfulness with self-compassion-centered interventions to assist weight loss: Theoretical considerations and preliminary results of a randomized pilot study. *Mindfulness*, *6*, 824-835.
- McKee, H. C. & Ntoumanis, N. (2014). Developing self-regulation for dietary temptations: Intervention effects on physical, self-regulatory and psychological outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, *37*, 1075-1081.
- Melchart, D., Low, P., Wuhr, E., Kehl, V. & Weidenhammer, W. (2017). Effects of a tailored lifestyle self-management intervention (TALENT) study on weight reduction: A randomized controlled trial. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, *10*, 235-245.
- Miller, C. K., Kristeller, J. L., Headings, A., Nagaraja, H. & Miser, F. (2012). Comparative effectiveness of a mindful eating intervention to a diabetes self-management intervention among adults with type 2 diabetes: A pilot study. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *112*, 1835-1842.
- Nikrahan, G. R., Laferton, J. A. C., Asgari, K., Kalantari, M., Abedi, M. R., Etesampour, A., Rezaei, A., Suarez, L. & Huffman, J. C. (2016). Effects of positive psychology interventions on risk biomarkers in coronary patients: A randomized, wait-list controlled pilot trial. *Psychosomatics*, *57*, 359-368.
- Palmeira, L., Pinto-Gouveia, J. & Cunha, M. (2017). Exploratory the efficacy of an acceptance, mindfulness & compassionate-based group intervention for women struggling with their weight (Kg-Free): A randomized controlled trial. *Appetite*, *112*, 107-116.
- Palta, P., Page, G., Piferi, R. L., Gill, J. M., Hayat, M. J., Connolly, A. B. & Szanton, S. L. (2012). Evaluation of a mindfulness-based intervention program to decrease blood pressure in low-income African-American older adults. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, *89*(2), 308-316.
- Rader, S., Dorner, T. E., Schoberberger, R. & Wolf, H. (2017). Effects of a web-based follow-up intervention on self-efficacy in obesity treatment for women. *Wien Klin Wochenschr*, *129*, 472-481.

- Shomaker, L. B., Bruggink, S., Pivarunas, B., Skoranski, A., Foss, J., Chaffin, E., Dalager, S., Annameier, S., Quaglia, J., Brown, K. W., Broderick, P., & Bell, C. (2017). Pilot randomized controlled trial of a mindfulness-based group intervention in adolescent girls at risk for type 2 diabetes with depressive symptoms. *Complementary Therapies in Medicine, 32*, 66-74.
- Sinclair, K. A., Makahi, E. K., Shea-Solatorio, C., Yoshimura, S. R., Townsend, C. K. M. & Kaholokula, J. K. (2013). Outcomes from a diabetes self-management intervention for native Hawaiians and Pacific people: partner in care. *Annals of Behavioral Medicine, 45*, 24-32.
- Siwik, V., Kutob, R., Ritenbaugh, C., Cruz, L., Senf, J., Aickin, M., Going, S. & Shatte, A. (2013). Intervention in overweight children improves body mass index (BMI) and physical activity. *The Journal of the American Board of Family Medicine, 26*, 126-137.
- Steinhardt, M. A., Brown, S. A., Dubois, S. K., Harrison, Jr., L., Lehrer, H. M. & Jagers, S. S. (2015). A resilience intervention in African-American adults with type 2 diabetes. *American Journal of Health Behavior. 39*(4), 507-518.
- Tapper, K., Shaw, c., Ilsley, J., Hill, A. J., Bond, F. W., & Moore, L. (2009). Exploratory randomized controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. *Appetite, 52*, 396-404.
- Van Son, J., Erdtsieck, R. J., Nyklicek, I., Spooren, P. F., Pop, V. J., Toorians, A. W., Blonk, M. C. & Pouter, F. (2013). The effects of a mindfulness-based intervention on emotional distress, quality of life, and HbA<sub>1c</sub> in outpatients with diabetes. *Diabetes Care, 36*, 823-830.
- Wongrochananan, S., Tuicomepee, A., Buranarach, M. & Jiamjarasrangi, W. (2015). The effectiveness of interactive multi-modality intervention on self-management support of type 2 diabetic patients in Thailand: A cluster-randomized controlled trial. *International Journal of Diabetes in Developing Countries, 35*(Suppl. 2), S230-S236.
- Yamamoto, T., Moyama, S. & Yano, H. (2017). Effect of a newly-devised nutritional guide based on self-efficacy for patients with type 2 diabetes in Japan over 2 years: 1 year intervention and 1-year follow-up studies. *Journal of Diabetes Investigation, 8*, 195-200.
- Younge, J. O., Wery, M. F., Gotink, R. A., Utens, E. M. W. J., Michels, M., Rizopoulos, D., van Rossum, E. F. C., Hunink, M. G. M. & Roos-Hesselink, J. W. (2015). Web-based mindfulness intervention in heart disease: A randomized controlled trial. *PLoS ONE, 10*(12), e0143843.
- Yu, C. H., Parsons, J. A., Mamdani, M., Lebovic, G., Hall, S., Newton, D., Shah, B. R., Bhattacharyya, O., Laupacis, A. & Straus, S. E. (2014). A web-based intervention to support self-management of patients with type 2 diabetes mellitus: Effect on self-efficacy, self-care and diabetes distress. *BMC Medical Informatics & Decision Making, 14*, 117.

## ภาคผนวก

### เครื่องมือวัดในการวิจัย

- แบบสัมภาษณ์
- แบบสอบถาม

## แบบสัมภาษณ์

### การประเมินและการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและสุขภาวะครอบครัวกลุ่มเสียงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง:การพัฒนาโมเดลเชิงสาเหตุทางวัฒนธรรมของพฤติกรรมสุขภาพ และโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) และการดำเนินการในการวิจัยสามารถแบ่งการศึกษาเป็นหลายระยะ (Multi-phase study) โดยกำหนดประชากร ได้แก่ คู่สมรสเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี มีบุตรอย่างน้อย 1 คนและอาศัยอยู่ร่วมกันอย่างน้อย 5 ปี

เริ่มจากการวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับคู่สมรส ทั้งเพศชายและหญิงที่มีสุขภาพดีรักสุขภาพ รวมจำนวน 6 คู่หรือ 12 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตสุขภาพที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำสุด พิจารณาจากรายงานผลการสำรวจของ กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุขช่วงปี พ.ศ. 2559 พบว่า 12 เขตสุขภาพมีระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดได้แก่ เขต 6 เขต 12 และเขต 4 เท่ากับ 64.07, 64.81 และ 68.10 ในขณะที่เขต 7 มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 82.90 ดังนั้นในการศึกษา ระยะที่ 1 นี้จึงเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจงคือ ชุมชนในเขตสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย จังหวัดฉะเชิงเทรา สระแก้ว ปราจีนบุรี สมุทรปราการ จันทบุรี ชลบุรี ตราด และ ระยอง ชุมชนในเขตสุขภาพที่ 12 ประกอบด้วย จังหวัดพัทลุง ตรัง นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา และสตูล และชุมชนในเขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง และนครนายก พร้อมเลือกจังหวัดที่มีระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำได้แก่ **จังหวัดฉะเชิงเทรา** ในเขตสุขภาพ 6 และ **จังหวัดสิงห์บุรี** ในเขตสุขภาพ 4 ซึ่งเป็นตัวแทนชุมชนเมือง และ**จังหวัดยะลา**ในเขตสุขภาพ 12 ซึ่งเป็นตัวแทนชุมชนเขตชนบทที่มีพื้นที่ติดแนวชายแดนประเทศมาเลเซียรวม 3 จังหวัดๆ ละ 2 คู่ ใช้เป็นพื้นที่กรณีศึกษาในงานวิจัยระยะที่ 1 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่ คู่สมรสทั้งเพศชายและหญิงที่มีสุขภาพดีในชุมชน เป็นผู้มีอายุระหว่าง 40 -59 ปี และมีบุตรอย่างน้อย 1 คน มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในชุมชนเดิมมากกว่า 10 ปี ไม่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคือโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ และยินยอมในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ

วัตถุประสงค์	แนวคำถามหลัก	คำถามที่ใช้จริงในการสัมภาษณ์
<b>วัตถุประสงค์หลัก:</b> เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์และเงื่อนไขทางสุขภาพของครอบครัวที่มีสุขภาพดีของชุมชนเขตสุขภาพที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ		
<b>วัตถุประสงค์ย่อย:</b> 1. เพื่อทราบข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมสนทนา	<b>คำถามทั่วไป:</b> ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น อายุ การศึกษา อาชีพ จำนวนบุตร <b>คำถามรอง:</b> เช่น จำนวนปีที่สมรสอยู่ร่วมกัน จำนวนปีที่อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งนี้ อายุบุตร จำนวนสมาชิกที่อยู่ร่วมกันในบ้านประกอบด้วยใครบ้าง ประวัติการเจ็บป่วยของตนเองและสมาชิกใน	<b>คำถามเกริ่นนำ</b> 1. ก่อนการสนทนาดิฉันขอสอบถามข้อมูลส่วนตัวของท่าน โดยขอให้ท่านช่วยแนะนำตัวในเรื่องดังนี้  ท่านอายุเท่าไร ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก มีจำนวนบุตรกี่คนแต่ละคนอายุเท่าไร ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งนี้ สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร มีโรคประจำตัวอะไรหรือไม่

วัตถุประสงค์	แนวคำถามหลัก	คำถามที่ใช้จริงในการสัมภาษณ์
2. เพื่อศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพและแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพของชุมชน	<p><b>คำถามทั่วไป</b> ท่านรับรู้ถึงสถานการณ์ด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยของคนในชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ว่า เป็นอย่างไรบ้าง</p> <p><b>คำถามรอง:</b> คนที่ท่านรู้จักในชุมชนส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยบ่อย หรือตายตั้งแต่อายุไม่มากด้วยโรคอะไรบ้าง เช่น โรคหลอดเลือด โรคความดันสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง เป็นต้น</p>	<p><b>2. สถานการณ์ด้านสุขภาพในชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ เป็นอย่างไร</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ประเมินว่า สุขภาพคนในชุมชนอยู่ระดับใด ดีหรือไม่ดี ยกตัวอย่าง</li> <li>2) คนในชุมชนส่วนใหญ่เจ็บป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคอะไรบ้าง</li> <li>3) ท่านคิดว่า มีอะไรเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย เช่น ด้านบุคคลมีอะไรบ้าง ด้านสภาพแวดล้อมมีอะไรบ้าง</li> <li>4) แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพในชุมชนมาจากไหนบ้าง อินเทอร์เน็ต สื่อ โทรทัศน์ หอกระจายข่าว บุคคลสำคัญในชุมชน เป็นต้น</li> </ol>
3. เพื่อการประเมินสถานะทางสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวของผู้ให้ข้อมูล และศึกษาวิธีการจัดการสุขภาพตนเองและครอบครัว ในขณะที่สุขภาพดีและเจ็บป่วย	<p><b>คำถามหลัก:</b> ท่านประเมินว่าสถานการณ์ด้านสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวท่านในปัจจุบันช่วง 1-2 เดือนที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง</p> <p><b>คำถามรอง:</b> ถ้าสุขภาพแข็งแรงดี ท่านมีวิธีดูแลตนเอง มีวิธีจัดการการเจ็บป่วยได้ด้วยตนเองใช่หรือไม่ อย่างไร</p>	<p><b>3. ในช่วงระยะเวลา 1- 2 เดือนที่ผ่านมา</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ขอให้ท่านประเมินสุขภาพของคนในครอบครัวว่าเป็นอย่างไรบ้าง แข็งแรงหรือไม่อย่างไร</li> <li>2) สมาชิกในครอบครัวที่มีสุขภาพแข็งแรงนั้น พวกเขา มีวิธีการดูแลสุขภาพอย่างไรบ้างคะ ทั้งในช่วงที่เจ็บป่วยและช่วงที่ปกติ</li> <li>3) สมาชิกในครอบครัวบางคนเจ็บป่วย มีวิธีการดูแลการเจ็บป่วยด้วยตนเองอย่างไร</li> <li>4) สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยในการดูแลสุขภาพของสมาชิกแต่ละคนหรือไม่ ด้วยวิธีอย่างไร</li> </ol>
4. เพื่อศึกษาการให้ความหมายและความเข้าใจของผู้ให้ข้อมูล ในเรื่องของสุขภาพภาวะครอบครัวที่ดีและวิธีการสร้างสุขภาพที่ดีในครอบครัวของผู้ให้ข้อมูล	<p><b>คำถามหลัก:</b> ท่านเข้าใจว่าสุขภาพภาวะครอบครัวที่ดีควรมีลักษณะอย่างไรบ้าง</p> <p><b>คำถามรอง:</b> ท่านมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพภาวะครอบครัวในเรื่องใด อย่างไรบ้าง</p>	<p><b>4. คำว่า "สุขภาพภาวะครอบครัวที่ดี" ควรมีลักษณะอย่างไร</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) สุขภาวะครอบครัว ตามความคิดของท่าน ท่านเข้าใจว่าหมายถึงอะไร</li> <li>2) แล้ว สุขภาวะครอบครัวที่ดี ควรมีลักษณะอย่างไร (ทั้งด้านร่างกายจิตใจอารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และอื่นๆ)</li> <li>3) ทำนี้วิธีสร้าง "สุขภาพภาวะครอบครัวที่ดี" ได้อย่างไร ขอให้ยกตัวอย่าง ในเรื่องที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของท่าน</li> </ol>
5. เพื่อศึกษาวิธีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย และวิธีการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ให้ข้อมูล	<p><b>คำถามหลัก:</b> เมื่อเจ็บป่วยท่านทำอย่างไร</p> <p><b>คำถามรอง:</b> ถ้าเจ็บป่วย ท่านจะปรึกษาผู้รู้ หรือผู้สนับสนุนด้านสุขภาพประจำครอบครัวหรือปรึกษาตัวเอง หรือพบแพทย์</p>	<p><b>5. การจัดการตนเองและการเข้าถึงข้อมูลและบริการ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ขอให้ท่านเล่าถึง วิธีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ทำอย่างไรบ้าง</li> <li>2) ท่านเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพจากแหล่งใดบ้างและด้วยวิธีอย่างไร</li> <li>3) ท่านนำข้อมูลสุขภาพที่ได้ เพื่อนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างไรบ้าง</li> </ol>

วัตถุประสงค์	แนวคำถามหลัก	คำถามที่ใช้จริงในการสัมภาษณ์
6. เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพที่ดีและวิธีการส่งเสริมสุขภาพของตนเองและครอบครัว	<p><b>คำถามหลัก:</b> ท่านเข้าใจว่าการส่งเสริมสุขภาพที่ดีของครอบครัวคือ การกระทำอย่างไรบ้าง</p> <p><b>คำถามรอง:</b> ท่านส่งเสริมสุขภาพคนในครอบครัวด้วยวิธีการอย่างไรบ้าง</p>	<p><b>6. การส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัว</b></p> <p>1) ในความคิดของท่าน"การส่งเสริมสุขภาพที่ดี" หมายถึงอะไร และควรทำอย่างไรบ้าง เพื่อส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวสุขภาพดี</p> <p>2) ท่านมีการส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวด้วยวิธีอย่างไรบ้าง ในชีวิตประจำวัน เช่น จัดหาอาหาร ขวนออก กำลังกาย ทำสมาธิ เป็นต้น</p>
7. เพื่อศึกษาวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดโรคเรื้อรังของผู้ให้ข้อมูล และแนวทางการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพอื่นๆ ที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ	<p><b>คำถามหลัก:</b> ที่ผ่านมา ท่านป้องกันตนเองไม่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ท่านปฏิบัติตนอย่างไร</p> <p><b>คำถามรอง:</b> ท่านป้องกันไม่ให้เกิดคนในครอบครัวมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างไร</p>	<p><b>7. การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</b></p> <p>1) ท่านป้องกันตนเองไม่ให้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันฯ ด้วยวิธีอย่างไรบ้างในชีวิตประจำวัน เช่น ตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ สังเกตตนเอง ระวังเรื่องอาหาร การเคลื่อนไหวออกกำลัง การควบคุมอารมณ์ และท่านปฏิบัติอย่างไร ขอให้ยกตัวอย่างกิจกรรมในแต่ละด้าน</p> <p>2) ท่านมีส่วนช่วยป้องกันไม่ให้เกิดคนในครอบครัวมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างไร</p> <p>3) ท่านและครอบครัวมีเคล็ดลับอื่นๆ ที่เป็นเรื่องเฉพาะไม่เหมือนใคร ที่ปฏิบัติแล้วส่งผลให้ท่านและครอบครัวมีสุขภาพที่ดีห่างไกลโรค</p>
8. เพื่อค้นหาแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลและครอบครัวมีสุขภาพดี	<p><b>คำถามหลัก:</b> สาเหตุที่ทำให้สุขภาพของท่านและครอบครัวดี มีอะไรบ้าง</p> <p><b>คำถามรอง:</b> ชุมชนหรือบุคคลอื่นใดบ้างที่มีส่วนร่วมที่ทำให้ท่านและครอบครัวมีสุขภาพที่ดี เช่น ความเชื่อ การรับรู้ วัฒนธรรมในชุมชนสนับสนุนต่อท่านและครอบครัวอย่างไรบ้าง โปรดยกตัวอย่าง</p>	<p><b>8. เจือปนในด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม</b></p> <p>1) ครอบครัวมีส่วนสนับสนุนให้ท่านมีสุขภาพดีได้อย่างไร ขอให้ยกตัวอย่าง</p> <p>2) ชุมชนมีส่วนส่งเสริม/สนับสนุนให้มีสุขภาพดีได้อย่างไร ขอให้ยกตัวอย่าง</p> <p>3) ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรมของชุมชนมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ของท่านหรือไม่ อย่างไรและในเรื่องอะไรบ้าง ขอให้ยกตัวอย่างประกอบ</p> <p>4) ท่านมีการรับรู้ในเรื่องใดบ้างทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ท่านสามารถนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว</p>
9. เพื่อศึกษารูปแบบของความคิดเช่น ความหวัง การรับรู้ความสามารถตนเอง การมองโลกในแง่ดี และการมีพลังใจที่เข้มแข็งของผู้ให้ข้อมูลที่ส่งผลให้มีสุขภาพดีและมีสุขภาพครอบครัวที่ดี	<p><b>คำถามหลัก:</b> ท่านได้ใช้ความคิดแบบใดหรือคิดอย่างไร ที่ช่วยให้ท่านมีสุขภาพดีและมีสุขภาพครอบครัวที่ดี</p> <p><b>คำถามรอง:</b> ท่านมีการคิดดี คิดบวกหรือ การมองโลกอย่างไร</p> <p>- ความหวังด้านสุขภาพของท่าน คืออะไรบ้าง ยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่ท่านมีปัญหาสุขภาพแล้วท่านสามารถผ่าน</p>	<p><b>9. เจือปนทางด้านกรรู้คิดและด้านจิตใจ</b></p> <p>1) หลักในการกำหนดวิธีคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ท่านมีสิ่งใดบ้างที่กำหนดวิธีคิดของท่านทั้งในชีวิตความเป็นอยู่ของครอบครัว การทำงาน และการอยู่กับผู้อื่นอย่างมีความสุข</p> <p>2) สิ่งเหล่านี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของท่านและครอบครัวอย่างไร ได้แก่ 1. การมีชีวิตที่มีความหวัง 2. ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง 3. การมองโลกในแง่ดี และ 4. การมีพลังใจที่</p>



วัตถุประสงค์	แนวคำถามหลัก	คำถามที่ใช้จริงในการสัมภาษณ์
	<p>พันทมาได้ด้วยการมีพลังใจ</p> <p>เข้มแข็งอย่างไรบ้าง</p>	<p>เข้มแข็งปรับตัว/เผชิญปัญหาได้ดี ขอให้</p> <p>ท่านยกตัวอย่างเหตุการณ์ประกอบในแต่ละ</p> <p>เรื่อง และสิ่งนี้ส่งผลดีต่อสุขภาพท่าน</p> <p>อย่างไร</p>
<p>10. เพื่อศึกษาประสบการณ์ทางบวกที่</p> <p>ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม</p> <p>สุขภาพ</p>	<p><b>คำถามหลัก:</b> ให้ท่านเล่า</p> <p>ประสบการณ์ทั้งทางบวกและ</p> <p>ลบที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง</p> <p>ในชีวิตของท่านอย่างไรบ้าง</p> <p><b>คำถามรอง:</b> ให้ท่าน</p> <p>ยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่ส่งผล</p> <p>ต่อการชีวิต</p>	<p><b>10. ประสบการณ์สำเร็จและไม่สำเร็จใน</b></p> <p><b>การดูแลสุขภาพ</b></p> <p>1) ในการดูแลสุขภาพของท่านที่ได้พูดคุยกัน</p> <p>มานั้นมีทั้งเหตุการณ์ที่ประสบความสำเร็จ</p> <p>และไม่สำเร็จในการดูแลสุขภาพ ท่าน</p> <p>พอจะยกตัวอย่าง</p> <p>2) ประสบการณ์เหล่านี้ส่งผลต่อการ</p> <p>เปลี่ยนแปลงด้านการดูแลสุขภาพของท่าน</p> <p>อย่างไรบ้าง</p>
<p>11. เพื่อค้นหาแนวทางการปรับเปลี่ยน</p> <p>หรือส่งเสริมความคิดเชิงบวกเพื่อการดูแล</p> <p>สุขภาพ</p>	<p><b>คำถามหลัก:</b> ท่านมีแนวทาง</p> <p>ส่งเสริมความคิดและการรับรู้</p> <p>ในทางบวกอย่างไร</p> <p><b>คำถามรอง:</b> ขอให้ท่าน</p> <p>ยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่ผ่านมา</p> <p>ของท่านหรือของคนอื่นที่คิด</p> <p>และรับรู้ในทางบวกและทำ</p> <p>แล้วได้ผลลัพธ์ที่ดี</p>	<p><b>11. แนวทางการเสริมสร้างจิตวิทยาเชิง</b></p> <p><b>บวก</b></p> <p>1) มีเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ท่านมาของ</p> <p>ท่านหรือของคนอื่น ที่ใช้หลักการ ได้แก่</p> <p>1. การมีชีวิตที่มีความหวัง 2. ความ</p> <p>เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง 3. การ</p> <p>มองโลกในแง่ดี และ 4. การมีพลังใจที่</p> <p>เข้มแข็งปรับตัว/เผชิญปัญหาได้แล้วส่งผล</p> <p>ลัพธ์ในทางที่ดี เขาทำอย่างไรบ้าง ขอให้</p> <p>ยกตัวอย่าง</p> <p>2) ท่านนำสถานการณ์ของผู้อื่นมาใช้ให้มีการ</p> <p>คิดและรับรู้ทางบวก อย่งไรบ้าง</p>
<p>12. เพื่อศึกษาวิธีการส่งเสริมความรอบรู้</p> <p>ด้านสุขภาพของตนเองและครอบครัว</p>	<p><b>คำถามหลัก:</b> ท่านมีวิธีส่งเสริม</p> <p>ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ</p> <p>ตนเองและครอบครัวอย่างไร</p> <p>บ้าง</p> <p><b>คำถามรอง:</b> ใช้วิธีการ</p> <p>แบบเดิม เช่น การอ่านหนังสือ</p> <p>หรือรูปแบบอื่นๆ เช่น ใช้</p> <p>ออนไลน์ ชักถามจากผู้รู้</p>	<p><b>12. วิธีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ</b></p> <p>1) การที่ท่านสามารถดูแลตนเองได้นั้น</p> <p>พอจะเล่าให้ฟังได้ไหมคะว่ามีช่องทาง</p> <p>ใดบ้าง ที่ทำให้เราเข้าถึงข้อมูลทางด้าน</p> <p>สุขภาพ</p> <p>2) ท่านนำความรู้ที่หาได้ตามที่เล่าให้ฟัง มา</p> <p>ถ่ายทอดให้คนในครอบครัวหรือบุคคลอื่น</p> <p>ด้วยวิธีการใดบ้าง อย่งไร</p>
<p>13. เพื่อศึกษาวิธีการนำข้อมูลทางด้าน</p> <p>สุขภาพมาใช้ในการปฏิบัติตัว</p>	<p><b>คำถามหลัก:</b> ที่ผ่านมา ท่านมี</p> <p>กระบวนการจัดการข้อมูล</p> <p>ความรู้ทางสุขภาพและ</p> <p>ตัดสินใจเพื่อสุขภาพ อย่งไร</p> <p><b>คำถามรอง:</b> ท่านมีข้อมูลมา</p> <p>จากหลายช่องทาง ท่านมี</p> <p>วิธีการอย่างไรในการตัดสินใจ</p> <p>เลือกใช้ข้อมูลนั้นๆ</p>	<p><b>13. วิธีการจัดการข้อมูลและการ</b></p> <p><b>ประยุกต์ใช้ความรู้ที่แสวงหาและค้นหา</b></p> <p>1) เมื่อท่านศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพมาหลาย</p> <p>ช่องทาง ท่านมีวิธีการอย่างไรในการ</p> <p>ตัดสินใจเลือกข้อมูลที่จะนำมาใช้ดูแล</p> <p>สุขภาพตนเองและครอบครัว</p> <p>2) ท่านเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพ</p> <p>อย่างไร ในการตัดสินใจนำข้อมูลที่ถูกต้อง</p> <p>ที่สุดไปใช้ในการดูแลตนเอง</p>



**Sheffield  
Hallam  
University**



**แบบสอบถามด้านสุขภาพ สำหรับคู่สมรสทั้งสามีและภรรยาในชุมชน**

**สามีและภรรยาให้แยกตอบ คนละ 1 ฉบับ**

**คำชี้แจง**

แบบสอบถามครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเรื่อง “การประเมินและการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและสุขภาพะครอบครัวกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: การพัฒนาโมเดลเชิงสาเหตุทางวัฒนธรรมของพฤติกรรมสุขภาพแลโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพ” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพและสุขภาพะครอบครัวและเปรียบเทียบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านสังคมวัฒนธรรมและจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อสุขภาพะครอบครัวที่ดีของคู่สมรสในชุมชนเมืองและนอกเมืองระหว่างคู่สมรสเพศหญิงกับเพศชาย

แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 8 ตอน รวม 131 ข้อคือ

ตอนที่ 1 เป็นการสอบถามข้อมูลทั่วไป	จำนวน 9 ข้อ
ตอนที่ 2 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน 42 ข้อ
ตอนที่ 3 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับ การสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 12 ข้อ
ตอนที่ 4 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับ บรรทัดฐานทางวัฒนธรรม	จำนวน 12 ข้อ
ตอนที่ 5 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับ เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน 14 ข้อ
ตอนที่ 6 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับ ทุนทางจิตวิทยา	จำนวน 15 ข้อ
ตอนที่ 7 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน 12 ข้อ
ตอนที่ 8 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับ สุขภาพะครอบครัว	จำนวน 15 ข้อ

ขอความกรุณาท่านอ่านคำถามแต่ละข้อให้ชัดเจน และทำแบบสอบถามทุกตอนทุกข้อ ผู้วิจัยขอรับรองว่าการตอบของท่านจะเป็นความลับ และไม่สามารถระบุตัวตนของท่านจากการตอบได้ และจะรายงานผลในภาพรวมเท่านั้น

**ขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่ง** โดย รองศาสตราจารย์ ดร.อังสินันท์ อินทรกำแหง

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

โทร. 089-1653520 Fax: 02-262-0809 E-mail: [ungsinun@gmail.com](mailto:ungsinun@gmail.com)

**ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป**

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  หรือเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. ชื่อ ชุมชน/หมู่บ้าน ..... จังหวัด .....
2. เพศ  1. ชาย  2. หญิง
3. ปัจจุบันฉันมีอายุ กี่ปี โปรดระบุตัวเลขเต็ม .....ปี
4. อายุของฉันอยู่ในช่วง
 

<input type="checkbox"/> 1. อายุ 35 - 40 ปี	<input type="checkbox"/> 2. อายุ 41 - 45 ปี	
<input type="checkbox"/> 3. อายุ 46 - 50 ปี	<input type="checkbox"/> 4. อายุ 51 - 55 ปี	<input type="checkbox"/> 5. อายุ 56 - 59 ปี
5. ระดับการศึกษาสูงสุด หรือกำลังศึกษาระดับชั้นใด
 

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้น
<input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	<input type="checkbox"/> 5. อนุปริญญา/ปวส.	<input type="checkbox"/> 6. ปริญญาตรีขึ้นไป

6. ลักษณะงานหลักที่ทำอยู่ในชีวิตประจำวันเป็นแบบใด
1. เกษตรกร เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน เป็นต้น  2. ค้าขาย/ทำธุรกิจ
3. รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ  4. พนักงานโรงงาน/บริษัท/เอกชน
5. ไม่มีอาชีพ/เป็นแม่บ้าน/ทำงานบ้าน/รับจ้างทั่วไป  6. อื่นๆ โปรดระบุ .....
7. ระยะเวลาสมรส หรืออยู่ด้วยกันกับคู่สมรส มาเป็นเวลากี่ปี โปรดระบุจำนวน .....ปีและอยู่ในช่วง
1. 0 - 5 ปี  2. 6 - 10 ปี  3. 11 - 15 ปี
4. 16 -20 ปี  5. 21- 25 ปี  6. 26 - 30 ปี  7. มากกว่า 30 ปี
8. ลักษณะการอยู่อาศัยร่วมกันเป็นส่วนใหญ่ ระหว่างฉันกับคู่สมรส
1. อาศัยอยู่ด้วยกันตลอด  2. อยู่ด้วยกันบ้างไม่อยู่บ้าง  3. แยกกันอยู่
4. อื่น ๆ โปรดระบุ .....
9. ประวัติการมีโรคประจำตัว
1. ไม่มีโรคประจำตัว  2. มีเป็นโรคประจำตัว (โปรดระบุ) .....
10. ท่านมีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. มีรูปร่างอ้วนหรืออ้วน  2. มีภาวะอ้วนลงพุง  3. ภาวะความดันโลหิตสูง
4. มีน้ำตาลในเลือดสูง/มีเบาหวาน  5. มีไขมันในเลือดสูง  6. มีไขมันเกาะตับ
7. กินอาหารรสหวาน/มัน/เค็มจัด  8. อารมณ์แปรปรวนง่าย  9. ไม่ออกกำลังกาย/แทบไม่ออกกำลังกาย
10. มีพ่อแม่/ปู่ย่า/ตายาย ป่วย/ตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง  11. อื่นๆ โปรดระบุ.....

## ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  ที่ตรงกับตัวท่าน

ข้อที่	การรับรู้/ความรู้สึก/ความเชื่อมั่น/ ความสามารถด้านสุขภาพของตนเอง	ระดับความเป็นจริงตรงกับตัวท่าน				
		มากที่สุด ( 5 )	มาก ( 4 )	ปาน กลาง ( 3 )	น้อย ( 2 )	น้อย ที่สุด ( 1 )
<b>การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ</b>						
1.	ถ้าฉันมีปัญหากังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพ ฉันจะรีบค้นหาข้อมูลก่อนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เพื่อลดความกังวลใจนั้น	5	4	3	2	1
2.	ฉันค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องได้จากหลายแหล่ง เช่น จากบุคคล ผู้รู้ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ เป็นต้น	5	4	3	2	1
3.	ฉันเปิดรับข้อมูลสุขภาพอยู่เสมอ เพื่อฉันจะได้เป็นผู้มีสุขภาพดี	5	4	3	2	1
4.	ฉันสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาใคร	5	4	3	2	1
5.	ฉันสามารถค้นหาแหล่งบริการสุขภาพที่น่าเชื่อถือ เพื่อใช้เป็นแหล่งให้บริการความช่วยเหลือในด้านสุขภาพของฉัน	5	4	3	2	1
6.	ฉันสามารถไปพบแพทย์ หรือบุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ให้บริการสุขภาพได้ทุกเมื่อ ตามที่ฉันต้องการ	5	4	3	2	1
7.	แหล่งบริการสุขภาพที่ฉันจะเลือกใช้นั้น สามารถให้ความช่วยเหลือฉันได้ตรงกับความต้องการของฉัน	5	4	3	2	1
8.	ฉันสามารถสืบค้น หาแหล่งบริการสุขภาพได้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ฉันหรือคนในครอบครัวของฉันเป็นอยู่	5	4	3	2	1
<b>การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ</b>						
9.	ฉันสามารถรอกข้อมูลด้านสุขภาพได้ถูกต้องตามแบบฟอร์มสุขภาพของ	5	4	3	2	1

ข้อที่	การรับรู้/ความรู้สึก/ความเชื่อมั่น/ ความสามารถด้านสุขภาพของตนเอง	ระดับความเป็นจริงตรงกับตัวท่าน				
		มากที่สุด ( 5 )	มาก ( 4 )	ปาน กลาง ( 3 )	น้อย ( 2 )	น้อย ที่สุด ( 1 )
	หน่วยงานหรือแหล่งบริการสุขภาพนั้นได้					
10.	ฉันสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือ เอกสารหรือแผ่นพับที่เกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษาหรือฟื้นฟูสุขภาพได้	5	4	3	2	1
11.	ฉันอ่านและสามารถเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อต่างๆ เช่น เอกสาร สิ่งพิมพ์ แผ่นพับ โปสเตอร์ ใบสั่งแพทย์ เป็นต้น	5	4	3	2	1
12.	ฉันรู้และเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่เผยแพร่ผ่านสื่อสารมวลชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร เป็นต้น	5	4	3	2	1
13.	ฉันรู้และเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่เผยแพร่ผ่านสังคมออนไลน์ เช่น ผ่าน อินเทอร์เน็ต ยูทูป วิดีโอเรื่องสุขภาพ โปรแกรมใช้งานบนมือถือแท็บเล็ต เฟสบุ๊ก ไลน์ได้ เป็นต้น	5	4	3	2	1
14.	ฉันสามารถเข้าใจข้อมูลสื่อสารด้านสุขภาพ ที่นำเสนอเป็นลักษณะ สัญลักษณ์ กราฟ ตาราง แผนภาพ ตัวเลขหรือเครื่องหมายต่างๆ ใน โรงพยาบาลหรือในสถานที่ต่างๆ ได้	5	4	3	2	1
15.	ฉันสามารถเข้าใจในคำอธิบายบนฉลากอาหาร ถึงวิธีการกิน ส่วนผสม วันหมดอายุ และประโยชน์ที่ร่างกายได้รับ	5	4	3	2	1
16.	ฉันสามารถเข้าใจในคำอธิบายบนฉลากยา ถึงวิธีการกิน การใช้ การเก็บอายุการใช้ และประโยชน์ที่ได้รับต่อสุขภาพ	5	4	3	2	1
17.	ฉันรู้และเข้าใจในคำอธิบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลเรื่องโรคหรือการดูแลสุขภาพหรือบริการ ของผู้ให้บริการสุขภาพ	5	4	3	2	1
<b>การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ</b>						
18.	ก่อนที่ฉันจะตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสุขภาพ ฉันจะสอบถามความต้องการที่แท้จริงของตนเองและคนในครอบครัวก่อน	5	4	3	2	1
19.	ฉันมักเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพที่รับรู้มาจากแหล่งต่างๆ นั้น ก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม	5	4	3	2	1
20.	เมื่อมีข้อมูลเรื่องสุขภาพใหม่ๆ เข้ามา ฉันจะตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูลนั้นก่อนตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม	5	4	3	2	1
21.	ฉันมักศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพจากหลายแหล่ง เพื่อยืนยันความเข้าใจที่ถูกต้อง ก่อนที่จะส่งต่อหรือบอกคนอื่นต่อ	5	4	3	2	1
22.	หากมีบุคคลมาแนะนำ หรือมีโฆษณาเชิญชวนให้ใช้ผลิตภัณฑ์หรือบริการด้านสุขภาพที่มีคนใช้แล้วได้ผล ฉันจะไตร่ตรองถึงเหตุผลคุณค่าความเป็นจริง ก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม	5	4	3	2	1
23.	ฉันหาข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องมาจากแหล่งต่างๆ เพื่อนำมาใช้ประกอบการยืนยันข้อมูลนั้น ก่อนที่จะเชื่อและทำตาม	5	4	3	2	1
24.	ฉันมักสอบถาม หรือขอคำปรึกษาจากผู้รู้หรือผู้ให้บริการสุขภาพ เกี่ยวกับข้อควรปฏิบัติในด้านสุขภาพนั้นก่อน ที่จะทำตาม	5	4	3	2	1
<b>การติดต่อสื่อสาร</b>						
25.	ฉันสามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีความรู้ด้านสุขภาพ	5	4	3	2	1

ข้อที่	การรับรู้/ความรู้สึก/ความเชื่อมั่น/ ความสามารถด้านสุขภาพของตนเอง	ระดับความเป็นจริงตรงกับตัวท่าน				
		มากที่สุด ( 5 )	มาก ( 4 )	ปานกลาง ( 3 )	น้อย ( 2 )	น้อยที่สุด ( 1 )
26.	ฉันมั่นใจว่า ผู้ให้บริการสุขภาพจะเข้าใจในเรื่องสุขภาพของฉัน เมื่อมีการแลกเปลี่ยนพูดคุยกับฉัน	5	4	3	2	1
27.	ฉันกล้าที่จะซักถามสิ่งที่ฉันเป็นกังวล หรืออยากรู้กับผู้ให้บริการสุขภาพ	5	4	3	2	1
28.	ฉันสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ หรือแนวทางปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพกับผู้ให้บริการสุขภาพ	5	4	3	2	1
29.	ฉันสามารถซักถามเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองกับผู้ให้บริการสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองได้ให้ดียิ่งขึ้น	5	4	3	2	1
30.	ฉันสามารถติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพกับ ผู้รู้ด้านสุขภาพเพื่อให้หายข้อสงสัย	5	4	3	2	1
31.	ฉันมักพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ	5	4	3	2	1
32.	ฉันสามารถถ่ายทอดข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ ให้บุคคลอื่นยอมรับและเข้าใจในข้อมูลสุขภาพนั้น	5	4	3	2	1
<b>การจัดการสุขภาพตนเอง</b>						
33.	ฉันสามารถนำข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ฉันมีอยู่ไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี	5	4	3	2	1
34.	ฉันมีข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็น เพื่อใช้ในการใช้ดูแลรักษาสุขภาพทั้งกับตนเองและคนในครอบครัว เมื่อยามที่เจ็บป่วยได้	5	4	3	2	1
35.	ฉันสามารถนำข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ฉันมีมากเพียงพอ มาใช้ในการส่งเสริมและป้องกันการเจ็บป่วยของตนเองได้	5	4	3	2	1
36.	ฉันให้เวลากับการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพตนเองเป็นอย่างมาก	5	4	3	2	1
37.	ฉันวางแผนทำกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของตนเอง	5	4	3	2	1
38.	ถึงแม้ว่าฉันจะมีภาระงานมาก แต่ฉันก็ยังสามารถแบ่งเวลาเพื่อดูแลสุขภาพตนเองได้	5	4	3	2	1
39.	ฉันตั้งเป้าหมายที่จะออกกำลังกายเพื่อดูแลสุขภาพตนเองและ พร้อมทำให้ได้ตามที่ตั้งใจไว้	5	4	3	2	1
40.	ฉันหมั่นสังเกตความผิดปกติของร่างกาย จิตใจตนเอง เพื่อคอยกำกับดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น	5	4	3	2	1
41.	ฉันปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรอบตัวเพื่อให้ฉันอยู่ในสถานที่เหมาะสมต่อการมีสุขภาพที่ดี	5	4	3	2	1
42.	ฉันเข้าร่วมทำกิจกรรมด้านสุขภาพกับครอบครัว หรือในชุมชนหรือกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ	5	4	3	2	1

### ตอนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม

โปรดทำเครื่องหมาย  ลงใน  ที่ตรงกับตัวท่าน

ข้อที่	การสนับสนุนทางสังคม	ระดับความเป็นจริงตรงกับตัวท่าน				
		มากที่สุด ( 5 )	มาก ( 4 )	ปานกลาง ( 3 )	น้อย ( 2 )	น้อยที่สุด ( 1 )
1.	ฉันมีผู้ให้บริการสุขภาพอย่างน้อย 1 คน ที่สามารถให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับฉันได้	5	4	3	2	1

ข้อ ที่	การสนับสนุนทางสังคม	ระดับความเป็นจริงตรงกับตัวท่าน				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
2.	ฉันมีผู้ให้บริการสุขภาพอย่างน้อย 1 คน ที่เป็นที่ปรึกษาได้ใน ช่วงที่ฉันมี ปัญหาสุขภาพ	5	4	3	2	1
3.	ฉันมีผู้ให้บริการสุขภาพอย่างน้อย 1 คน ที่ฉันไว้วางใจให้เป็น ที่พึ่งได้ใน ยามที่ฉันมีปัญหาด้านสุขภาพ	5	4	3	2	1
4.	ฉันมีผู้ให้บริการสุขภาพอย่างน้อย 1 คน ที่คอยให้กำลังใจกับฉันในการดูแล สุขภาพตนเอง	5	4	3	2	1
5.	ฉันมีผู้รู้ด้านสุขภาพที่อยู่ใกล้ตัวฉัน ที่พร้อมจะให้เวลาเพื่อช่วยเหลือกับฉัน หากฉันไม่สบายหรือเจ็บป่วย	5	4	3	2	1
6.	ถ้าฉันต้องการความช่วยเหลือ ฉันมีญาติหรือเพื่อนพร้อมที่จะอยู่เคียงข้าง คอยช่วยเหลือฉันได้	5	4	3	2	1
7.	คนในครอบครัวฉัน พร้อมที่จะให้การสนับสนุนสิ่งของ อุปกรณ์ เครื่องใช้ ต่างๆ กับฉัน เพื่อสนับสนุนการมีสุขภาพที่ดีขึ้นของฉัน	5	4	3	2	1
8.	คนในครอบครัวฉัน พร้อมที่จะออกค่าใช้จ่ายหรือมอบเงินให้กับฉัน เพื่อ สนับสนุนการมีสุขภาพที่ดีขึ้นของฉัน	5	4	3	2	1
9.	ฉันมีผู้สนับสนุนอย่างเข้มแข็งที่พร้อมเป็นกำลังใจให้กับฉัน					
10.	คนในครอบครัวฉัน พร้อมที่จะจัดหาอาหารเพื่อสุขภาพเพื่อสนับสนุนให้ฉัน มีสุขภาพที่ดีขึ้น	5	4	3	2	1
11.	คนในครอบครัวฉัน พร้อมที่จะรับผิดชอบงานบ้านแทนฉัน หากฉันเจ็บป่วย หรือมีภารกิจอื่น	5	4	3	2	1
12.	คนในครอบครัวฉัน สนับสนุนให้ฉันทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีของฉัน	5	4	3	2	1

#### ตอนที่ 4 บรรทัดฐานทางสังคมวัฒนธรรม

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  ที่ตรงกับความเชื่อและการรับรู้

ข้อ ที่	การรับรู้/ความเชื่อ	ระดับของการรับรู้				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
<b>การรับรู้ถึงความเชื่อด้านสุขภาพของคนในชุมชน</b>						
1.	ฉันมีวิถีดูแลรักษาสุขภาพตนเองตามความเชื่อที่บอกต่อกันของคนในชุมชน	5	4	3	2	1
2.	แนวทางปฏิบัติด้านสุขภาพส่วนใหญ่ของคนในครอบครัวฉันนั้น ได้ แบบอย่างมาจากการปฏิบัติของผู้ใหญ่ในชุมชน	5	4	3	2	1
3.	ในเรื่องการดูแลรักษาสุขภาพ ฉันพร้อมที่จะเชื่อและทำตามคำบอกเล่าของ ผู้เฒ่าผู้แก่หรือผู้ใหญ่ในชุมชน	5	4	3	2	1
4.	การที่ฉันมีสุขภาพดีได้นั้นเป็นเพราะฉันทำตามแบบอย่างของ คนส่วนใหญ่ในชุมชน	5	4	3	2	1
<b>ค่านิยมตามภูมิปัญญาท้องถิ่น</b>						
5.	บุคคลที่ฉันรู้จักในชุมชน นิยมรับประทานผักหรืออาหารพื้นบ้าน ที่ปลูก หรือหาได้เองในชุมชนมากกว่าที่จะหาซื้อจากตลาดภายนอกชุมชน	5	4	3	2	1
6.	บุคคลที่ฉันรู้จักในชุมชน มักชื่นชมคนที่ดูแลรักษาสุขภาพตนเองด้วยวิธีการ ตามแบบธรรมชาติหรือตามภูมิปัญญาท้องถิ่น	5	4	3	2	1

ข้อ ที่	การรับรู้/ความเชื่อ	ระดับของการรับรู้				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
<b>การรับรู้ถึงความเชื่อด้านสุขภาพของคนในชุมชน</b>						
7.	บุคคลที่ฉันรู้จักในชุมชน นิยมใช้ผลิตภัณฑ์ที่ทำมาจากภูมิปัญญาชาวบ้านมากกว่า สินค้าจากโรงงานหรือต่างประเทศ	5	4	3	2	1
8.	บุคคลที่ฉันรู้จักในชุมชนส่วนใหญ่ ชอบที่จะเข้าร่วมกิจกรรมตามประเพณีท้องถิ่นที่จัดขึ้นในชุมชน	5	4	3	2	1
<b>การเป็นแบบอย่างของครอบครัว</b>						
9.	ฉันเห็นแบบอย่างที่ดีในการมีสุขภาพดีจากคนในครอบครัว	5	4	3	2	1
10.	คนในครอบครัวของฉัน ใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองมาก จนฉันต้องการที่จะปฏิบัติตาม	5	4	3	2	1
11.	ฉันได้รับการปลุกฝังจากครอบครัว ในการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตนเอง	5	4	3	2	1
12.	คนในครอบครัวของฉัน มักชักชวนให้ฉันร่วมทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้วยกัน	5	4	3	2	1

### ตอนที่ 5 เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมสุขภาพ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ของแต่ละข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านในช่วงปัจจุบันนี้

ข้อ ที่	ข้อความ	ระดับของความคิดเห็น				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
1.	ฉันชอบทำกิจกรรมต่างๆ ที่ได้เคลื่อนไหวร่างกายเพราะจะช่วยให้ฉันมีสุขภาพดี	5	4	3	2	1
2.	ฉันชอบรับประทานอาหารที่มีประโยชน์มากกว่าที่มีแต่ความอร่อย	5	4	3	2	1
3.	ฉันชอบรับประทานผักผลไม้มากกว่าทานขนมขบเคี้ยวหรือขนมหวาน	5	4	3	2	1
4.	ฉันชื่นชอบวิธีออกกำลังกายที่ทำได้ต่อเนื่องหรือให้มีเหงื่อออก	5	4	3	2	1
5.	การควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วนหรือพอมเกินไปจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ดี	5	4	3	2	1
6.	การเลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพจะช่วยควบคุมน้ำหนักได้ดี					
7.	การทำสมาธิ สวดมนต์เป็นวิธีการผ่อนคลายที่ได้ผลกับทุกคน	5	4	3	2	1
8.	ฉันชอบดื่มน้ำหวานหรือน้ำอัดลมเพราะช่วยให้ร่างกายฉันสดชื่นกระปี้กระเป่า	5	4	3	2	1
9.	การที่ฉันฝึกคิดเชิงบวกจะช่วยให้ฉันผ่อนคลายความเครียดได้ดี	5	4	3	2	1
10.	ฉันเลือกที่จะกินอาหารที่ชอบถึงแม้ไม่มีประโยชน์เพราะช่วยลดความเครียดได้	5	4	3	2	1
11.	ถ้าน้ำหนักตัวฉันเพิ่มขึ้นหรือลดลงผิดปกติ ฉันก็พร้อมที่กำกับดูแลสุขภาพตนเองให้มากขึ้น	5	4	3	2	1
12.	ถ้าสุขภาพของฉันไม่ค่อยดี ฉันก็พร้อมที่จะใส่ใจดูแลตนเองให้มากขึ้น	5	4	3	2	1
13.	ฉันยินดีที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น	5	4	3	2	1
14.	ฉันพร้อมดูแลสุขภาพตนเองและคนในครอบครัวเพื่ออนาคตที่มั่นคง	5	4	3	2	1

### ตอนที่ 6 ทุนทางจิตวิทยา

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ของแต่ละข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านในช่วงปัจจุบันนี้

ข้อ ที่	ข้อความ	ระดับของความคิดเห็น				
		มาก ที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
1.	ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดมายาวนาน และหาทางแก้ไขให้สำเร็จได้	5	4	3	2	1
2.	หากต้องพูดคุยถึงวิธีการใช้ชีวิตอย่างมีความสุข ฉันมั่นใจว่าสามารถมีส่วนร่วมในการพูดคุยในเรื่องนี้ได้เป็นอย่างดี	5	4	3	2	1
3.	ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถทำงานได้สำเร็จตามที่คาดหวังได้	5	4	3	2	1
4.	ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถเตรียมรับความเสี่ยงในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ดี	5	4	3	2	1
5.	ปัจจุบันฉันเต็มไปด้วยพลังเชิงบวกในการดำเนินชีวิตให้มีความสุข	5	4	3	2	1
6.	ฉันเชื่อว่าปัญหาทุกอย่างมีวิธีการที่สามารถแก้ไขได้	5	4	3	2	1
7.	ฉันคิดว่าตนเองสามารถประสบความสำเร็จในชีวิตได้	5	4	3	2	1
8.	ถึงแม้จะมีความไม่แน่นอนเกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตแต่ฉันก็ยังเห็นว่าจะต้องมีสิ่งที่ดี ๆ เกิดขึ้นกับตัวฉัน	5	4	3	2	1
9.	ฉันมีมุมมองที่ดีต่อสิ่งต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตของฉัน	5	4	3	2	1
10.	ฉันมองเห็นสิ่งที่ดีต่อการดำเนินชีวิตในอนาคตของฉัน					
11.	ฉันมีวิธีคิดในการใช้ชีวิตว่า “เมื่อผ่านอุปสรรคไปแล้วมักมีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้นตามมาเสมอ”	5	4	3	2	1
12.	ฉันสามารถจัดการชีวิตครอบครัว และชีวิตในการทำงานของตนเองให้มีความสุขสมดุลได้โดยไม่ส่งผลเสียตามมา	5	4	3	2	1
13.	ฉันมีความอดทนต่อช่วงเวลาที่มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต และสามารถผ่านพ้นไปได้ด้วยดี	5	4	3	2	1
14.	ฉันสามารถปรับตัวกับสภาพปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ยากลำบากได้ดี	5	4	3	2	1
15.	ฉันยอมรับกับสภาพการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและพร้อมที่จะปรับตัวเพื่อการดำรงอยู่อย่างมีความสุขภาวะที่ดี	5	4	3	2	1

### ตอนที่ 7 พฤติกรรมสุขภาพ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง  ของแต่ละข้อความที่ตรงกับพฤติกรรมการปฏิบัติของท่านในช่วงปัจจุบันนี้

ข้อ ที่	ข้อปฏิบัติ	ความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย/สัปดาห์				
		6-7วัน/ สัปดาห์ (5)	4-5วัน/ สัปดาห์ (4)	3 วัน/ สัปดาห์ (3)	1-2วัน/ สัปดาห์ (2)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (1)
1.	ฉันควบคุมปริมาณอาหารให้พอเพียงกับความต้องการใช้พลังงานของร่างกายในทุกมื้อ	5	4	3	2	1
2.	ฉันมีการควบคุมรสชาติของอาหารไม่ให้หวาน มัน หรือเค็มจัดโดยไม่ปรุงหรือเติมรสเพิ่มในอาหารทุกมื้อ	5	4	3	2	1
3.	ฉันรับประทานอาหารที่มีความหลากหลายเพื่อให้ได้สารอาหารครบถ้วนตามที่ร่างกายต้องการ	5	4	3	2	1
4.	ฉันรับประทานผักและผลไม้สด สะอาด วันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม	5	4	3	2	1
5.	ฉันได้เคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่องจากการทำงานประจำวัน เช่น เดินไปทำงาน ทำงานใช้แรงมีการเคลื่อนไหว	5	4	3	2	1
6.	ฉันออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง จนรู้สึกเหนื่อยหรือมีเหงื่อออก	5	4	3	2	1



ข้อ ที่	ข้อปฏิบัติ	ความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย/สัปดาห์				
		6-7วัน/ สัปดาห์ (5)	4-5วัน/ สัปดาห์ (4)	3 วัน/ สัปดาห์ (3)	1-2วัน/ สัปดาห์ (2)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (1)
7.	ฉันจัดการความเครียดและปัญหาของตนเองอย่างได้ผลดี ด้วยการปรับความคิดและอารมณ์ในเชิงบวก	5	4	3	2	1
8.	ฉันหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่/ควันสารพิษ	5	4	3	2	1
9.	ฉันหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	5	4	3	2	1
10.	ฉันหมั่นสังเกตและตรวจสอบสุขภาพด้วยตนเองก่อน โดยไม่ต้องรอให้เจ็บป่วยถึงจะไปพบแพทย์	5	4	3	2	1
11.	ฉันมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกับคนในชุมชน	5	4	3	2	1
12.	ฉันสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับคนในครอบครัวและชุมชน	5	4	3	2	1

### ตอนที่ 8 สุขภาวะครอบครัว

โปรดทำเครื่องหมาย  ในช่อง  ของแต่ละข้อความที่ตรงกับการรับรู้และการปฏิบัติของท่านในช่วงระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

