โครงงานพิเศษทางจิตวิทยา

เรื่อง การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

จัดทำโดย

นางสาวลัลล์ลลิล เจริญสุวรรณ

รหัสนักศึกษา 620801403103

สาขาวิชาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา

โครงงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา

ปีการศึกษา 2565

คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

ชื่อ – สกุล	: นางสาวลัลล์ลลิล เจริญสุวรรณ
ชื่อโครงงานพิเศษทางจิตวิทยา	: การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
หลักสูตร	: ศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา
อาจารย์ที่ปรึกษาโครงงานพิเศษ	: ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรรควิช จารึกจารีต
ปีการศึกษา	: 2565

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำแนกตาม เพศ และ ชั้นปี 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีคณะจิตวิทยาที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2565 ของมหาวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต จำนวน 154 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามจำนวน 4 ตอน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติ t-test แแบบเป็นอิสระต่อกัน (t-test for Independent Sample) สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA or F-test) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) คำนวณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.60 จากคะแนนเต็ม 5.00)

2. นักศึกษาที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน

3. นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง

4. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .449

5. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

โครงงานพิเศษทางจิตวิทยาฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรรควิช จารึกจารีต อาจารย์ที่ปรึกษาโครงงานพิเศษทางจิตวิทยา และคณาจารย์คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ดังรายนามต่อไปนี้ รองศาสตราจารย์ประณต เค้าฉิม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เจษฎา อังกาบสี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัมมัฏฐิตตา อยู่เจริญ อาจารย์ ดร.อธิวัฒน์ รัตนวงศ์แข และอาจารย์นภาพร อยู่ถาวร ซึ่งให้ความช่วยเหลือและความเมตตา แก่ผู้ศึกษาพร้อมทั้งให้การแนะนำปรึกษาตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ เพื่อความสมบูรณ์ของโครงงานพิเศษทางจิตวิทยาฉบับนี้ ผู้ศึกษาจึงขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.มณฑิรา จารุเพ็ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัมมัฏฐิตตา อยู่เจริญ และอาจารย์ ดร.อธิวัฒน์ รัตนวงศ์แข ที่กรุณาสละเวลาให้ความอนุเคราะห์ในการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ขอขอบพระคุณคณบดี คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ผู้ศึกษาเก็บข้อมูลกับนักศึกษา

ขอขอบพระคุณนางสาวสุดารัตน์ จามจุรี เจ้าหน้าที่ประจำคณะจิตวิทยาที่ให้ความกรุณาประสานงานและช่วยเหลือในด้านการดำเนินการต่าง ๆ แก่ผู้ศึกษาด้วยดีเสมอมา

ขอขอบคุณนักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าตอบแบบสอบถาม ซึ่งทำให้ผู้ศึกษาได้ข้อมูลที่มีคุณค่ายิ่ง

ท้ายสุดนี้ขอขอบพระคุณ ทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงงานพิเศษทางจิตวิทยาฉบับนี้ ที่ให้การสนับสนุน ให้ความรัก ให้กำลังใจ ห่วงใยและให้ความช่วยเหลือในทุก ๆ ด้าน กับผู้ศึกษาตลอดมา คุณค่าของโครงงานพิเศษทางจิตวิทยาฉบับนี้ขอมอบแด่ครอบครัว คณาจารย์ ผู้มีพระคุณทุกท่าน ตลอดจนนักวิชาการที่ผู้ศึกษาได้อ้างถึงในโครงงานพิเศษทางจิตวิทยาฉบับนี้นำมาซึ่งความสำเร็จสมบูรณ์ยิ่ง

ลัลล์ลลิล เจริญสุวรรณ

สารบัญ

บทที่ **หน้า**

1. บทนำ 1
1. หลักการและเหตุผล 1
2. วัตถุประสงค์ 3
3. ความสำคัญของการค้นคว้า 3
4. ขอบเขตการศึกษาค้นคว้า 3
5. นิยามศัพท์เฉพาะ 4
6. กรอบแนวคิดของการศึกษาค้นคว้า 5
7. สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า 5

2. เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวข้อง 6
1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 7
1.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 7
1.2 องค์ประกอบของสุขภาพ 8
1.3 ประเภทของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 9
1.4 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 11
1.5 การวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 18
2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม 19
2.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม 19
2.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม 20
2.3 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม 22
2.4 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม 23
2.5 การวัดการสนับสนุนทางสังคม 26
3. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 26
3.1 ความหมายของความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 26
3.2 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 29
3.3 การวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 36
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 37
4.1 เพศกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 37
4.2 ชั้นปีกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 37
4.3 การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 37

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ **หน้า**

4.4 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 37

3. วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า 39

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง 39
2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า 39
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล 45
4. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 45

4. ผลการศึกษาค้นคว้า 47

1. สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 47
2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม 48
3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 48
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน 54

5. สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ 57

1. วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้า 57
2. สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า 57
3. ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า 57
4. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า 58
5. สรุปผลการศึกษาค้นคว้า 58
6. อภิปรายผลการศึกษาค้นคว้า 60
7. ข้อเสนอแนะ 63
    - 7.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาค้นคว้าไปใช้ 63
    - 7.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาค้นคว้าครั้งต่อไป 63

บรรณานุกรม 65

ภาคผนวก 69

ภาคผนวก ก รายชื่อผู้เชี่ยวชาญประเมินความสอดคล้องของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า 70

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ **หน้า**

ภาคผนวก ข หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญและหนังสือขอความอนุเคราะห์
เก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้า 72
ภาคผนวก ค ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า 78
ภาคผนวก ง ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability)
ของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า 80
ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า 83

ประวัติผู้ศึกษา 93

สารบัญตาราง

ตารางที่ **หน้า**

1. จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ 48
2. จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับชั้น 48
3. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำแนกเป็นรายข้อ 49
4. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคม จำแนกเป็นรายข้อ 50
5. ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จำแนกเป็นรายข้อ 52
6. ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติที่ใช้ในการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา จำแนกตามเพศ 54
7. ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติที่ใช้ในการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา จำแนกตามชั้นปี 54
8. การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา จำแนกตามชั้นปี 55
9. สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา 55
10. สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา 56

สารบัญภาพ

ภาพประกอบที่ **หน้า**

1. กรอบแนวคิดของการศึกษาค้นคว้า 5
2. แผนภาพการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura) 29

บทที่ 1
บทนำ

1. หลักการและเหตุผล

เนื่องจากในยุคปัจจุบันนั้นได้เกิดสภาวะต่าง ๆ ขึ้นอย่างมากมายทั้งสภาวะของโรคระบาด สภาวะเศรษฐกิจ และสังคมรวมไปถึงสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่แย่ลงสิ่งเหล่านี้นั้นเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้คนเริ่มมีการดูแลสุขภาพเพิ่มมากยิ่งขึ้นเพื่อเป็นการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ประชาชนคนไทยในทุกช่วงวัยโดยเฉพาะในวัยรุ่นก็เริ่มมีการดูแลรักษาสุขภาพมากยิ่งขึ้นทั้งสุขภาพร่างกายและจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อนให้เพียงพอ และยังมีอีกหลายวิธีที่สามารถทำเพื่อเป็นการดูแลสุขภาพได้ สุขภาพนั้นเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ การที่มีสุขภาพที่ดีก็จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ให้ดีตามไปด้วย และเพราะการมีร่างกายกับจิตใจที่แข็งแรงไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ ไม่มีความเครียดจึงทำให้เรามีความสุข ไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ดังนั้นเราจึงควรดูแลสุขภาพของเราให้ดีอยู่เสมอเพราะสุขภาพนั้นถือได้ว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตเป็นอย่างยิ่ง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพนั้นเป็นการป้องกันไม่ให้โรคเกิดขึ้นเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพดี เป็นการส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้น เป็นการดูแลสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง เช่น การนอนหลับอย่างเพียงพอ การออกกำลังกาย การบริหารร่างกาย การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และอยู่ในปริมาณที่เหมาะสม การพักผ่อนหย่อนใจ การไม่บริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การไม่สูบบุหรี่ รวมถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกันอื่น ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การคาดเข็มขัดนิรภัย เมื่อขับขี่รถยนต์ การปฏิบัติตามกฎและระเบียบเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้น่าอยู่ เป็นต้น ซึ่งสามารถสรุปพฤติกรรมได้ 4 กลุ่ม คือ 1. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร 2. การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น การควบคุมน้ำหนักตัว การเดินหรือวิ่งเพื่อสุขภาพ เป็นต้น 3. การปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตราย เช่น การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขี่รถยนต์ การปฏิบัติตามกฎและระเบียบเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน 4. การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อค้นหาความผิดปกติในระยะแรกของโรค เช่น การตรวจร่างกายประจำปี (วิทมา ธรรมเจริญ และ นิทัศนีย์ เจริญงาม, 2561)

การดูแลสุขภาพกายของคนไทยโดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่นเริ่มเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากสภาวะปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในปี 2563 การดูแลสุขภาพของคนไทยในปี 2563 เพิ่มขึ้น 68.10 % ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่คนไทยสนใจ หรืออยากรู้เพิ่มเติมมากที่สุดคือ เทคนิคในการดูแลสุขภาพตนเอง 71.98 % ซึ่งยังคงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในปีถัดไป (สวนดุสิตโพล มหาวิทยาลัยสวนดุสิต, 2563) และในปี 2564 ประชาชนคนไทยมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปและมีพฤติกรรมที่เกิดขึ้นมาใหม่ เช่น การทำอาหารรับประทานอาหารเอง 60.41% การดูแลสุขภาพโดยการรับประทานวิตามิน อาหารเสริม 51.20 % (สวนดุสิตโพล มหาวิทยาลัยสวนดุสิต,

2564) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2564) มองแนวโน้มการดูแลสุขภาพในปี 2565 ไว้ว่ายังคงอยู่ในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว การดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อม และความสะอาดต่าง ๆ ซึ่งทางด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่นนั้นก็ยังคงเป็นปัญหาอยู่ ตั้งแต่ในปี 2563 ถึงปี 2564 พบว่า ร้อยละ 28 ของเด็กวัยรุ่นมีภาวะเครียดสูง ร้อยละ 32 มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า และอีก ร้อยละ 22 มีการเข้าสังคมลดลง มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกับครอบครัว (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2565) โดยปัญหาทางด้านสุขภาพจิตนี้ก็ส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกายได้เช่นกัน สุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตใจนั้นมีความเชื่อมโยงกันหากเราดูแลสุขภาพร่างกายได้ไม่ดีก็จะส่งผลเสียต่อสุขภาพจิตใจแต่ทั้งนี้ถ้าเราดูแลสุขภาพจิตใจได้ไม่ดีก็จะส่งผลเสียต่อสุขภาพกายได้เช่นกัน ดังนั้นเราจึงต้องมีการดูแลสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจเพื่อให้สามารถที่จะดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม และมีคุณภาพ ส่วนวิธีการดูแลสุขภาพร่างกายนั้นสามารถทำได้โดย การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การดื่มน้ำ วันละ 6-8 แก้วได้ทั้งน้ำเปล่า นมและเครื่องดื่มต่าง ๆ ที่ไม่มีน้ำตาล น้ำผลไม้ ซึ่งเป็นพื้นฐานที่ช่วยส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรงไม่เจ็บป่วยง่าย การออกกำลังกายช่วยเสริมภูมิต้านทานให้ร่างกาย ต้านทานโรคภัยไข้เจ็บ ทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานได้ดีขึ้น และวิธีการดูแลสุขภาพจิตใจนั้นสามารถทำได้โดย การรู้จักผ่อนคลายจากสภาวะความเครียด หาเวลาพักเพื่อผ่อนคลายสัก 30 นาที เช่น ฟังเพลง ดูทีวี นั่งสมาธิ ทำสิ่งที่ชื่นชอบ สิ่งที่ทำแล้วสบายใจที่ไม่กระทบกับความสุขของบุคคลอื่น เป็นต้น มีการมองโลกในแง่ดี ฝึกคุยกับตัวเองโดยใช้คำที่ช่วยให้รู้สึกดีและเห็นคุณค่าในตัวเอง พยายามเลือกมองในด้านที่ดีและมีความหวังที่จะพัฒนาหรือแก้ไขในสิ่งที่ผิดพลาด ใส่ใจกับปัจจุบัน ปล่อยวางเรื่องราวที่ไม่ดีในอดีต และไม่คาดหวังกับอนาคตมากจนเกินไป พยายามนึกถึงข้อดีและขอบคุณสิ่งดี ๆ ที่เรามีอยู่ นอกเหนือจากนี้ก็ยังมีวิธีอีกมากมายที่สามารถทำเพื่อเป็นการดูแลสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตใจได้ การมีสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตใจที่ดี เป็นพื้นฐานสำคัญที่จะทำให้เราใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่ามีปัจจัยต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น งานวิจัยของ อัจฉรา เพ็ชรประสิทธิ์ (2559) พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้ยังพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเนื่องจากความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลหรือในอีกด้านหนึ่งจะเป็นความพอใจของบุคคลซึ่งได้จากประสบการณ์ในการเรียนรู้ ซึ่งอาจมีผลทั้งสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม และงานวิจัยของ จิตรรัฏดา บุญพิศิษฐ์สกุล (2558) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ถ้าได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับกำลังใจ ได้รับการบริการ เงิน สวัสดิการ และสิ่งของ ได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ได้รับคำแนะนำและคำปรึกษา จะทำให้เกิดความรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง และตระหนักในความสำคัญในตนเอง เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรม ต่าง ๆ และทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีมากขึ้น

จากข้อมูลทั้งหมดที่กล่าวมาทำให้ผู้วิจัยสนใจจะศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และตัวแปรต่าง ๆ อันได้แก่ เพศ ชั้นปี การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการดูแลสุขภาพต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้า

2.1 เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

2.2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำแนกตาม เพศ และ ชั้นปีของนักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

3. ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ทำให้ทราบระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต รวมทั้งทราบถึงตัวแปรต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติรรมการดูแลสุขภาพ เช่น เพศ ชั้นปี การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับนักศึกษาและผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาส่งเสริมการดูแลสุขภาพ รวมทั้งเป็นประโยชน์ต่อผู้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้นำไปใช้ในการอ้างอิงต่อไป

4. ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

4.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นนักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ที่ศึกษาในปี 2565 จำนวน 249 คน (สำนักทะเบียนและประมวลผล มหาวิทยาเกษมบัณฑิต ณ วันที่ 28 ธันวาคม 2565)

4.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นนักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ที่ศึกษาในปี 2565 จำนวน 154 คน ได้มาจากการเปิดตารางของเครซี่และมอร์แกน (Robert V.Krejcie and Early W. Morgan. 1970 อ้างใน ธีรวุฒิ เอกะกุล, 2543) ซึ่งต้องใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 152 คน และใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience sampling) จากประชากรทั้งหมด (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2553 : 62) ทั้งนี้ผู้ศึกษาเก็บข้อมูลได้ จำนวน 154 คน และนำมาใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

4.3 ตัวแปรที่ศึกษา

4.3.1) ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1) เพศ แบ่งเป็น

1.1) เพศชาย

1.2) เพศหญิง

2) ชั้นปี

2.1) ชั้นปีที่ 1

2.2) ชั้นปีที่ 2

2.3) ชั้นปีที่ 3

2.4) ชั้นปีที่ 4

3) การสนับสนุนทางสังคม

4) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

4.3.2) ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

4.4 นิยามศัพท์เฉพาะ

4.4.1 เพศ หมายถึง เพศที่ติดตัวมาแต่กำเนิด แบ่งเป็นเพศชายและเพศหญิง

4.4.2 ชั้นปี หมายถึง ระดับชั้นการศึกษาของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิตในปีการศึกษา 2565 แบ่งออกเป็น 4 ชั้นปี ได้แก่