ข้อ ที่	ข้อปฏิบัติ	ระดับการรับรู้และการปฏิบัติ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
1.	สุขภาพร่างกายของฉันแข็งแรงดี ปราศจากโรคภัยคุกคาม	5	4	3	2	1
2.	สุขภาพร่างกายของคู่สมรส ของฉันนั้นยังคงแข็งแรงดี	5	4	3	2	1
3.	ฉันหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือเอดส์					
4.	ชีวิตของฉันและครอบครัว มีความสุข สงบที่เพียงพอ	5	4	3	2	1
5.	ฉันมีสติควบคุมอารมณ์ได้ดี หากมีเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ามาในชีวิต	5	4	3	2	1
6.	ฉันมีคุณค่าต่อทุกคนในครอบครัว	5	4	3	2	1
7.	คู่สมรสของฉัน ยึดหลักธรรมทางศาสนาในการประกอบการตัดสินใจและการแก้ปัญหา	5	4	3	2	1
8.	ฉันได้รับการเอาใจใส่ เกื้อกูลจากคู่สมรสเป็นอย่างดี	5	4	3	2	1
9.	คู่สมรสของฉัน ทำให้ฉันไว้วางใจเขาได้ จนสามารถเปิดใจพูดคุยปัญหากันได้ทุกเรื่อง	5	4	3	2	1
10.	คู่สมรสของฉัน มีเป้าหมายในชีวิตที่พร้อมจะดำเนินการไปให้ถึง	5	4	3	2	1
11.	ฉันมีความสุขกับการได้อยู่ร่วมกับคู่สมรส	5	4	3	2	1
12.	ฉันพึงพอใจกับชีวิตคู่ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	5	4	3	2	1
13.	ฉันยอมรับจุดด้อยของคู่สมรสของฉันได้	5	4	3	2	1
14.	ฉันและคนในครอบครัวต่างก็กล่าวคำชื่นชมซึ่งกันและกันเมื่อมี การทำความดีหรือความสำเร็จเกิดขึ้น	5	4	3	2	1
15.	ฉันและคนในครอบครัวต่างก็ให้กำลังใจซึ่งกันและกันเมื่อต้องเผชิญกับความยากลำบาก	5	4	3	2	1

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

## โปรแกรมเสริมสร้างจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้วยกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

### หลักการและเหตุผล

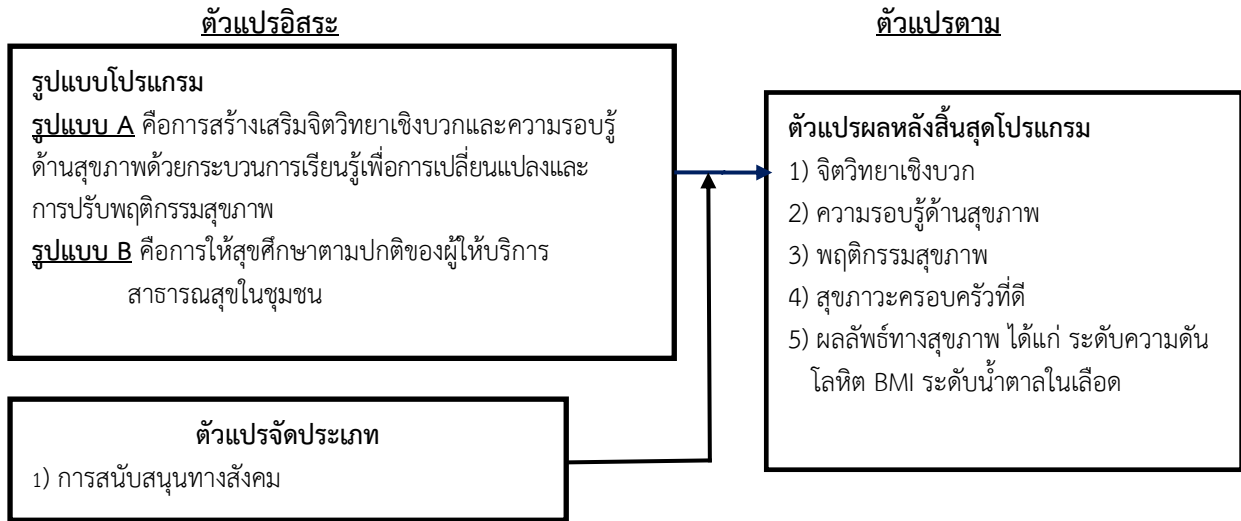
จากเหตุผลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ดังเช่น WHO เห็นว่าสาเหตุปัจจัยเริ่มต้นของปัญหาด้านสุขภาพแท้จริงที่ยังไปไม่ถึงผลลัพธ์ของการมีสุขภาวะที่ดี (Well-being) ได้ เป็นเพราะประชาชนขาดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy – HL) (WHO, 2009) และแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554 – 2563 ที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและป้องกันปัญหาในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non – Communicable Diseases- NCDs) ทั้งนี้ จากผลสำรวจทุกจังหวัดประเทศไทยในปี 2557 ของคนไทยวัยทำงานที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงรวมจำนวน 30,793 คนสำรวจโดย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีพอ คิดเป็นร้อยละ 39.0 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ได้และดีมาก เท่ากับ 59.4 และ 1.6 ตามลำดับ และมีพฤติกรรมผลลัพธ์ทางสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่ดีพอคิดเป็นร้อยละ 53.5 ส่วนในปี 2559 สำรวจจำนวน 15,278 คนทั่วประเทศพบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดีร้อยละ 49.0 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ได้ร้อยละ 45.50 และระดับดีมากร้อยละ 5.5 ตามลำดับ และมีพฤติกรรมผลลัพธ์ทางสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่ดีพอคิดเป็นร้อยละ 63.0 (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2557, 2559) จึงทำให้พบว่า ทัวโลกรวมทั้งประเทศไทยให้ความสำคัญกับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior – HB) ในกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs เพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพบุคคล เศรษฐกิจและสังคมของประเทศ และมีงานวิจัยหลายเรื่องสนับสนุนว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสาเหตุสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพและการมีสุขภาวะที่ดี ที่บุคคลสามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน (Schillinger et al., 2002; Institute of Medicine Committee, 2004; Berkman et al., 2011; Sun et al., 2013) และควรนำหลักจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology-PP) มาใช้ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs จะทำให้กลุ่มเป้าหมายมีจิตใจที่เข้มแข็ง สงบสุข สามารถเข้าใจตนเอง มองโลกในแง่บวก และมีความมุ่งมั่นในการปรับปรุงดีขึ้น ส่งผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตอย่างมีสติ (Seligman, 2002, Luthans et al., 2007; Boehm et al., 2011; Ghosh & Deb, 2016; Huffman et al., 2015) ดังนั้น จึงมีปัญหาคำวิจัยที่ต้องรอคำตอบว่า จะมีเทคนิคหรือวิธีการใดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพที่จะเพิ่ม HL, HB และ PP ของกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs ซึ่งจะเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงภายในบุคคลที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเองอย่างลึกซึ้ง ผ่านประสบการณ์ตรงที่สร้างสำนึกใหม่และเปลี่ยนแปลงโลกทัศน์ก่อให้เกิดความเข้าใจในตนเอง เข้าใจสิ่งแวดล้อมและความสัมพันธ์ทางสังคม มีความตื่นรู้ มีสมดุลของชีวิต มีทักษะในการค้นคว้า วิเคราะห์ สังเคราะห์สะท้อนย้อนคิดไปพร้อมกับการฝึกทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรมและการกระทำที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน เป็นต้น ที่ไม่สามารถจัดการตนเองได้ด้วยสาเหตุที่เกิดจากความคิด ความเชื่อ การรับรู้เดิม พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม มาสู่การมีวิถีชีวิตใหม่ที่มีความคิดบวก มีวิถีการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะที่ดีตลอดไป

**วัตถุประสงค์วิจัยเพื่อ** ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาวะครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

เป้าหมายที่เข้าร่วมโปรแกรม มีระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น มีระดับสุขภาวะครอบครัวที่ดีขึ้น และมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น

### กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมและผลการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์ห่อภิมาณที่เกี่ยวข้องโปรแกรมการเสริมสร้างจิตวิทยาเชิงบวก และผลการศึกษาในระยะที่ 1 และ 2 ที่ผ่านมา จึงนำมาสู่การกำหนดตัวแปรและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ดังภาพ



**แนวคิดที่ใช้กำหนดเนื้อหา:**

- จิตวิทยาเชิงบวก (ได้จากผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาโปรแกรมจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อสุขภาพ) ประกอบด้วย
  - 1) มองโลกในแง่ดี (Optimize)
  - 2) การรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy)
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (กองสุศึกษา, 2560) ประกอบด้วย
  - 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
  - 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ
  - 3) การติดต่อสื่อสาร
  - 4) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ
  - 5) การจัดการสุขภาพตนเอง
- พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมดูแลตนเอง 3 ด้านคือ อาหาร ออกกำลังกายและจัดการอารมณ์

**แนวคิดที่ใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้:** ขั้นตอน กิจกรรมและเทคนิคการเรียนรู้

- 1) การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงความคิดในทิศทางบวก (Mezirow, 2003)
- 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral Modification approach of Bandura, 1986) ในด้านสุขภาพ 3 อ. อาหาร การออกกำลังกาย และจัดการอารมณ์

**กลุ่มเป้าหมาย:** คู่สมรสในชุมชนเมืองในเขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ จังหวัดสิงห์บุรี (อายุ 20-60 ปี) ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 200 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 100 คนและกลุ่มควบคุม 100 คน

**ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น**

ตัวแปรผล	ผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดในด้านความสามารถและทักษะ
<b>ความรอบรู้ด้านสุขภาพ</b>	
1.การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	1. เลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพได้จากหลายแหล่ง 2. รู้วิธีการค้นหาและการใช้อุปกรณ์ในการค้นหาหรือสืบค้น 3. ค้นหาข้อมูลที่ต้องการได้และแหล่งบริการสุขภาพที่น่าเชื่อถือ 4. เปิดรับข้อมูลสุขภาพใหม่ๆ อยู่เสมอ
2. การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	1. มีความรู้และเข้าใจในเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพที่เผยแพร่ผ่านสื่อทั้งในรูปแบบกระดาษตัวหนังสือไทย สัญลักษณ์ กราฟ ตาราง แผนภาพ ตัวเลขหรือเครื่องหมายต่างๆ 2. สามารถอธิบายในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพที่ตนเองรู้ได้ 3. สามารถรอกข้อมูลด้านสุขภาพได้ถูกต้องตามแบบฟอร์มต่างๆ

ตัวแปรผล	ผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดในด้านความสามารถและทักษะ
	4. สามารถอ่านและเข้าใจในคำอธิบายบนฉลากอาหารหรือฉลากยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพได้
3. ทักษะการสื่อสาร	1. สามารถซักถามหรือติดต่อขอข้อมูลทางสุขภาพเพื่อให้หายสงสัยได้ 2. สามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียนให้บุคคลอื่นได้เข้าใจได้ 3. สามารถเล่าเรื่องสุขภาพตนเองให้คนอื่นเข้าใจและแลกเปลี่ยนพูดคุยกับผู้ใช้บริการสุขภาพได้ 3. สามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ
4. การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	1. วิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี 2. วิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหาและแนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล 3. ตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่ง เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองและได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ 4. สามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่นหรือแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม
5. ทักษะการจัดการตนเอง	1. สามารถนำข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่มีมาใช้ดูแลสุขภาพตนเอง 2. สามารถตั้งเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ 3. สังเกตความผิดปกติของร่างกายจิตใจตนเองเพื่อกำกับดูแลสุขภาพตนเอง 4. ทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนเพื่อคงรักษาพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง
<b>พฤติกรรมสุขภาพ</b>	
พฤติกรรมดูแลตนเอง 3 ด้าน	1. มีทักษะการเลือกชนิดอาหาร รสชาติ ปริมาณอาหาร และกำหนดพลังงานที่ควรได้รับได้ 2. มีทักษะการออกกำลังกายที่เหมาะสมต่อร่างกายอย่างต่อเนื่องได้ 3. มีทักษะการจัดการความเครียดตนเองได้อย่างเหมาะสมได้
<b>จิตวิทยาเชิงบวก</b>	
1. มองโลกในแง่ดี	1. สามารถรับรู้และมองเห็นสิ่งที่ดีต่อการดำเนินชีวิตในปัจจุบันและอนาคตเสมอ 2. มีพลังเชิงบวกในการดำเนินชีวิตให้ตนเองพบกับความสุขได้ทุกเมื่อ 3. สามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาตามความเป็นจริงและหาทางแก้ไขให้สำเร็จได้
2. การรับรู้ความสามารถของตน	1. มีความสามารถในการเตรียมรับความเสี่ยงในการเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดี 2. มีความเชื่อมั่นว่าปัญหาทุกอย่างมีวิธีการที่สามารถแก้ไขได้ 3. มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะดูแลสุขภาพให้คงมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้

**แนวคิดการเสริมสร้างจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง** หมายถึง กระบวนการจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ เป็นโปรแกรมที่สร้างขึ้นจากผลการสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการจำเป็นของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนเมือง และพัฒนาจากพื้นฐานของการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของ เมอร์ซิโร เพื่อการพัฒนาความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ สื่อสาร ประเมิน และจัดการสุขภาพเพื่อส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเอง โดยโปรแกรมแบ่งเป็น 7 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1 การสร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนการเรียนรู้ผ่านบทบาทสมมติ** เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายพัฒนาทักษะทางปัญญาด้วยการเรียนรู้ผ่านบทบาทสมมติในสถานการณ์ที่เป็นประสบการณ์วิกฤตที่กลุ่มเป้าหมายผ่านภาวะแทรกซ้อนของโรค มีจุดมุ่งหมายให้กลุ่มเป้าหมาย ตระหนักถึงรูปแบบการดูแลสุขภาพในอดีตที่ไม่เหมาะสม โดยทบทวนมุมมองและการรับรู้การเจ็บป่วย รวมไปถึงการทบทวนสมมติฐานการดูแลสุขภาพเดิมของตนเองซึ่งกิจกรรมประกอบไปด้วยการเรียนรู้ร่วมกันโดยใช้รูปแบบการสนทนาเชิงวิพากษ์ (Critical discourse) และพูดคุยแลกเปลี่ยนด้วยวิธีของสุนทรียสนทนา (Dialogue) โดยกลุ่มตัวอย่างจะเปิดใจยอมรับสิ่งที่ผิดพลาดต่อการกระทำที่เคยผ่านมา

**ระยะที่ 2 การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสาร** เป็นการพัฒนาทักษะทางสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้แก่บุคคลทั่วไป และบุคลากรทางการแพทย์ โดยการกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายพูดคุยสื่อสารกับผู้อื่นเกี่ยวกับแนวทางการดูแลสุขภาพของตนเอง และใช้สถานการณ์สมมติหรือบทบาทสมมติในการสื่อสารกับแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ และการเลือกรับสื่อทางสุขภาพ ในการกระตุ้นให้เกิดการสนทนาเชิงวิพากษ์เกี่ยวกับมุมมอง ความเชื่อและสมมติฐานเดิมของตน รวมไปถึงร่วมกันวางแผนแนวทางในการปฏิบัติใหม่เมื่อต้องสื่อสารกับแพทย์ หรือวิธีการเลือกรับสื่อทางสุขภาพ

**ระยะที่ 3 การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในด้านการพิจารณาตรวจสอบและประเมิน** ด้วยการให้กลุ่มเป้าหมายสามารถวางแผนและกำหนดทางเลือกในการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย นำความรู้และทักษะจากระยะที่ 2-3 มาวางแผนและกำหนดทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการควบคุมโรคที่เหมาะสมซึ่งกิจกรรมประกอบไปด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างมีการใคร่ครวญในตนเอง โดยพิจารณารูปแบบการดูแลตนเองในอดีต รูปแบบการใช้ชีวิตในปัจจุบัน นำมาวางแผนและกำหนดทางเลือกใหม่ในการปฏิบัติตนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมควบคุมความรุนแรงของโรคที่เหมาะสมโดยกิจกรรมจัด 1 ครั้ง โดยใช้เวลาประมาณ 4-5 ชั่วโมง

**ระยะที่ 4 การเริ่มทดลองปฏิบัติตามบทบาทใหม่ (Provision trying of new roles)** เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำรูปแบบในการปฏิบัติตนที่ตนเองได้วางแผนกำหนดทางเลือกไว้ในระยะที่ 3 นำไปทดลองปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันของตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกลงในสมุดบันทึกประจำวัน

**ระยะที่ 5 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทดลองปฏิบัติตามบทบาทใหม่** เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงความสำเร็จและความล้มเหลวที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติเพื่อการควบคุมโรคที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

**ระยะที่ 6 การร่วมกิจกรรมปรับพฤติกรรมสุขภาพ** ครอบคลุมทั้งมิติทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งทั้ง 3 มิตินี้มีความเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม (Holistically) โดยการจัดทำกิจกรรมร่วมกันเป็นฐาน ให้ครบทุกมิติของการดูแลสุขภาพทั้ง การประเมินสุขภาพตนเอง การควบคุมความรุนแรงของโรค การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด

**ระยะที่ 7 ระยะการติดตามเพื่อสร้างความมั่นใจ** เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่กลุ่มเป้าหมาย โดยการเยี่ยมบ้านแบบเพื่อนช่วยเพื่อน เดือนละ 1 ครั้ง และพบกลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 1 หลังจบโปรแกรมแล้ว 12 สัปดาห์ ด้วยการประเมินระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตและระดับเลือด หลังจบกิจกรรมและติดตามผล

### แนวคิดการปรับพฤติกรรมสุขภาพ

แนวคิดการปรับพฤติกรรม ของ Bandura (1986) กล่าวว่า พฤติกรรมคนจะเปลี่ยนได้ต้องผ่านกระบวนการทางปัญญาและสังคมได้แก่ Self- efficacy จะเกิดได้จากการรับรู้ผลการกระทำจากตัวแบบ หรือการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การใช้การเสริมแรง การพุดจูงใจ การกระตุ้นอารมณ์ และเห็นถึงผลดีของการกระทำนั้นโดยมั่นใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นต่อเนื่องได้ ส่วน Self-regulation เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้สังเกตตนเองได้รับ feedback สะท้อนให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเห็นด้วยผลการวัดภาวะสุขภาพของเขาในปัจจุบัน ดังตาราง

ตาราง บูรณาการ 3 แนวคิดมาประยุกต์ใช้ในการกำหนดขอบเขตของกิจกรรมในโปรแกรม

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	2. การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง	3. การปรับพฤติกรรมสุขภาพและจิตวิทยาเชิงบวก	ขอบเขตของกิจกรรมในโปรแกรม
<p>ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และ 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ</p> <p>หมายถึง สมรรถนะในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ เป็นทักษะพื้นฐาน ด้านการอ่านและเขียนที่จำเป็นสำหรับบริบทด้านสุขภาพ</p> <p>ประกอบด้วย การที่บุคคลมีความรู้ในสาระสำคัญด้านสุขภาพ สามารถสื่อสารเพื่อให้ได้รับข้อมูลทางสุขภาพ รู้จักเลือกและตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ และนำทักษะที่กล่าวมานั้นไปกำหนดทางเลือกหรือเลือกวิธีการจนนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี</p>	<p>P1- Personal Presage Stage</p> <p><u>ระยะลึกลง</u></p> <p>เมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาที่ไม่เป็นไปตามมุมมองเดิมของตนด้วยการสร้างสภาวะความไม่แน่ใจ ลึกลงในการพฤติกรรมของตนเอง บุคคลจะมีการทบทวนตนเองด้วยความรู้สึกผิดและอารมณ์ในด้านลบภายใต้พื้นฐานของความเชื่อสังคม วัฒนธรรมที่เป็นอยู่ และประสบการณ์ที่เคยปฏิบัติของตนเอง เพื่อทำความเข้าใจกับตนเอง หลังจากการทบทวนตนเองบุคคลจะมีการประเมินสมมุติฐานเดิมของตนอย่างมีวิจารณญาณเพื่อกำหนดแนวทางหรือทางเลือกที่จะกระทำหรือเปลี่ยนแปลงตนเอง</p>	<p><u>ขั้นที่ 1 สร้างการรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy)</u></p> <p><u>ระยะลึกลง</u></p> <p>เมื่อบุคคลขาดประสบการณ์ ขาดความพร้อมที่จะเรียนรู้ในด้านการดูแลสุขภาพของตนเองหรือการแก้ปัญหาสุขภาพของตนเอง</p> <p>- ใช้เทคนิคการสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเองหรือผู้อื่นที่ผ่านมา</p> <p>- ใช้เทคนิคการใช้คำพูดชักจูง หรือการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ</p> <p>- การให้ข้อมูลผลการประเมินตนเองเพื่อรับรู้ปัญหาด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพตนเอง</p> <p>- การใช้ตัวแบบที่เป็นแบบอย่างที่ดีเพื่อสร้างแรงจูงใจที่จะทำตาม</p> <p>- การมีสิ่งจูงใจที่จะอยากเรียนรู้และปรับเปลี่ยนสุขภาพตนเอง</p>	<p>การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะพื้นฐานในการดูแลสุขภาพตนเอง เพิ่มสมรรถนะในการอ่านและเขียนเพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ โดยเริ่มจากการกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม มีความพร้อมต่อการเรียนรู้จนนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี โดยมีกิจกรรมดังนี้</p> <p>1. กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมพร้อมต่อการเรียนรู้ โดยทำให้ผู้สมรสเกิดความรู้สึกว่าการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมาของตนเองไม่สามารถดูแลตนเองได้ จนเกิดความไม่แน่ใจ ลึกลงในพฤติกรรมที่ผ่านมาของตนเองว่าถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ และประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงโดยเริ่มต้นด้วยการนำสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับคู่สมรสที่มีลักษณะเป็นเหตุการณ์ปัญหาจนส่งผลให้เกิดความลำบากในการดำรงชีวิตประจำวัน ผู้จัดร่วมกับการพิจารณามุมมองและประสบการณ์เดิม นำมาให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทบทวนตนเองว่าเป็น <u>อารมณ์และความรู้สึกทางลบอะไรบ้าง</u></p> <p>2. เมื่อคู่สมรสผู้เข้าร่วมกิจกรรม ทบทวนตนเองแล้ว ก็จะประเมินสมมุติฐานเดิมของตนอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อกำหนดแนวทางหรือทางเลือกที่จะกระทำหรือเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยผู้จัดให้คู่สมรสได้บันทึกทางเลือกหรือแนวทางในการเปลี่ยนแปลงตนเองลงสมุดบันทึกประจำตัวของตนเอง</p> <p>3. ผู้จัดขอให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเปิดใจยอมรับสิ่งที่ผิดพลาดด้วยการประเมินอารมณ์ความรู้สึกของผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่มี</p>

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	2. การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง	3. การปรับพฤติกรรมสุขภาพและจิตวิทยาเชิงบวก	ขอบเขตของกิจกรรมในโปรแกรม
			<p>ต่อสถานการณ์หรือกิจกรรมเรียนรู้ จากนั้นจึงเริ่มสู่การพัฒนาความรอบรู้ขั้นพื้นฐานโดยให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกับผู้เชี่ยวชาญสุขภาพในเนื้อหาที่จำเป็นจนผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้ในเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ</p> <p>4. ฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเอง เริ่มด้วยให้ 1) ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรค 2) ด้านทักษะการตัดสินใจเลือกอาหารและจัดการโภชนาการตามความเหมาะสมในชีวิตประจำวันรวมถึงการอ่านฉลากอาหาร 3) ทักษะการออกกำลังกาย 4) ฝึกการตรวจวัดสัญญาณชีพด้วยตนเอง การวัดระดับความดันโลหิตและดัชนีมวลกายและการแปลผลเพื่อให้ทราบวิธีการติดตามควบคุมกำกับไม่ให้เกิดโรค และ 5) การดูแลสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพการแก้ไขปัญหาและบูรณาการจัดการปัญหาด้านจิตวิทยาในชีวิตประจำวัน</p> <p>5. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำความรู้และทักษะที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อนและผู้เชี่ยวชาญ ไปกำหนดทางเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี รวมถึงการวางแผนเพื่อปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี</p> <p>6. ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบันทึกเนื้อหาสาระของวิธีการดูแลสุขภาพตนเองและลงนำแผนไปปฏิบัติ</p>
<p>ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์</p> <p>- การติดต่อสื่อสาร</p> <p>เป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ได้แก่ สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสารเพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย การที่บุคคลสามารถอธิบายและสื่อสารถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพให้</p>	<p>P2 – Plan Learning Stage</p> <p><u>ระยะการวางแผนการเรียนรู้</u></p> <p>หลังจากที่บุคคลเผชิญกับวิกฤติการณ์และทบทวนตนเองแล้วบุคคลจะเปิดใจยอมรับสิ่งที่ผิดพลาดจากพฤติกรรมเดิมๆของตนเองพร้อมสู่การเปลี่ยนแปลง จนบุคคลสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ต้องการกับผู้อื่น</p>	<p>ขั้นที่ 2 การกำกับตนเอง (Self-regulation)</p> <p>ใช้เทคนิค</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การสังเกตอาการและความผิดปกติตนเอง</li> <li>- ประเมินตนเองเบื้องต้นและรับรู้ถึงจุดอ่อนและจุดแข็งของความสามารถของตนเองได้</li> <li>- กำหนดเป้าหมายของการเรียนรู้และการกระทำพฤติกรรมใหม่ได้อย่างเหมาะสมกับเงื่อนไขตนเอง</li> </ul>	<p>เมื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดความรอบรู้ระดับพื้นฐานแล้ว ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะสามารถก้าวไปสู่ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการสื่อสาร ซึ่งเป็นสมรรถนะระดับปฏิสัมพันธ์</p> <p>ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสื่อสารหรือปฏิสัมพันธ์ผู้จัดประยุกต์กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในขั้นนี้โดยพัฒนาทักษะทางสังคม วางแผนการดูแลตนเองเน้นการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้แก่ การสื่อสารกับกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญสุขภาพโดยมีกิจกรรมดังนี้</p> <p>5. ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม อธิบายวิธีการดูแลสุขภาพตนเองตามแผนที่ได้บันทึกไว้</p>