1) ชั้นปีที่ 1

2) ชั้นปีที่ 2

3) ชั้นปีที่ 3

4) ชั้นปีที่ 4

4.5 นิยามปฏิบัติการ

4.5.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของบุคคลที่กระทำด้วยความเต็มใจ เพื่อเป็นการส่งเสริมและรักษาสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และเพื่อป้องกันโรคภัยต่าง ๆ

ในการศึกษาครั้งนี้ วัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ปฏิบัติเป็นประจำ (5) ถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย (1) ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

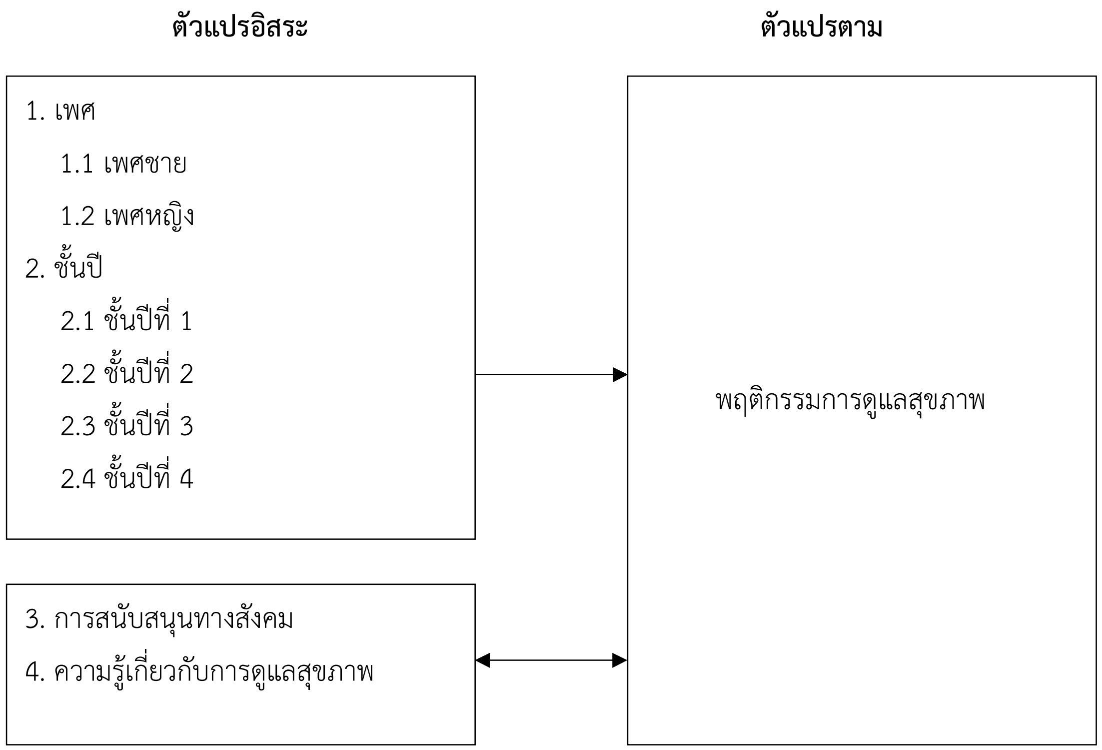
4.5.2 การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อนหรือบุคคลอื่นที่อยู่ใกล้ชิดหรืออยู่ในสังคมของตน ทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัสดุสิ่งของ อุปกรณ์ การเงิน และแรงงาน

ในการศึกษาครั้งนี้ วัดการสนับสนุนทางสังคม ด้วยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ วิทมา ธรรมเจริญ และนิทัศนีย์ เจริญงาม (2561) มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด (5) ถึง น้อยที่สุด (1) ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

4.5.3 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ หมายถึง ความรู้ของบุคคลในเรื่องความหมายของการดูแลสุขภาพ วิธีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม และประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ วัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของ อัจฉรา เพ็ชรประสิทธิ์ (2559) มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้คะแนน 1 คะแนน ตอบผิด ให้คะแนน 0 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

5. กรอบแนวคิดของการศึกษาค้นคว้า



ภาพที่ 1-1 กรอบแนวคิดของการศึกษาค้นคว้า

6. สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

6.1 นักศึกษาที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน

6.2 นักศึกษาที่ชั้นปีต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน

6.3 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

6.4 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าเรื่อง การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทำการรวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งสาระสำคัญออกเป็นหัวข้อต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
    1.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
    1.2 องค์ประกอบของสุขภาพ
    1.3 ประเภทของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
    1.4 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
    1.5 การวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม
    2.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
    2.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม
    2.3 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม
    2.4 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม
    2.5 การวัดการสนับสนุนทางสังคม
3. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
    3.1 ความหมายของความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
    3.2 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
    3.3 การวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
    4.1 เพศกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
    4.2 ชั้นปีกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
    4.3 การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
    4.4 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

1.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541, น.23) ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพว่าหมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ของบุคคลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษา โดยไม่คำนึงถึงสุขภาพ ที่ดำรงหรือรับรู้ได้ ไม่ว่าพฤติกรรมนั้น ๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมควรมุ่งมั่นหรือไม่ในที่สุด

วิลาวัลย์ รัตนา (2552) ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพว่าหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรม หรือการกระทำที่เป็นการคงไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของตนให้แข็งแรง และปราศจากการเจ็บป่วยทั้ง ทางด้านร่างกายและจิตใจ

วรรณวิมล เมฆวิมล (2553) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไว้ว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันจะนำไปสู่สุขภาวะของชีวิต เกิดศักยภาพสูงสุดในตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยพฤติกรรมหรือการกระทำนั้น ๆ มีทั้งสังเกตได้และสังเกตไม่ได้

กิตติภณ บุญช่วย (2553) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การปฏิบัติตนในลักษณะต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ ป้องกันโรคและบำบัดรักษาโรคให้ตนเองมีชีวิตรอดมีสภาวะสุขภาพที่ดี

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน (2549 อ้างถึงใน ธาราพรศ์ ศรีบุญญารักษ์, 2562) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การดูแลสุขภาพของตนเองเป็นกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลปฏิบัติด้วยตนเองด้วยความเต็มใจเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน การดูแลสุขภาพตนเองนั้นต้องดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

วิษนุ แผลงประพันธ์ (2554 อ้างถึงใน ธาราพรศ์ ศรีบุญญารักษ์, 2562) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การดูแลสุขภาพของตนเองเป็นกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ธนวรรธณ์ อิ่มสมบูรณ์ (2546) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไว้ว่า หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองของบุคคลอื่นในครอบครัวและของคนทั่วไปในชุมชนหรือในสังคม แสดงออกได้ในลักษณะต่าง ๆ 3 ลักษณะด้วยกันคือ การแสดงออกในลักษณะของ ความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ ทีท่าหรือความรู้สึกนึกคิด และการกระทำหรือการปฏิบัติต่าง ๆ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและการควบคุมโรค การเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ

สุนิสา พรมป่าชัด (2556) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพทั้งในค้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัว รวมถึงการกระทำในสิ่งที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2542 อ้างถึงใน สุนิสา พรมป่าชัด, 2556) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง ปฏิกิริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำแม้ว่าจะสังเกตได้หรือไม่ก็ตามที่มุ่งเน้นเฉพาะในเรื่องของสุขภาพอนามัย เช่น การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของร่างกาย เป็นต้น

ลัดดาวัลย์ พิมสอน และคณะ (2552) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง บุคคลที่มีสุขภาพ อนามัยสมบูรณ์ แข็งแรง เป็นผู้ที่รู้จักรักษาสุขภาพอนามัยของตน โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพค้านทั้งสุขภาพ กาย ใจ อารมณ์ สังคมให้เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล แล้วอีกทั้งการประพฤติปฏิบัติตนในด้านต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันอย่างมีระบบระเบียบ มีวินัยควบคุมตน ทั้งทางด้านการกิน การนอน การพักผ่อน การขับถ่าย การป้องกัน การติดโรค และการเกิดโรค

นงลักษณ์ ทับประทุม (2552) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพต่าง ๆ คือ สุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุลประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

จากความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพข้างต้น ผู้ศึกษาค้นคว้าสรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของบุคคลที่กระทำอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และเพื่อป้องกันโรคภัยต่าง ๆ

1.2 องค์ประกอบของสุขภาพ

วรรณวิมล เมฆวิมล (2554) ได้สรุปว่าองค์ประกอบของสุขภาพในปัจจุบัน มีองค์ประกอบ 4 ส่วนด้วยกันคือ

1. สุขภาพกาย หมายถึงสภาพที่ดีของร่างกาย กล่าวคือ อวัยวะต่าง ๆ อยู่ในสภาพที่ดีมีความแข็งแรงสมบูรณ์ ทำงานได้ปกติ และมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนเป็นอย่างดี และก่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีในการทำงาน

2. สุขภาพจิต หมายถึง สภาพของจิตใจที่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ มีจิตใจเบิกบานแจ่มใส มิให้เกิดความคับข้องใจหรือขัดแย้งในจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข

3. สุขภาพสังคม หมายถึง สภาวะที่ดีของปัญญาที่มีความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดีความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่

4. สุขภาพศีลธรรม หมายถึง บุคลคลที่มีภาวะทางกายและจิตใจที่สมบูรณ์ สามารถปฏิสัมพันธ์และปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างดีและมีความสุข

เฉลิมพล ตันสกุล (2541 อ้างถึงใน วริยา บุญทอง และสาวพัชรา พลเยี่ยม, 2564) กล่าวว่าองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ส่วน

1. พฤติกรรมด้านความรู้หรือพุทธิปัญญา (Cognitive Domain) เป็นการแสดงออกทางความคิดของบุคคลที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความจำ ข้อเท็จจริง การพัฒนาความสามารถ หรือการใช้วิจารณญาณประกอบในการตัดสิน

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ ค่านิยมและความรู้สึก (Affective Domain) เป็นความพร้อมของบุคคลทางด้านจิตใจเกี่ยวกับสุขภาพ โดยอาศัยความสนใจ ความรู้สึก ท่าที หรือการให้คุณค่าของพฤติกรรมในแต่ละด้านที่จะส่งผลต่อสุขภาพ

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นการแสดงออกด้วยการปฏิบัติของบุคคล โดยอาศัยความสามารถทางร่างกาย และเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย หรือการพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วยเป็นต้น

จากองค์ประกอบของสุขภาพ ผู้ศึกษาค้นคว้าสรุปได้ว่าองค์ประกอบของสุขภาพแบ่งออกได้เป็น 3 ด้านด้วยกันคือ 1. ด้านความรู้คือการมี สุขภาพสังคม เป็นการรู้และเข้าใจในการอยู่ร่วมกันภายในสังคม มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และสุขภาพศีลธรรม คือบุคคลที่มีร่างกายและจิตใจที่แข็งแรงสามารถรับมือกับการเข้าสังคมได้อย่างมีความสุข 2. ด้านเจตคติคือ การมีสุขภาพจิต สามารถควบคุมอารมณ์มีการปรับตัวมีความยืดหยุ่นได้ 3. ด้านการปฏิบัติคือ การมีสุขภาพกาย เป็นการมีสุขภาพที่ดี แข็งแรงสมบูรณ์

1.3 ประเภทของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

พรพิมล (2552 อ้างถึงใน จิตรรัฏดา บุญพิศิษฐ์สกุล, 2558) กล่าวว่า ประเภทของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพในภาวะปกติ

1.1 พฤติกรรมป้องกัน (Preventive Health Behavior) หมายถึง การแสดงออกของ พฤติกรรมของบุคคลเพื่อดำรงไว้ซึ่งผู้ที่มีสุขภาพดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย กระทำในขณะที่ยังไม่มีอาการของการเจ็บป่วย เช่น การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา การใช้เข็มขัดนิรภัย การสวมหมวกกันน็อคการขับรถให้ถูกกฎจราจร การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น

1.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Promotive Health Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกในภาวะที่ร่างกายปกติแต่ต้องการให้สมบูรณ์มากขึ้นด้วยการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะครบถ้วนตามหลักโภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด

2. พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness Behavior) หมายถึง เป็นกิจกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคลที่รับรู้ว่าร่างกายเจ็บป่วยหรือสงสัยว่าจะมีอาการผิดปกติบางอย่าง หรือรู้สึกไม่สบายก่อนที่แพทย์จะวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจึงแสวงหาการตรวจวินิจฉัยเพื่อให้ตนเองทราบว่าป่วยเป็นอะไรและค้นหาแนวทางแก้ไขตามสภาวการณ์ เช่น การพักผ่อนเมื่อรู้สึกว่าร่างกายอ่อนเพลีย การไปหาซื้อยากินเอง การใช้สมุนไพร หรือไม่ทำอะไรเลยคอยให้อาการผิดปกติหายไปเอง

3. พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (Sick Role Behavior) การแสดงออกของพฤติกรรม หลังจากได้รับวินิจฉัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแล้ว เพื่อที่จะทำให้อาการป่วยดีขึ้น เช่น การรับประทาน ยาตามแพทย์สั่ง การสั่งงดบุหรี่ สุรา หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และน้ำหนัก การมาหาแพทย์ตามนัด เป็นต้น

ธนวรรธณ์ อิ่มสมบูรณ์ (2546) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพที่ใช้ในสำหรับการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการเจ็บป่วย (illness health behavior) คือ การแสดงออกของบุคคลและการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลในระยะเวลาต่อมา

2. พฤติกรรมการป้องกันโรค (preventive health behavior) ได้แก่ การแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อการป้องกันโรคหรือป้องกันการเจ็บป่วยของตนเอง และบุคคลอื่น

3. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (promotive health behavior) ได้แก่ การแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของตนเองหรือบุคคลอื่น

4. พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน (participative health behavior) ได้แก่การแสดงออกของบุคคลในลักษณะของการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2542, น.75 อ้างถึงใน สุนิสา พรมป่าชัด, 2556) ได้แบ่งประเภทชองพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่จะช่วยไม่ให้โรคภัยไข้เจ็บเกิดขึ้นกับบุคคลซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่จะช่วยผู้ส่งเสริมสุขภาพด้วยและจะเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย การพักผ่อนให้เพียงพอ การจัดบ้านเรือนให้เป็นระบบเพื่อป้องกับอุบัติเหตุต่าง ๆ รวมถึงการปฏิบัติเพื่อให้ได้รับภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ การฉีดวัคซีนป้องกันโรค การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับรถยนต์ การตรวจร่างกายประจำปี เป็นต้น การแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้นต้องอาศัยองค์ประกอบหลายอย่างมาสนับสนุนการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคเพราะเขามีความเชื่อเป็นสำคัญ ซึ่งอาจกล่าวโดยสรุปว่าการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรคของบุคคลเนื่องจากเหตุผลต่อไปนี้

1.1 การรับรู้ว่าถูกโรคคุกคาม การที่บุคคลได้รับรู้ว่าตนเองกำลังถูกคุกคามนั้นเนื่องจากสิ่งกระตุ้น 2 ประการ คือ โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและความรุนแรงของโรคสูงถ้าไม่ดำเนินการก็จะเกิดผลเสียต่อตนเองและผู้เกี่ยวข้อง เช่น เมื่อมีการระบาคของหัดเยอรมันสตรีตั้งครรภ์มี โอกาสเสี่ยงต่อการรับเชื้อและมีอันตรายต่อทารกในครรภ์เมื่อตั้งครรภ์ในระยะแรก เมื่อบุคคลไส้รับรู้เช่นนี้ก็จะหาวิธีหลีกเสี่ยงไม่สัมผัสกับผู้ป่วยโรคนี้ปรึกษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อหาวิธีป้องกันที่เหมาะสมต่อไป

1.2 การรับรู้ผลดีผลเสียต่อการป้องกันโรค การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคได้รับผลดีมากกว่าผลเสีย บุคคลย่อมมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตนเพื่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย การที่บุคคลมีอาการทางร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้ไม่สามารถประกอบการกิจประจำได้ปกติและมีพฤติกรรมที่ผิดจากปกติไป ซึ่งแต่ละบุคคลจะปฏิบัติตนแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ของโรค อาการและการรักษาโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม สถานบริการที่มีในชุมชน เป็นต้น การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยนี้อาจมีได้หลายอย่างตั้งแต่การไปรับบริการการรักษาพยาบาลตามสถานที่ต่าง ๆ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลด หรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น