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	2. การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง	3. การปรับพฤติกรรมสุขภาพและจิตวิทยาเชิงบวก	ขอบเขตของกิจกรรมในโปรแกรม
<p>บุคคลอื่นเข้าใจ มี ความสามารถในการค้นหา ข้อมูลที่ถูกต้อง โดย เปรียบเทียบการเลือกรับสื่อ ที่มีประโยชน์ต่อตนเองและ ผู้อื่นใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ ผลดี-ผลเสียเพื่อปฏิเสธ/ หลีกเลี่ยง/เลือกวิธีการ ปฏิบัติสามารถปฏิบัติตาม แผนที่กำหนด</p>	<p>โดยสามารถแสวงหา คำตอบจากการสื่อสาร ประสบการณ์ การ สนทนา หรือโต้ตอบ ด้วยเหตุผลกับบุคคล อื่นที่มีประสบการณ์ คล้ายกับตนเอง เพื่อทำ ความเข้าใจตนเองและ กำหนดเป้าหมายใน การปฏิบัติเพื่อ เปลี่ยนแปลงร่วมกัน</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระบุถึงสิ่งที่ตนเองต้อง เรียนรู้และแก้ไข พฤติกรรมตนเองได้ใน ลำดับแรกๆ</li> <li>- มีการวางแผนเพื่อ กระทำพฤติกรรมหรือ วางแผนการฝึกฝน ตนเอง</li> <li>- กำหนดวิธีการเรียนรู้ และการปรับพฤติกรรม ภายใต้งานไขศักยภาพ และสภาพแวดล้อมของ ตนเอง</li> <li>- ประเมินผลการกระทำ ตามแผน</li> </ul>	<p>รวมไปถึงวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเกี่ยวกับการ วิธีการปฏิบัติในวิธีการดูแลสุขภาพตนเองที่ ตนเองได้ลองนำไปปฏิบัติมาให้กลุ่มเพื่อนฟัง</p> <p>6. ร่วมวิพากษ์แผนการวิธีการดูแล สุขภาพที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ลองนำไป ปฏิบัติ ร่วมกับกลุ่มคู่สมรสคู่อื่นๆ ที่มี ประสบการณ์คล้ายกับตนเอง เพื่อหาความรู้ และทักษะสำหรับการปฏิบัติตามแผนและ กำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติต่อไป</p> <p>7. สรุปแผนวิธีการดูแลสุขภาพของ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม</p> <p>8. จำลองสถานการณ์ที่อ้างอิงมาจาก ข้อมูลการศึกษาระยะที่ 1 แบ่งเป็น 2 สถานการณ์คือ 1) สถานการณ์เกี่ยวกับการ แลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ให้บริการสาธารณสุข ผู้นำชุมชนด้านสุขภาพ และ 2) สถานการณ์ เกี่ยวกับการเลือกรับสื่อสุขภาพที่อาจจะทำ ให้เสี่ยงทางสุขภาพ</p>
<p>ความรอบรู้ด้าน สุขภาพด้านการ ตรวจสอบและตัดสินใจใน การเลือกการปฏิบัติใน การสร้างเสริมและรักษา สุขภาพที่ดีตลอดชีวิต ประกอบด้วย บุคคล สามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหา แนว ทางการปฏิบัติด้าน สุขภาพอย่างมีเหตุผล สามารถตรวจสอบข้อมูล จากหลายแหล่งได้เพื่อ ยืนยันความเข้าใจของ ตนเองจนได้ข้อมูลที่ น่าเชื่อถือ สามารถ ประเมินข้อมูลจากสื่อ สามารถโน้มน้าวให้บุคคล อื่นยอมรับข้อมูลด้าน สุขภาพ เพื่อชี้แนะ แนวทางให้กับบุคคลอื่น เลือกที่เกิดผลกระทบน้อย โดยแสดงข้อมูลที่หักล้าง ความเข้าใจผิดได้อย่าง เหมาะสม มีการทบทวน</p>	<p>P3- Program Perspective Stage <u>การเปลี่ยนกรอบ มุมมองการคิด ความ เชื่อและจิตลักษณะ เดิม</u></p> <p>บุคคลค้นหาการ กระทำใหม่ นำไปสู่การ แสวงหาทางเลือกใน การเปลี่ยนแปลง ตนเอง ต่อมาบุคคล เริ่มวางแผนการกระทำ ใหม่ ตามเป้าหมายที่ ต้องการให้เกิดการ เปลี่ยนแปลง ด้วยการ หาความรู้และทักษะ สำหรับการปฏิบัติตาม แผน เพื่อให้เกิดผลตาม เป้าหมาย ทั้งนี้บุคคล จะต้องยอมรับแผนการ กระทำและเริ่มทดลอง ทำตามบทบาทใหม่ จน บุคลากรบทบาทใหม่ ให้เป็นวิถีชีวิตใหม่ของ</p>	<p><b>ระยะที่ 3 ลงมือกระทำ</b></p> <p>ใช้เทคนิค การฝึกทักษะ การกระทำวิธีการเรียนรู้ และการกระทำ พฤติกรรมตามแผน อย่างซ้ำๆ อย่างน้อย 3 เดือนต่อเนื่อง</p>	<p>การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้น วิจารณ์ญาณ คือ สมรรถนะในการประเมิน และการตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติในการ ดูแลสุขภาพที่ดีต่อเนื่อง ตลอดจนสามารถ ชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม ผู้จัด ได้ประยุกต์กระบวนการเรียนรู้เพื่อการ เปลี่ยนแปลงโดยพัฒนาให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม สามารถการเริ่มทดลองทำตามแนวทางการ ดูแลตนเองในแบบที่ได้สร้างใหม่ และสร้าง ความสามารถและความมั่นใจในแนวทาง ใหม่ที่ตนเองที่วางแผน จนสามารถการบูรณาการจนเป็นวิถีชีวิตใหม่ของตนเองได้ ทั้งนี้ ผู้ชี้แนะแนวการดูแลสุขภาพตนเองและ ครอบครัว ซึ่งมีกิจกรรมดังนี้</p> <p>4. ผู้จัดให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเสนอ ทางเลือกในการดูแลตนเองและครอบครัวที่ เกิดผลกระทบน้อยที่สุด ให้กับบุคคลโดยผู้ จัดเชิญผู้เชี่ยวชาญ NCD ที่ไม่อยู่ในกลุ่ม กิจกรรมมาเป็นผู้เล่าประสบการณ์ตัวอย่าง เพื่อพัฒนาให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ยอมรับ ข้อมูลด้านสุขภาพ</p> <p>5. ผู้จัดนำตัวอย่างข้อมูลด้านสุขภาพ ความเชื่อที่ผิด ซึ่งข้อมูลได้มาจากปัญหาการ วิจัยระยะที่ 1 นำมาให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ร่วมวิเคราะห์ โดยใช้รูปแบบการสนทนาเชิง</p>



1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	2. การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง	3. การปรับพฤติกรรมสุขภาพและจิตวิทยาเชิงบวก	ขอบเขตของกิจกรรมในโปรแกรม
และปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง	ตน		<p>วิพากษ์ โดยมุ่งให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม แสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม</p> <p>6. กลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม ได้ทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมนำไปสู่วิถีชีวิตใหม่ของตนเอง</p> <p>7. กลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้นำเสนอผลการปฏิบัติตนที่ประสบความสำเร็จและไม่สำเร็จบอกเล่าให้คู่สมรสคนอื่นๆ ฟังและร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่จะนำไปใช้เป็นแบบอย่างต่อไปได้หรือไม่อย่างไร</p>
<p>แนวคิดการมองโลกในแง่ดี (Optimism) ที่เกิดจากความซาบซึ้งหรือความรู้สึกกตัญญูต่อสิ่งต่างๆ ในชีวิต (Gratitude) และการรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy)</p>			<p>บรรยายสาเหตุของพฤติกรรมตามแนวตะวันตกและแนวพุทธ เพื่อให้เข้าใจถึงพฤติกรรมจะเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันแต่ละคนนั้นได้มาจากสาเหตุด้านภายในบุคคล (เช่น การคิดและอารมณ์) และด้านสังคม (เช่น บรรทัดฐานทางสังคม แบบอย่างครอบครัว หลังจากนั้นฝึกการปรับการคิดและอารมณ์</p> <p>1. ให้เขียนบันทึกทุกวันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1) เขียนเรื่องที่ตนเองซาบซึ้งใจ ขอขอบคุณกตัญญู เช่น ได้สวดมนต์ทุกวัน ทำสมาธิเสมอ 2) เขียนเรื่องที่ทำให้ตนเองรำคาญใจหรือขัดข้องใจ เช่น งานเยอะ ลูกสามีไม่ได้ตั้งใจ 3) ทั้ง 2 กลุ่มเขียนเรื่องราวหรือสิ่งต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อตนเองทั้งด้านบวก และลบด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจและสังคมอย่างไรบ้างเมื่อเวลาผ่านไป 2 สัปดาห์ – ทำกิจกรรมรวบรวมประโยชน์ของการมองโลกในแง่ดีที่ส่งเสริมสุขภาพส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพได้บ้าง อารมณ์ลบ และอารมณ์บวกต่างก็มีประโยชน์และโทษอย่างไร ความสุขคืออะไร มีวิธีสร้างสุขอย่างไร เกิดมาเพื่ออะไร มาอบรมเป็นไปตามที่คาดหวังหรือไม่ และต่างจากก่อนเข้าอบรมหรือไม่อย่างไร</p> <p>2. จินตนาการความฝันในชีวิตคืออะไร และมีสิ่งใดที่ท้าทายแล้วประสบความสำเร็จหรือพอใจตามเป้าหมายในชีวิต (5 นาที)</p> <p>3. ฝึกทำสมาธิด้วยบริการภวานา</p>

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	2. การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง	3. การปรับพฤติกรรม สุขภาพและจิตวิทยาเชิงบวก	ขอบเขตของกิจกรรมในโปรแกรม
<p>แนวคิดการปรับพฤติกรรมโดยพฤติกรรมคนจะเปลี่ยนได้ต้องผ่านกระบวนการทางปัญญาและสังคมได้แก่ Self-efficacy จะเกิดได้จากการรับรู้ผลการกระทำจากตัวแบบ หรือการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การใช้การเสริมแรง การพูดจูงใจ การกระตุ้นอารมณ์ และเห็นถึงผลดีของการกระทำนั้นโดยมั่นใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นต่อเนื่องได้ ส่วน Self-regulation เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้สังเกตตนเองได้รับ feedback สะท้อนให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเห็นด้วยผลการวัดภาวะสุขภาพของเขาในปัจจุบัน</p>	<p>P4–Personal Transformative Stage &amp; 3-Self for behavior modification</p> <p><u>การเปลี่ยนแปลงภายในตนเองไปสู่การกระทำพฤติกรรมใหม่</u></p> <p>การยอมรับแผนการกระทำและสร้างแผนการกระทำพฤติกรรมใหม่</p> <p>4. การเริ่มทดลองทำตามบทบาทใหม่</p> <p>5. การสร้างความสามารถและความมั่นใจในบทบาทและความสัมพันธ์ใหม่</p> <p>6. การบูรณาการจนเป็นวิถีชีวิตใหม่ของตน</p>	<p><b>ขั้นที่ 4 การสร้างทักษะการดูแลพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง</b></p> <p>เป็นวิถีชีวิตของตนเอง เริ่มจากทบทวนตนเองถึงพฤติกรรมใดที่ผ่านมาของเองที่ต้องเปลี่ยน และเปลี่ยนแล้วจะเกิดอะไรขึ้น และวิธีการใดบ้างที่ต้องทำเพื่อให้เกิดพฤติกรรมนั้น</p>	<p>ร่วมกิจกรรมปรับพฤติกรรมสุขภาพเป็นฐาน 3 ฐาน ได้แก่ <b>ฐานที่ 1</b> การเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตน การฝึกทักษะการกำกับตนเอง และการคงอยู่ในการกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดทำกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมหรือกิจกรรมกลุ่มเล็กให้ทุกคนได้แสดงออกและกระทำพฤติกรรมต่างๆ ด้วยตนเองอย่างทั่วถึงโดยให้ครบทุกมิติของการดูแลสุขภาพทั้ง Self-efficacy จะเกิดขึ้นได้จากการที่บุคคลได้รับรู้ผลการกระทำจากตัวแบบ หรือการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การใช้การเสริมแรง การพูดจูงใจ การกระตุ้นอารมณ์ เป็นต้น รวมถึงการเห็นถึงผลดีของการกระทำของตนเองที่ผ่านมาโดยผ่านกระบวนการทางปัญญามั่นใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นต่อเนื่องได้ ส่วน<b>ฐานที่ 2</b> Self-regulation เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้สังเกตตนเองได้รับ feedback สะท้อนให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเห็นด้วยผลการวัดภาวะสุขภาพของเขาเองในปัจจุบัน อาจเป็นผลตรวจร่างกาย ผลเลือด เป็นต้น ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะสังเกตตนเองว่ามีความเสี่ยงต่อโรคลดลง และ<b>ฐาน 3</b> Self-Care การกระทำพฤติกรรมต่อเนื่อง จากการประเมินสุขภาพตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และทำกิจกรรมเพื่อสังคม ที่เหมาะสมกับสภาพบริบทตนเองและชุมชน จนเป็นสังคมแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนในชุมชน</p>

จากการทบทวนวรรณกรรมและผลการวิเคราะห์ห่อภิมานนำมาสู่การกำหนดโครงสร้างโปรแกรม ฯ ที่มีต่อการมีสุขภาพครอบครัว ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ แนวคิดหรือทฤษฎี กิจกรรม ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม และการประเมินผล ประยุกต์แนวคิด ทูทางจิตวิทยา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้วยการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและการปรับพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมทั้งนำร่างโปรแกรม ฯ ที่พัฒนาขึ้นมาตรวจสอบความเหมาะสมด้วยแบบสอบถามความเหมาะสมและความสอดคล้องที่ผู้จัดสร้างขึ้น โดยผู้เชี่ยวชาญที่ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาผู้ใหญ่ ด้านพฤติกรรมศาสตร์ และด้านการส่งเสริมสุขภาพ ในการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม ฯ

**ตาราง** แสดงกิจกรรมตามแนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและจิตวิทยาเชิงบวก เพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและจิตวิทยาเชิงบวกสำหรับคู่สมรสกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์)

ครั้งที่/ ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	ลักษณะกิจกรรม	เทคนิค/สื่อกิจกรรม	การ ประเมิน
<b>กิจกรรมที่ 1 รู้จักความรอบรู้ด้านสุขภาพ รู้จักสุขภาพของเราและรู้จักเบหwaan ความดันโลหิตสูง</b>				
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัญหาสุขภาพที่ต้องรู้	1. อธิบายถึงเนื้อหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และการป้องกันโรคด้วยการบริโภคอาหารและออกกำลังกายที่ถูกต้อง 2. อธิบายถึงความหมายและองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพได้	กิจกรรม “เรื่องสุขภาพต้องรู้ เมื่ออายุมากขึ้น” เป็นกิจกรรมส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และการป้องกันโรคด้วยการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ด้วยการให้ความรู้ร่วมกับการใช้สื่อประกอบ (ภาพ/วิดีโอ/YouTube) มีการสนทนากลุ่มพร้อมซักถามในสิ่งที่ต้องการรู้ และร่วมกันกำหนดความรู้ที่จำเป็น บรรยายให้ความรู้และฝึกการเขียนคำอธิบายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสร้างบรรยากาศให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดความอยากรู้ อยากเห็น และมีการสะท้อนให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้คิด วิเคราะห์ข้อมูลและมีการสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้	1. บรรยายผ่านสื่อความรู้เรื่องโรค สาเหตุและผลกระทบของการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง 2. บุคคลต้นแบบด้านการบริโภคอาหารและออกกำลังกาย 3. สาธิตการเลือกบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อการป้องกันโรค 4. บรรยายเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ	1. สังเกตการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม 2. ผู้วิจัยสังเกตอารมณ์และความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างต่อสถานการณ์ของบทบาทสมมติ 3. สังเกตการแสดงความคิดเห็นจากการสนทนาเชิงวิพากษ์ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม
2. กิจกรรม “เข้าถึง เข้าใจ ห่างไกล โรค” การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	1. เลือกแหล่งข้อมูลและบริการสุขภาพที่น่าเชื่อถือ 2. รู้วิธีการค้นหาและใช้อุปกรณ์สืบค้นได้ 3. ค้นหาข้อมูลที่ต้องการได้ 4. อธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ ที่จะนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน 5. สามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบ	กิจกรรม “เข้าถึง เข้าใจ ห่างไกลโรค” เป็นกิจกรรมสร้างบรรยากาศให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดความอยากรู้ อยากเห็น โดย กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการตั้งคำถาม พร้อมเปิดเวทีให้มีการอภิปรายกลุ่มร่วมกัน และให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้กำหนดช่องทางการสื่อสารเพื่อสร้างพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และให้มีกำหนดข้อตกลงร่วมกันในการที่จะส่งข้อมูลความรู้ผ่านสื่ออย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ร่วมพูดคุยวิธีการค้นหาข้อมูลความรู้ และร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเลือกรับข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้แนะนำ สาธิตและฝึกทักษะในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพที่สำคัญ	1. แสวงหาแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เช่น ภูมิปัญญาชาวบ้าน แหล่งบริการสุขภาพในชุมชน เป็นต้น 2. สาธิตและฝึกปฏิบัติใช้เทคโนโลยีในการค้นหาข้อมูล 3. การใช้กรณีตัวอย่างข้อมูลสุขภาพที่ได้จากสื่อต่างๆ เช่น แผ่นพับสัญลักษณ์ คู่มือ เว็บไซต์ 4. ฝึกทักษะการอ่าน การฟัง การสนทนาจากแหล่งข้อมูลชุมชน โดยใช้สถานการณ์จำลองหรือกรณีตัวอย่างข้อมูลข่าวสารที่มีอยู่ในชุมชน 5. ฝึกทักษะการฟัง จับประเด็นในการสนทนายระหว่างเพื่อนที่เข้าร่วมกิจกรรมทั้งในระดับคู่ ระดับกลุ่ม 6. ฝึกทักษะการวิเคราะห์	สังเกตการกระทำกิจกรรมในกลุ่ม ในการแสดงออกในสถานการณ์จำลอง

ครั้งที่/ ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	ลักษณะกิจกรรม	เทคนิค/สื่อกิจกรรม	การ ประเมิน
	เนื้อหา/แนว ทางการปฏิบัติ ด้านสุขภาพได้ อย่างมีเหตุผล		เปรียบเทียบข้อมูลจากกรณี ตัวอย่างที่มาจากประสบ การณ์จริงที่เกิดขึ้นในชุมชน	
3.ทักษะ การ สื่อสาร (การ โต้ตอบ ซักถาม )	1.บอกเล่าเรื่อง ของตัวเองให้ผู้อื่น เข้าใจ 2.สามารถ ซักถาม พุดคุย แลกเปลี่ยน เพื่อให้ได้รับ ข้อมูลทาง สุขภาพที่ กระจ่างชัด 3.สามารถเจรจา ต่อรองเพื่อให้ได้ ข้อมูลและบริการ สุขภาพที่ เหมาะสม กับ ตนเอง	กิจกรรม “การตั้งคำถามให้ตรง คำตอบ” เป็นกิจกรรมจับคู่สนทนา - โดยคนหนึ่งมีคำตอบด้านสุขภาพ ตนเอง ส่วนคู่สนทนาเป็นผู้ตั้งคำถาม หลายคำถามที่คิดว่าสอดคล้องกับ คำตอบนั้น - สลับกันเป็นผู้เล่าเรื่องประสบการณ์ สุขภาพตนเอง - แสดงบทบาทสมมติในการเป็นผู้ให้ และผู้รับบริการสุขภาพ	1. ฝึกการเล่าเรื่อง ประสบการณ์การดูแล สุขภาพตนเอง หรือผู้อื่นให้ เพื่อนที่เข้าร่วมกิจกรรม อบรมด้วยกันทั้ง 2. ฝึกทักษะการตั้งคำถามเชิง บวกกับวิทยากรอบรม 3. ฝึกทักษะการเจรจาต่อรอง ด้วยการใช้สถานการณ์สมมติ ในสถานพยาบาลระหว่างผู้ให้ และผู้รับบริการสุขภาพ	
4.ทักษะ การ ตัดสินใจ ลด ละ เลิก พฤติกรรมที่ ทำให้ เราป่วย ครอบคลุม การ วิเคราะห์ สังเคราะห์ และการ ประยุกต์ใช้	1.สามารถ เปรียบเทียบ ผลดี-ผลเสีย อย่างมีเหตุผล ก่อนที่จะ ตัดสินใจเชื่อ และทำตาม 2.สามารถกำหนด ทางเลือก/ หลีกเลี่ยง และ ปฏิเสธ หรือ เลือกวิธีปฏิบัติ 3.สามารถแสดง ทางเลือกที่ เกิดผลกระทบ น้อยต่อตนเอง และผู้อื่น หรือ แสดงข้อมูลที่ หักล้างความ เข้าใจผิดได้	กิจกรรม “ตัดสินใจ ลด ละ เลิก พฤติกรรมที่ทำให้เราป่วย” เป็นกิจกรรมที่ ฝึกการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อการ ตัดสินใจเลือกปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ ถูกต้อง โดยให้ข้อมูลการปฏิบัติตนด้าน การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง (พฤติกรรม สุขภาพที่เลว) ผ่านการชม YouTube ประสบการณ์การปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ที่หลากหลาย โดยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม สังเกตความสำเร็จของผู้อื่นผ่าน ประสบการณ์ มีการแบ่งกลุ่มระดม ความคิดในการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ผลดี-ผลเสีย ในวิธีการปฏิบัติตนจากตัว แบบที่เป็นสถานการณ์ และสรุป ทางเลือกในการปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อการ บริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ ถูกต้อง	1.ฝึกทักษะการตัดสินใจโดย ผ่านกระบวนการนกิจกรรม การเล่นเกมส์ 2.ฝึกการกำหนดทางเลือกจาก ข้อมูลที่กลุ่มมีอยู่หรือที่ วิทยากรได้รวบรวมไว้เป็น ตัวอย่าง 3.ฝึกการวิเคราะห์ข้อมูล สุขภาพและกำหนดวิธีการ ดูแลสุขภาพของตนเอง จาก ข้อมูลสุขภาพที่มีอยู่ 4.ฝึกทักษะการปฏิเสธ การ หลีกเลี่ยง ทักษะการตอบโต้ อย่างสร้างสรรค์ที่เกี่ยวข้อง กับปัญหาสุขภาพ	

ครั้งที่/ ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	ลักษณะกิจกรรม	เทคนิค/สื่อกิจกรรม	การ ประเมิน
5.ทักษะ การจัดการ ตนเองด้วย การปรับ เปลี่ยน พฤติกรรม	1.สามารถกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้เหมาะสม 2.สามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้ 3.สามารถกำกับประเมิน ทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนได้	กิจกรรม “การปรับพฤติกรรม” (เริ่มตั้งแต่ ทักษะการสังเกตสุขภาพ รูปร่าง อารมณ์ของตนเอง ฝึกการตั้งเป้าหมาย ฝึกการทำสัญญาตนเอง ฝึกการปฏิบัติด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ด้วยตนเอง ฝึกการวางแผนการปฏิบัติ ฝึกการกำกับตนเอง และการให้การเสริมแรงตนเอง) และฝึกทักษะการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ทั้งด้าน อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การเลิกหรือหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา	1. ฝึกทักษะการเสนอทางเลือกหลายทางให้กับผู้อื่นได้ ตัดสินใจด้วยตนเอง 2. ฝึกทักษะการแชร์ การแชท และถ่ายทอดข้อมูล ประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเอง 3. ฝึกทักษะการสนทนาเพื่อนำมาสู่ใจให้ตนเองและผู้อื่นเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพ 4. ฝึกทักษะการให้คำปรึกษาหรือการสื่อสารที่ดีให้กับบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวหันมาใส่ใจดูแลสุขภาพ	
5.1 เรียนรู้ วางแผน สร้าง เป้าหมาย สุขภาพ ตนเอง	1.สามารถวิเคราะห์การปฏิบัติตัวด้วยตนเองและเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ 2. สามารถวางแผนการปฏิบัติตนด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสมกับตนเอง	กิจกรรม “เรียนรู้การสร้างเป้าหมายสุขภาพตนเอง ” เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ทบทวนวิธีการปฏิบัติตนทั้งในอดีตและปัจจุบัน เปิดโอกาสให้ทุกคนได้สะท้อนประสบการณ์ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคอยให้ข้อมูลย้อนกลับ มีการสาธิตและฝึกทักษะการออกกำลังกาย สาธิตเมนูสุขภาพโดยใช้โมเดลอาหาร อาหารใดที่ควรรับประทาน อาหารใดที่ควรหลีกเลี่ยง รวมถึงอาหารแลกเปลี่ยน โดยเปิดโอกาสให้ทุกคนได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ได้เรียนรู้จากการกระทำและประสบการณ์ตรง รวมทั้งให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ร่วมกันกำหนดทางเลือกใหม่พร้อมปฏิทินในการปฏิบัติตนด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสมกับตนเอง พร้อมสรุปผลที่ได้จากการเรียนรู้ ที่ก่อให้เกิดคุณค่าต่อตนเองและครอบครัว สังคมอย่างไร	1.ทักษะการจัดการตนเองด้วยการเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 self เริ่มจาก Self – efficacy การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และการมองโลกในแง่ดี	
5.2 ดูแล ตัวเอง ปลดล็อค ชีวิต สู่ผลลัพธ์ สุขภาพดี	1.สามารถกำกับตนเอง ในการปฏิบัติตนตามปฏิทินที่วางไว้ 2. สามารถบันทึกการปฏิบัติ	เป็นกิจกรรมที่สร้างให้มีการกำกับตนเองในการปฏิบัติตนตามปฏิทินที่วางไว้ให้รู้จักสังเกตตนเอง เตือนตนเอง และบันทึกการปฏิบัติตนลงในสมุดบันทึก เช่น บันทึกอาหารที่กิน การออกกำลังกาย ซึ่งจะทำให้รู้ว่าตนเองมีการ	1.ทักษะการจัดการตนเองด้วยการเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 self ในด้าน Self – regulation การกำกับตนเอง และ ด้าน Self – care หรือการดูแล	

ครั้งที่/ ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์	ลักษณะกิจกรรม	เทคนิค/สื่อกิจกรรม	การ ประเมิน
(ยังปฏิบัติ ยังไม่สมบูรณ์ ดี)	ตนได้	ปฏิบัติในลักษณะใดบ้าง และในระหว่าง ที่มีการปฏิบัติให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกันผ่าน social media เช่น line group, Facebook ที่ได้กำหนดร่วมกัน ในกิจกรรมที่ 1	ตัวเอง	
5.3ติดตาม อย่างต่อเนื่อง และ ประเมิน ผล เป้าหมาย	1. การประเมิน ความรอบรู้ด้าน สุขภาพ พฤติกรรม สุขภาพและ สภาวะสุขภาพ 2.การถ่ายทอด แลกเปลี่ยน วิธีการปฏิบัติ ด้านสุขภาพแก่ ผู้อื่น	เป็นกิจกรรมติดตามผลโดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับแกนนำ สุขภาพ ในการให้คำแนะนำ และกระตุ้น ให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และมีการ ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการ ออกกำลังกายและสภาวะสุขภาพ รายบุคคล รวมทั้งเปิดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ประสบการณ์ในการปฏิบัติตนของ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ค้นหาและเชิดชู ต้นแบบด้าน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพทั้งการบริโภค อาหารและการออกกำลังกาย	1. ทักษะการจัดการตนเอง (การเปลี่ยนพฤติกรรม) 2.ทักษะการสื่อสาร (การ โต้ตอบ ชักถามแลกเปลี่ยน , การบอกต่อ)	

สรุปได้ว่า โปรแกรมเพื่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย เป็นกระบวนการจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด ทักษะทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ที่สร้างขึ้นจากผลการสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการจำเป็นของกลุ่มเสี่ยงโรค NCDs และพัฒนาจากพื้นฐานของการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของ เมอร์ซิโร เพื่อสร้างและพัฒนาความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงทักษะการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดความสามารถของบุคคลในการเข้าใจข้อมูล เข้าถึงข้อมูลและสามารถใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

## ตัวอย่างกิจกรรม สื่อและใบงานตามแผนการจัดกิจกรรมเรียนรู้

### แผนการจัดกิจกรรมเรียนรู้ ครั้งที่ 1

#### “ปรับเปลี่ยนมุมมองด้วยจิตวิทยาเชิงบวก ”

##### สาระสำคัญ

การที่บุคคลเกิดภาวะวิกฤติทางด้านสุขภาพ หรือนำประสบการณ์ทางลบที่อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญในชีวิตมาวิเคราะห์ใคร่ครวญประสบการณ์ โดยภาวะวิกฤตินั้นเป็นสิ่งจูงใจที่ทำให้บุคคลหันกลับมาเรียนรู้ จนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ยั่งยืน ในกิจกรรมครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเอาแนวคิดสำคัญ อันได้แก่ แนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) ในขั้นตอนการเรียนรู้ที่ 1 ภาวะวิกฤติที่ทำให้สับสน (Disorienting Dilemma) และ ขั้นตอนการตรวจสอบความรู้สึกของตน (Self-Examination with Feelings of Fear, Anger, Guilt, or Shame) ร่วมกับนำแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology) ซึ่งเป็นกระบวนการทางจิต (ความคิด ความรู้สึก) และการแสดงออกที่เป็นไปในทางบวก เพื่อพัฒนา ความหวัง การมองโลกในแง่ดี และ ความยืดหยุ่นโดยกิจกรรมจัด 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 4-5 ชั่วโมง