ลัดดาวัลย์ พิมสอน และคณะ (2552) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมดูแลสุขภาพออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพในภาวะปกติ

1.1 พฤติกรรมป้องกัน (Preventive health behavior) หมายถึง การแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคลเพื่อดำรง ไว้ซึ่งผู้ที่มีสุขภาพดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยกระทำในขณะที่ยังไม่มีอาการของการเจ็บป่วย เช่นการหลีกเสี่ยงการติดเชื้อโดยการใช้เครื่องป้องกัน หรือไม่คลุกคลีกับผู้ที่มีเชื้อ การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา การควบคมน้ำหนัก การใช้เข็มขัดนิรภัย การสวมหมวกนิรภัย การขับรถให้ถูกกฎจราจร การประเมินสภาพตัวเอง โดยการใช้เครื่องมือแพทย์ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจฟันทุก 6 เดือน การตรวจเลือดก่อนแต่งงาน เป็นต้น

1.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Promotive health behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกในภาวะที่ร่างกายปกติแต่ต้องการให้สมบูรณ์มากขึ้นด้วยการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ครบถ้วนตามหลักโภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด

2. พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness behavior) หมายถึง เป็นกิจกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคลที่รับรู้ว่าร่างกายเจ็บป่วยหรือสงสัยว่าจะมีอาการผิดปกติบางอย่าง หรือรู้สึกไม่สบายก่อนที่แพทย์จะวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจึงแสวงหาการตรวจวินิจฉัยเพื่อให้ตนเองทราบว่าป่วยเป็นอะไรและค้นหาแนวทางแก้ไขตามสภาวการณ์ เช่น การพักผ่อนเมื่อรู้สึกว่าร่างกายอ่อนเพลีย การปรึกษาผู้หรือผู้ที่มีประสบการณ์มาก่อนในกลุ่มในครอบครัว หรือถ้าประเมินแล้วว่ามีอาการมากก็จะแสวงหาการรักมาพยาบาล โดยการไปหาซื้อยากินเองหรือการไปพบแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนโบราณ การใช้สมุนไพร หรือไม่ทำอะไรเลยคอยให้อาการผิดปกติหายไปเอง

3. พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (Sick Role behavior) หมายถึง การแสดงออกของพฤติกรรมหลังจากได้รับวินิจฉัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแล้ว เพื่อที่จะทำให้อาการป่วยดีขึ้น เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การสั่งงดบุหรี่ สุรา หลีกเตี่ยงอาหารรสจัด การออกกำลังกาย การควบคุมอาหารและน้ำหนักการมาหาแพทย์ตามนัด เป็นต้น

จากประเภทของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพข้างต้น ผู้ศึกษาค้นคว้าสรุปได้ว่าประเภทของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบ่งออกได้เป็น 3 ประเภทคือ 1. พฤติกรรมสุขภาพในภาวะปกติ จะเป็นการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยขึ้น และเป็นการส่งเสริมสุขภาพ เช่นการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การหากิจกรรมทำเพื่อเป็นการผ่อนคลาย 2. พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย เป็นสิ่งที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกว่าร่างกาย จิตใจ เจ็บปวดขึ้น โดยการเข้าพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในด้านนั้น ๆ การหาซื้อยามารับประทานหรือไม่กระทำการใด ๆ เลย 3. พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย เป็นการปฏิบัติหลังการเจ็บป่วยแล้ว เพื่อให้อาการเจ็บป่วยทุเลาลงหรือดีขึ้น เช่น รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ไม่ปฏิบัติสิ่งไม่ดีที่ส่งผลต่อสุขภาพหรืออาการเจ็บป่วยเพิ่มเติม

1.4 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

1.4.1 ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการความต้องการของมนุษย์มีลำดับขั้นความสำคัญ กล่าวคือ เมื่อความต้องการขั้นต่ำได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการขั้นสูงขึ้นมาก็จะมีการเรียกร้องให้มีการตอบสนองทันทีซึ่งตามทฤษฎีของมาสโลว์ได้แบ่งลำดับขั้นของความต้องการ (Hierarchy of Needs) ไว้ 5 ขั้นจากต่ำไปสูง (Boeree, 2006 อ้างถึงใน เตือนใจ เขียนชานาจ, 2562) ดังนี้

1. ต้องการของร่างกาย (Physiological Needs) เป็นความต้องการพื้นฐานเพื่อความอยู่รอดของชีวิต ได้แก่ ความต้องการปัจจัยสี่ และความต้องการทางเพศ ฯลฯ เป็นต้น

2. ความต้องการความปลอดภัย (Safety Needs) เป็นความต้องการที่เหนือกว่าความต้องการอยู่รอด ซึ่งมนุษย์ต้องการเพิ่มความต้องการในระดับที่สูงขึ้น เช่น ต้องการความมั่นคงในการทำงาน ความต้องการได้รับการปกป้องคุ้มครอง ความต้องการความปลอดภัยจากอันตรายต่าง ๆ เป็นต้น

3. ความต้องการด้านสังคม (Social Needs) หรือความต้องการความรักและการยอมรับ (Love and belongingness needs) ความต้องการทั้งในแง่ของการให้และการได้รับซึ่งความรัก ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ ความต้องการให้ได้การยอมรับ เป็นต้น

4. ความต้องการการยกย่อง (Esteem Needs) ความต้องการที่จะได้รับความนับถือยกย่องออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ลักษณะแรกเป็นความต้องการนับถือตนเอง (Self-esteem) ส่วนลักษณะที่ 2 เป็นความต้องการได้รับการยกย่องนับถือจากผู้อื่น (Esteem from Others) ซึ่งเป็นความต้องการการยกย่อง (Esteem) ความนับถือ (Recognition) และการมีสถานะ (Status) จากสังคม ความต้องการนับถือต่อตนเองเป็นความเชื่อมั่นในตนเอง มีความแข็งแรง มีความสามารถในตนเอง มีผลสัมฤทธิ์ไม่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นส่วนความต้องการยกย่องจากผู้อื่นเป็นความพยายามที่จะให้มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับบุคคลอื่น เช่น ความต้องการให้ได้การเคารพนับถือ ความสำเร็จ ความรู้ ศักดิ์ศรี ความสามารถ สถานะที่ดีในสังคมและมีชื่อเสียงในสังคม

5. ความต้องการประสบความสำเร็จสูงสุดในชีวิต (Self-actualization Needs) เป็นความต้องการสูงสุดแต่ละบุคคล ซึ่งถ้าบุคคลใดบรรลุความต้องการในขั้นนี้ได้ จะได้รับการยกย่องว่าเป็นบุคคลพิเศษ เช่น ความต้องการที่เกิดจากความสามารถทำทุกสิ่งทุกอย่างได้สำเร็จ นักร้องหรือนักแสดงที่มีชื่อเสียง เป็นต้น จากทฤษฎี ของมาสโลว์แสดงให้เห็นว่าความต้องการของมนุษย์นำไปสู่พฤติกรรมหรือการแสดงออกของมนุษย์เพื่อตอบสนองต่อความต้องการเหล่านั้น หรือพูดอีกนัยหนึ่งก็คือความต้องการเป็นแรงจูงใจที่ทำให้มนุษย์แสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการหรือต่อสิ่งเร้านั่นเอง

จากทฤษฎีข้างต้น ผู้ศึกษาค้นคว้า สรุปได้ว่า ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการความต้องการของมนุษย์มีลำดับขั้นความสำคัญมีทั้งหมด 5 ขั้น ด้วยกันคือ 1. ต้องการของร่างกาย 2. ความต้องการความปลอดภัย 3. ความต้องการด้านสังคม 4. ความต้องการการยกย่อง 5. ความต้องการประสบความสำเร็จสูงสุดในชีวิต มนุษย์จะต้องได้รับการตอบสนองตามลำดับขั้นจึงจะสามารถไปต่อในละดับขั้นต่อไปได้

1.4.2 ทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (อ้างถึงใน ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์, 2561) เป็นแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ แบบจำลองนี้ได้ผสมผสานศาสตร์ทางการพยาบาลและพฤติกรรมศาสตร์ โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลกระบวนการที่ช่วยกระตุ้นหรือเสริมแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมการเสริมสร้างสุขภาพ

มโนทัศน์หลักในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ฉบับปรับปรุง แสดงความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์หลักที่สำคัญ ดังนี้

1. ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences)

บุคคลแต่ละคนมีลักษณะส่วนตัวและประสบการณ์ที่เคยปฏิบัติแตกต่างกัน ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นตามมา ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ประกอบด้วย

1.1 พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (prior related behavior) พฤติกรรมเดิมมีอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมต่อความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมนั้น ๆ ปัจจัยส่วนบุคคลแบ่งเป็น 1) ปัจจัยด้านชีววิทยา (biological factors) ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย สภาวะการเจริญพันธุ์ภาวะหลังหมดประจำเดือน ความแข็งแรงของร่างกาย ความคล่องแคล่ววว่องไว เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านจิตใจ (psychological factors) ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง เป็นต้น และ 3) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม (sociocultural factors) ได้แก่ เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ ขนบธรรมเนียมประเพณี การศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจสังคม เป็นต้น

2. อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior-specific cognitions and affect)

ปัจจัยด้านนี้มีความสำคัญในการสร้างเสริมแรงจูงใจให้เกิดความมุ่งมั่นในการกระทำพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และเป็นแก่นสำคัญของการทำกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีดังนี้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (perceived benefit of action) การรับรู้ประโยชน์จะเป็นแรงจูงใจทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพผ่านการตัดสินใจที่มุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (perceived barriers to action) เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ถึงอุปสรรค หรือสิ่งขัดขวางที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ขี้เกียจ ไม่สะดวกค่าใช้จ่าย สภาพอากาศเปลี่ยนแปลง เป็นต้น การรับรู้อุปสรรคมีผลกระทบโดยตรงต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยเป็นสิ่งกีดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมและมีผลกระทบโดยอ้อมต่อการลดลงของความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self-efficacy) เป็นการตัดสินใจในความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเฉพาะเรื่องภายใต้สภาวะต่าง ๆ เมื่อบุคคลรับรู้ถึงทักษะหรือความสามารถของตนก็จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนตามแนวคิดของแบนดูรา เกิดจากแหล่งข้อมูล ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) การใช้ตัวแบบ 3) การใช้คำพูดชักจูง 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นได้รับอิทธิพลจากความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับอารมณ์ที่เกิดขึ้นจาก การปฏิบัติพฤติกรรม กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีความรู้สึกที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมในทางบวกมากขึ้นการรับรู้ความสามารถของตนเองก็จะเพิ่มขึ้น และการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมมสูงมากเท่าใดการรับรู้อุปสรรคก็น้อยลง การรับรู้ความสามารถของตนเองจะเป็นสิ่งกระตุ้นต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้งโดยตรงจากความคาดหวังผลลัพธ์ที่

เกิดจากการทำพฤติกรรมนั้น ๆ และมีผลกระทบโดยอ้อมผ่านการรับรู้อุปสรรคและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

2.4 อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (activity-related affect) เป็นความรู้สึกทางบวกและทางลบที่เกิดขึ้นทั้งก่อน ระหว่าง และภายหลังการปฏิบัติซึ่งขึ้นอยู่กับสิ่งที่มากระตุ้น การตอบสนองด้านอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะมีผลต่อความรู้สึกนึกคิด ที่จะปฏิบัติพฤติรรมนั้น ๆ ในภายหลัง เช่น รู้สึกสนุก รู้สึกชอบ รู้สึกไม่พอใจ เป็นต้น อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ 1) ความน่าสนใจของกิจกรรม 2) การปฏิบัติพฤติกรรมนั้นด้วยตนเอง และ 3) สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม ผลของความรู้สึกนึกคิดนี้จะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำในระยะยาวหรือไม่ปฏิบัติซ้ำ ดังนั้น อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมจึงมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพและมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) เป็นการรับรู้ที่เกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อหรือทัศนคติของบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว (พ่อแม่ หรือญาติพี่น้อง) เพื่อน และบุคลากรทางด้านสุขภาพ รวมถึงบรรทัดฐานต่าง ๆ (norms) (ความคาดหวังของบุคคลที่สำคัญ) การสนับสนุนทางสังคม (แหล่งประโยชน์การสนับสนุนทางเครื่องมือและอารมณ์) และตัวแบบ (modeling) อิทธิพลระหว่างบุคคลเหล่านี้ มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและยังมีผลโดยอ้อมผ่านแรงกดดันทางสังคมหรือการกระตุ้นความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม

2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (situation influences) เป็นการรับรู้และความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ซึ่งจะส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่มีอยู่ ลักษณะความต้องการในการปฏิบัติพฤติกรรม และสุนทรียภาพของสิ่งแวดล้อม ตลอดจนความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม บุคคลจะมีแรงจูงใจและสามารถกระทำพฤติกรรมสุขภาพได้มากขึ้นในสภาพแวดล้อมที่บุคคลนั้นไปเกี่ยวข้องสัมพันธ์ด้วยและรู้สึกปลอดภัย เช่น ออกกำลังกายรวมกับกลุ่มคนที่มาออกกำลังกายเหมือนกันในสวนสาธารณะ เป็นต้น อิทธิพลด้านสถานการณ์มีอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

3. ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม (Behavioral outcome) เมื่อบุคคลเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมและเมื่อปฏิบัติแล้วบุคคลจะเกิดพฤติกรรมผลลัพธ์ ประกอบด้วย

3.1 ความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม (commitment to a plan of action) เป็นเจตจำนงในการวางแผนที่จะเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรม เว้นเสียว่ามีความต้องการอื่นเข้ามาทำให้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นกระบวนการทางความคิด ประกกอบด้วย 1) ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเฉพาะเจาะจง ณ เวลา และสถานที่ที่กำหนดไว้ ทั้งทำตามลำพังหรือทำร่วมกับบุคลอื่นโดยไม่ได้คำนึงถึงความชื่นชอบอื่นในขณะนั้น ซึ่งเป็นความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม

3.2 ความต้องการและความชื่นชอบอื่นในขณะนั้น (immediate competing demand and preferences) หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นทางเลือกอื่นที่เข้ามาทันทีก่อนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามที่ตั้งเจตจำนงไว้ก่อนซึ่งความต้องการอื่นเป็นพฤติกรรมที่ไม่ได้คาดคิดไว้ก่อนขึ้นอยู่กับ

ความต้องการภายนอกหรือสภาพแวดล้อมภายนอกบุคคลควบได้ค่อนข้างน้อย เช่น ติดภารกิจกะทันหันมีงานด่วน ต้องรับผิดชอบดูแลครอบครัว เป็นต้น ส่วนความชื่นชอบอื่น หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นทางเลือกอื่นซึ่งมีพลังอำนาจผลักดันให้บุคคลกระทำได้มากกว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามที่ตั้งเจตจำนงไว้ เช่น ไม่ไปออกกำลังกายแต่ไปดูคอนเสิร์ตกับเพื่อน เพราะรู้สึกชอบและสนุกสนานมากกว่าออกกำลังกาย เป็นต้น ดังนั้น บุคคลต้องรู้จักกำกับตนเอง มีระเบียบวินัยในตนเองจึงจะสามารถเอาชนะความต้องการอื่นในขณะนั้นได้ ความต้องการที่เข้ามากระทันหันและความชื่นชอบที่เข้ามากระทันหันมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพและมีผลต่อเจตจำนงในระดับปานกลาง

3.3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (health promoting behavior) เป็นผลลัพธ์ที่คาดหวังในทางบวกของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนี้มีผลโดยตรงต่อผลลัพธ์เชิงบวกก็ต่อเมื่อบุคคลนำมาปฏิบัติโดยบูรณาการ กับแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง มีผลทำให้บุคคลมีสภาวะสุขภาพที่ดี มีการเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและมีคุณภพชีวิตที่ดีในทุกขั้นตอนการพัฒนา นอกจากนี้ เพนเดอร์ ได้พัฒนาเครื่องมือ เรียกว่า Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II) ซึ่งปรับปรุงมาจาก Walker, Sechirst, and Pender (1987) เพื่อประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแบบแผนดำเนินชีวิต มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) การออกกำลังกาย (physical activity) โภชนาการ (nutrition) สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (interpersonal relations) การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ (spiritual growth) และการจัดการความเครียด (stress management) ซึ่งทั้งหมดนั้น คือ เป้าหมายสุดท้ายของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

จากทฤษฎีข้างต้น ผู้ศึกษาค้นคว้า สรุปได้ว่า ทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ได้คำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลของมโนทัศน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล กระบวนการที่ช่วยกระตุ้นหรือเสริมแรงจูงใจให้บุคคลทำให้เกิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล คือแต่ละบุคคลมีประสบการณ์ที่ได้รับแตกต่างกัน ทำให้เกิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันตามไปด้วย ซึ่งเกิดจาก พฤติกรรมเดิมที่เคยปฏิบัติ สภาพร่างกาย อายุ แรงจูงใจ ความเชื่อ เป็นต้น ปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมเป็นการสร้างแรงจูงใจทำให้เกิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพขึ้นซึ่งขึ้นอยู่กับอิทธิพลต่าง ๆ เช่น อารมณ์ความรู้สึก ก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติ อุปสรรค ประโยชน์ที่ทำให้เกิดด้านสุดท้ายคือ ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม เมื่อบุคคลเกิดความตั้งใจที่จะปฏิบัติแล้วได้ปฏิบัติก็จะเกิดพฤติกรรมที่เป็นผลลัพธ์

1.4.3 แนวคิด PRECEDE MODEL

เป็นหนึ่งแนวคิดที่ได้รับความสนใจและถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายมากขึ้นในศาสตร์สาขาต่าง ๆ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยแนวคิดนี้มีพื้นฐานที่ว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุร่วมกัน ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมก่อน แล้วจึงวางแผนและกำหนดกลวิธีเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้น นรลักขณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี (2562)

ความเป็นมาของแนวคิด PRECEDE MODEL

Lawrence W. Green และคณะ แห่งมหาวิทยาลัย The John Hopkins เป็นผู้พัฒนาขึ้นใน ปี ค.ศ. 1980 มีวัตถุประสงค์เพื่อนำมาใช้ในงานวิจัย และประเมินโครงการทางพฤติกรรมศาสตร์และโครงการส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ

แบบจำลอง PRECEDE เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย คือ พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอกบุคคล ดังนั้น การดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการหลายด้านประกอบกันโดยจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมนั้นก่อน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในปี 1991 Green and Kreuter ได้พัฒนาแบบจำลอง PRECEDE ใหม่เป็น PRECEDE-PROCEED เพื่อใช้วินิจฉัยประเมินตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ และการวางแผนสุขภาพ โดยแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED มีพื้นฐานแนวคิดสุขภาพว่า 1) สุขภาพและความเสี่ยงด้านสุขภาพมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย 2) การดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างสุขภาพต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม สิ่งแวดล้อมและสังคม จะต้องมีมุมมองในหลายมิติ มีขั้นตอนการทำงาน 9 ขั้นตอน ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnosis phase) เรียกว่า PRECEDE (Pre-disposing Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) ซึ่งหมายถึงกระบวนการใช้ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อในการวิเคราะห์ วินิจฉัยและประเมินผลทางพฤติกรรม ในระยะนี้ให้ความสำคัญที่ผลลัพธ์ (health outcomes) จากการดำเนินการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพก็คือสุขภาพและคุณภาพชีวิตมากกว่าปัจจัยนำเข้า

ส่วนที่ 2 เป็นระยะของการพัฒนาแผน ซึ่งจะต้องทำส่วนที่ 1 ให้เสร็จก่อนจะวางแผนและนำไปสู่การดำเนินการและประเมินผล เรียกว่า PROCEED (Policy Regulatory and Organization Constructs in Educational and Environment Development) ให้ความสนใจในลายละเอียดของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่การกำหนดนโยบาย การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล

จากทฤษฎีข้างต้น ผู้ศึกษาค้นคว้า สรุปได้ว่าแนวคิด PRECEDE MODEL เป็นแบบจำลองในการวางแผนสุขภาพโดยคำนึงถึงปัจจัยทั้งภายในและภายนอกตัวของบุคคลวิเคราะห์สาเหตุและจึงวางแผนกำหนดวิธีการและประเมินผลเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขึ้น

1.4.4 แนวคิดแบบจำลองสุขภาวะ

แนวคิดแบบจำลองสุขภาวะ พัฒนาโดย อดัม (1997 อ้างถึงใน บุญโรม สุวรรณพาหุ และคณะ, 2556) ที่ระบุว่าสุขภาวะประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน ที่เชื่อมโยงกัน ได้แก่ ด้านร่างกาย ต้านสังคม ด้านจิตใจ ด้านปัญญาและการรู้คิด ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ แบบจำลองสุขภาวะตามแนวคิดนี้มีลักษณะเป็นรูปกรวยหงาย ด้านบนสุดจะเป็นด้านต่าง ๆ ของสุขภาวะ 6 ด้าน โดยสุขภาวะแต่ละต้านมีความเชื่อมโยงกัน อย่างสมดุล ซึ่งหมายถึงการมีสุขภาวะดี ส่วนด้านล่างจะเป็นภาวะของความเจ็บป่วย จะเห็นว่าจากแบบจำลองสุขภาวะนี้ ภาวะความเจ็บป่วยจะเห็นว่าจากแบบจำลองสุขภาวะนี้ภาวะความเจ็บป่วยอยู่ด้านล่างสุดของกรวยจะเป็นสภาวะของความเจ็บป่วย เช่น การรับรู้ว่าตนเองแปลกแยก เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

เป็นต้น ส่วนด้านบนของกรวยจะประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน ตามแนวระนาบในแบบจำลอง สุขภาวะด้านต่าง ๆ จะมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งมิติหนึ่งดีก็จะส่งผลให้อีกมิติหนึ่งดีและสมบูรณ์โดยปริยาย ในทางกลับกันหากมิใดบกพร่องอีกมิติก็แปรผันตาม

สำหรับองค์ประกอบ 6 ด้านของการรับรู้สุขภาวะ และคำอธิบาย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย คำอธิบาย การรับรู้และการคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพทางร่างกายในทิศทางบวก การรับรู้และความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพทางกายนี้รวมถึง การมีค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายที่ดี การมีกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพร่างกาย การไม่มีโรคและความเจ็บป่วย รวมถึงการมีแนวทางในการดูแลสุขภาพของตนเอง

2. ด้านจิตวิญญาณ คำอธิบาย การมีความตระหนักถึงความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างเป็นเอกภาพของร่างกายและจิต รวมถึงการรับรู้ความหมายและความมุ่งหวังในชีวิตด้านบวก ระหว่างตนเอง ผู้อื่น ธรรมชาติ สิ่งเหนือธรรมชาติ ก่อให้เกิดการเห็นคุณค่าของตนเองละสรรพสิ่งต่าง ๆ รวมถึงความสงบภายในจิตใจที่มาจากการรับรู้ความหมายและเป้าหมายในชีวิตด้านบวก

3. ด้านปัญญาและการรู้คิด คำอธิบาย การรับรู้ด้านการรู้คิด การแก้ปัญหา การใช้ปัญญาและเหตุผลเพื่อจัดการและแก้ไขเหตุการณ์และสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต มีการมองโลกในแง่ดีต่อเหตุการณ์ กล้าเผชิญกับปัญหาอย่างท้าทาย แสวงหาวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมและไม่หนีปัญหา

4. ด้านสังคม คำอธิบาย การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน รับรู้ถึงการได้รับกำลังใจและการช่วยเหลือจากครอบครัว ได้รับการยอมรับและไว้วางใจจากเพื่อน

5. ด้านอารมณ์ คำอธิบาย การมีความภาคภูมิใจในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีการรับรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง มีการยอมรับและเห็นคุณค่าของตนเอง

6. ด้านจิตใจ คำอธิบาย การมีความคาดหวังในการมองอนาคตด้านบวก มองโลกในแง่ดี มีความหวังและความใฝ่ฝันที่ดีและเป็นไปได้

1.4.5 แนวคิดสุขภาวะแบบพอเหมาะ 6 ด้าน พัฒนาโดย บิล ฮิลเลอร์ (Bill Hettler, 1976) ผู้ร่วมก่อตั้งสถาบันสุขภาวะแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่นำเสนอแนวคิดของการพัฒนาสุขภาวะใน 6 ด้าน

สำหรับรายละเอียดของสุขภาวะแบบพอเหมาะ 6 มิติ มีรายละเอียดและคำอธิบายในแต่ละมิติดังต่อไปนี้

1. สุขภาวะทางสังคม คำอธิบาย มิติด้านสังคมที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมภายในชุมชน โดยการพัฒนาสุขภาวะทางสังคมจะให้ความสำคัญกับการเกื้อกูลซึ่งกันและกัน รวมถึงดำเนินชีวิตอย่างสอดคล้องกลมกลืนกับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมรอบตัวภายในชุมชน

2. สุขภาวะทางการงานอาชีพ คำอธิบาย มิติด้านการเรียนและการงานอาชีพที่คำนึงถึงความพึงพอใจและความสมบูรณ์พูนสุขส่วนบุคคล ด้วยการประกอบการงานอาชีพและ/หรือการเรียนที่สอดคล้องสัมพันธ์กับทัศนคติของตนเอง โดยใช้พรสวรรค์ ทักษะ และความสามารถที่มีทั้งหมดกับการงานเพื่อให้บรรลุสุขภาวะ การพัฒนาสุขภาวะด้านนี้คือ การส่งเสริมให้สมาชิกเลือกเรียน หรือทำการงานอาชีพที่สอดคล้องกับค่านิยม ความสนใจ ความเชื่อส่วนบุคคล และพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่การงานรวมถึงการส่งผ่านองค์ความรู้และประสบการณ์ของตนไปสู่สมาชิกอื่นในชุมชนอย่างมีระบบ

3. สุขภาวะทางกาย คำอธิบาย มิติด้านร่างกายและพฤติกรรมการใช้ชีวิตของสมาชิก การพัฒนาสุขภาวะทางกายเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการเรียนรู้ด้านโภชนาการ การป้องกันโรคและควบคุมภาวะเจ็บป่วย การรณรงค์ให้ลดการบริโภคบุหรี่ ยา และสิ่งเสพติด การส่งเสริมการออกกำลังกาย และการปรับเปลี่ยนนิสัยการบริโภคอาหาร รวมถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง การรับรู้และสามารถใช้ประโยชน์จากระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม

4. สุขภาวะทางความคิด คำอธิบาย มิติด้านสมอง ความนึกคิด และความคิดสร้างสรรค์ของบุคคลโดยพัฒนาผ่านทางการใช้กิจกรรมทางความคิดและวัฒนธรรมทั้งภายในและภายนอกห้องเรียนร่วมกับทรัพยากรการเรียนรู้ด้านอื่น ๆ ภายในชุมชนมหาวิทยาลัยและชุมชนอื่นรอบข้าง

5. สุขภาวะทางอารมณ์ คำอธิบาย มิติด้านรับเอาอารมณ์จากภายนอก ที่มากระทบและแสดงออกถึงความรู้สึกจากภายในจิตใจสู่สภาพแวดล้อมภายนอกรวมถึงการตระหนักรู้และยอมรับความรู้สึกของตนเองและบุคคลอื่น ๆ รอบข้าง ทำให้สามารถแสดงออกถึงอารมณ์ความรู้สึกได้อย่างอิสระและบริหารจัดการอารมณ์ความรู้สึกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. สุขภาวะทางปัญญา คำอธิบาย มิติด้านปัญญาหรือชีวิตด้านสูงของมนุษย์ที่คำนึงถึงพัฒนาโลกทัศน์ของสมาชิกในชุมชน โดยบุคคลจะสามารถบรรลุสุขภาวะทางปัญญาได้ก็ต่อเมื่อเขามีการกระทำที่สอดคล้องกับความเชื่อและค่านิยมของตนเอง

จากทฤษฎีข้างต้น ผู้ศึกษาค้นคว้า สรุปได้ว่าแนวคิดแบบจำลองสุขภาวะได้แบ่งออกเป็น 6 ด้าน จิตวิญญาณ ร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตใจ ปัญญา ในแต่ละด้านนั้นมีความสัมพันธ์กัน ถ้าหากด้านใดดีก็จะส่งผลให้เกิดความสมบูรณ์ในด้านต่อ ๆ ไป หากเกิดด้านใดบกพร่องก็จะส่งผลต่อด้านอื่น ๆ ให้บกพร่องตามไปด้วยเช่นกัน

1.5 การวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

โดยแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้ง 4 ด้าน มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลยโดย ผู้ที่มีคะแนนสูงแสดงว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า (วิลาวัลย์ รัตนา 2552)

พฤติกรรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง (ชุติมา ปฏิรูปา และคณะ ,2565) โดยให้ประชาชนเลือกตอบคำถามหรือความคิดเห็นของตนเอง ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ความเครียด ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการป้องกันโรค ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) ตามมาตราแบบวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) มี 5 ระดับ โดยกำหนดระดับ]คะแนน จาก 1 - 5 โดยที่ค่าคะแนน 5 มีการปฏิบัติมากที่สุด และ คะแนน 1 มีการปฏิบัติน้อยที่สุด

Pender (1987, น.221-229 อ้างถึงใน เนตรนภา กิจรุ่งพิพัฒน์ และอนุสรา พันธุ์นิธิทร์, 2555) ได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้เป็นตัวชี้วัด ในการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (The life style and health-Habits assignment: LHHA) เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางบวก 10 ด้าน คือ ความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป การปฏิบัติด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และกิจกรรมเพื่อ

การพักผ่อนรูปแบบการนอนหลับ การขจัดความเครียด การบรรลุเป้าหมายในชีวิต จุดมุ่งหมายในชีวิตการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การควบคุมสภาวะแวดล้อม การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ

จากข้อมูลการวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพข้างต้น สรุปได้ว่า การวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสามารถทำได้โดยการใช้แบบสอบถามที่เป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้แบบสอบถามที่เป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) ในการวัดพฤติกรรมการเล่นกีฬา โดยแบ่ง Scale เป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ ปฏิบัติเป็นประจำ (5) ถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย (1) ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า

2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

2.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

แคพเพลน (1967 อ้างถึงใน ปิ่นนเรศ กาศอุดม และคณะ, 2550) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าหมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นด้านข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

คอบบ์ (1976 อ้างถึงใน ขนิษฐา หะยีมะแซ, 2556) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่าและได้รับการยกย่อง รวมถึงความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิด

Kahn (1979 อ้างถึงใน สายันต์ แสวงสุข, 2551) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคลซึ่งจะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้นหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งคือ ความผูกพันในแง่ดีจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การยืนยันรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกผู้หนึ่ง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันทางด้านเงินทอง สิ่งของหรืออื่น ๆ

ทอมป์สันและกู๊ดวิน (Thompson & Goodvin, 2006 อ้างถึงใน ยศยง จันทรวงศา, 2558) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความสัมพันธ์ในสังคมที่ให้ ทรัพยากรทางด้าน วัสดุและด้านปฏิสัมพันธ์ซึ่งมีคุณค่าแก่ผู้ได้รับ เช่นการให้คำปรึกษา การให้ข้อมูลหรือการบริการ การช่วยแบ่งเบาภาระงานหรือการสอนงาน

ไพศาล แย้มวงศ์ (2555) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าคือ การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ กับแหล่งเอื้ออำนวยทางสังคมของตน เช่น ครอบครัว เพื่อน ครูอาจารย์ หรือหน่วยงานทางสังคมอื่น ๆ ในช่วงเวลาหนึ่งและสามารถตัดสินคุณค่าในเชิงปริมาณของการมีปฏิสัมพันธ์ ความช่วยเหลือ การดูแลเอาใจใส่ความรัก เคารพให้เกียรติรวมถึงข่าวสารข้อมูลทั้งหมดที่บุคคลได้รับเหล่านั้นได้