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีประสบการณ์ เกี่ยวกับภาวะวิกฤติที่อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญในชีวิตอย่างรุนแรงจนเกิดความกังวล
2. ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสำรวจความไม่สอดคล้องกันระหว่างความคาดหวังของตนเองและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตน จนทำให้เกิดความสับสนในความพฤติกรรมและความคาดหวังของตนเอง
3. เพื่อจูงใจผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะอยากเรียนรู้และปรับเปลี่ยนสุขภาพตนเอง

##### ขั้นนำ

1. วิทยากรแนะนำตนเองและทีมงาน และให้สมาชิกแนะนำตนเอง
2. วิทยากรเริ่มกิจกรรมด้วย YouTube เรื่อง คนแปลงร่าง ให้ผู้ร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งเสริมให้เกิดโรค และความรุนแรงของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

##### ขั้นดำเนินกิจกรรม

1. วิทยากรสร้างประสบการณ์กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมพร้อมต่อการเรียนรู้ โดยทำให้คู่สมรสเกิดความ รู้สึกว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมาอาจส่งผลให้เกิดโรคเรื้อรัง จนเกิดความไม่แน่ใจ ลังเลใจในพฤติกรรมที่ผ่านมาของตนเองว่าถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ ด้วยการแสดงบทบาทสมมติเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ อัมพาต การถูกตัดเท้าจากแผลเบาหวาน ผู้ป่วยภาวะไตวายที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง และภาวะจอประสาทตาเสื่อมจากเบาหวานตามใบงาน 1.1 สถานการณ์บทบาทสมมติโดยแบ่งกลุ่มย่อย ออกเป็นคู่สมรสกลุ่มละ 7-8 คน ให้แสดงบทบาทเป็นครอบครัวที่มีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อน แล้วทำให้คนในครอบครัวได้รับผลกระทบ จนส่งผลให้เกิดความลำบากในการดำรงชีวิตประจำวัน

2. หลังจากจบการแสดงบทบาทสมมติ ผู้ดำเนินกิจกรรมประจำกลุ่ม นำการสนทนากลุ่มโดยตั้งคำถามเกี่ยวกับความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองในอนาคต โดยใช้คำถามเพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดความลังเลระหว่างความคาดหวังของตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองที่ผ่านมาตั้งคำถาม ตามใบงานที่ 1.2 ทบทวนมุมมอง

3. หลังจากสรุปกิจกรรม วิทยากรให้ดูภาพการดูแลกันของ สามี-ภรรยา\_ตามใบงานที่ 1.4 ภาพที่ 1 และ 2 หลังจากนั้นให้สะท้อนความรู้สึก และตอบคำถามตามใบงาน

### ขั้นสรุป

ทบทวนกิจกรรม และตั้งเป้าหมายรายบุคคล ตามใบงานที่ 1.3 เป้าหมายเป็นดาว

### สื่อ และ อุปกรณ์

1. สื่อประกอบ (YouTube เรื่อง คนแปลงร่าง)
2. อุปกรณ์ในการแสดงบทบาทสมมติ ได้แก่ ไม้เท้า ผ้าปิดตา ผ้าพันแผล รถเข็น อุปกรณ์ล้างไต
3. ใบงานที่ 1.1 สถานการณ์บทบาทสมมติ
4. ใบงานที่ 1.2 ทบทวนมุมมอง
5. ใบงานที่ 1.3 เป้าหมายเป็นดาว
6. ใบงานที่ 1.4 สร้างความหวัง ด้วยสายใยครอบครัว

### การประเมินผล

1. สังเกตการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. ผู้วิจัยสังเกตอารมณ์และความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างต่อสถานการณ์ของบทบาทสมมติ
3. สังเกตการแสดงความคิดเห็นจากการสนทนาเชิงวิพากษ์ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม



## ใบงานที่ 1.1 สถานการณ์บทบาทสมมติ

**สถานการณ์ที่ 1** ครอบครัวหนึ่งประกอบด้วย พ่ออายุ 47 ปี แม่อายุ 45 ปี มีลูกด้วยกัน 2 คนกำลังเรียนอยู่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย พ่อเป็นเสาหลักในการหารายได้ด้วยการรับจ้างขับรถตู้ แต่วันหนึ่งเกิดเหตุการณ์ไม่คาดฝันขณะขับรถเขามีอาการปวดไม่ชัด ปากเปื่อย และไม่ได้สติ แพทย์บอกเส้นเลือดสมองแตกหลังผ่าตัดคงต้องพิการ นอนช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จากอาการของโรคความดันโลหิตสูงที่ตนเองไม่ได้ควบคุม

1. ขอให้ท่านถ่ายทอดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวผ่านการแสดง
2. ขอให้ท่านถ่ายทอดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวด้วยการประชุมกลุ่ม

**สถานการณ์ที่ 2** ครอบครัวหนึ่งเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยวอายุ 55 ปีมีอาชีพขับรถเร่ค้าขาย มีบุตร 1 คนกำลังเรียนมหาวิทยาลัย และเธอเองต้องทำหน้าที่ดูแลพ่อ แม่ ซึ่งแม่ป่วยเป็นเบาหวานจนขึ้นตา จนมองไม่เห็น พ่อที่อายุมากมีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงและมีอาการหลงๆ ลืมๆ ส่วนตัวเธอเองหมอบอกว่ามีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวาน

1. ขอให้ท่านถ่ายทอดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวผ่านการแสดง
2. ขอให้ท่านถ่ายทอดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวด้วยการประชุมกลุ่ม

**สถานการณ์ที่ 3** ครอบครัวของนายก้องหล้าที่มีอายุ 19 ปีเพิ่งเรียนจบ ม.ปลาย แม่ของเขามาป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมานาน แม่ของเขาเป็นคนอ้วนที่ไม่ควบคุมการกิน จนควบคุมน้ำตาลไม่ได้ วันหนึ่งแม่ของก้องหล้าเดินสะดุดไม้เสียบลูกชิ้นเป็นแผลลูกกลมจนกระทั่งต้องตัดขา

1. ขอให้ท่านถ่ายทอดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวผ่านการแสดง
2. ขอให้ท่านถ่ายทอดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวด้วยการประชุมกลุ่ม

**สถานการณ์ที่ 4** ครอบครัวนี้เป็นครอบครัวใหญ่ ประกอบด้วย พ่อแม่ลูก และตายาย เป็นครอบครัวมีฐานะแต่หลายคนในบ้านเป็นโรคประจำตัว ยายเป็นโรคความดันสูงจนต้องล้างไต ตาเป็นเบาหวาน เข้าเสื่อมเคลื่อนไหวไม่ค่อยได้ ส่วนแม่ความดันโลหิตเริ่มสูงเนื่องจากมีความเครียดจากค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปล้างไต การดูแลคนในครอบครัว

1. ขอให้ท่านถ่ายทอดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวผ่านการแสดง
2. ขอให้ท่านถ่ายทอดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับครอบครัวด้วยการประชุมกลุ่ม

## ใบงานที่ 1.2 ทบทวนมุมมอง

ให้ทุกเขียนคำตอบ เพื่อเตรียมเล่าให้เพื่อนในกลุ่มฟัง

1. คุณหวังว่า อีกยี่สิบปีข้างหน้าท่านจะใช้ชีวิตอย่างไร

.....

.....

2. การดูแลสุขภาพตนเองของคุณ และความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพของคุณ มีความสอดคล้องกันหรือขัดแย้งกันอย่างไร

.....

.....

3. คุณคิดว่าระหว่างการทำมาหากินเพื่อเลี้ยงดูครอบครัว และการดูแลสุขภาพตนเองของคุณ สิ่งใดสำคัญมากกว่ากัน คุณลองทบทวนว่าคุณได้ความคิดนี้มาได้อย่างไร

.....

.....

4. เพราะอะไรคุณจึงมีมุมมองเช่นนั้น มีเหตุการณ์อะไรที่ทำให้คุณมีมุมมองอย่างนั้น

.....

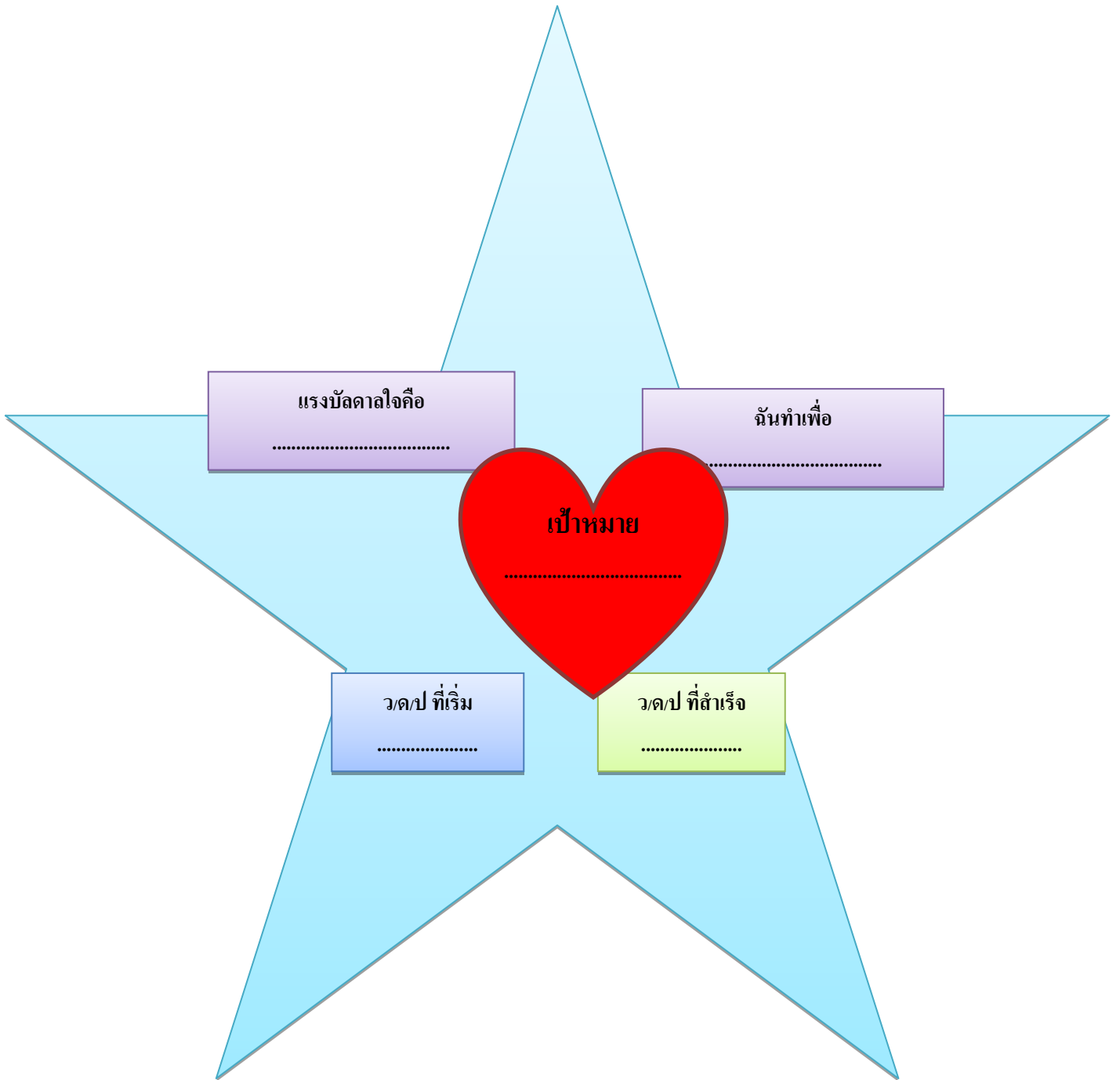
.....

5. มุมมองของคุณมีประโยชน์ต่อสุขภาพของคุณหรือไม่

.....

.....

ใบงานที่ 1.3 เป้าหมายเป็นดาว



ใบงานที่ 1.4 สร้างความหวัง ด้วยสายใยครอบครัว

ภาพที่ 1

และ

ภาพที่ 2



1. จากภาพที่ 1 และ 2 คู่สมรสรู้สึกอย่างไร ขอให้ท่านสะท้อนมุมมองของตนเอง

.....

.....

2. ท่านมีความคาดหวังอย่างไร กับคู่สมรสของท่านเมื่อเกิดภาวะวิกฤตทางด้านสุขภาพ

.....

.....

3. ท่านวางแผนการดูแลสุขภาพคู่สมรสของท่านอย่างไรทั้งในเวลาที่ดี และเวลาที่พบปัญหาด้านสุขภาพ.....

.....

.....

## แผนการจัดกิจกรรมเรียนรู้ ครั้งที่ 2 “สื่อสารอย่างเข้าใจ ห่างไกลโรค”

### สาระสำคัญ

เป็นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสาร เป็นการพัฒนาทักษะทางสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้แก่ บุคคลทั่วไป และบุคลากรทางการแพทย์ โดยการกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายพูดคุยสื่อสารกับผู้อื่นเกี่ยวกับแนวทางการดูแลสุขภาพของตนเอง และใช้สถานการณ์สมมติหรือบทบาทสมมุติในการสื่อสารกับแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ และการเลือกรับสื่อทางสุขภาพ ในการกระตุ้นให้เกิดการสนทนาเชิงวิพากษ์เกี่ยวกับมุมมอง ความเชื่อและสมมติฐานเดิมของตน รวมไปถึงร่วมกันวางแผนแนวทางในการปฏิบัติใหม่เมื่อต้องสื่อสารกับแพทย์ หรือวิธีการเลือกรับสื่อทางสุขภาพ

### วัตถุประสงค์

1. คู่สมรสสามารถสื่อสารข้อมูลสุขภาพหรือข้อสงสัย กับบุคคลอื่น หรือบุคลากรทางการแพทย์ได้
2. อธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ ที่จะนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้

### คุณลักษณะของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต้องการพัฒนา

ทักษะด้านการสื่อสาร ในการเข้าถึง และเข้าใจ ข้อมูลสุขภาพ โดยใช้ แนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง และการรับรู้ความสามารถในตนเอง

### ชั้นนำ

วิทยากรแนะนำตนเองและทีมงาน และให้สมาชิกบอกเล่าทบทวนเรื่องที่เรียนรู้ในครั้งที่ผ่านมา

### ขั้นตอนกิจกรรม

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เริ่มกิจกรรมโดยแบ่งกลุ่มย่อย โดยจำแนกตามตำบล ละ 1 กลุ่ม จำนวน 7 ตำบล คือ ตำบลไม้ตัด ตำบลพักทัน ตำบลบ้านจำ ตำบลแม่ลา ตำบลโพธิ์ชนไก่ ตำบลสิงห์ และตำบลเชิงกลัด และให้ตัวแทนเล่าประสบการณ์ของตนเอง ในการสื่อสารกับคู่สมรสของตนเอง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการป้องกันโรค

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ผู้ร่วมกิจกรรมช่วยกันสรุปเรื่องเล่า และร่วมกันเรียนรู้โดยใช้รูปแบบการสนทนาเชิงวิพากษ์ (Critical discourse) เพื่อตรวจสอบมุมมองต่อความเชื่อในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการรู้เท่าทันสุขภาพได้แก่ การสื่อสารกับแพทย์ในห้องตรวจ โดยใช้คำถามเชิงวิพากษ์โดยตอบคำถามลงในใบงาน

3. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเล่าถึงข้อความในใบงานของตนเอง (ใบงานที่ 1 การใคร่ครวญของตนเอง) ให้สมาชิกในกลุ่มฟัง โดยใช้เวลาคนละไม่เกิน 10 นาที

4. ผู้วิจัยสรุปกิจกรรม และให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทบทวนตนเอง โดยจดบันทึกการเรียนรู้ด้วยการเขียนบันทึกในบันทึกการเรียนรู้

5. วิทยากรทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยผ่านเกมการแข่งขันการตอบปัญหาเป็นกลุ่ม และความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

5.1 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (ผล DTX  $\geq$  100-126 mg%) ให้เป็นปกติ (น้อยกว่า 100 mg%)

5.2 การควบคุมระดับความดันในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (systolic  $\geq$ 120-139 mmHg และ diastolic  $\geq$ 80-89 mmHg) ให้อยู่ในระดับปกติ (systolic and diastolic  $<$  120/80 mmHg)

6. แบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมออกเป็นกลุ่มละ 3 คน แสดงบทบาทสมมติ โดยแบ่งเป็นบทบาทการเป็นแพทย์ผู้ให้การรักษา บทบาทของการเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้สังเกตการณ์ โดยให้แบ่งบทบาทตามบทบาทสมมติ และเป็นผู้สังเกตการณ์ 1 คน

7. ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มแสดงบทบาทตามใบงานที่ได้รับ

8. เมื่อแสดงเสร็จให้ผู้สังเกตการณ์สะท้อนบทบาท และให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแสดงบทบาทสมมติโดยสลับบทบาทจนครบทั้ง 3 บท

9. ให้ผู้ร่วมกิจกรรมนำการเขียนบันทึกการเรียนรู้ในหัวข้อ “ปณิธานและแนวทางการดำเนินชีวิตใหม่ของฉัน” และนำมาอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้รวมทั้งประกาศปณิธานและยืนยันแนวทางการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมดูแลระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และน้ำหนักตัวให้กลับมาเป็นปกติหรือดีขึ้น

10. ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำแนวทางไปทดลองปฏิบัติและเขียนบันทึกประจำวัน (diaries)

### ประเมินผล

1. ประเมินจากการนำเสนอข้อมูลการใคร่ครวญตนเอง

2. ประเมินจากแบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงความเชื่อโดยมุมมองใหม่ของแต่ละคนจะต้องเป็นมุมมองที่สมเหตุสมผล และเป็นประโยชน์ต่อการสื่อสารกับแพทย์ เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพกับแพทย์ผู้รักษา

## ใบงานที่ 2.1 การใคร่ครวญของตนเอง

1. คุณรู้หรือเชื่ออะไรบ้าง เกี่ยวกับการพูดคุยกับแพทย์ (ใคร่ครวญเนื้อหา)  
.....
2. คุณลองทบทวนว่าคุณได้ความคิด มุมมองหรือวิธีคิดนี้มาได้อย่างไร (ใคร่ครวญกระบวนการ)  
.....
2. เพราะอะไร คุณจึงมีมุมมองเช่นนั้น มีเหตุการณ์อะไรที่ทำให้คุณมีมุมมองอย่างนั้น (ใคร่ครวญฐานคิด)  
.....
3. มุมมองของคุณมีประโยชน์ต่อสุขภาพของคุณหรือไม่  
.....
4. เมื่อไม่มีประโยชน์คุณควรนำมุมมองนั้นมายึดถือต่อไปหรือไม่  
.....

## ใบงาน 2.2 แผนการปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวไปพบแพทย์

การเตรียมตัวโดยการจดบันทึกอาการและการเตรียมคำถามที่ตนเองต้องการปรึกษา

1. อาการที่ต้องแจ้งแพทย์  
.....  
.....
2. ข้อสงสัยที่ต้องสอบถามแพทย์  
.....  
.....
3. การแลกเปลี่ยนข้อมูลโดย นำข้อมูลที่เตรียมไว้มาปรึกษา และอภิปรายกับแพทย์
  - 3.1) ข้อมูลที่เตรียมเพื่อมาแลกเปลี่ยนกับแพทย์  
.....
  - 3.2) การแสดงความต้องการและสิ่งที่ตนเองกังวล โดย การสอบถามเกี่ยวกับผลการรักษา การขอคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารเสริมอื่นๆ การสอบถามเกี่ยวกับปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาล สิ่งที่ยังกังวลคือ  
.....  
.....

## แผนการจัดกิจกรรมเรียนรู้ ครั้งที่ 3

“เข้าถึง เข้าใจ ห่างไกลโรค”

### สาระสำคัญ

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในด้านการพิจารณาตรวจสอบและประเมินข้อมูลสุขภาพ ด้วยการให้กลุ่มเป้าหมายพัฒนาทักษะทางปัญญา และทักษะการสื่อสาร ในการสืบค้นข้อมูล และการประเมินข้อมูล จนทำให้สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการวางแผนและกำหนดทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ข้อมูลสุขภาพ อันมีผลต่อการควบคุมโรคที่เหมาะสม

### วัตถุประสงค์

1. ผู้สมรสสามารถเลือกแหล่งข้อมูลและบริการสุขภาพที่น่าเชื่อถือ
2. รู้วิธีการค้นหาและใช้อุปกรณ์สืบค้นและค้นหาข้อมูลที่ถูกต้องได้
3. สามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหา/แนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล

### คุณลักษณะของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต้องการพัฒนา

การเข้าถึง เข้าใจ และการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ โดยใช้ แนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง และการรับรู้ความสามารถในตนเอง

### สาระการเรียนรู้

1. แนวทางในการเลือกใช้ และประเมินข้อมูลสุขภาพ
2. วิธีการตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ ผ่านแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

### ขั้นนำ

1. วิทยากรนำเข้าสู่กิจกรรมด้วยเกมเสียงกระซิบ ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม เข้าแถวตอนลึก นำบัตรข้อความประโยคละ 8-10 คำ ให้สมาชิกหัวแถวอ่าน แล้วบอกต่อด้วยเสียงกระซิบจนถึงคนสุดท้าย แล้วจึงให้สมาชิกคนสุดท้าย พูดออกมา
2. วิทยากรสรุปกิจกรรม เพื่อนำเข้าสู่ความสำคัญของความรู้ทางสุขภาพ เกี่ยวกับความสำคัญของแหล่งข้อมูล การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และความสำคัญของการตรวจสอบข้อมูล

### ขั้นดำเนินกิจกรรม

1. วิทยากรเริ่มกิจกรรมโดยแบ่งกลุ่มย่อย ตามตำบล จำนวน 7 ตำบล คือ ตำบลไม้ดัด ตำบลพักหัน ตำบลบ้านจำ ตำบลแม่ลา ตำบลโพธิ์ชนไก่ ตำบลสิงห์ และตำบลเชิงกลัด
2. วิทยากรบรรยายเรื่อง วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของแหล่งที่มาของข้อมูล โดยมีขั้นตอน 12 ขั้นตอน ได้แก่
  - 1) บอกวัตถุประสงค์ในการสร้างหรือเผยแพร่ข้อมูลไว้ในเว็บไซต์
  - 2) การเสนอเนื้อหาตรงตามวัตถุประสงค์ในการสร้างหรือเผยแพร่ข้อมูลของเว็บไซต์
  - 3) เนื้อหาเว็บไซต์ไม่ขัดต่อกฎหมายศีลธรรมและจริยธรรม
  - 4) มีการระบุชื่อผู้เขียนบทความหรือผู้ให้ข้อมูลบนเว็บไซต์



- 5) มีการให้ที่อยู่หรืออีเมล (E-mail address) ที่ผู้อ่านสามารถติดต่อผู้ดูแลเว็บไซต์ได้
  - 6) มีการอ้างอิงหรือระบุแหล่งที่มาของข้อมูลของเนื้อหาที่ปรากฏบนเว็บไซต์
  - 7) สามารถเชื่อมโยง (Link) ไปเว็บไซต์อื่นที่อ้างถึงได้
  - 8) มีการระบุวันเวลาในการเผยแพร่ข้อมูลบนเว็บไซต์
  - 9) มีการระบุวันเวลาในการปรับปรุงข้อมูลครั้งล่าสุด
  - 10) มีช่องทางให้ผู้อ่านแสดงความคิดเห็น
  - 11) มีข้อความเตือนผู้อ่านให้ใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจใช้ข้อมูลที่ปรากฏบนเว็บไซต์
  - 12) มีการระบุว่าเป็นเว็บไซต์ส่วนตัวหรือระบุแหล่งที่ให้การสนับสนุนในการสร้างเว็บไซต์
3. วิทยากรบรรยายเรื่อง “วิธีการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผ่านบริการรับรอง จากองค์การอาหารและยา”
4. วิทยากรประจำกลุ่ม สอบถามเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลสุขภาพที่คู่สมรสในกลุ่ม โดยอภิปราย 3 ประเด็น คือ แหล่งข้อมูล ประเภทข้อมูล ความสำคัญต่อท่าน ตามใบงานที่ 4.1 แหล่งข้อมูลเมื่อสมาชิกแสดงความคิดเห็น วิทยากรให้ตัวแทนแต่ละตำบล สรุปประเด็นสำคัญจากใบงาน 4.1 จากนั้น มาช่วยผู้ร่วมกิจกรรมร่วมทำการประเมิน ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของแหล่งที่มาของข้อมูล วิทยากรใช้สื่อประกอบ (YouTube เรื่อง น้ำมะนาวโซดา) เพื่อกระตุ้นให้เกิดความลังเลเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพในปัจจุบัน
5. วิทยากรให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ฝึกทักษะในการค้นหาข้อมูลโดยทำแบบฝึกหัดตามใบงานที่ 4.1 – 4.4
6. ผู้วิจัยสรุปกิจกรรม และให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนตนเอง โดยจดบันทึกการเรียนรู้ด้วยการเขียนบันทึกในบันทึกการเรียนรู้

### ประเมินผล

1. ประเมินความถูกต้องของการเลือกแหล่งข้อมูลและบริการสุขภาพที่น่าเชื่อถือจากใบงาน
2. สังเกตการณ์ใช้อุปกรณ์มือถือเพื่อสืบค้นและค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องได้
3. สามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหา/แนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผลตามใบงาน



### ใบงานที่ 3.3 ใช่หรือมั่ว ชัวร์หรือไม่

**คำชี้แจง** เรื่องแหล่งข้อมูลของฉัน...จัดการอย่างไร ให้ท่านประเมินบทความที่มาจากแหล่งที่มาของกลุ่มตนเอง ว่ามีความน่าเชื่อถือเท่าไร และเมื่อฟังการรายงานจาก บทความเรื่องเดียวกันจากแหล่งข้อมูลอื่น ท่านให้น่าเชื่อถือเท่าไรพร้อมบอกเหตุผล โดยมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

A – น่าเชื่อมากที่สุด B – น่าเชื่อถือมาก C – น่าเชื่อถือปานกลาง

D – น่าเชื่อถือบางส่วนเท่านั้น E – ไม่น่าเชื่อถือเลย

แหล่งข้อมูล	ความน่าเชื่อถือ	เหตุผล
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

### ใบงานที่ 3.4 ชัวร์ หรือ มั่ว

เรื่องที่ 1 มะนาวโซดาร์รักษามะเร็ง

#### บอกต่อ..เมื่อได้บุญ!

กินมะนาว 2 ลูก ต่อ โซดา 1 ขวด  
ผสมกัน กินเข้าเย็น หรือกลางวันด้วย  
ก็ดีคับ กรดของมะนาวจะฆ่าเซลล์  
มะเร็งโดยตรง องค์กรอนามัยโลก  
ปิดเรื่องนี้ไว้เป็นความลับ เพื่อขายยา  
และคีโม ลองทำดู มันช่วยได้โดยไม่  
ต้องคีโม หรือกินยา อาหารที่กิน เน้น  
ผักเป็นหลัก เพราะเนื้อสัตว์เป็นอาหาร  
ของมะเร็ง หลายคน ตายเพราะมะเร็ง  
ไป แต่เพิ่งรู้ว่ามะนาวช่วยได้  
อ่านแล้วช่วยส่งต่อเป็น  
วิทยาทานค่ะ



### ขั้นที่ 1 อ่านสำรวจ S (Survey)

**คำชี้แจง** ให้ท่านอ่านเนื้อหาโฆษณา โดยอ่านสำรวจเนื้อหาอย่างคร่าวๆ แล้วตอบคำถามต่อไปนี้ และเขียนคำตอบลงในช่องว่าง โดยใช้เวลาในการทำแบบฝึกหัดทักษะ

1. โฆษณาเรื่อง.....
2. ที่มา.....
3. จุดมุ่งหมายของโฆษณา .....
4. สาระสำคัญ.....