รุ่งชฎาพร ใจยา (2558) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าหมายถึง บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมทั้งด้านอารมรมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน แรงงาน หรือวัตถุสิ่งของต่าง ๆ ซึ่งบุคคลอื่นในสังคมร่วมกันทำให้ผู้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความรู้สึกผูกพัน เชื่อว่ามีความรักความสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมสามารถ

เผชิญและตอบสนองต่อความเครียดหรือเจ็บป่วยได้และยังมีผลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพอนามัยที่ดี

จิตกาญจนา ชาญศิลป์ (2558) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าหมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือ การสนับสนุนจากสังคมหรือเครือข่ายทางสังคม เช่น ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชาและบุคคลรอบข้าง ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านสิ่งของ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านแรงงาน หรือการให้คำปรึกษาแนะนำ ซึ่งบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมนี้จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีกำลังใจและสามารถบรรลุเป้าหมายที่เขาต้องการได้นั้น คือ บุคคลนั้นสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ หรือสามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงรวมถึงสามารถรับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมายของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปริยากร บุญญา (2559) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าหมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือกับกลุ่มคนในสังคม ซึ่งทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ ได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ ด้านข้อมูลข่าวสาร อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม

ยุซรอ เล๊าะแม (2559) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ทั้งด้านอารมณ์ สังคม และวัตถุรวมทั้งการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร การให้คำปรึกษาในเรื่องต่าง ๆ ตลอดจนการได้รับการยอมรับ การดูแลเอาใจใส่ การได้รับความรัก ความผูกพัน ความไว้วางใจ ความมีคุณค่าสำหรับผู้อื่น และการได้รับการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัย มั่นคง และมีความพร้อมในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ในชีวิต

อภิชาติ อภิชาตพร (2561) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือหรือสนับสนุนทั้ง ภายในและภายนอกทางสังคม เช่น ทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านวัตถุ สิ่งของและแรงงาน ทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์และการแสดงออกในรูปแบบปฏิบัติพฤติกรรม ต่าง ๆ

วิทมา ธรรมเจริญ และนิทัศนีย์ เจริญงาม (2561) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าหมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อนหรือบุคคลอื่นที่อยู่ใกล้ชิดหรืออยู่ในสังคมของตน ทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัสดุสิ่งของอุปกรณ์ การเงิน และแรงงาน

จากความหมายของการสนับสนุนทางสังคมข้างต้น ผู้ศึกษาค้นคว้าสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อนหรือบุคคลอื่นที่อยู่ใกล้ชิด หรืออยู่ในสังคมของตน ทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุสิ่งของอุปกรณ์ การเงิน และแรงงาน ซึ่งทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกดีได้รับแรงผลักดันสามารถที่จะบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

2.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976 อ้างถึงใน นันทินี ศุภมงคล, 2547) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้รับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน

2. การสนับสนุนทางด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นความรู้สึกที่บอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่านั่นด้วย

3. การสนับสนุนทางด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support or Networks) เป็นการแสดงที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Brown (1986 อ้างถึงใน นันทินี ศุภมงคล, 2547) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การให้การยกย่อง ความไว้วางใจ ความรัก ความจริงใจ ความเอาใจใส่ และความรู้สึกเห็นใจ

2. การสนับสนุนทางด้านการประเมิน (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเอง หรือข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเอง ในการรับรองทำให้เกิดความมั่นใจและนำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้อยู่ร่วมในสังคม ตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึงการได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทาง และเป็นข้อมูลข่าวสารที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านสิ่งของ แรงงาน และการเงิน (Material support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคนในเรื่องของวัสดุสิ่งของ เงิน แรงงาน

Tiden (1985 อ้างถึงใน วิทมา ธรรมเจริญ และนิทัศนีย์ เจริญงาม 2561) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion Support) หมายถึง ความรักใคร่ ความใกล้ชิด การให้ความมั่นใจ การเอาใจใส่ การยอมรับ ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกว่าตนเป็นที่รักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การให้คำแนะนำที่สามารถทำให้แก้ปัญหาได้ หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือโดยตรงด้วยการให้สิ่งของ เวลา เงินทอง หรือบริการ เป็นต้น

Weiss (1974 อ้างถึงใน กัลยารัตน์ ธีระธนชัยกุล, 2563) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้เป็น 6 รูปแบบ ซึ่งได้รับจากการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งทั้งหกรูปแบบนั้น เป็นสิ่งที่บุคคลต้องการเพื่อหลีกหนีความโดดเดี่ยว ดังนี้

1. ความใกล้ชิด (Attachment) ทาให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคนรักและเอาใจใส่

2. การมีส่วนร่วมในสังคม (Social integration) จากการเข้าร่วมกิจกรรม ทางสังคมทำให้บุคคลไม่รู้สึกแยกจากสังคม

3. การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตน (Reassurance of worth) เป็นการ ได้รับ การยอมรับทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง

4. การได้รับโอกาสในการดูแลผู้อื่น (Opportunity for nurturance) เป็นการที่ได้รับผิดชอบต่อบุคคลอื่นรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น

5. ความเชื่อมั่นในมิตรภาพ (A sense of reliable alliance) หมายถึง การสนับสนุนทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง

6. การได้รับคำชี้แนะ (The obtaining guidance) เป็นการช่วยเหลือเมื่ออยู่ ภายใต้ความเครียดทางอารมณ์และจิตใจ

จากประเภทการสนับสนุนทางสังคมข้างต้น ผู้ศึกษาค้นคว้าสรุปได้ว่า ประเภทการสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ หมายถึง การให้ความรัก เอาใจใส่ การได้รับการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม 2. การสนับสนุนทางด้านข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลจากสื่อ หรือบุคคลอื่น ๆ และสามารถนำไปปรับใช้ได้ 3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ หมายถึง การช่วยเหลือบุคคลด้วยการให้ เงิน สิ่งของ อุปกรณ์ แรงงาน การบริการ

2.3 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2531 อ้างถึงใน จิวีณา พีชะพัฒน์ และคณะ, 2554) ได้จำแนกแหล่งของการให้ความช่วยเหลือแก่ตัวบุคคลออกเป็น 2 กลุ่มโดยใช้กลุ่มทางสังคมเป็นเกณฑ์ซึ่งเป็นการจำแนกโดยการใช้ลักษณะสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นตัวแบ่งกลุ่มทางสังคมที่กล่าวถึง ได้แก่ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ มีลักษณะดังนี้

1. กลุ่มปฐมภูมิ (Primary Groups) เป็นกลุ่มสังคมขนาดเล็ก สมาชิกในกลุ่มมีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน มีความสัมพันธ์กันเป็นการส่วนตัว ลักษณะการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกกลุ่มเป็นแบบไม่เป็นทางการลักษณะความสัมพันธ์ภายในกลุ่มจึงมีลักษณะผ่อนคลายสมาชิกภายในกลุ่มให้ความสนใจซึ่งกันและกันกลุ่มปฐมภูมิจะเป็นแหล่งที่ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ที่สำคัญมาก บุคลิกภาพของบุคคลจะได้รับอิทธิพลจากกลุ่มปฐมภูมิ ตัวอย่างกลุ่มปฐมภูมิ ได้แก่ ญาติ พี่น้อง เพื่อน

2. กลุ่มทุติยภูมิ (Secondary Groups) เป็นกลุ่มสังคมขนาดใหญ่หรือเล็กก็ได้เนื่องจากกลุ่มไม่เน้นที่ความผูกพันของสมาชิกกลุ่ม โดยส่วนมากมักพบว่าสมาชิกจะรวมกันเพื่อการทำงานเฉพาะอย่าง ดังนั้น กลุ่มจะถือเอาผลงานและการแสดงบทบาทของสมาชิกเป็นสำคัญ สมาชิกในกลุ่มจึงมีความผูกพันกันไม่มากแม้ว่าสมาชิกภายในกลุ่มจะมีความสัมพันธ์กันมาเป็นเวลานานแล้วก็ตามกลุ่มแบบนี้จะไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวลักษณะการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกกลุ่มจะมีลักษณะเป็นทางการสมาชิกไม่ให้ความสนใจในความเป็นส่วนตัวของกันและกัน ตัวอย่างกลุ่มทุติยภูมิ ได้แก่ กลุ่มชมรม กลุ่มเพื่อนร่วมงาน

เทเลอร์ (2554 อ้างถึงใน ยศยง จันทรวงศา, 2558) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถมาได้จาก หลายแหล่ง ซึ่งรวมถึง (แต่ไม่ได้จำกัดเฉพาะ) ครอบครัว เพื่อน คนรัก สัตว์เลี้ยง ความผูกพันทางสังคม และเพื่อนร่วมงาน

ภิเชต เสริมสัย (2554 อ้างถึงใน ยศยง จันทรวงศา, 2558) สรุปแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ประเภท คือ

กลุ่มปฐมภูมิ กล่าวคือ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธภาพระหว่าง การเป็นสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ซึ่งแรงสนับสนุน จากกลุ่มนี้มีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมที่เกี่ยวกับอนามัยของบุคคล โดยเฉพาะ อย่างยิ่งในการสนับสนุนทางอารมณ์จากคู่สมรส

กลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ตามแบบแผนและกฎเกณฑ์ที่ได้วางไว้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร

จากแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม ผู้ศึกษาค้นคว้าสรุปได้ว่า แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มขนาดเล็ก เช่น ญาติ เพื่อน พี่น้อง ในกลุ่มมีลักษณะให้ความใส่ใจ สนใจซึ่งกันและกัน เป็นแหล่งที่มีความสำคัญต่อการสนับสนุนทางด้านอารมณ์เป็นอย่างมาก 2. กลุ่มทุติยภูมิ เป็นได้ทั้งกลุ่มขนาดเล็กและขนาดใหญ่ เช่น กลุ่มเพื่อนร่วมงาน กลุ่มคนที่สนใจในเรื่องเดียวกันไม่เน้นมีความผูกพันซึ่งกันและกัน ไม่ให้ความสนใจเกี่ยวกับเรื่องส่วนตัวของสมาชิกภายในกลุ่ม แต่เน้นเรื่องสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มเพื่อการทำงาน ผลงาน ของสมาชิก

2.4 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

2.4.1 ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำของสกินเนอร์ (Skinner's Operant Conditioning Theory B.F. Skinner (1904 – 1990 อ้างถึงใน ณัฐธิดา แย้มยิ้ม, 2555) ได้กล่าวว่านักจิตวิทยาชาวอเมริกันได้ทำการทดลองด้านจิตวิทยาการศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การเรียนรู้ที่มีการตอบสนองแบบแสดงการกระทำ(Operant Behavior) สกินเนอร์ได้แบ่ง พฤติกรรมของสิ่งมีชีวิตไว้ 2 แบบ คือ

1. Respondent Behavior พฤติกรรมหรือการตอบสนองที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติหรือเป็นปฏิกิริยาสะท้อน (Reflex) ซึ่งสิ่งมีชีวิตไม่สามารถควบคุมตัวเองได้เช่น การกระพริบตา น้ำลายไหล หรือการเกิดอารมณ์ความรู้สึกต่าง ๆ

2. Operant Behavior พฤติกรรมที่เกิดจากสิ่งมีชีวิตเป็นผู้กำหนด หรือเลือกที่จะแสดงออกมา ส่วนใหญ่จะเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกในชีวิตประจำวัน เช่น กิน นอน พูด เดิน ทำงาน ขับรถ ฯลฯ การเรียนรู้ตามแนวคิดของสกินเนอร์เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนองเช่นเดียวกัน แต่สกินเนอร์ให้ความสำคัญต่อการตอบสนองมากกว่าสิ่งเร้า จึงมีคนเรียกว่าเป็นทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบ Type R นอกจากนี้สกินเนอร์ให้ความสำคัญต่อการเสริมแรง (Reinforcement) ว่ามีผลทำให้เกิดการเรียนรู้ที่คงทนถาวร ยิ่งขึ้นด้วย สกินเนอร์ได้สรุปไว้ว่า อัตราการเกิดพฤติกรรมหรือการตอบสนองขึ้นอยู่กับผลของการกระทำ คือ การเสริมแรงหรือการลงโทษทั้งบวกและลบ

1. การเสริมแรง (Reinforcement) คือการทำให้อัตราการตอบสนองหรือความถี่ของการแสดงพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอันเป็นผลจากการได้รับสิ่งเสริมแรง (Reinforce) ที่เหมาะสม การเสริมแรงมี 2 ทาง ได้แก่

1.1 การเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcement) เป็นการให้สิ่งเสริมแรงที่บุคคลพึงพอใจ มีผลทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมถี่ขึ้น

1.2 การเสริมแรงทางลบ (Negative Reinforcement) เป็นการนำเอาสิ่งที่บุคคลไม่พึงพอใจออกไป มีผลทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมถี่ขึ้น

2. การลงโทษ (Punishment) คือ การทำให้อัตราการตอบสนองหรือความถี่ของการแสดงพฤติกรรมลดลง การลงโทษมี 2 ทาง ได้แก่

2.1 การลงโทษทางบวก (Positive Punishment) เป็นการให้สิ่งเร้าที่บุคคลที่ไม่พึงพอใจมีผลทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมลดลง

2.2 การลงโทษทางลบ (Negative Punishment) เป็นการนำสิ่งเร้าที่บุคคลพึงพอใจ หรือสิ่งเสริมแรงออกไป มีผลทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมลดลง

การเสริมแรงทางบวกสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท

1. แรงเสริมทางสังคม (Social reinforcement) ได้แก่คำชมเชย เช่นคำว่า “ดี” “ดีมาก” การยอมรับและการให้ความสนใจ เช่นพยักหน้า พูดคำว่า “อือ” ยิ้ม แตะหลังเบา ๆ แรงเสริมทางสังคมเป็นแรงเสริมที่ต้องวางเงื่อนไข และสามารถนำไปใช้ในทุกสถานการณ์อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้ง ใช้ได้ง่าย สะดวก และประหยัด

2. แรงเสริมที่เป็นสิ่งของและสัญลักษณ์ที่นำไปแลกเปลี่ยนสิ่งที่ต้องการได้ (Tangible and Token reinforcement) เป็นแรงเสริมที่กินได้จับต้องและมองเห็นได้ได้แก่ขนมอาหาร ตุ๊กตา กิจกรรมต่าง ๆ ที่เด็กพอใจ และสิ่งที่เด็กนำไปแลกเปลี่ยนสิ่งของที่ต้องการซึ่งขอเรียกว่า “สิ่งประสงค์” (Back – up rein forcers) ได้แก่ดาว กระดูก ท่อนไม้เป็นต้น แรงเสริมนี้เรียกว่า “แรงเสริม แลกเปลี่ยน” หรือ “เบี้ยอรรถกร”

3. แรงเสริมที่อยู่ภายในตัวบุคคล (Intrinsic reinforcement) เป็นแรงเสริมที่เกิดจากภายในตัวบุคคลหลังจากที่แสดงพฤติกรรมที่พึงปรารถนา หรือทำสิ่งต่าง ๆ ได้สำเร็จในการนำการเสริมแรงทางบวกไปใช้ นักจิตวิทยาและนักวิจัยบางท่านอาจจะมีการวางเงื่อนไขในการแสดงพฤติกรรมเป้าหมาย ควบคู่ไปด้วย การวาง เงื่อนไขที่นิยมนำมาใช้ได้แก่การชี้แนะ การทำสัญญาเงื่อนไข และการวางเงื่อนไข