### ขั้นที่ 2 ตั้งและตอบคำถาม Q & R (Question & Reply)

**คำชี้แจง** ให้ท่านอ่านเนื้อหาโฆษณาแล้วตั้งคำถามจากเรื่องที่อ่านไปแล้วให้ครอบคลุมเนื้อหา อย่างน้อยจำนวน 2 คำถาม พร้อมสืบหาความสงสัยอย่างละเอียดเพื่อหาคำตอบของคำถามจากอินเทอร์เน็ต

**คำถามที่ 1**.....

**ตอบคำถามที่ 1** .....

**คำถามที่ 2**.....

**ตอบคำถามที่ 2**.....

### ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์วิจารณ์เรื่องที่อ่านแล้วแสดงความคิดเห็น

**คำชี้แจง** อ่านเนื้อหาโฆษณาแล้ววิเคราะห์ วิจัยและแสดงความคิดเห็นจากการอ่าน ประเด็นที่กำหนดให้

1. คิดว่าองค์กรอนามัยโลกจะปิดข้อมูลเรื่องมะนาวโซดารักษา มะเร็งหรือไม่ เพราะอะไร

.....

.....

2. คิดว่า กรดจากมะนาวรักษาฆ่าเซลล์มะเร็งได้จริงหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

3. การแชร์ บอกต่อ ได้บุญจริงหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

4. ข้อดี / ข้อเสีย จากการกระทำตามข้อมูลนี้ คืออะไร

.....

.....

เรื่องที่ 2 พงยาจินตามณี ของดีที่ไม่ควรมองข้าม



## ศูนย์พระเครื่องบารมีพ้อแก่

*BARAMEE-POKAE Thailand Amulets shop*

ศูนย์การค้า เจเจ มอลล์ อนุจักร ชั้น 2 ห้อง S184  
เปิดบริการทุกวัน 11.00 - 19.00

Tel : 062-645-9366 / 061-496-2664 Fax: 02 2659867

English
หน้าแรก | สินค้า | เรียบอร์ด | เกี่ยวกับเรา | บทความ | วิธีการชำระเงิน | ติดต่อเรา

เข้าสู่ระบบ!!
ค้นหา: 
Go

Link

- [Facebook Fanpage](#)
- [Facebook Baramee Pokae Shop](#)
- [Line Official Account](#)

สถิติของเว็บไซต์

เปิดเว็บเมื่อ	18/07/2554
ปรับปรุงเว็บเมื่อ	23/04/2562
ผู้ชมทั้งหมด	5,139,842
สินค้าทั้งหมด	3276

หมวดหมู่สินค้า/บริการ

ดัชนีราคา

รวมทุกหมวดหมู่ (3276)

- รายการเปิดจอง / Pre-order, Reserve
- วัตถุมงคลขนาดบูชา / sacred object large size
- Special Amulet
- พระพุทธเจ้าหลวงรัชกาลที่๕
- หินมงคล / Lucky Stone
- พระเนื้อผง / Buddha amulet clay
- พระกริ่ง รูปหล่อลอยองค์ Phra Kring/ Buddha amulet
- กริช พระขรรค์มิดหมอล / Dagger Magical

### "ศูนย์พระเครื่องบารมีพ้อแก่"

ศูนย์การค้าเจเจมอลล์ ชั้น2 ห้อง S184 (โซนศูนย์อาหาร)

แวะมาจตุจักร อย่าลืมนึกถึงเรา เปิดให้บริการทุกวัน

สนใจสอบถามโทร 062-6459366 หรือ 061-4962664

ID : @baramee-pokae (มี@ ด้วยนะคะ)

เปิดให้บริการทุกวัน ตั้งแต่เวลา 11.00 - 19.00 น.

ค่าบริการจัดส่ง EMS ภายในประเทศ กรุณาชำระเพิ่ม 50 บาทละ

กรุณาติดต่อสอบถามรายการสินค้ากันทางร้าน ก่อนชำระเงินทุกครั้งนะคะ

**เรียบอร์ด**

Total: 5:

พงยาจินตามณี ของดีที่ไม่ควรมองข้าม [No. 0]

ปกติตามวิสัยของจากคือไม่ชอบไม่ชอบ ตอนแรกซื้อแบบแห้งก็เกิดไม่เวิร์ค ก็ไม่เจ็บมาก สุดท้ายเจ็บมาก เพราะของบางอย่างถึงมีให้เลือกหลายอันแต่ของสวยมีอันเดียวและพวกเสียบินไว้มักโฉบไปก่อนย่อน ตอนหลังคิดว่า เขาก็ได้จะอยากได้นี้หน้าไม่สวยก็ใช้ใช้ได้ผลก็พอ TT\_TT

เข้าเรื่องยาจินตามณี โดยปกติhot และpop สุดก็คือสำนักวัดกลางบางแก้ว กามว่าเคยลองมียสำนักนี้ลองแต่เบียแก่ ก็โอแต่จินตามณีไม่เคยลอง มาลองของโอเพราะว่าราคาไม่แพงเม็ดละ300 เขาให้ทองคำแล้วเอาลูกกลอนเอาผูกกับไม้ดี ฟันยังงิเหตุที่งะยาก?คุณเลยมีมาซุดๆให้ออกมาเป็นฟงงใจ คนขายตอบคำถาม3จบไม่สั้นไม่ยาว. วนรอบปากนึกถึงหน้าคนที่ชอบก็ได้ผล เป็นคดีความวน36รอบหาก็ได้ผล ลมเพลมพัด โดนของ ดวงตก ก็สามารถแก่ได้

คนที่กินเข้าไปส่วนมากจะมีราศีดีขึ้น มานวันแรกคนขายบอกที่เอาไปผูกกับกินน้ำนะ แต่ไม่อะกรูขอแค่ตัวก็ดีไปครึ่งเม็ด พวกอาการต่างๆที่เป็นโทษเช่นไม่ในง่าย หงุดหงิดเครียดสมองที่ติดต่อกันมันราบลื่นสะะ ลูกน้องก็ทำงานแบบดูตั้งใจมากขึ้น แทบไม่มีปัญหาใคร มันดีขนาดที่ว่าจะจับความวิวาทหึงหลังได้คนไม่มองหน้ากันจุ่มมาที่กดใจแทบหลอก

ไปซื้อจนคนขายบอกที่จะกินเม็ดละ300เลขหรือ... ก็เออดี ไม่ดีรีใจ ยอดขายจะได้เพิ่มมันบอกไม่ได้ดีเยี่ยม... อ่าว แล้วเอามาขายทำไม คือซื้อกินจนสนธิ...แล้วเลยได้ความรู้เพิ่มเติมว่า หลงปู่คง อ ของอาจารย์โอท่านลงมาปลุกเสกด้วยตนเอง หามนำไปวางที่ต่ำเป็นอันขาด หากเคยศึกษาเรื่องพงยาจินตามณี จะรู้เลยว่าพุทธคุณนี่ คือโชคลาภหนุนชะตา รักษาโรค แก่คุณไสย เขาก็เอามาปิดที่ปากหอยเมียบก่อนถักเชือกแล้วลงรักไว้

ทุกอย่างที่บอกลองด้วยตนเองใช้ดีจึงบอกต่อ ออ ลืมบอกไปว่าเสียบินให้เด็กๆหอยคอกินารักคืนะ

By : ลูกหลวงปู่ (อ่าน 5914 | ตอบ 5) (03/09/2555 07:58:08)

ความคิดเห็น 1

สินค้า/บริการ แนะนำ...

พรายเพชร พระอาจารย์โอ พุท โอรักษา พุทธสถานวิหารธรรมราช จ.เพชร...  
ราคา 1,500.00 บ.

ตะกวด ใจขาดเสน่ห์ยาแม่อดาบน้ำมนต์เกาะยันต์แดงพญาวิน พระอาจา...  
ราคา 2,500.00 บ.

สื่อเกิดปุ่ปรเศว พระอาจารย์โอ พุท โอรักษา พุทธสถานวิหารธรรม...  
ราคา 5,000.00 บ.

ตะกวด ใจขาด รุ่น8 ทองเหลือง (มีนินาโน) พระอาจารย์โอ พุท โอรักษา...  
หมดแล้วคะ Sold out!!

### ขั้นที่ 1 อ่านสำรวจ S (Survey read)

**คำชี้แจง** ให้ท่านอ่านเนื้อหาโฆษณาโดยสำรวจเนื้อหาอย่างคร่าวๆ แล้วตอบคำถามต่อไปนี้โดยเขียนคำตอบลงในช่องว่าง โดยใช้เวลาในการทำแบบฝึกทักษะ

1. โฆษณาเรื่อง

.....

2. ที่มา

.....

3. จุดมุ่งหมายของโฆษณา

.....

4. สาระสำคัญ

.....

### ขั้นที่ 2 ตั้งและตอบคำถาม Q & R (Question & Reply)

**คำชี้แจง** ให้ท่านอ่านเนื้อหาโฆษณาแล้วตั้งคำถามจากเรื่องทีอ่านไปแล้วให้ครอบคลุมเนื้อหา อย่างน้อยจำนวน 2 คำถาม พร้อมสืบหาความสงสัยอย่างละเอียดเพื่อหาคำตอบของคำถามจากอินเทอร์เน็ต

**คำถามที่ 1**.....

**ตอบ**.....

**คำถามที่ 2**.....

**ตอบ**.....

### ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์วิจารณ์เรื่องที่อ่านแล้วแสดงความคิดเห็น

**คำชี้แจง** อ่านเนื้อหาโฆษณาแล้ววิเคราะห์ วิจัยและแสดงความคิดเห็นจากการอ่าน ประเด็นที่กำหนดให้

1. ยาที่รักษาทุกโรคมีจริงหรือไม่

.....

2. การซื้อยาสมุนไพร จะต้องเลือกซื้ออย่างไร

.....

3. พงจินตามณี สามารถรักษาได้ทุกโรคจริงหรือไม่ อย่างไร

.....

### เรื่องที่ 3 ต้อตึขึ้นไม่ต้องผ่าตัด



#### ขั้นที่ 1 อ่านสำรวจ S (Survey)

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านเนื้อหาโฆษณาโดยสำรวจเนื้อหาอย่างคร่าวๆ แล้วตอบคำถามต่อไปนี้โดยเขียนคำตอบลงในช่องว่าง โดยใช้เวลาในการทำแบบฝึกทักษะ

1. โฆษณาเรื่อง

.....

2. ที่มา

.....

3. จุดมุ่งหมายของโฆษณา

.....

4. สาระสำคัญ

.....

### ขั้นที่ 2 ตั้งและตอบคำถาม Q & R (Question & Reply)

**คำชี้แจง** ให้ท่านอ่านเนื้อหาโฆษณาแล้วตั้งคำถามจากเรื่องทีอ่านไปแล้วให้ครอบคลุมเนื้อหา อย่างน้อยจำนวน 2 คำถาม พร้อมสืบหาความสงสัยอย่างละเอียดเพื่อหาคำตอบของคำถามจากอินเทอร์เน็ต

คำถามที่ 1.....

ตอบ.....

คำถามที่ 2.....

ตอบ.....

### ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์วิจารณ์เรื่องทีอ่านแล้วแสดงความคิดเห็น

**คำชี้แจง** อ่านเนื้อหาโฆษณาแล้ววิเคราะห์ วิจัยและแสดงความคิดเห็นจากการอ่าน ประเด็นที่กำหนดให้

1. โรคต่อกระจกตาอย่างไร

.....

2. การรับประทานยาสมุนไพรจะสามารถรักษาต่อกระจก ต้อเนื้อ และต้อหิน ได้อย่างไร

.....

.....

.....

3. ยาราคา 650 บาท สามารถรักษาต่อกระจก ต้อเนื้อ และต้อหิน โดยไม่ต้องผ่าตัดได้หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....



## เรื่องที่ 4 ระเบิดไขมันไร้พุง

ปลอดภัย  
ไม่มีผลข้างเคียง  
ระเบิดไขมันไร้พุง  
สลายไขมันไม่จำเป็น

หลัง 47

ก่อน 53

**Lukemoo**  
ลูกหมู ไดเอท Diet

### ขั้นที่ 1 อ่านสำรวจ S (Survey)

**คำชี้แจง** ให้ท่านอ่านเนื้อหาโฆษณาโดยสำรวจเนื้อหาอย่างคร่าวๆ แล้วตอบคำถามต่อไปนี้โดยเขียนคำตอบลงในช่องว่าง โดยใช้เวลาในการทำแบบฝึกทักษะ

1. โฆษณาเรื่อง

.....

2. ที่มา

.....

3. จุดมุ่งหมายของโฆษณา

.....

4. สาระสำคัญ

.....

### ขั้นที่ 2 ตั้งและตอบคำถาม Q & R (Question & Reply)

คำชี้แจงให้ท่านอ่านเนื้อหาโฆษณาแล้วตั้งคำถามจากเรื่องทีอ่านไปแล้วให้ครอบคลุมเนื้อหา อย่างน้อยจำนวน 2 คำถาม พร้อมสืบหาความสงสัยอย่างละเอียดเพื่อหาคำตอบของคำถามจากอินเทอร์เน็ต

คำถามที่ 1.....

ตอบ.....

คำถามที่ 2.....

ตอบ.....

### ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์วิจารณ์เรื่องทีอ่านแล้วแสดงความคิดเห็น

คำชี้แจง อ่านเนื้อหาโฆษณาแล้ววิเคราะห์ วิจัยและแสดงความคิดเห็นจากการอ่าน ประเด็นที่กำหนดให้ โดยใช้เวลาในการทำแบบฝึกทักษะ 15 นาที

1. คนที่รับประทานทุกคนลดน้ำหนักได้เหมือนกับคนที่โฆษณาหรือไม่ เพราะเหตุใด

.....  
.....

2. ถ้าท่านมีน้ำหนักมาก ท่านจะเลือกวิธีลดน้ำหนักเช่นเดียวกับในโฆษณาหรือไม่เพราะเหตุใด

.....  
.....

3. ท่านคิดว่าผู้บริโภคกลุ่มใดที่จะสนใจลดน้ำหนักเหมือนกับผู้ที่โฆษณา เพราะเหตุใด

.....  
.....

4. ข้อความในโฆษณามีความเหมาะสมหรือไม่ เพราะเหตุใด

.....  
.....

5. คิดว่าควรลดน้ำหนักโดยวิธีใดดีที่สุด เพราะเหตุใด

.....  
.....

## แผนการจัดกิจกรรมเรียนรู้ ครั้งที่ 4 “เรียนรู้ วางแผน สร้างเป้าหมายสุขภาพตนเอง”

### สาระสำคัญ

การที่บุคคลได้เรียนรู้และนำความรู้ที่ได้รับมาประยุกต์ใช้ ด้วยการเริ่มต้นที่การวางแผนดูแลสุขภาพของตนเอง นับเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกคนควรปฏิบัติ เพราะเมื่อทุกคนมีการวางแผนดูแลสุขภาพของตนเอง จะเป็นเส้นทางที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งย่อมเกิดผลดีต่อสุขภาพในอนาคตได้ แผนการจัดกิจกรรมเรียนรู้ ครั้งที่นี้ เป็นกิจกรรมที่ประกอบไปด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างมีการใคร่ครวญในตนเอง (Critical self-reflection) โดยพิจารณารูปแบบการดูแลตนเองในอดีต รูปแบบการใช้ชีวิตในปัจจุบัน นำมาวางแผนและกำหนดทางเลือกใหม่ในการปฏิบัติตนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมควบคุมความรุนแรงของโรคที่เหมาะสม

### จุดประสงค์การเรียนรู้

1. กลุ่มเป้าหมายรับรู้ความสามารถของตนเองและสร้างความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตน ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการด้านอารมณ์
2. กลุ่มเป้าหมายมีทักษะในการวางแผนปฏิบัติตนในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการด้านอารมณ์

### คุณลักษณะของความรู้ด้านสุขภาพที่ต้องการพัฒนา

ทักษะการจัดการตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย (การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม) โดยใช้กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง และจิตวิทยาเชิงบวก

### สาระการเรียนรู้

1. การกำหนดเป้าหมายและการวางแผนการปฏิบัติตนด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ ที่เหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้
2. การสร้างกลุ่มเพื่อน (เพื่อนช่วยเพื่อน, เพื่อนคู่หู) ช่วยกระตุ้นเตือนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

### ขั้นนำ

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกล่าวทักทายและใช้คำถามกระตุ้นผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้บอกเล่าถึงวิธีการปฏิบัติตนด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการด้านอารมณ์ ทั้งในอดีตและปัจจุบัน ซึ่งจะเป็นการเปิดโอกาสให้ทุกคนได้สะท้อนประสบการณ์โดยมีวิทยากรประจำกลุ่มคอยให้ข้อมูลย้อนกลับ
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมกันสรุปวิธีการปฏิบัติตนด้านการบริโภคอาหารการออกกำลังกาย และการจัดการด้านอารมณ์ที่ถูกต้อง อีกครั้ง เพื่อเป็นการเน้นย้ำ

### ขั้นดำเนินกิจกรรม

1. แบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมตามตำบล
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เปิดวิดีโอ/YouTube การออกกำลังกาย และสาธิตการออกกำลังกาย และให้แต่ละกลุ่มได้ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสาธิตเมนูสุขภาพโดยใช้โมเดลอาหาร และอาหารจริง เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทราบถึงการรับประทานอาหารที่เหมาะสม อาหารใดที่ควรรับประทาน อาหารใดที่ควรหลีกเลี่ยง อาหารแลกเปลี่ยน และให้แต่ละกลุ่มวิเคราะห์เมนูอาหาร ที่เรียนรู้จากการสาธิตเมนู สุขภาพ (แจกใบงานที่ 1 เมนูสุขภาพ)

4. เจ้าหน้าที่เกริ่นนำเรื่องของอารมณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็น และให้แต่ละกลุ่มช่วยกันวิเคราะห์อารมณ์ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของตนเองในชีวิตประจำวันตามใบงานที่ 2 การจัดการด้านอารมณ์ หลังสรุปกิจกรรมแล้ววิทยากรเปิดเพลงเพื่อการทำสมาธิ เพื่อให้ทุกคนสงบ และมีกิจกรรมสวดมนต์โดยเปิด วิทยุโอ บทสวดมนต์ในชีวิตประจำวัน หลังจากสวดมนต์เรียบร้อยแล้ว วิทยากรเปิด วิทยุโอ การทำสมาธิเบื้องต้น หลังจากนั้นให้ทุกคนฝึกสมาธิ เป็นเวลา 10 นาที และให้บอกสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองด้านอารมณ์

5. ให้แต่ละกลุ่มร่วมกันกำหนดทาง เลือกใหม่ ในการปฏิบัติตนด้านการบริโภคอาหาร การเลือกกิจกรรมทางกาย และการจัดการด้านอารมณ์ที่ถูกต้องและเหมาะสมกับชีวิตประจำวันของตนเอง พร้อมวางแผนและจัดทำเป็นปฏิทินการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและจัดการด้านอารมณ์รายสัปดาห์ (แจกใบงาน ที่ 3 การกำหนดทางเลือกใหม่ในการปฏิบัติตนด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

6. ให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนนำเสนอปฏิทินบริโภคอาหารและออกกำลังกายรายสัปดาห์กลุ่มละ 5 นาที

7. ให้แต่ละกลุ่ม กำหนดชนิดของการออกกำลังกายที่สนใจ อย่างน้อย 1 ชนิด และจัดตั้งเป็นกลุ่มออกกำลังกาย โดยให้มีการคัดเลือก ทีมแกนนำ กำหนดเป้าหมายและกิจกรรมการออกกำลังกาย รวมทั้งวิธีการปฏิบัติ/กติกาของกลุ่ม (เพื่อนช่วยเพื่อน)

8. ให้สมาชิกในแต่ละกลุ่มจับคู่กัน (เพื่อนคู่หู) และมีข้อตกลงร่วมกันในการที่จะคอยกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน ในช่วงระหว่างที่มีการลงมือปฏิบัติตามแผน

9. ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบันทึกเนื้อหาสาระของวิธีดูแลสุขภาพตนเองและลองนำไปปฏิบัติที่บ้าน

### ขั้นสรุป

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสรุปความรู้ที่ได้จากการนำเสนอผลงานและการทำกิจกรรมกลุ่ม

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเน้นย้ำให้สมาชิก ทุกคนปฏิบัติตามแผนและบันทึกลงในสมุดบันทึกสุขภาพ

ประจำวัน (แจกสมุดบันทึกสุขภาพประจำวัน ) พร้อมชี้แจงวิธีการบันทึกให้กับทุกคน

### สื่อการสอน

1. วิทยุโอ/YouTube การออกกำลังกาย

2. โมเดลอาหาร ตารางอาหารแลกเปลี่ยน

3. วิทยุโอ/YouTube เพลงเพื่อการทำสมาธิ

4. วิทยุโอ/YouTube การสวดมนต์ประจำวัน

5. วิทยุโอ/YouTube สมาธิเบื้องต้น

6. ใบงานที่ 1 เมนูคู่สุขภาพ

7. ใบงานที่ 2 อารมณ์และการจัดการด้านอารมณ์ 8. ใบงานที่ 2 การกำหนดทางเลือกใหม่ในการปฏิบัติตนด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย (ปฏิทินแผนการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายรายสัปดาห์) และ 9. สมุดบันทึกสุขภาพประจำวัน

### การประเมินผล

1. สังเกตการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

2. สังเกตการแสดงความคิดเห็นจากการสนทนาเชิงวิพากษ์ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

3. การให้ความร่วมมือในการจดบันทึก และข้อมูลที่จดบันทึกสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ในการ

กำกับตนเองในการดูแลตนเองเรื่องอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการด้านอารมณ์

### ใบงานที่ 1 เมนูสุขภาพ

คำสั่ง ให้คู่สมรสร่วมกันจัดตัวอย่างเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ และควบคุมน้ำหนัก ใน 1 วัน

มือ	ข้าว (จำนวนทัพพี)	เมนูอาหาร
เช้า		
กลางวัน		
เย็น		

## ใบงานที่ 2 การจัดการด้านอารมณ์

1. ในชีวิตประจำวันของท่าน มีอารมณ์กันอย่างไรบ้างที่เกิดขึ้นในครอบครัวของท่าน

.....

.....

.....

2. วิธีจัดการอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของคนในครอบครัวของท่านทั้งในทางบวก และลบ

.....

.....

.....

**ใบงานที่ 2** การกำหนดทางเลือกใหม่ในการปฏิบัติตนด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย (ปฏิทินแผนการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายรายสัปดาห์)

คำสั่ง ให้ท่านตั้งเป้าหมายด้านการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายต่อสัปดาห์ และฝึกการบันทึกกิจกรรมประจำวันตามสัญลักษณ์โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ตามสัญลักษณ์ ดังนี้



หมายถึง ปฏิบัติได้ตามเป้าหมายใน 1 วัน



หมายถึง ปฏิบัติไม่ได้ตามเป้าหมายใน 1 วัน

เป้าหมาย ด้านการรับประทานอาหาร.....

เป้าหมาย ด้านการออกกำลังกาย.....

เป้าหมายการจัดการด้านอารมณ์.....

วัน เดือน ปี						
-การกินอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพของท่านทั้งปริมาณและสัดส่วน						
-กิจกรรมการเคลื่อนไหว ออกกำลังกาย ยืดเหยียดกล้ามเนื้อที่พอเพียง						
-กิจกรรมการจัดการด้านอารมณ์ ด้วยวิธี ผ่อนคลายด้วยการสวดมนต์ และทำสมาธิ						

## แผนการจัดกิจกรรมเรียนรู้ ครั้งที่ 5

### “เรื่องสุขภาพที่ต้องรู้ เมื่ออายุมากขึ้น”

#### สาระสำคัญ

เป็นกิจกรรมที่ประกอบไปด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างมีการใคร่ครวญในตนเอง (Critical self-reflection) โดยพิจารณาแบบการดูแลตนเองในอดีต รูปแบบการใช้ชีวิตในปัจจุบัน นำมาวางแผนและกำหนดทางเลือกใหม่ในการปฏิบัติตนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการควบคุมความรุนแรงของโรคที่เหมาะสมโดยกิจกรรมจัด 1 ครั้ง โดยใช้เวลาประมาณ 4-5 ชั่วโมง

#### วัตถุประสงค์

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจถึงความหมายและองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพได้
2. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และการป้องกันโรคด้วยการบริโภคอาหารและออกกำลังกายที่ถูกต้อง

#### ขั้นนำ

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกล่าวทักทายและใช้คำถามกระตุ้นผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้บอกเล่าถึงวิธีการปฏิบัติตนด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายทั้งในอดีตและปัจจุบัน ซึ่งจะเป็นการเปิดโอกาสให้ทุกคนได้สะท้อนประสบการณ์โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคอยให้ข้อมูลย้อนกลับและให้กำลังใจ
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้เข้าร่วมกิจกรรมร่วมกันสรุปวิธีการปฏิบัติตนด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้องอีกครั้ง เพื่อเป็นการเน้นย้ำ

#### ขั้นดำเนินกิจกรรม

1. แบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็น 7 กลุ่ม กลุ่มละ 10-15 คน
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขวิดีโอ/YouTube การออกกำลังกาย และสาธิตการออกกำลังกาย และให้แต่ละกลุ่มได้ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสาธิตเมนูสุขภาพโดยใช้โมเดลอาหาร เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทราบถึงการรับประทานอาหารที่เหมาะสม อาหารใดที่ควรรับประทาน อาหารใดที่ควรหลีกเลี่ยง อาหารแลกเปลี่ยน และให้แต่ละกลุ่มวิเคราะห์เมนูอาหาร ที่เรียนรู้จากการสาธิตเมนู สุขภาพ (แจกใบงานที่ 5.1 เมนูสุขภาพ)
4. ให้แต่ละกลุ่มร่วมกันกำหนดทางเลือกใหม่ ในการปฏิบัติตนด้านการบริโภคอาหารและการเลือกกิจกรรมทางกายที่ถูกต้องและเหมาะสมกับชีวิตประจำวันของตนเอง พร้อมวางแผนและจัดทำเป็นปฏิทินการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายรายสัปดาห์ (แจกใบงานที่ 5.2 การกำหนดทางเลือกใหม่ในการปฏิบัติตนด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย)
5. ให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนกลุ่ม นำเสนอปฏิทินการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายรายสัปดาห์ กลุ่มละ 5 นาที
6. ให้แต่ละกลุ่ม กำหนดชนิดของการออกกำลังกายที่สนใจ อย่างน้อย 1 ชนิด และจัดตั้งเป็นกลุ่มออกกำลังกาย โดยให้มีการคัดเลือก ทีมแกนนำ กำหนดเป้าหมายและกิจกรรมการออกกำลังกาย รวมทั้งวิธีการปฏิบัติ/กติกา ของกลุ่ม (เพื่อนช่วยเพื่อน)
7. ให้สมาชิกในแต่ละกลุ่มจับคู่กัน (เพื่อนคู่หู) และมีข้อตกลงร่วมกันในการที่จะคอยกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน ในช่วงระหว่างที่มีการลงมือปฏิบัติตามแผน

### ขั้นสรุป

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสรุปความรู้ที่ได้จากการนำเสนอผลงานและการทำกิจกรรมกลุ่ม
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเน้นย้ำให้สมาชิก ทุกคนปฏิบัติตามแผนและบันทึกลงในสมุดบันทึกสุขภาพประจำวัน (แจกสมุดบันทึกสุขภาพประจำวัน ) พร้อมชี้แจงวิธีการบันทึกให้กับทุกคน

### สื่อ และ อุปกรณ์

1. อาหารกลางวันของผู้เข้าร่วมกิจกรรม
2. โมเดลอาหาร ตารางอาหารแลกเปลี่ยน
3. สมุดบันทึกสุขภาพประจำวัน
4. สมุดบันทึกการเรียนรู้
5. วีดีโอ/YouTube การออกกำลังกาย
6. ใบงานที่ 5 เมนูสุขภาพ
7. ใบงานที่ 6 การกำหนดทางเลือกใหม่ในการปฏิบัติตนด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย (ปฏิทินแผนการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายรายสัปดาห์)

### การประเมินผล

1. สังเกตการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. ผู้วิจัยสังเกตอารมณ์และความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างต่อสถานการณ์ของบทบาทสมมติ
3. สังเกตการแสดงความคิดเห็นจากการสนทนาเชิงวิพากษ์ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม



### ใบงานที่ 5.1 เมนูสุขภาพ

ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้วิเคราะห์เมนูอาหาร ที่เรียนรู้จากการสาธิตเมนูสุขภาพ

ลำดับ	ชื่อเมนูอาหาร	ส่วนประกอบหลักของอาหาร	มีคุณค่าทางโภชนาการ สารอาหารใดบ้าง				
			โปรตีน	คาร์โบไฮเดรต	วิตามิน	แร่ธาตุ	ไขมัน

ใบงานที่ 5.2 การกำหนดทางเลือกใหม่ในการปฏิบัติตนด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย  
ตารางการปฏิบัติกรออกกำลังกายของตนเองตามที่ได้กำหนดไว้ ในช่วง 1 สัปดาห์

วัน	วิธีการออกกำลังกาย	อบอุ่นร่างกาย/เวลาที่ใช้	ออกกำลังกาย/เวลาที่ใช้	รวมเวลา
จันทร์				
อังคาร				
พุธ				
พฤหัสบดี				
ศุกร์				
เสาร์				
อาทิตย์				

## การปฏิบัติตนด้านการบริโภคอาหาร ใน 1 สัปดาห์

วัน	มื้ออาหาร	รายการอาหาร
จันทร์	มื้อเช้า	
	มื้อเที่ยง	
	มื้อเย็น	
อังคาร	มื้อเช้า	
	มื้อเที่ยง	
	มื้อเย็น	
พุธ	มื้อเช้า	
	มื้อเที่ยง	
	มื้อเย็น	
พฤหัสบดี	มื้อเช้า	
	มื้อเที่ยง	
	มื้อเย็น	
ศุกร์	มื้อเช้า	
	มื้อเที่ยง	
	มื้อเย็น	
เสาร์	มื้อเช้า	
	มื้อเที่ยง	
	มื้อเย็น	
อาทิตย์	มื้อเช้า	
	มื้อเที่ยง	
	มื้อเย็น	

## แผนการจัดกิจกรรมเรียนรู้ ครั้งที่ 6

### “ดูแลตัวเอง ปลดล็อคชีวิต สู่ผลลัพธ์แห่งสุขภาพดี (ยิ่งปฏิบัติ ยิ่งสุขภาพดี)”

#### สาระสำคัญ

หลังจากกลุ่มตัวอย่างนำรูปแบบในการปฏิบัติตนเองได้วางแผนกำหนดทางเลือกไว้ในกิจกรรมครั้งที่ 4 ไปเริ่มทดลองปฏิบัติตามบทบาทใหม่ (Provision trying of new roles) โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมลงมือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง รวมทั้งการกำกับตนเองว่ามีการปฏิบัติเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ รวมทั้งทำให้ทราบข้อจำกัดของตนเองในการปฏิบัติ และในระหว่างที่มีการลงมือปฏิบัติ หากมีข้อสงสัย ไม่แน่ใจในสิ่งที่ปฏิบัติ ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของสมาชิกในกลุ่มก็จะก่อให้เกิดองค์ความรู้ที่สามารถนำมาปฏิบัติได้จริง ก่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและบรรลุเป้าหมายตามแผนปฏิบัติที่วางไว้ ทำให้มีสุขภาพที่ดี ลดการเจ็บป่วย สามารถทำงานหรือปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของครอบครัวและของประเทศชาติโดยรวมได้ แผนการจัดกิจกรรมเรียนรู้ครั้งนี้ดำเนินกิจกรรมโดยให้สมาชิกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทดลองปฏิบัติตามบทบาทใหม่ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงความสำเร็จและความล้มเหลวที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติเพื่อการควบคุมโรคที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

#### วัตถุประสงค์การเรียนรู้

1. กลุ่มเป้าหมายสามารถกำกับตนเอง และปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ได้
2. กลุ่มเป้าหมายได้แนวทางในการปฏิบัติที่เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวัน

#### คุณลักษณะของความรู้ด้านสุขภาพที่ต้องการพัฒนา

ทักษะการจัดการตนเอง ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้แนวทางการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง

#### สาระการเรียนรู้

1. วิธีการกำกับตนเองในการปฏิบัติตนตามปฏิทินที่วางไว้
2. วิธีการบันทึกการปฏิบัติตน

#### ขั้นนำ

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกล่าวทักทายและพูดถึงความเชื่อมโยงของกิจกรรมทั้งหมดที่ได้ดำเนินการมาจนถึงปัจจุบัน
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้แต่ละตำบลเสนอผู้ที่มีผลลัพธ์ทางสุขภาพ เป็นไปตามเป้าหมาย ได้แก่ น้ำหนัก และรอบเอว ที่ลดลง

#### ขั้นดำเนินการ

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเชิญสมาชิกที่สามารถลดน้ำหนักได้มากที่สุด เล่าถึงการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง และให้สมาชิกร่วมกันสอบถาม และอภิปราย
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สุ่มจับฉลากรายชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม ให้ออกมาเล่าถึงวิธีการปฏิบัติตน วิธีการกำกับตนเอง การสังเกตและเตือนตนเองให้ปฏิบัติตามแผนที่ตั้งไว้ และการบันทึกลงในสมุดบันทึก เช่น บันทึกอาหารที่รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย พร้อมแสดงสมุดบันทึกสุขภาพประจำวัน
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประเมินใบงานที่ 1.3 เป้าหมายเป็นดาว
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เน้นย้ำถึงวิธีการกำกับตนเอง โดยให้รู้จักสังเกตตนเอง เตือนตนเอง และบันทึกการปฏิบัติตนลงในสมุดบันทึก ซึ่งจะทำให้รู้ว่าตนเองมีการปฏิบัติในลักษณะใดบ้าง

**ขั้นสรุป**

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สรุปภาพรวมถึงผลความก้าวหน้าในการปฏิบัติตน/การดูแลสุขภาพของผู้เข้าร่วมกิจกรรม
2. ตรวจสอบ
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้กำลังใจเพื่อการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

**สื่อ และ อุปกรณ์**

1. ฉลากรายชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกคน
2. สมุดบันทึกสุขภาพประจำวัน
3. ประเมินใบงานที่1.3 เป้าหมายเป็นดาว

**การประเมินผล**

1. ระดับ BMI และเส้นรอบเอว
2. ความสำเร็จในการดำเนินชีวิตประจำวันตามแผนของตนเอง โดยใช้แบบวัด

**การวัดและการประเมินผล**

หัวข้อประเมิน	การวัด	การประเมินผล
ระดับ BMI		
ขนาดรอบเอว		

**เกณฑ์การให้คะแนน**

เกณฑ์การประเมินผล	ดีมาก	ดี	พอใช้	ปรับปรุง
แบบแผนพฤติกรรม รับประทานอาหาร				
แบบแผนพฤติกรรม ออกกำลังกาย				
แบบแผนพฤติกรรม จัดการอารมณ์				

## แผนการจัดกิจกรรมเรียนรู้ ครั้งที่ 7 “ติดตาม ย้ำเตือน และประเมินผลเป้าหมาย”

### สาระสำคัญ

การติดตามเยี่ยมบ้านและการประเมินผลการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ เป็นวิธีการหนึ่งในการเพิ่มการเรียนรู้และเสริมพลังให้กลุ่มเป้าหมายให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นและมีความต่อเนื่อง จนเกิดเป็นผลดีต่อสุขภาพ เนื่องจากในระหว่างที่มีการลงมือปฏิบัติ กลุ่มเป้าหมายอาจมีข้อสงสัย ไม่แน่ใจในสิ่งที่ปฏิบัติว่าถูกต้องหรือไม่ การได้รับคำชี้แนะที่ถูกต้อง จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในทิศทางที่พึงประสงค์ได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการติดตามเพื่อสร้างความมั่นใจ เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่กลุ่มเป้าหมาย โดยการเยี่ยมบ้านแบบเพื่อนช่วยเพื่อน เดือนละ 1 ครั้ง และพบกลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 1 หลังจบโปรแกรมแล้ว 12 สัปดาห์ ด้วยการประเมินระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตและระดับเลือดหลังจบกิจกรรมและติดตามผล

### จุดประสงค์การเรียนรู้

1. กลุ่มเป้าหมายสามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการปฏิบัติตนกับเป้าหมายที่ตั้งไว้
2. กลุ่มเป้าหมายสามารถสื่อสารถ่ายทอดข้อมูลการปฏิบัติตนที่ถูกต้องให้กับผู้อื่นเข้าใจได้

### คุณลักษณะของความรู้ด้านสุขภาพที่ต้องการพัฒนา

1. ทักษะการจัดการตนเอง ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
2. ทักษะการสื่อสาร ด้วยการโต้ตอบ ซักถามแลกเปลี่ยน และการบอกต่อ

### สาระการเรียนรู้

1. การวิเคราะห์การปฏิบัติตัวด้วยตนเองและเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้
2. การประเมินความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายและสภาวะสุขภาพรายบุคคล
3. การถ่ายทอด แลกเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ

### ชั้นนำ

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับแกนนำสุขภาพ ติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจชื่นชมในความสำเร็จ และพุดกระตุ้นให้มีการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งส่งเสริมให้มีการวิเคราะห์การปฏิบัติตัวด้วยตนเองเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และเปิดช่องทางในการให้คำปรึกษารายกลุ่ม รายบุคคล ทั้งทางโทรศัพท์และทางสังคมออนไลน์ได้ตลอดเวลา เช่น line Facebook เป็นต้น
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการโทรศัพท์ ติดตามผลการดูแลสุขภาพรายบุคคล
3. ประเมินความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายและสภาวะสุขภาพรายบุคคล ได้แก่ น้ำหนักตัว ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต
4. เปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ในการปฏิบัติตนของผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย รวมทั้งการค้นหาบุคคลต้นแบบที่สามารถเป็นแบบอย่างในปฏิบัติตนด้านบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการอารมณ์ เพื่อให้บุคคลต้นแบบดังกล่าวได้ถ่ายทอดความรู้สู่การปฏิบัติในการขยายกลุ่มเป้าหมายต่อไป

### สื่อ และ อุปกรณ์

1. สมุดบันทึกสุขภาพประจำวัน
2. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ

3. เครื่องชั่งน้ำหนัก
4. เครื่องวัดความดันโลหิต
5. เครื่องวัดระดับน้ำตาล
6. สายวัดรอบเอว
7. เครื่องคิดเลข

#### **การประเมินผล**

1. ระดับ BMI และเส้นรอบเอว
2. ความสำเร็จในการดำเนินชีวิตประจำวันตามแผนของตนเอง โดยใช้แบบวัด

สรุปผลการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างจิตวิทยาเชิงบวกและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ  
และสุขภาพครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน  
ผลการจัดกิจกรรม ครั้งที่ 1 “ปรับเปลี่ยนมุมมองด้วยจิตวิทยาเชิงบวก”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีประสบการณ์ เกี่ยวกับภาวะวิกฤติที่อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญในชีวิตอย่างรุนแรงจนเกิดความกังวล
2. ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสำรวจความไม่สอดคล้องกันระหว่างความคาดหวังของตนเองและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตน จนทำให้เกิดความสับสนในความพฤติกรรมและความคาดหวังของตนเอง
3. เพื่อจูงใจผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะอยากเรียนรู้และปรับเปลี่ยนสุขภาพตนเอง

การประเมินผล

1. สังเกตการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม  
"ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้ความสนใจในกิจกรรม โดยมีที่เลี้ยงกลุ่มคอยกระตุ้นการมีส่วนร่วม"
2. ผู้วิจัยสังเกตอารมณ์และความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างต่อสถานการณ์ของบทบาทสมมติ จากใบงานที่ 1.1 สถานการณ์บทบาทสมมติ จากการสัมภาษณ์ความรู้สึกจากการดูบทละครของแต่ละ เหตุการณ์ที่สะท้อนเหตุการณ์จริง ผู้เข้าร่วมกิจกรรมกล่าวว่า  
"เมื่อนึกถึงเหตุการณ์เหล่านี้ ตาบอด เดินไม่ได้ นอนติดเตียง ไม่สามารถไปทำมาหากินได้ นึกแล้ว ครอบครัวก็ลำบากมาก" (นาง ก)  
"ตอนนี้นั้นก็เป็นกลุ่มเสี่ยง เหตุการณ์ที่เห็นวันนี้ก็เตือนสติให้ฉันนึกถึงวันข้างหน้าได้เลยละ ว่าถึงเวลา แล้วที่เราต้องดูแลตัวเอง" (นาย ข)  
"ถ้าต้องล้างไตจริงๆ คงยุ่งยาก น่ากลัวมากเลยนะหมอ" (นาง ค)
3. สังเกตการแสดงความคิดเห็นจากการสนทนาเชิงวิพากษ์ของผู้เข้าร่วมกิจกรรมการแสดงความคิดเห็น ในภาพรวมว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวจากบทละครมีดังนี้
  1. ทางด้านร่างกาย เกิดความพิการไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงครอบครัวได้
  2. ด้านจิตใจมีความเครียดในครอบครัวทั้งผู้ดูแลและตัวผู้ป่วย
  3. ด้านเศรษฐกิจ ขาดรายได้ของครอบครัว ขาดทุนการศึกษา
  4. ด้านสังคม ต้องเสียเวลาดูแลผู้ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจนทำให้คนในครอบครัวต้องป่วยตามไปด้วย

จากใบงานที่ 1.2 การทบทวนมุมมองของตนเองการตอบคำถามส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า

1. การทบทวนมุมมองของตนเอง ส่วนใหญ่ตอบว่า ความหวังด้านสุขภาพในอนาคต  
"อยากมีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ไม่พิการ และช่วยเหลือตัวเองได้"
2. ความสอดคล้องของการดูแลตนเอง พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมยังมีการปฏิบัติตัวที่ไม่สอดคล้องกับ มุมมองที่ตนเองตั้งไว้ เช่น  
ต้องการไม่ป่วยเป็นโรคร้ายแรง แต่ยังชอบที่จะรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม และควบคุม น้ำหนักไม่ได้
3. ระหว่างเรื่องการทำมาหากินเพื่อเลี้ยงครอบครัวกับการดูแลสุขภาพนั้น ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคิดว่า  
"ควรจะทำควบคู่กันไป เนื่องมาจากถ้าร่างกายเกิดเจ็บป่วย เช่นเป็นอัมพาต ตาบอด พิกาก็จะไม่สามารถ ทำงานเลี้ยงดูครอบครัวได้อีกต่อไป"
4. มุมมองที่เกิดขึ้นนั้นมาจากสาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้อื่นที่เราเห็น เช่น

"พ่อเป็นผู้ป่วยติดเตียงทำให้ต้องมีคนดูแล สามี่เป็นอัมพฤกษ์"(นาง ง)

"เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองคือมีความสูง ตาลาย เวียนศีรษะแล้วต้องหยุดงานไป 3 วัน จนต้องเสียรายได้ที่จะใช้จ่ายในครอบครัว ถ้าเกิดเป็นจริงๆขึ้นมา ต้องขาดรายได้ทั้งชีวิต"(นาย จ)

5. มุมมองของผู้เข้าร่วมกิจกรรมคิดว่า "การได้ทบทวนตนเองมีประโยชน์ได้มากคอยกระตุ้นเตือนการดูแลสุขภาพตนเอง"

ใบงานที่ 1.3 เป้าหมายเป็นดาวในการตั้งเป้าหมายนั้นกลุ่มทดลองมีเป้าหมายดังนี้

1. ทางด้านกายภาพ กลุ่มสมรสตั้งเป้าหมาย ในระยะเวลา 3 เดือน ดังนี้

1.1 การลดน้ำหนักภายในเวลา 3 เดือน จำนวน 5, 3, 2 และ 1 กิโลกรัม

1.2 การลดระดับความดันโลหิตให้เป็นปกติภายในเวลา 3 เดือน

2. การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ

2.1 การลดอาหารเค็ม

2.2 การเลือกกินอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพ

2.3 การออกกำลังกายด้วยวิธีของตนเอง เช่น เดิน วิ่ง ปั่น เป็นต้น ให้ได้ตามเป้าหมาย คือ ทุกวัน หรือ 1-5 วัน/สัปดาห์

3. เกิดผลลัพธ์ในอนาคต คือ สุขภาพแข็งแรงไม่เกิดโรค

## แผนการจัดกิจกรรมเรียนรู้ ครั้งที่ 2

### “สื่อสารอย่างเข้าใจ ห่างไกลโรค”

#### วัตถุประสงค์

1. กลุ่มสมรสสามารถสื่อสารข้อมูลสุขภาพหรือข้อสงสัย กับบุคคลอื่น หรือบุคลากรทางการแพทย์ได้
2. อธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ ที่จะนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้

#### วิธีการประเมินผล

1. ประเมินจากการนำเสนอข้อมูลการใคร่ครวญตนเอง
2. ประเมินจากแบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงความเชื่อโดยมุมมองใหม่ของแต่ละคนจะต้องเป็นมุมมองที่สมเหตุสมผล และเป็นประโยชน์ต่อการสื่อสารกับแพทย์ เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพกับแพทย์ผู้รักษา

หลังทำกิจกรรมตามใบงานที่ 1 การใคร่ครวญตนเอง พบว่า กลุ่มสมรสบันทึกการทบทวนตนเองได้อย่างถูกต้อง ตัวอย่างการตอบคำถาม

"ควรพูดคุยกับแพทย์ในกรณีแพทย์ถามอาการ" (นาง จ)

"เมื่อมีปัญหาในการดูแลตนเองตามแพทย์สั่ง และไม่สามารถทำได้ จะทำอย่างไรค่อยคุยกับเขา เพราะหมอเขามีเวลาคุยน้อย" (นาย ฉ)

สรุปใบงานที่ 2 แผนการปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวไปพบแพทย์ในการร่วมแสดงบทบาทสมมติในการเป็นแพทย์ เป็นผู้ป่วย จากการสังเกตพบว่า ผู้แสดงเป็นแพทย์จะพูดสั้นๆ ไม่ค่อยให้ข้อมูลเหมือนเหตุการณ์ที่กลุ่มผู้เข้ากิจกรรมเคยมีประสบการณ์ และตัวผู้ป่วยเองก็ไม่ค่อยถาม ดังนั้นเมื่อเกิดการสลับบทบาท จึงเกิดการเตรียมตัวในการซักถามกับแพทย์เพิ่มมากขึ้น หลังกิจกรรมให้มีการสะท้อนความรู้สึก ตัวอย่างการสะท้อนความรู้สึก

"เวลาหมอเขามีน้อย ต้องเตรียมตัวก่อนจะไปหาหมอนะ" (นาย ช)

"มีประโยชน์นะคะ เพิ่งจะได้เห็นว่ามันสำคัญในการเตรียมคำถามก่อนพบหมอ จดไว้ก่อนที่จะเข้าไปได้ไม่ลืม" (นาง ซ)



### แผนการจัดกิจกรรมเรียนรู้ ครั้งที่ 3

#### “เข้าถึง เข้าใจ ห่างไกลโรค”

#### วัตถุประสงค์

1. ผู้สมรสสามารถเลือกแหล่งข้อมูลและบริการสุขภาพที่น่าเชื่อถือ
2. รู้วิธีการค้นหาและใช้ข้อมูลที่มีประโยชน์และค้นหาข้อมูลที่ต้องการได้
3. สามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหา/แนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล

#### ประเมินผล

2. ประเมินความถูกต้องของการเลือกแหล่งข้อมูลและบริการสุขภาพที่น่าเชื่อถือจากใบงาน
3. สังเกตการณ์ใช้ข้อมูลมีมือถือเพื่อสืบค้นและค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ต้องการได้
4. สามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหา/แนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผลตามใบงาน

#### สรุปกิจกรรมตามใบงาน

ใบงานที่ 3.1 แหล่งข้อมูลใบงานที่ 3.2 ผักที่กษะการค้นหาข้อมูล ใบงานที่ 3.3 ไข่ หรือมันว ข้าว หรือไม่และใบงานที่ 3.4 ข้าว หรือมันวนี้วิเคราะห์เรื่อง "มะนาวโซดารักขามะเร็ง" "ผวจินตามณีของดีที่ไม่ควรมอง" "ระเบิดไขมันไร้พุง" "ต้อดีขึ้นไม่ต้องผ่า" ผู้สมรสสามารถใช้โทรศัพท์มือถือของตนเองค้นหาข้อมูล และเลือกแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ ไม่มีโฆษณาแอบแฝง หลังจากการสอนของวิทยากรได้อย่างถูกต้อง และสามารถตอบคำถามในการวิเคราะห์ตามใบงานได้อย่างถูกต้อง และผู้สมรสให้ความสนใจในบทความและข้อมูลที่นำเสนอส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรม

### แผนการจัดกิจกรรมเรียนรู้ ครั้งที่ 4

#### “เรียนรู้ วางแผน สร้างเป้าหมายสุขภาพตนเอง”

#### จุดประสงค์การเรียนรู้

1. กลุ่มเป้าหมายรับรู้ความสามารถของตนเองและสร้างความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตน ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย
2. กลุ่มเป้าหมายมีทักษะในการวางแผนปฏิบัติตนในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

#### การประเมินผล

1. สังเกตการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. สังเกตการแสดงความคิดเห็นจากการสนทนาเชิงวิพากษ์ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม
3. การให้ความร่วมมือในการจดบันทึก และข้อมูลที่จดบันทึกสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ในการกำกับ

ตนเองในการดูแลตนเองเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย

#### สรุปผลกิจกรรม

ใบงานที่ 1 เมนูสุขภาพ หลังจากวิทยากรบรรยายเรื่อง ประเภทของอาหารและปริมาณอาหารในแต่ละวัน ผู้สมรสสามารถจัดเมนูอาหารในแต่ละวันได้ อย่างเข้าใจ และมีแนวทางในการจัดอาหารในแต่ละวัน

ใบงานที่ 2 วิทยากรสาธิตการออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้าน และสาธิตการออกกำลังกายของแต่ละกลุ่ม ผู้สมรสมีแนวทางการออกกำลังกายที่บ้าน และสามารถสาธิตท่าทางการออกกำลังกายได้

## แผนการจัดกิจกรรมเรียนรู้ ครั้งที่ 5 “เรื่องสุขภาพที่ต้องรู้ เมื่ออายุมากขึ้น”

### วัตถุประสงค์

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจถึงความหมายและองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพได้
2. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และการป้องกันโรคด้วยการบริโภคอาหารและออกกำลังกายที่ถูกต้อง

### การประเมินผล

1. สังเกตการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. ผู้วิจัยสังเกตอารมณ์และความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างต่อสถานการณ์ของบทบาทสมมติ
3. สังเกตการแสดงความคิดเห็นจากการสนทนาเชิงวิพากษ์ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

### สรุปผลกิจกรรม

จากการทำกิจกรรมในใบงานที่ 5.1 เมื่ुकู้สุขภาพหลังจากวิทยากรอธิบายความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและคุณค่าอาหารในการจัดอาหารเพื่อสุขภาพ คู่สมรสสามารถจัดเมนูอาหารและวิเคราะห์ส่วนประกอบหลักของอาหารและคุณค่าของอาหารได้ และสามารถอธิบายได้อย่างเข้าใจ และตอบตามใบงานได้ถูกต้อง

ใบงานที่ 5.2 การกำหนดทางเลือกใหม่ในการปฏิบัติตนด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ตารางการปฏิบัติการออกกำลังกายของตนเองตามที่ได้กำหนดไว้ ในช่วง 1 สัปดาห์หลังจากวิทยากรทบทวนเรื่องการออกกำลังกาย และการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ระยะเวลาในการออกกำลังกายและสามารถวิเคราะห์การออกกำลังกายของตนเองได้อย่างเข้าใจ และมีการวางแผนการปฏิบัติตนด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายตารางการปฏิบัติการออกกำลังกายของตนเองตามที่ได้กำหนดไว้ ในช่วง 1 สัปดาห์ได้และสามารถนำไปใช้ได้ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน

## แผนการจัดกิจกรรมเรียนรู้ ครั้งที่ 5

### “ดูแลตัวเอง ปลอดภัยชีวิต สู่ผลลัพธ์แห่งสุขภาพดี(ยิ่งปฏิบัติ ยิ่งสุขภาพดี)”

### วัตถุประสงค์การเรียนรู้

1. กลุ่มเป้าหมายสามารถกำกับตนเอง และปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ได้
2. กลุ่มเป้าหมายได้แนวทางในการปฏิบัติที่เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวัน

### การประเมินผล

1. ระดับ BMI ความดันโลหิต น้ำตาลในเลือดและเส้นรอบเอว
2. ความสำเร็จในการดำเนินชีวิตประจำวันตามแผนของตนเอง โดยใช้แบบวัด

### สรุปผลกิจกรรม

คู่สมรสควบคุมกำกับตนเองด้วยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว ความดันโลหิต น้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และสามารถจดลงบันทึกในสมุดประจำตัว เพื่อติดตามกำกับกับการปฏิบัติตัวตามแผนที่กำหนด และสรุปผลการดูแลตนเองด้วยเกณฑ์การประเมินผลและผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้จับคู่หูในการดูแลสุขภาพและพี่เลี้ยงประจำตำบลโดยมีการใช้การโทรศัพท์ ไลน์ และเฟสบุ๊ค