จากแนวคิดทฤษฎีข้างต้น ผู้ศึกษาค้นคว้าสรุปได้ว่า ทฤษฎีการวางเขื่อนไขแบบการกระทำของสกินเนอร์ให้ความสำคัญกับการกระทำที่ส่งผลต่อพฤติกรรมคือ การเสริมแรงหรือการลงโทษทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งการเสริมแรงทางบวกมีอยู่ 3 ประเภท คือ แรงเสริมทางสังคม โดยการชมเชย หรือการแสดงออกทางด้านอวัจนภาษา เช่นการ พยักหน้า การยิ้ม เป็นต้น แรงเสริมที่เป็นสิ่งของหรือสัญลักษณ์ที่นำไปแลกเป็นสิ่งที่ต้องการได้ เช่น การเล่นเกมเก็บแต้มและนำแต้มที่ได้ไปแลกสิ่งที่ต้องการ แรงเสริมที่อยู่ภายในตัวบุคคลมีการวางเงื่อนไขเพื่อให้บุคคลเกิดพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมาย

2.4.2 แนวคิด PRECEDE MODEL

นรลักขณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี (2562) กล่าวว่าองค์ประกอบของแนวคิดในบทความนี้กล่าวถึงการใช้แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED' ในส่วน PRECEDE MODEL เนื่องจากงานวิจัยทางการพยาบาลส่วนใหญ่เป็นการศึกษาระดับบุคคล เพื่อค้นหาปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเพื่อลดความเจ็บป่วยเท่านั้น ซึ่งมีพื้นฐานแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple factors) โดยในขั้นตอนที่ 4 อธิบายถึงองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่าเกิดจากปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบคือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ทั้งสามปัจจัยจะมีความแตกต่างกันในการส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ทั้งสาม

ปัจจัยจำเป็นต้องใช้ร่วมกันเพื่อก่อให้เกิดการสร้างแรงจูงใจ การสนับสนุนให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้นการวางแผนเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลต้องคำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยทั้งสามส่วนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการนำมาจัดกระทำร่วมกันเพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ ดังนี้

1) ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เป็นปัจจัยที่เป็นพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมของบุคคล และก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจของบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ ซึ่งอาจมีส่วนช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งมิให้เกิดการแสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล นั้นคือบุคคลจะเลือกแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมาจะต้องอาศัยการมีเหตุผลที่จะก่อเกิดพฤติกรรม เกิดแรงจูงใจในการกระตุ้นแรงขับภายในตัวบุคคลให้ตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรม

ปัจจัยนำที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างรวดเร็ว คือ ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม หรือการรับรู้ความสามารถในการกระทำพฤติกรรมทางสุขภาพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการเกิดแรงจูงใจภายในตัวบุคคลที่ส่งผลต่อการกระทำเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพของบุคคล ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมแต่แนวคิดนี้ยังไม่นำมากล่าวถึงโดยตรงเนื่องจากเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถนำไปสู่การจัดกระทำได้

2) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้รับการสนับสนุน เป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมนั้น ซึ่งอาจช่วยสนับสนุนหรือเป็นแรงกระตุ้นในการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพนั้น เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากบุคคล หรือกลุ่มคนที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในเรื่องนั้น การยอมรับหรือไม่ยอมรับ เช่น พ่อ แม่ บุคคลในครอบครัว ครู เพื่อน แพทย์ พยาบาล บุคล้ำากรทางสาธารณสุข เป็นต้น ปัจจัยเสริมส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการกระตุ้นเตือน ยกย่องชมเชย ให้กำลังใจ การเอาเป็นแบบอย่าง ตำหนิติเตียน การลงโทษ ซึ่งปัจจัยเสริมเป็นสิ่งที่ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและมีการคงอยู่ของพฤติกรรมนั้น ๆ

3) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นปัจจัยที่อาศัยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลให้เกิดพฤติกรรมโดยตรง อาจเป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วยสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในด้านความพอเพียงที่มีอยู่ (Availability) การเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก (Acceptability) รวมทั้งทรัพยากรต่าง ๆ เช่นสถานบริการสุขภาพ บุคลากร โรงเรียน ซึ่งจะช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ นั้นได้ง่ายขึ้น เป็นต้น

นอกจากนี้ปัจจัยเอื้อยังรวมถึงทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่เป็นทักษะใหม่ที่บุคคลจะต้องมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ ซึ่งการจัดโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการส่งเสริมทักษะใหม่ที่ผู้ป่วยต้องกระทำหรือการส่งเสริมด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ

จากแนวคิดทฤษฎีข้างต้น ผู้ศึกษาค้นคว้าสรุปได้ว่า แนวคิด PRECEDE MODEL ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ใช้ในการสร้างแรงจูงใจเพื่อเป็นการสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งปัจจัยที่นำมาใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม จะมีปัจจัยนำ เป็นความพอใจของบุคคลที่ได้มาจากประสบการณ์และอาจเป็นการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมเป้าหมายได้หรือไม่ก็ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลด้วย ปัจจัยเสริม เป็นการสนับสนุนหรือเป็นการให้แรงเสริมทำให้เกิดพฤติกรรมเป้าหมาย เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคล เช่นการได้รับคำชมเชย การได้รับกำลังใจจากผู้ปกครอง และปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากสิ่งแวดล้อมอาจเป็นตัวสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมหรือไม่ก็ได้

2.5 การวัดการสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ รุ่งชฎา พรใจยา (2558) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่องและเห็นคุณค่า การสนับสนุน ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนด้านสิ่งของ แรงงาน และบริการ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยมีข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงส่วนมาก เป็นจริงเล็กน้อย และไม่จริงเลย

แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของ จิรานันท์ วงศ์สุวรรณ และคณะ (2563) ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดการ สนับสนุนทางสังคมของ Cobb (1976) ร่วมกับแนวคิด การสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ประกอบด้วยคำถาม 3 ข้อ 2) การได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่า ประกอบด้วย คำถาม 3 ข้อ และ 3) การมีส่วนร่วมละการเป็นส่วนหนึ่ง ของสังคม ประกอบด้วยคำถาม 3 ข้อ 4)การช่วยเหลือ ด้านสิ่งของการเงิน แรงงานและบริการสุขภาพ ประกอบด้วยคำถาม 2 ข้อ และ 5) การสนับสนุนด้าน ข้อมูลข่าวสารประกอบด้วยคำถาม 3 ข้อ รวมจำนวน ข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ โดยแบบสอบถามมีตัวเลือก ให้เลือก 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย

วัดการสนับสนุนทางสังคม ด้วยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ วิทมา ธรรมเจริญ และนิทัศนีย์ เจริญงาม (2561) มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด (5) ถึง น้อยที่สุด (1) ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

จากข้อมูลการวัดการสนับสนุนทางสังคมข้างต้น สรุปได้ว่า การวัดการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำได้โดยการใช้แบบสอบถามที่เป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แบบสอบถามที่เป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) ในการวัดการสนับสนุนทางสังคม โดยแบ่ง Scale เป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด (5) ถึง น้อยที่สุด (1) ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

3. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

3.1 ความหมายของความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

3.1.1 ความหมายของความรู้

สมิท (Smith, 1977, น.531 อ้างถึงใน สุภาพ ปัญญา, 2541) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่าหมายถึง ความรู้เกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และโครงสร้างที่เกิดขึ้นจากการศึกษาหรือค้นคว้า หรือเป็นความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสถานที่ สิ่งของ หรือบุคคล ซึ่งได้จากการสังเกต ประสบการณ์ หรือจากรายงานการรับรู้ข้อเท็จจริงที่ชัดเจนและต้องอาศัยเวลา

บลูม (Bloom, 1971, น.271 อ้างถึงใน สุภาพ ปัญญา, 2541) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่าความรู้เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการระลึกได้ถึงสิ่งเฉพาะหรือสิ่งทั่วไป ระลึกถึงวิธีการ กระบวนการ หรือสถานการณ์ ต่าง ๆ โดยเน้นความจำ

สุมิตร คุณากร (2523, น.16 อ้างถึงใน สุนัน จันทรโมลี, 2544) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า หมายถึง ความสามารถที่จะจดจำและระลึกได้ถึงความรู้ที่ได้รับไปแล้วอันได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับข้อมูลต่าง ๆ เช่น ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง ข้อมูลที่เป็นหลักการทั่วไป วิธีการและขบวนการต่าง ๆ รวมถึงโครงสร้างและสภาพของสิ่งต่าง ๆ

อนันต์ ศรีโสภาค (2525, น.14-15 อ้างถึงใน ณัฐดนัย พันธุเดช, 2546) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า คือ ส่วนหนึ่งของความสามารถทางพุทธิปัญญา (Cognitive Domain) ซึ่งประกอบด้วย ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล

อรุณศรี เอกวิทโยภาศ (2526 อ้างถึงใน สมพงศ์ เพ็ชรบริสุทธ์, 2534) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า เป็นความสามารถในการให้ข้อเท็จจริงหรือเนื้อหาความรู้ ความคิด การหยั่งรู้หยั่งเห็น หรือสามารถเชื่อมโยงความคิดได้กับเหตุการณ์

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2535) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า หมายถึง การระลึกถึงเรื่องราวต่าง ๆ ที่เคยประสบการณ์มาแล้ว และรวมถึงการจำเนื้อเรื่องต่าง ๆ ทั้งที่ปรากฏอยู่ในแต่ละเนื้อหาวิชาและที่เกี่ยวพันกับเนื้อหาวิชานั้นด้วย เช่น ระลึกหรือจำได้ถึงวัตถุประสงค์ วิธีการ แบบแผน และเค้าโครงของเรื่องนั้น ๆ

ชราพร สนิทภักดี (2545) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า หมายถึง เรื่องราว ข้อเท็จจริง ที่เกิดจากการศึกษาค้นคว้าหรือจากประสบการณ์ทางตรงหรือทางอ้อม โดยได้นำความรู้กับความจำเกี่ยวกับเรื่องราว ข้อเท็จจริง ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคล

กนกพร บุญอนันตบุตร (2560) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า หมายถึง ความรู้และความเข้าใจ เป็นกระบวนการรับรู้เรื่องราวหรือข้อมูลต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ และสามารถรวบรวม หรือแยกแยะในประเด็นต่าง ๆ ได้อย่างละเอียดและสามารถลำดับขั้นตอนได้อย่างชัดเจน

สุรพงษ์ โสธนะเสถียร (2533) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า หมายถึง ความรู้เป็นการรับรู้เบื้องต้น ซึ่งบุคคลส่วนมากจะได้รับผ่านประสบการณ์ โดยการเรียนรู้จากการตอบสนองต่อสิ่งเร้าแล้วจัดระบบเป็นโครงสร้างของความรู้ที่ผสมผสานระหว่าง 13 ความจำกับสภาพจิต ด้วยเหตุนี้ ความรู้จึงเป็นความจำที่เลือกสรร ซึ่งสอดคล้องกับสภาพจิตใจของ ตนเอง ความรู้จึงเป็นกระบวนการภายใน อย่างไรก็ตามความรู้อาจส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของมนุษย์ได้

ประภา เพ็ญสุวรรณ (2526 อ้างถึงใน ปนัดดา ศิริรัตนมงคล, 2559) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า หมายถึงความรู้นั้นเป็นพฤติกรรมขั้นตอน ซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะโดยการนึกได้หรือโดยการมองเห็นหรือโดยการได้ยิน ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา มาตรฐานเหล่านี้ เป็นต้น

จากความหมายของความรู้ข้างต้น ผู้ศึกษาค้นคว้าสรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง ความเข้าใจ ความสามารถในการจดจำ ความสามารถในการระลึกถึงความรู้ที่เคยได้รับไปได้ ซึ่งเกิดจากการสังเกต การได้รับประสบการณ์ การค้นคว้า ความสนใจและอาจแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมได้

3.1.2 ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง

ฮิลล์และสมิท (Hill and Smith, 1985, น.10 อ้างถึงใน ชาลินี พรตเจริญ, 2556) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นผลของการกระทำที่บุคคลกระทำกับตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่กิจกรรมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี

เพนเดอร์ (Pender, 1987, น.150 อ้างถึงใน ประสิทธิ์ พิริยะไพบูลย์, 2559) กล่าวว่าการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่มและกระทำในวิถีทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน

โอเร็ม (Orem, 1991 อ้างถึงใน อรรถพล อุบล, 2560) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า หมายถึง เป็นกานปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายและจงใจ เพื่อดำรงรักษาสุขภาพอนามัย ความเป็นอยู่ที่ดี ตลอดจนการหลีกเลี่ยงจากโรคภัยที่คุกคามต่อชีวิต และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสุดของแต่ละบุคคล

มัลลิกา มัติโก (2530 อ้างถึงใน อรรถพล อุบล, 2560) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนเป็นพฤติกรรมดั้งเดิมของประชาชน ที่ผสมผสานกับการอบรมขัดเกลา ถ่ายทอดความรู้ทางสังคมตั้งแต่การสังเกตด้วยตนเอง การรับรู้อาการ การให้ความหมายของอาการ การตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรง การเลือกวิธีการรักษา และการประเมินการรักษาด้วยตนเอง

สมจิต หนุเจริญกุล (2536, น.23-22 อ้างถึงใน อรรถพล อุบล, 2560) กล่าวว่า การดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ ซึ่งชีวิตและสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย

ทัศนาวดี เมยไธสง (2551) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองว่า หมายถึง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตนเอง การป้องกันโรง การรักษาพยาบาลในขั้นพื้นฐาน เพื่อการมีสุขภาพดีตามศักยภาพของตน

อภิชาติ อภิชาตพร (2561) การดูแลสุขภาพของตนเองที่ดีนั้นจะต้องเริ่มจากการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องก่อน ซึ่งอาจมีปัจจัยด้านต่าง ๆ มาประกอบกัน ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของหลักความรับผิดชอบต่อตนเอง แรงจูงใจและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ฯลฯ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเป็นกระบวนการในการที่จะดูแล สุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพของตนเองไม่เกิดการเจ็บป่วย ตลอดจนการส่งเสริม สุขภาพให้กับครอบครัว เครือข่ายทางสังคม และชุมชน ซึ่งเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

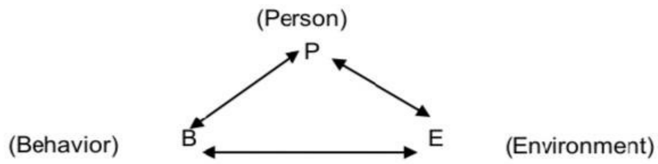
อัจฉรา เพ็ชรประสิทธิ์ (2559) ได้ให้ความหมายของความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพว่า หมายถึงความรู้ของบุคคลในเรื่องความหมายของการดูแลสุขภาพ วิธีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม และประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ

จากความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองข้างต้น ผู้ศึกษาค้นคว้าสรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่สามารถดำรงรักษาชีวิตไว้ได้เป็นการทำอย่างมีเป้าหมาย และมีความตั้งใจ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ความเป็นอยู่ รวมถึงการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ

จากความหมายของความรู้และการดูแลสุขภาพตนเองข้างต้น ผู้ศึกษาค้นคว้าสรุปเป็นความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้ ความสนใจ ในเรื่องของการปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจที่เหมาะสม รวมถึงความหมายของการดูแลสุขภาพ และประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ

3.2 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

3.2.1 แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา (1989 อ้างถึงใน ลักขณา สริวัฒน์, 2557) จัดได้ว่าเป็นทฤษฎีที่มีอิทธิพล อย่างมากต่อ การพัฒนาเทคนิคการปรับพฤติกรรมในปัจจุบัน แบนดูรา มีความเชื่อว่า พฤติกรรมของคนเรานั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทาง สภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่จะเปลี่ยนแปลงไปตามเงื่อนไขของปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยพฤติกรรม และ สภาพแวดล้อม ดังภาพประกอบ



ภาพประกอบ แสดงการกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยทางพฤติกรรม (B) ปัจจัยสภาพแวดล้อม (E) และปัจจัยส่วนบุคคล (P) ที่มีผลต่อการเรียนรู้และการกระทำ (Bandura, 1989 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต 2556)

จากภาพประกอบ 3 แสดงให้เห็นว่าปัจจัยทั้ง 3 มีความเกี่ยวพันซึ่งกันและกันไม่อาจแยก ออกจากกันได้ และปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นพร้อม ๆ กันหากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่น ๆ การกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมแสดงให้เห็นถึงความคิด ความรู้สึก และการกระทำ ความคาดหวัง ความเชื่อ การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง เป้าหมาย และความตั้งใจ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวกำหนดลักษณะและทิศทางของ พฤติกรรม สิ่งที่บุคคลคิด เชื่อ และรู้สึก จะกำหนดว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมเช่นใด ในขณะเดียวกันการกระทำของบุคคลก็จะเป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดลักษณะการคิดและการสนองตอบทางอารมณ์ของเขา ลักษณะของร่างกาย ระบบการรับรู้และระบบประสาทมีผลต่อพฤติกรรม และ ศักยภาพของบุคคล

ทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism) แนวคิดการสร้างความรู้ด้วยตนเองมีความเกี่ยวข้องกับธรรมชาติของความรู้ของมนุษย์ ซึ่งมีความหมายทั้งในเชิงจิตวิทยา และเชิงสังคมวิทยา ทฤษฎีด้านจิตวิทยาเริ่มต้นโดยเพียเจต์ (Piaget) ที่เสนอไว้ว่า การเรียนรู้ของเด็กเป็นกระบวนการส่วนบุคคลมีความเป็นเอกนัย และวีกอทสกี (Vygotsky. 1978) ได้ขยายขอบเขตการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลว่าเกิดจากการสื่อสารทางภาษากับบุคคลอื่น ซึ่งผลงานของเขาเป็นที่ยอมรับกันในประเทศรัสเซียและเริ่มเผยแพร่สู่ประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศต่าง ๆ ในยุโรป สำหรับทฤษฎีการเรียนรู้ตามแนวการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism) จัดเป็นทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มปัญญานิยม (Cognitive Psychology) มีรากฐานมาจากผลงานของออซูเบล (Ausubel) และเพียเจต์ (Piaget) ผู้เขียนได้รวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีการสร้าง

ความรู้ด้วยตนเองจำแนกเนื้อหาสาระ ได้แก่ หลักการสำคัญของทฤษฎีลำดับขั้นของการเรียนรู้ตามแนวทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง และการประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนรู้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

หลักการสำคัญของทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง ประกอบด้วย

1) ผู้เรียนเป็นผู้สร้าง (Construct) ความรู้จากความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่พบเห็นกับความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่เดิมโดยใช้กระบวนการทางปัญญา (Cognitive Apparatus) ของตน

2) การเรียนรู้ตามแนว (Constructivism) โดยโครงสร้างทางปัญญาเป็นผลของความพยายามทางความคิด ผู้เรียนสร้างเสริมความรู้ผ่านกระบวนการทางจิตวิทยาด้วยตนเองผู้สอนไม่สามารถปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางปัญญาของผู้เรียนได้ แต่ผู้สอนสามารถช่วยผู้เรียนปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางปัญญาได้โดยจัดสภาพการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลขึ้น

3) การที่ผู้เรียนไม่ได้รับเอาข้อมูลความรู้นั้นมาเป็นของตนทันที แต่จะแปลความหมายของข้อมูลความรู้เหล่านั้น โดยประสบการณ์ของตนและเสรมขยายและทดสอบการแปลความหมายของตนด้วย

4) การเรียนรู้เกิดขึ้นได้จากการที่แต่ละบุคคลได้สร้างความรู้ขึ้นและทำให้สำเร็จโดยผ่านกระบวนการของความสมดุล ซึ่งกลไกของความสมดุลเป็นการปรับตัวของตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมเพื่อให้อยู่ในสภาพสมดุลที่ประกอบด้วยกระบวนการ 2 ประการคือ

4.1) การซึมซับหรือดูดซึม (Assimilation) เป็นกระบวนการที่มนุษย์มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและซึมซับหรือดูดซึมเอาประสบการณ์ใหม่เข้าสู่ประสบการณ์เดิมที่เหมือนหรือคล้ายคลึงกัน โดยสมองจะปรับเอาประสบการณ์ใหม่เข้ากับความคิด ความรู้ในโครงสร้างที่เกิดจากการเรียนรู้เดิมที่มีอยู่

4.2) การปรับโครงสร้างทางปัญญา (Accommodation) เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องมาจากกระบวนการซึมซับหรือดูดซึมคือ เมื่อได้ซึมซับเอาประสบการณ์ใหม่เข้าไปในโครงสร้างเดิมแล้วก็จะทำการปรับประสบการณ์ใหม่ให้เข้ากับโครงสร้างของความรู้เดิมที่มีอยู่ในสมองก่อนแล้ว แต่ถ้าเข้ากันไม่ได้ก็จะทำการสร้างโครงสร้างใหม่ขึ้นมาเพื่อรับประสบการณ์ใหม่นั้น

ลำดับขั้นของการเรียนรู้ตามแนวทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเองประกอบด้วย

1) ขั้นแรกเริ่มจากประเด็นปัญหาที่ผู้เรียนมีความสนใจ ซึ่งประเด็นปัญหานั้นต้องเป็นสิ่งที่เด็กให้ความสำคัญหรือสนใจ เพราะเป็นการสร้างแรงจูงใจเบื้องต้นในการเรียนรู้หรือครูทำให้เด็กเห็นว่าเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับชีวิต เรียกขั้นนี้ว่า Assimilation

2) ขั้นการทบทวนความรู้เดิม เป็นเรื่องธรมดาที่บุคคลต้องการจะเรียนรู้ในสิ่งใดก็ต้องคิดทบทวนว่าเรามีความรู้ในสิ่งหนั้นมากน้อยเพียงใดเพื่อจะได้วางกลไกหรือสร้างยุทธศาสตร์การเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการเกิดการถ่ายโอน (Transfer) ในสถานการณ์นี้อาจทำให้เกิดภาวะไม่สมดุล (Disequilibrium) ซึ่งทำให้บุคคลพยายามปรับสภาวะให้อยู่ในสภาพสมดุล (Equilibrium) โดยใช้กระบวนการปรับโครงสร้างทางปัญญา (Accommodation)

3) ขั้นการแสวงหาหนทางหรือทางเลือกด้วยกระบวนการรรู้คิด (Cognition) ซึ่งในสถานการณ์นี้เป็นสถานการณ์ที่ผู้เรียนใช้ข้อมูลพื้นฐานของตนเองนำมาไตร่ตรองอย่างเป็นระบบดำเนินการตรวจสอบ ประเมินเพื่อคลี่คลายไปสู่ความกระจ่างแจ้งในประเด็นปัญหา (Accommodation)

จากลำดับขั้นตอนของการเรียนรู้ตามแนวทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเองนี้สามารถนำเอามาใช้ในการเสริมสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ตามแนวคิดของวีกอทสกี (Vygotsky) โดยการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้แก่ พ่อแม่ ครู และเพื่อนในบริบทของสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural Context) จะช่วยสริมสร้างการเรียนรู้ที่เข้มข้นอย่างสมจริงจากประสบการณ์ที่หลากหลายจนเกิดองค์ความรู้ สำหรับลำดับขั้นของการเรียนรู้ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ Constructivism ทั้งสามขั้นจะนำไปสู่การเกิดโครงสร้างทางปัญญา (Cognitive Structure) และก่อให้เกิดความเข้าใจในสิ่งที่ได้เรียนรู้ที่ลึกซึ้งและตรึงแน่นอยู่ในความทรงจำตลอดไป

จากทฤษฎีข้างต้น ผู้ศึกษาค้นคว้า สรุปได้ว่า บุคคลจะเกิดการเรียนรู้ได้จากตัวบุคคลเอง พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม และเมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้จากสิ่งเหล่านี้นั้นบุคคลจะแสดงพฤติกรรมที่ตนใส่ใจ หรือจดจำออกมาได้ หรืออาจเป็นการเรียนรู้โดยที่ไม่ได้แสดงพฤติกรรมออกมา เช่นเดียวกับบุคคลที่ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บางบุคคลอาจมีการแสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพออกมาหรือไม่แสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพออกมาก็ได้

3.2.2 การจัดการศึกษาตามแนวความคิดของบลูม

เบนจามิน บลูม (1913 อ้างถึงใน เอมอร) เป็นนักจิตวิทยาการศึกษา ได้เป็นประธานกลุ่มนักจิตวิทยาการศึกษาซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการหาวิธีการที่จะพัฒนาพฤติกรรมทางเชาว์ปัญญาที่สำคัญในการศึกษาเล่าเรียนของมนุษย์ และได้แบ่งประเภทของการเรียนรู้ (Taxonomy of Learning Domain) ที่ควรพัฒนาบุคคลออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. พุทธิพิสัย (Cognitive Domain) เป็นการเรียนรู้ทางเชาวน์ปัญญา (mental skills, knowledge)

2. จิตพิสัย (Affective Domain) เป็นการเรียนรู้ทางอารมณ์ และเจตคติ (growth in feeling or emotional areas; attitude)

3. ทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) เป็นการเรียนรู้ทักษะทางกาย (manual or physical skills; skills)

1. พุทธิพิสัย (Cognitive Domain) เป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับความรู้และพัฒนาการทางทักษะด้านเชาวน์ปัญญา เป็นความสามารถในการระลึก หรือสังเกตจดจำข้อเท็จจริงต่าง ๆ ได้ ในการเรียนรู้ทางเชาวน์ปัญญามี 6 ลำดับขั้น โดยเริ่มจากทักษะที่ง่ายไปสู่ทักษะที่ยากและซับซ้อน ซึ่งการพัฒนาจะต้องเริ่มต้นจากขั้นต่ำก่อนจึงจะเกิดทักษะในขั้นสูงได้ ทักษะตามลำดับขั้นมีดังนี้ ความรู้ (knowledge) ความเข้าใจความ (comprehension) การประยุกต์ (application) การวิเคราะห์ (analysis) การสังเคราะห์ (synthesis) และการประเมิน (evaluation) เห็นเหตุการณ์ระหว่างแม่กับเด็กที่บริเวณขายของเด่นในศูนย์การค้าแห่งหนึ่ง เด็กลงไปนอนดิ้นร้องไห้จะเอาของเล่น และแม่ซื้อของเล่นให้เด็ก บุคคลที่สังเกตพฤติกรรมนี้จะเข้าใจว่าแม่ใช้แรงเสริมทางบวกแก่พฤติกรรมการดิ้นร้องจะเอาของเล่นของเด็ก ตามหลักการเสริมแรงทางบวกของสกินเนอร์ทำให้สามารถทำนายได้ว่า ถ้าเด็กต้องการอะไรอีก เขาจะลงไปนอนดิ้น เป็นต้น

พฤติกรรมที่บ่งชี้ว่ามีทักษะระดับนี้ คือ จัดประเภท บรรยายลักษณะ อภิปรายได้ อธิบายได้ แสดงความรู้สึกได้ ชี้ชัดได้ ชี้ให้เห็นได้ กำหนดเขตได้ สังเกตเห็นได้ รายงานได้ เขียนใหม่ได้ทบทวนได้ เลือกได้ แปลได้

วัตถุประสงค์ในการเรียน เช่น ความเข้าใจในข้อเท็จจริงและหลักการต่าง ๆ สามารถตีความภาษาทั้งที่พูดและเขียน สามารถตีความแผนผังหรือกราฟต่าง ๆ ได้ แปลภาษาให้เป็นสมการ คาดการณ์ผลลัพธ์ในอนาคตได้ถ้ามีการนำสิ่งต่าง ๆ ไปใช้ และสามารถประเมินตัดสินว่าใช้เครื่องมือได้ถูกหรือผิด

คำถามที่ใช้ทดสอบว่าผู้เรียนมีทักษะระดับนี้ เช่น ให้เปรียบเทียบความเหมือนกันและความแตกต่างกันระหว่างทฤษฎีการเรียนรู้เงื่อนไขสิ่งเร้าของพาฟลอฟกับทฤษฎีการเรียนรู้เงื่อนไขผลกรรมของสกินเนอร์ ให้เขียนประโยคต่อไปนี้ใหม่ด้วยคำพูดของคุณเอง บทความที่คุณอ่านนี้มีความหมายว่าอะไร จากกรณีศึกษาต่อไปนี้ ให้อธิบายว่าจะเกิดอะไรขึ้น และหมายความว่าอะไร เป็นต้น

1.3 การประยุกต์ (Application) เป็นดวามสามารถในการนำสิ่งที่เคยเรียนรู้ในอดีตมาใช้ใหม่ในสถานการณ์ใหม่ ทั้งนี้รวมถึงการใช้ กฎ วิธีการ คำจำกัดความ หลักการ และทฤษฎี เช่น ความสามารถนำสูตรการบวกลบเลขมาใช้ในการวางแผนการจับจ่ายเงินในบ้าน เป็นต้น

พฤติกรรมที่บ่งชี้ให้เห็นว่ามีทักษะในการประยุกต์คือ เลือกได้ สาธิตได้ แสดงให้ดูได้ นำมาใช้ได้ ตีความได้ นำมาปฏิบัติได้ วาดภาพคร่าวๆ ได้ จัดกำหนดเวลาได้ แก้ปัญหาได้ และเขียนได้

วัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ขั้นนี้ เช่น การประยุกต์มโนทัศน์และหลักการที่เคยเรียนมาใช้กับสถานการณ์ใหม่ ๆ การใช้กฎและทฤษฎีในการฝึกฝน การแก้ปัญหาคณิตศาสตร์ การสร้างกราฟและผัง การสาธิตการใช้เครื่องมือหรือกระบวนการได้อย่างถูกต้อง

คำถามที่ใช้ทดสอบว่าผู้เรียนมีทักษะระดับนี้ เช่น คุณจะใช้เครื่องมือนี้กับงานใดได้บ้างหากจะฝึกสุนัขของคุณให้ยืนสองขาได้ คุณจะทำอย่างไร ถ้าต้องการให้น้องของคุณไม่เอาแต่ใจตนคุณจะใช้ทฤษฎีใดในการสอนและรายละเอียดเป็นอย่างไร เป็นต้น

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นดวามสามารถที่จะแยกแยะองค์ประกอบของสิ่งที่ตนเรียนเป็นส่วนๆ ได้ สามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ และสังเกตรู้ได้ว่ามีหลักการอะไรที่เกี่ยวข้องบ้าง ซึ่งความสามารถในการวิเคราะห์ต้องอาศัยทั้งความเข้าใจในเนื้อหาและโครงสร้างที่รวมตัวกันเป็นความรู้นั้น ๆ เช่น สามารถวิเคราะห์ได้ว่า แกงเขียวหวานไก่ประกอบไปด้วยเครื่องปรุงอะไรบ้าง เป็นต้น

พฤติกรรมที่บ่งชี้ว่ามีทักษะในขั้นนี้คือ ความสามารถในการวิเคราะห์ ประเมินค่า คำนวณ จัดแบ่งประเภทหรือหมวดหมู่ เปรียบเทียบได้ เห็นความขัดแย้งกัน วิจารณ์ได้ เห็นความแตกต่าง ตรวจสอบ ทดลอง ตั้งคำถาม ทดสอบ เป็นต้น

วัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ เช่น สังเกตรู้ได้ถึงสมมติฐานที่สร้างขึ้นว่ามีเหตุมีผลหรือไม่สามารถสังเกตเห็นได้ว่าการให้เหตุผลนั้น ๆ ใช้ตรรกะผิดหรือไม่ จำแนกความแตกต่างระหว่างข้อเท็จจริงกับข้ออ้างอิงได้ ประเมินผลความถูกต้องและความตรงของข้อมูลได้ วิเคราะห์ได้ว่าโครงสร้างของงานมีอะไรบ้าง เช่น โครงสร้างของงานเขียน หรืองานศิลปะ หรืองานดนตรี ฯลฯ

คำถามที่ใช้ทดสอบว่าผู้เรียนมีทักษะขั้นนี้ เช่น สาเหตุของพฤติกรรมมีอะไรบ้าง บุคคลจะเรียนรู้ได้ดีต้องอาศัยสิ่งใดบ้าง ในการทำนายพฤติกรรมตามทฤษฎีแรงขับของฮัลล์ต้องรู้เกี่ยวกับสิ่งใดบ้าง

จงบอกความสัมพันธ์ระหว่างหลักการเสริมแรงและกำหนดตารางแรงเสริมในทฤษฎีการเรียนรู้เงื่อนไขผลกรรมของสกินเนอร์ เป็นต้น