## แผนการจัดกิจกรรมเรียนรู้ ครั้งที่ 6

### “ดูแลตัวเอง ปลอดภัยชีวิต สู้ผลลัพธ์แห่งสุขภาพดี(ยิ่งปฏิบัติ ยิ่งสุขภาพดี)”

#### วัตถุประสงค์การเรียนรู้

1. กลุ่มเป้าหมายสามารถกำกับตนเอง และปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ได้
2. กลุ่มเป้าหมายได้แนวทางในการปฏิบัติที่เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวัน

#### การประเมินผล

1. คำนวณระดับ BMI และเส้นรอบเอว
2. ความสำเร็จในการดำเนินชีวิตประจำวันตามแผนของตนเอง โดยใช้แบบวัด

#### สรุปผลกิจกรรม

คู่สมรสแต่ละตำบลนำผลการประเมินสุขภาพจากการดูแลตนเองที่ได้ทำการบันทึกไว้ ให้กับพี่เลี้ยงประจำตำบล โดยพี่เลี้ยงประจำตำบลกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนการดูแลตนเองกันภายในกลุ่ม และเปรียบเทียบผลลัพธ์จากก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ร่วมกับการดูแลเป้าหมายที่ตั้งไว้

ตัวอย่างการแลกเปลี่ยนการดูแลตนเอง

"น้ำหนักลงไป 8 กิโล ที่ฉันลดได้เพราะว่าลูกจะไปรับปริญญา แล้วมันต้องเดินไกล กลัวเดินไม่ไหว แล้วอีกอย่างหนึ่งฉันเคยเดินไปเที่ยวห้าง แล้วฉันปวดท้องมากจะไปเข้าห้องน้ำ ยังเดินไม่ถึงห้องน้ำเลย ฉันทรุดลงไป เพราะมันอ้วนเดินไม่ไหว แทบจะไปเข้าห้องน้ำไม่ทัน ฉันก็คงต้องลดน้ำหนักเลยละ" (นาง ญ)

"น้ำหนักลงไป 2 กิโล เพราะผมเปลี่ยนตัวเองกินข้าวน้อย งดของหวานตอนเย็น เรื่องออกกำลังมันต้องทำอยู่แล้ว งานมันหนักมาก เคลื่อนไหวร่างกายตลอด" (นาย ธ)

## แผนการจัดกิจกรรมเรียนรู้ ครั้งที่ 7

### “ติดตาม ย้ำเตือน และประเมินผลเป้าหมาย”

#### จุดประสงค์การเรียนรู้

1. กลุ่มเป้าหมายสามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการปฏิบัติตนกับเป้าหมายที่ตั้งไว้
2. กลุ่มเป้าหมายสามารถสื่อสารถ่ายทอดข้อมูลการปฏิบัติตนที่ถูกต้องให้กับผู้อื่นเข้าใจได้

#### การประเมินผล

1. ระดับ BMI และเส้นรอบเอว
2. ความสำเร็จในการดำเนินชีวิตประจำวันตามแผนของตนเอง โดยใช้แบบวัด

#### สรุปผลกิจกรรม

จากการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับพี่เลี้ยงประจำตำบล หลังกิจกรรม 1 เดือนนั้นพบว่า กลุ่มคู่สมรสนั้น กระตือรือร้นเมื่อมากระตุ้นเตือนอีกครั้ง ด้วยผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และมีข้อเสนอที่ได้จากคู่สมรสคือ การติดตามอย่างต่อเนื่อง การได้รวมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นสิ่งกระตุ้น กระตุกพฤติกรรมที่กำลังเปลี่ยนแปลงกลับไปปฏิบัติแบบเดิมได้เป็นอย่างดี ดังคำกล่าวที่ว่า

"หมอๆ มาตลอดเลยได้ไหมจะได้ไม่ลืมว่าต้องดูแลตัวเอง" (นาย ณ)

"จริงๆ อยากให้มารวมกันเป็นกลุ่มๆ ได้เห็นว่าคู่หูของตัวเองเป็นไงบ้าง อ้วนผอม หรือเป็นเบาหวาน ความดันไปกันบ้างหรือยัง" (นาง ฐ)

# สมุดประจำตัวกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง



ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี  
ที่อยู่

.....

.....

ประวัติ



โรคประจำตัว ระบุ

1.....

2.....

3.....

ประวัติการแพ้ยา.....

สูบบุหรี่  สูบ  ไม่สูบ

ดื่มสุรา  ดื่ม  ไม่ดื่ม

ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว

เบาหวาน  ความดันโลหิตสูง  หัวใจ

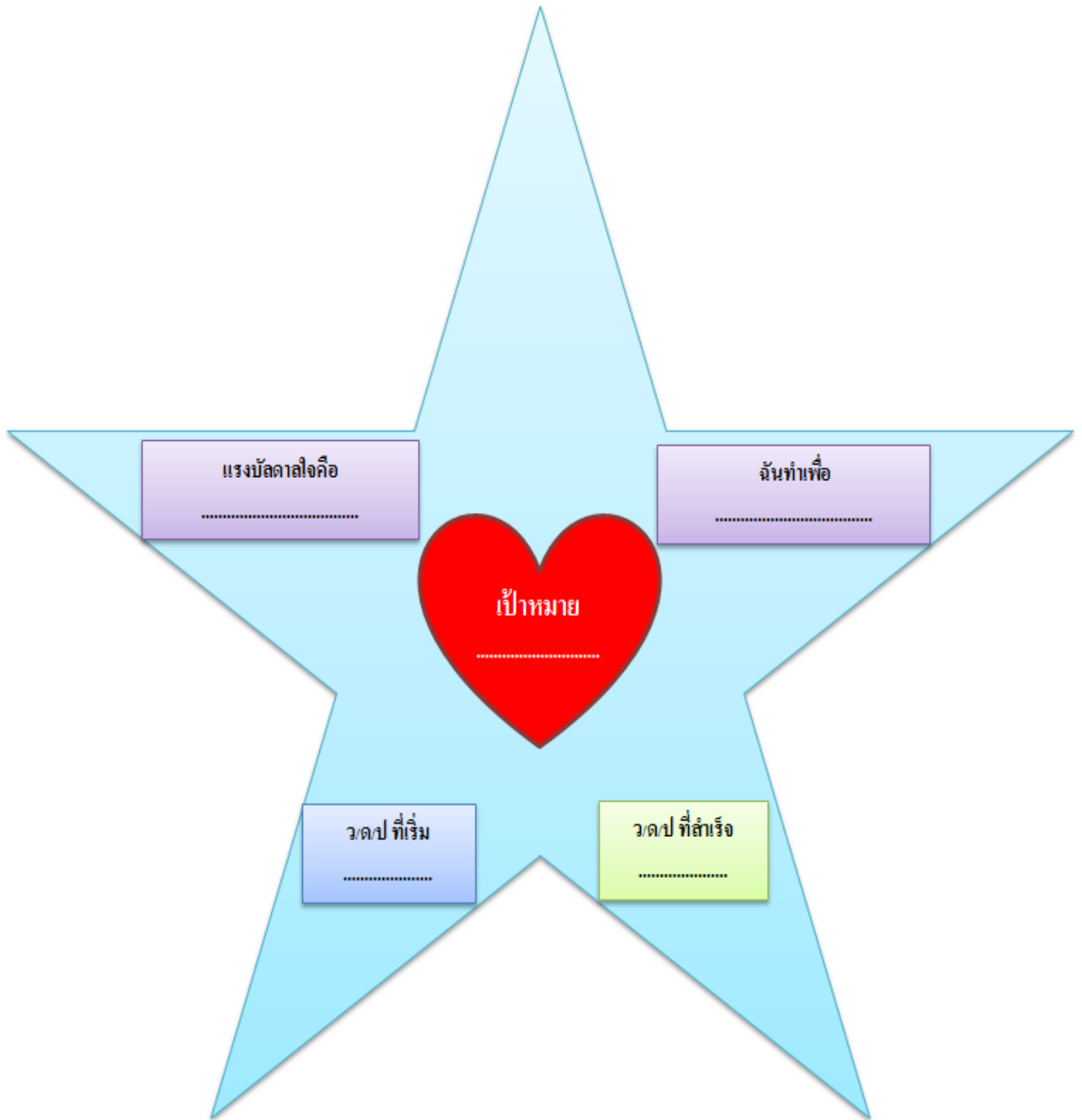
อัมพฤกษ์/อัมพาต  อื่นๆ ระบุ.....

ชื่อ พี่เลี้ยงกลุ่ม.....

วันที่เริ่มต้นเข้าร่วมกิจกรรม.....

วันที่สิ้นสุดกิจกรรม.....

# เป้าหมายเป็นดาว




## บันทึกผลลัพท์สุขภาพที่ต้องเฝ้าระวัง


รายการ	ระดับ	ว/ด/ป .....	ว/ด/ป .....
รอบเอว			
น้ำหนัก			
ดัชนีมวลกาย			
ชีพจร			
<b>ระดับเบาหวาน</b>			
เจียวเข้ม < 126mg/dl.	ปกติ		
เหลือง HbA1C < 7 FBS 126 - 154 mg/dl.	ปานกลาง		
ส้ม HbA1C 7- 7.9 FBS 155 - 182 mg/dl.	สูง		
แดง HbA1C ≥ 8 FBS ≥ 183 mg/dl.	สูงมาก		
<b>ระดับความดันโลหิต</b>			
เจียวเข้ม <140/ 90mmHg.	ปกติ		
เหลือง 140 - 159 /90 - 99 mmHg.	ปานกลาง		
ส้ม 160 - 179 /100 - 109 mmHg.	สูง		
แดง ≥180/ ≥110 mmHg.	สูงมาก		
นัดครั้งต่อไป			
นัดครั้งต่อไป			
นัดครั้งต่อไป			
นัดครั้งต่อไป			

## การกำหนดทางเลือกใหม่ในการปฏิบัติตนด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

### (ปฏิทินแผนการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายรายสัปดาห์)

ให้ท่านตั้งเป้าหมายด้านการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายต่อสัปดาห์ และฝึกการบันทึกกิจกรรมประจำวันตามสัญลักษณ์โดยใช้เครื่องหมาย ✓ ตามสัญลักษณ์ ดังนี้



















 หมายถึง ปฏิบัติได้ตามเป้าหมายใน 1 วัน

 หมายถึง ปฏิบัติไม่ได้ตามเป้าหมายใน 1 วัน

เป้าหมาย ด้านการรับประทานอาหาร.....

เป้าหมาย ด้านการออกกำลังกาย.....

เป้าหมายการจัดการด้านอารมณ์.....

วันเดือน ปี						
						
-การกินอาหารที่เหมาะสมทั้งปริมาณและสัดส่วน						
-กิจกรรมการออกกำลังกายที่พอเพียง						
-กิจกรรมการจัดการด้านอารมณ์ด้วยวิธี การสวดมนต์ และนั่งสมาธิ						
วันเดือน ปี						
						
-การกินอาหารที่เหมาะสมทั้งปริมาณและสัดส่วน						
-กิจกรรมการออกกำลังกายที่พอเพียง						
-กิจกรรมการจัดการด้านอารมณ์ด้วยวิธี การสวดมนต์ และนั่งสมาธิ						
วันเดือน ปี						
						
-การกินอาหารที่เหมาะสมทั้งปริมาณและสัดส่วน						
-กิจกรรมการออกกำลังกายที่พอเพียง						
-กิจกรรมการจัดการด้านอารมณ์ด้วยวิธี การสวดมนต์ และนั่งสมาธิ						



## การปฏิบัติตนด้านการบริโภคอาหาร ใน 1 สัปดาห์

วัน	มื้ออาหาร	รายการอาหาร
จันทร์	มื้อเช้า	
	มื้อเที่ยง	
	มื้อเย็น	
อังคาร	มื้อเช้า	
	มื้อเที่ยง	
	มื้อเย็น	
พุธ	มื้อเช้า	
	มื้อเที่ยง	
	มื้อเย็น	
พฤหัสบดี	มื้อเช้า	
	มื้อเที่ยง	
	มื้อเย็น	
ศุกร์	มื้อเช้า	
	มื้อเที่ยง	
	มื้อเย็น	
เสาร์	มื้อเช้า	
	มื้อเที่ยง	
	มื้อเย็น	
อาทิตย์	มื้อเช้า	
	มื้อเที่ยง	
	มื้อเย็น	



การกำหนดทางเลือกใหม่ในการปฏิบัติตนด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย  
 ตารางการปฏิบัติการออกกำลังกายของตนเองตามที่ได้กำหนดไว้ ในช่วง 1 สัปดาห์

วัน	วิธีการออกกำลังกาย	อบอุ่นร่างกาย/เวลาที่ใช้	ออกกำลังกาย/เวลาที่ใช้	รวมเวลา
จันทร์				
อังคาร				
พุธ				
พฤหัสบดี				
ศุกร์				
เสาร์				
อาทิตย์				
จันทร์				
อังคาร				
พุธ				
พฤหัสบดี				
ศุกร์				
เสาร์				
อาทิตย์				
จันทร์				
อังคาร				
พุธ				
พฤหัสบดี				
ศุกร์				
เสาร์				
อาทิตย์				

## ประเมินผลการปฏิบัติตัวด้านอาหารและการออกกำลังกายในแต่ละสัปดาห์

## สัปดาห์ที่ 1

เกณฑ์การประเมินผล	ดีมาก	ดี	พอใช้	ปรับปรุง
แบบแผนพฤติกรรมรับประทานอาหาร				
แบบแผนพฤติกรรมออกกำลังกาย				

## สัปดาห์ที่ 2

เกณฑ์การประเมินผล	ดีมาก	ดี	พอใช้	ปรับปรุง
แบบแผนพฤติกรรมรับประทานอาหาร				
แบบแผนพฤติกรรมออกกำลังกาย				

## สัปดาห์ที่ 3

เกณฑ์การประเมินผล	ดีมาก	ดี	พอใช้	ปรับปรุง
แบบแผนพฤติกรรมรับประทานอาหาร				
แบบแผนพฤติกรรมออกกำลังกาย				

## สัปดาห์ที่ 4

เกณฑ์การประเมินผล	ดีมาก	ดี	พอใช้	ปรับปรุง
แบบแผนพฤติกรรมรับประทานอาหาร				
แบบแผนพฤติกรรมออกกำลังกาย				

## สัปดาห์ที่ 5

เกณฑ์การประเมินผล	ดีมาก	ดี	พอใช้	ปรับปรุง
แบบแผนพฤติกรรมรับประทานอาหาร				
แบบแผนพฤติกรรมออกกำลังกาย				

## สัปดาห์ที่ 6

เกณฑ์การประเมินผล	ดีมาก	ดี	พอใช้	ปรับปรุง
แบบแผนพฤติกรรมรับประทานอาหาร				
แบบแผนพฤติกรรมออกกำลังกาย				

## สัปดาห์ที่ 7

เกณฑ์การประเมินผล	ดีมาก	ดี	พอใช้	ปรับปรุง
แบบแผนพฤติกรรมรับประทานอาหาร				
แบบแผนพฤติกรรมออกกำลังกาย				

## สัปดาห์ที่ 8

เกณฑ์การประเมินผล	ดีมาก	ดี	พอใช้	ปรับปรุง
แบบแผนพฤติกรรมรับประทานอาหาร				
แบบแผนพฤติกรรมออกกำลังกาย				





**เพื่าระวังด้วย  
ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี**

เว็บไซต์: [www.siamgoodlife.com](http://www.siamgoodlife.com)

**ปกติ**

FBS < 100 mg/dl  
BP < 120/80 mmHg

เน้นกิจกรรม 30 นาที ออกกำลังกาย 3-5 ครั้ง  
ลด/เลิก บุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

**กลุ่มเสี่ยง**

FBS = 100-125 mg/dl  
BP = 120/80 - 139/89 mmHg

เน้นกิจกรรม 30 นาที ออกกำลังกาย 3-5 ครั้ง  
ลด/เลิก บุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์  
วัดความดันโลหิตทุกเดือน หรือวัดเบาหวาน ทุก 1-3 เดือน

**กลุ่มป่วย ( กินยาคุมอาการ )**

**กลุ่มป่วย ระดับ 0**

FBS ≤ 125 mg/dl  
BP ≤ 139 / 89 mmHg

ปฏิบัติตามข้อปฏิบัติ  
ออกกำลังกาย 30 นาที 3-5 ครั้ง

**กลุ่มป่วย ระดับ 1**

FBS = 126-154 mg/dl  
BP = 140/90 - 159/99 mmHg  
HbA1C < 7 %

ปฏิบัติตามข้อปฏิบัติ  
ออกกำลังกาย 30 นาที 3-5 ครั้ง

**กลุ่มป่วย ระดับ 2**

FBS = 155-182 mg/dl  
BP = 160/100 - 179/109 mmHg  
HbA1C 7-8 %

ปฏิบัติตามข้อปฏิบัติ  
ออกกำลังกาย 30 นาที 3-5 ครั้ง

**กลุ่มป่วย ระดับ 3**

FBS ≥ 183 mg/dl  
BP ≥ 180/110 mmHg  
HbA1C > 8 %

ปฏิบัติตามข้อปฏิบัติ  
ออกกำลังกาย 30 นาที 3-5 ครั้ง

**โรคแทรกซ้อน**

หัวใจ / หลอดเลือด,  
สมอง, ไต, ตา, เท้า

เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องส่งโรงพยาบาล  
เพื่อลด ความรุนแรงและโอกาสการเสียชีวิต

**การปฏิบัติตนเบื้องต้นเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน  
เฉียบพลันจากโรคเบาหวาน**

**อาการ**      **ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ**

 เวียนหัว  
 dizzy  
 เหงื่อออกง่าย  
 ปวดหัว  
 ใจสั่น  
 ส่ายตาพร่ามัว  
 ตัวสั่น  
 หัวใจเต้นเร็ว  
 อ่อนเพลีย  
 หิวบ่อย

มักเกิดจากการรับประทานน้อยกว่าปกติ  
หรือไม่ตรงเวลา ขนาดชนิดของยาไม่เหมาะสม  
ออกกำลังกาย หรือทำงานหนักกว่าปกติ

**วิธีแก้ไข**

ดื่มน้ำหวาน 1 ช้อนโต๊ะ ผสมน้ำ 1/2 แก้วหรือ  
ดื่มน้ำผลไม้ประมาณ 1/2 แก้ว หรือ 120 ซีซี  
หรืออมลูกอม 2 เม็ด หรือ น้ำตาล 2 ก้อน หรือ  
ขนมปังแผ่น 1 แผ่น

**อาการ**      **ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง**

 ปัสสาวะบ่อย  
 หิวบ่อย  
 อ่อนเพลีย  
 สายตาพร่ามัว  
 ฝืดแห้ง  
 แผลหายช้า  
 หิวน้ำบ่อย

**สาเหตุ**

จากการควบคุมเบาหวานได้ไม่ดี  
ทานอาหารมากเกินไป ขาดยา

**วิธีแก้ไข**

ดื่มน้ำสะอาดมากๆ  
พักผ่อนงดการออกกำลังกายหรือทำงาน  
ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเป็นระยะ  
ถ้าระดับน้ำตาลในเลือด  
ยังไม่ลดลง ควรปรึกษาแพทย์  
กรณีตรวจพบสารคีโตน หรือมีอาการเหนื่อยหอบ  
ปวดท้องซึ่มลงมาก ต้องรีบพบแพทย์ทันที

**การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง  
จะส่งผลกระทบต่อ การเกิดโรคแทรกซ้อน  
เรื้อรังตามมา ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง  
หัวใจ ตา ไต และระบบประสาทส่วนปลาย**



# ความดันโลหิตยิ่งสูง

## ยิ่งเพิ่มโอกาสเกิดโรค



ลางบอกเหตุ

คลื่นไส้ อาเจียน



เหนื่อยง่าย ปวดศีรษะตุบๆ



ตาพร่ามัว



# ไตเรื้อรัง

เนื่องจากโรคเบาหวาน

น้ำตาลในเลือดสูง

ความดันโลหิตสูง

ไขมันในเลือดสูง

สูบบุหรี่

กินเค็ม

30.

25.

รักษาไต เพียงแค่คุณ .....

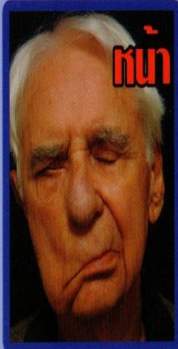
- ✓ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้น้อยกว่า 130 มก./ดล
- ✓ ควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/80 มม.ปรอท
- ✓ ควบคุมระดับไขมันในเลือด (LDL) ให้น้อยกว่า 100 มก.ดล
- ✓ หากป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงให้กินยาลดระดับความดันโลหิตชนิดชะลอการเสื่อมของไต และตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด
- ✓ หลีกเลี่ยงยาที่ทำร้ายไต เช่น ยาแก้ปวด ยาลูกกลอน ฯลฯ
- ✓ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และควบคุมน้ำหนักตัว
- ✓ ลดอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ และหลีกเลี่ยงอาหารเค็ม
- ✓ ไม่สูบบุหรี่





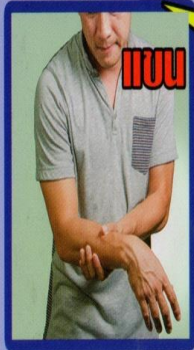
# สัญญาณเตือน

## โรคหลอดเลือดสมอง



หน้า

ปากเบี้ยวมุมปากตก  
ทันทีทันใด



แขน

แขนข้างใดข้างหนึ่งตก  
หรือยกไม่ขึ้นทันทีทันใด



พูด

พูดไม่ชัด  
พูดไม่รู้เรื่อง ไม่พูด



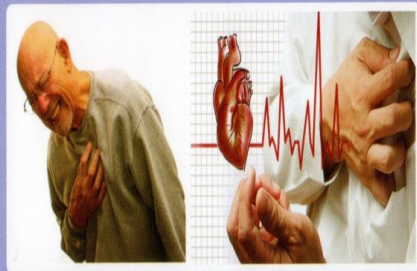
เวลา

รีบมาโรงพยาบาล  
ภายใน 3-4.5 ชม.  
มาวัดการพิการ



## โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ไม่สบายในอก เจ็บแน่น บีบรัด  
เจ็บตื้อๆ **หนักที่สุด** ในชีวิต  
**มากขึ้น** เรื่อย  
หายใจไม่สะดวก



อาการอื่น เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น  
เวียนหัว หน้ามืด ดิ้นสั่น อาเจียน  
ปรึกษาปัญหาสุขภาพ



โรงพยาบาลสิงห์บุรี โทร 036 522 509  
ตอ ช่วงเช้า 1114 ช่วงบ่าย 1111

หรือรีบไปโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด



### ข้อปฏิบัติการทำสมาธิ

สมาธิ	คือ การที่มีใจตั้งมั่นในอารมณ์ใดอารมณ์หนึ่งอย่างแน่วแน่ กล่าวในภาษาชาวบ้านก็คือ การมีจิตใจจดจ่ออยู่ในเรื่องหนึ่ง ไม่ฟุ้งซ่านนั่นเอง
การยืน	ทำโดยยืนให้ตรง วางมือขวาทับมือซ้าย คว่ำมือทั้งสอง หลังตาหรือสัณทิตาสุดแต่จะสะดวกในการทำ แล้วเพ่งไปที่คำว่า พุทธ จนจิตตั้งมั่นได้
การเดิน	เรียกว่า เดินจงกรม ให้กำหนดความสั้น ความยาว ของเส้นทางที่จะเดินสุดแต่แต่เราเอง ควรหาสถานที่และเวลาที่เหมาะสม ไม่อึกทึกครึกโครม และไม่มีสิ่งรบกวนจากรอบข้าง เมื่อหาสถานที่และเวลาที่เหมาะสมได้แล้ว ก็ตั้งสติอย่าเงยหน้าหรือก้มหน้านัก ให้สำรวจสายตาให้ทอดลงพอดี วางมือทั้งสองลงข้างหน้าทับกัน เหมือนกับยืน การเดินแต่ละก้าวก็ให้จิตตั้งมั่นอยู่กับคำบริกรรมว่า พุทโธ โดยเดินอย่างสำรวม ช้าๆ ไม่เร่งรีบกำหนดรู้ในใจ
การนั่ง	คือ นั่งให้สบาย แล้วเพ่งเอาจิตไปที่การบริกรรมคำว่า พุทโธ ท่องภาวนาไว้เป็นอารมณ์ให้กำหนดรู้อยู่ในใจ
การนอน	คือ ให้นอนตะแคงข้างขวา เอามือขวาวางรองศีรษะ ยึดมือซ้ายไปตามตัว ไม่นอนขดนอนคว่ำ หรือนอนหงาย แล้วก็สำรวมสติตั้งมั่นด้วยการภาวนาคำว่า พุทโธ ให้ตั้งมั่นอยู่ในอารมณ์เดียว เช่นเดียวกัน

ตัดตอนบางส่วนมาจากหนังสือสมาธิภาวนา โดยธรรมรักษา

### อานิสงค์ของการปฏิบัติธรรม

#### 1. มีวินัยในตัวเอง 3 ประการ คือ

1. รู้จักระวังตัว
2. รู้จักควบคุมตัวได้
3. รู้จักเชื่อฟังผู้ใหญ่ ถ้าเป็นเด็กจะไม่เถียงผู้ใหญ่

#### 2. มีกิจนิสัย 4 ประการ

1. ขยันไม่จับจด รักงาน สู้งาน
2. ประหยัด รู้จักใช้ชีวิตและทรัพย์สินอย่างถูกต้องและคุ้มค่า
3. พัฒนา รู้จักพัฒนาตัวเอง และอาชีพให้ดีขึ้น
4. สามัคคี รักครอบครัว รักหมู่คณะ และรักประเทศชาติ

#### 3. มีลักษณะนิสัย 4 ประการ

1. มีสัมมาคารวะ
2. อุตสาหพยายาม
3. ปฏิบัติตามระเบียบวินัย
4. รู้จักเด็ก รู้จักผู้ใหญ่ วางตัวได้เหมาะสม

#### 4. มีความรู้คู่กับคุณธรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต 4 ประการได้

1. รู้จักคิด
2. รู้จักปรับตัว
3. รู้จักแก้ปัญหา
4. มีทักษะในการทำงานและค่านิยมที่ดีงามในอนาคต เจ้านายที่ลูกน้องไม่ได้ ลูกน้องที่เจ้านายไม่ได้ เข้าหลักที่ว่า ผู้ใหญ่ตั้งผู้ย่อยด้น คนเสมอกันจะได้อุปถัมภ์ค้ำจุนต่อไป

#### 5. อานิสงส์ในการเดินจงกรม

1. อดทนต่อการเดินทางไกล
2. อดทนต่อความเพียร
3. มีอาพาธน้อย
4. ย่อยอาหารได้ดี
5. สมาธิที่ได้ขณะเดินตั้งอยู่ได้นาน

จากหนังสือกฎแห่งกรรมเล่มที่ 7 ภาคธรรมบรรยาย-ธรรมปฏิบัติ  
เรื่อง ศติกรรมฐาน โดย พระธรรมสิงหบุราจารย์