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถที่จะนำชิ้นส่วนต่าง ๆ มารวมกันให้เกิดเป็นสิ่งใหม่ขึ้น เช่น ความสามารถในการเขียนเรียงความ สุนทรพจน์ หัวข้อวัตถุประสงค์และแผนงานวิจัยเป็นต้น ความสามารถในการสังเคราะห์ เป็นการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ หรือรูปแบบใหม่ขึ้นมา

พฤติกรรมที่บ่งชี้ว่ามีทักษะเชิงวิเคราะห์ เช่น สามารถจัดการรูปแบบใหม่ได้ ประกอบชิ้นส่วนเข้าด้วยกัน เก็บสะสมรวมเป็นกลุ่ม เรียบเรียงแต่งประพันธ์ ก่อสร้าง สรรค์สร้าง ออกแบบ พัฒนา สร้างสูตร จัดการ จัดระบบ วางแผน เตรียมการ ตั้งข้อเสนอ เป็นต้น

วัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ระดับนี้ เช่น ความสามารถในการเขียนหรือประพันธ์สุนทรพจน์ที่ดี การเขียนเรื่องสั้นหรือแต่งเพลง การวางแผนในการทดลอง การนำเอาความรู้ที่แตกต่างกันของทฤษฎีต่าง ๆ มาประสานเข้าด้วยกันเกิดเป็นทฤษฎีใหม่ขึ้น แก้ปัญหาด้วยการใช้ทฤษฎีต่าง ๆ ร่วมกัน

คำถามที่ใช้ทดสอบว่าผู้เรียนมีทักษะขั้นนี้ เช่น ส่วนประกอบใดบ้างที่ทำให้รถยนต์วิ่งได้ถ้าคอมพิวเตอร์ใช้การไม่ได้ ต้องตรวจสอบสิ่งใดบ้าง จะต้องทำอย่างไรให้นักศึกษาสามารถนำความรู้ไปใช้ได้ตามแนวคิดของบลูม จะทราบได้อย่างไรว่าบุคคลผู้นี้เป็นไข้หวัดใหญ่ 2009 เป็นต้น

1.6 การประเมิน (Evaluation) เป็นความสามารถที่จะประเมินตัดสินคุณค่าของสิ่งที่ได้เรียนรู้ เช่น บทความ นิยาย บทกวี วรรณกรรม รายงานวิจัย หลักการ หรือทฤษฎีต่าง ๆ ตามหลักเกณฑ์ที่ตั้งหรือกำหนดไว้ได้ การเรียนรู้ในการประเมินถือได้ว่าเป็นทักษะความสามารถในระดับสูงสุดและต้องอาศัยความสามารถทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้น รวมทั้งต้องมีความสามารถกำหนดเกณฑ์ที่ใช้ได้อย่างกระจ่างด้วย

พฤติกรรมที่บ่งชี้ว่ามีทักษะในการประเมิน เช่น ประเมินราคาได้ โต้แย้งได้ วัดประเมินเลือกเปรียบเทียบ กะประมาณ ตัดสิน พยากรณ์ ให้คะแนน สนับสนุน ให้คุณค่า ให้คำรับรอง เป็นต้น

วัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ เช่น ให้มีความสามารถตัดสินความมีเหตุผลที่สม่ำเสมอของงานเขียน สามารถตัดสินความถูกต้องของข้อสรุปที่ได้รับการสนับสนุนจากข้อมูล ประเมินคุณค่าของงานต่าง ๆ งานเขียน งานเพลง งานศิลปะ และอื่น ๆ ด้วยเกณฑ์ที่ชัดเจนถูกต้อง

คำถามที่ใช้ทดสอบว่าผู้เรียนมีทักษะขั้นนี้ เช่น คุณคิดว่างานเขียนของใครสมควรจะได้รับรางวัล เพราะอะไร คุณคิดว่าควรจะเลือกนายสมชายหรือนางสาวสมหญิงมาทำงาน เพราะอะไร ให้เปรียบเทียบคอมพิวเตอร์ยี่ห้อ A กับ ยี่ห้อ B เป็นต้น

ในปี ค.ศ. 2001 แอนเดอร์สันและคราธโว (Anderson & Krathwohl, 2001) เปลี่ยนแปลงประเภทการเรียนรู้ของบลูมให้สามารถใช้เขียนวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ได้ชัดเจนขึ้นและเป็นไปตามที่ปฏิบัติจริงมากขึ้น โดยเปลี่ยน "ความรู้" เป็น "ความจำ" เปลี่ยน "ความเข้าใจความ" (comprehension) เป็น "ความเข้าใจ" (understanding) และ เปลี่ยน "การสังเคราะห์" (synthesis) เป็น "การสร้างสรรค์" (creating) นอกจากเปลี่ยนชื่อแล้ว พวกเขายังสลับลำดับระหว่าง การประเมินกับการสร้างสรรค์ด้วย อย่างไรก็ตามบุคคลจะมีความสามารถในการเรียนรู้แต่ละประเภทต้องพัฒนาเป็นลำดับขั้นเช่นกัน ดังนี้ (Krathwohl, 2001 น. 215)

1. ความจำ (Remember) บุคคลจะสามารถค้นคืน สังเกตเห็นและระลึกข้อมูลหรือหลักการที่ตนเคยประสบมาได้จากความจำระยะยาว

1.1 การสังเกตรู้ได้ (recognizing) หรือชี้ตัวได้ (identifying)

1.2 การระลึกได้ (recalling)

2. ความเข้าใจ (Understand) บุคคลสามารถที่จะสร้างความหมายจากคำพูด ข้อเขียนหรือข้อมูลจากกราฟ ผ่านการตีความ การจัดประเภท การย่อสรุป การอ้างอิง การเปรียบเทียบและการอธิบาย

2.1 การตีความ (interpreting) ความสามารถทำให้ชัดเจนได้ การถอดความ การเป็นตัวแทน การแปลความ

2.2 การยกตัวอย่าง (exemplifying)

2.3 การแบ่งประเภทหรือหมวดหมู่ (classifying)

2.4 การย่อความ (summarizing)

2.5 การอนุมาน การชี้ให้เห็นหรือการแนะนำได้ (Inferring) การสรุป การคาดการณ์ได้

2.6 การเปรียบเทียบ (comparing) ความตรงข้ามกัน หรือการจับคู่กันได้

2.7 การอธิบาย (explaining) การเขียนโมเดลได้

3. การประยุกต์ (Apply) บุคคลสามารถนำเอาความรู้ ข้อมูล หลักการหรือทฤษฎีไปใช้ในชีวิตจริง หรือนำเอาสิ่งที่เรียนรู้มาใช้ในสถานการณ์ใหม่

3.1 การดำเนินการได้สำเร็จ (executing)

3.2 การนำไปใช้ (implementing)

4. การวิเคราะห์ (Analyze) การแตกองค์ประกอบของสิ่งที่รู้ออกเป็นส่วนย่อย ๆ รู้ว่าข้อมูลหรือหลักการนั้น ๆ ประกอบไปด้วยอะไรบ้าง แต่ละส่วนมีความแตกต่างกัน หรือทำหน้าที่ต่างกันและสัมพันธ์กันอย่างไร

4.1 การแยกความแตกต่าง (differentiating)

4.2 การทำให้เป็นระบบ (organizing) การหาความเข้ากันได้แล้วนำมาประสานกันเป็นโครงสร้างเดียวกัน

4.3 การอ้างเหตุผลว่าเป็นของบุคคลหรือสิ่งของ (attributing)

5. การประเมินผล (Evaluate) บุคคลสามารถประเมินตัดสิน ตรวจสอบและวิจารณ์สิ่งที่เรียนรู้ข้อมูล หลักการ ทฤษฎีได้ตามเกณฑ์และมาตรฐาน

5.1 การตรวจสอบ (checking)

5.2 การตัดสินและการวิจารณ์ (critiquing)

6. การสร้างสรรค์ (Create) บุคคลสามารถนำสิ่งต่าง ๆ มารวมกันใหม่ให้สามารถทำหน้าที่ของมันได้จนเป็นผลผลิตต้นฉบับ

6.1 การก่อกำเนิด (generating) การสร้างสมมติฐาน (hypothesizing)

6.2 การวางแผน (planning) การออกแบบ (designing)

6.3 การผลิต (producing) การสร้างขึ้นมา (constructing)

เมื่อนำทักษะการเรียนรู้ของบลูและประเภทการเรียนรู้ของแอนเดอร์สันและคราธโวมาเทียบกัน จะพบว่ามีการสลับขั้นกันระหว่าง Evaluation กับ Synthesis (คือ Creating ตามการบัญญัติศัพท์ของแอนเดอร์สันและคราธโว)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างใหม่เกิดจากการตรวจสอบประเภทการเรียนรู้ของบลูม เพื่อให้นักการศึกษาสามารถตั้งวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ได้ง่ายขึ้น ในการจัดประเภทการเรียนรู้เดิม บลูมใช้มิติเพียงหนึ่งเดียว แต่เมื่อแอนเดอร์สัน (ลูกศิษย์ของบลูม) และคราธโว (เพื่อนผู้ร่วมงานในการแบ่งประเภทการเรียนรู้ของบลูม) มาปรับปรุงเขียนใหม่เป็น 2 มิติ คือ มิติของกระบวนการทางการรู้คิดในการเรียนรู้ 6 ประเภทดังกล่าวแล้วข้างต้น พวกเขาเพิ่มมิติของความรู้อีกหนึ่งมิติ และแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้ (จาก Krathwohl, 2002, p.214)

1. ความรู้เกี่ยวกับข้อมูลข้อเท็จจริง (factual knowledge) เป็นความรู้ขั้นพื้นฐานที่นักศึกษาควรรู้เพื่อให้คุ้นเคยกับกฎหรือใช้แก้ปัญหาในกฎนั้น ๆ

1.1 ความรู้ในศัพท์บัญญัติ (knowledge of terminology)

1.2 ความรู้เกี่ยวกับรายละเอียดและส่วนประกอบที่เฉพาะเจาะจง (knowledge of specific details and elements)

2. ความรู้เกี่ยวกับมโนทัศน์หรือคำจำกัดดวาม (conceptual knowledge) ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบต่าง ๆ ภายในโครงสร้างใหญ่ซึ่งจะช่วยให้มันสามารถทำหน้าที่ร่วมกันได้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับประเภทและหมวดหมู่ (knowledge of classifications and categories)

2.2 ความรู้เรื่องหลักการและความทั่วไป (knowledge of principles and generalizations)

2.3 ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎี รูปแบบ และโครงสร้าง (knowledge of theories, models, and structures)

3. ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการทำ (procedural knowledge) ความรู้ขั้นตอนวิธีการที่จะทำสิ่งต่าง ๆ วิธีแสวงหาความรู้ เกณฑ์ในการใช้ทักษะ สูตรคณิตศาสตร์ เทคนิควิธี และวิธีการ

3.1 ความรู้เฉพาะเกี่ยวกับทักษะและสูตรคณิตศาสตร์ (knowledge of subject-specific skills and algorithms)

3.2 ความรู้เฉพาะเกี่ยวกับเทคนิคและวิธีการ (knowledge of subject-specific techniques and methods)

3.3 ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์ในการตัดสินใจใช้กระบวนการที่เหมาะสม (knowledge of criteria for determining when to use appropriate procedures)

4. ความรู้คิดโดยรวม (metacognitive knowledge) ความรู้ของการรู้คิดโดยทั่วไปและความใส่ใจ รวมถึงการรู้คิดที่เกิดขึ้นเป็นของตน

4.1 ความรู้เกี่ยวกับยุทธวิธี (strategic knowledge)

4.2 ความรู้เกี่ยวกับงานทางการรู้คิด เป็นความรู้ในการใช้แบบทดสอบแต่ละชนิดในงานต่างชนิดกัน รวมถึงความรู้ในสภาพแวดล้อมและเงื่อนไขที่เหมาะสม

4.3 ความรู้เกี่ยวกับตนเอง (self-knowledge) ความรู้เกี่ยวกับจุดแข็งและจุดอ่อนของตนรวมทั้งรู้ว่าตนมีความสามารถในระดับใด

อาจารย์จะต้องวางแผนการสอนและตั้งวัตถุประสงค์ของตนว่าต้องการให้นักศึกษามีทักษะอะไรบ้าง ซึ่งคำที่ใช้ในการตั้งวัตถุประสงค์จะต้องชัดเจนและสามารถวัดได้ เช่น การสอนทฤษฎีการเรียนรู้เงื่อนไขสิ่งเร้า มีวัตถุประสงค์ที่ 1 คือ ต้องการให้จำและระลึกข้อมูลว่าสิ่งเร้ามีกี่ประเภท (จำ -ข้อมูล) วัตถุประสงค์ที่ 2 คือ สามารถบอกความเหมือนหรือความแตกต่างระหว่างทฤษฎีได้วัตถุประสงค์ที่ 3 คือ สามารถแก้ปัญหาในกรณีศึกษาได้ เป็นต้น

จากทฤษฎีข้างต้น ผู้ศึกษาค้นคว้า สรุปได้ว่าการจะเกิดการเรียนรู้ได้นั้นจะต้องมีการจำ การสังเกตก่อนจึงจะเกิดความเข้าใจ และเกิดการวิเคราะห์ กับการประเมินผลของข้อมูล ซึ่งทำให้เกิดการสร้างสรรค์และสามารถนำเอาข้อมูลที่ได้นั้นนำไปประยุกต์ใช้ได้

3.3 การวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้ที่นิยมใช้กันมากคือ แบบสอบถามประเภทของแบบสอบถามมีลักษณะแตกต่างกันมาก ทั้งในงานรูปแบบการนำไปใช้ และจุดมุ่งหมายในการสร้าง บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2535, : 211-212 อ้างถึงใน ณัฐดนัย พันธุเดช, 2546) ได้แบ่งแบบทดสอบออกเป็น 3 ประเภท

1. แบบทดสอบความเรียง เป็นแบบที่กำหนดคำถามให้และผู้ตอบจะต้องเรียบเรียงคำตอบเอง ลักษณะเด่นที่ให้อิสระแก่ผู้ตอบ ผู้ตอบจะต้องเรียงความรู้ความเข้าใจและความคิดเห็นแล้วเขียนคำตอบเองตามที่ถนัด ผู้ตอบต้องใช้เวลาส่วนมากไปในการคิดและเขียนคำตอบ

2. แบบทดสอบแบบตอบสั้น เป็นแบบที่กำหนดให้และตอบสั้นๆ ผู้ตอบต้องหาคำตอบเองเหมือนกับแบบความเรียง แต่จำกัดคำตอบให้ตอบ

3. แบบทดสอบแบบเลือกตอบ เป็นแบบที่กำหนดให้ทั้งคำถามและคำตอบ ผู้ตอบจะต้องเลือกคำถามที่กำหนดให้ ลักษณะเด่นของแบบทดสอบแบบเลือกตอบ จะต้องใช้เวลาส่วนมากไปกับการอ่านและสะดวกคิดส่วนการตอบใช้เวลาน้อย การตรวจและการวิเคราะห์ทำได้ง่าย

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองตามนโยบายและมาตรการ 6 อ. ของทัศนาวดี เมยไธสง (2551) อ้างอิงจากกระทรวงสาธารณสุขได้แก่ ความรู้ด้านอาหาร ความรู้ด้านการออกกำลังกาย ความรู้ด้านการจัดการกับภาวะเครียด ความรู้ด้านการอนามัยสิ่งแวดล้อม ความรู้ด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพ ความรู้ด้านอบายมุข จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดความรู้กำหนดดังนี้ ตอบถูกต้องให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิดให้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

วัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของ อัจฉรา เพ็ชรประสิทธิ์ (2559) มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้คะแนน 1 คะแนน ตอบผิด ให้คะแนน 0 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

จากข้อมูลการวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพข้างต้น สรุปได้ว่า การวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ที่มีลักษณะแบบเลือกตอบ โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แบบสอบถามแบบเลือกตอบ 2

ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้คะแนน 1 คะแนน ตอบผิด ให้คะแนน 0 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

4.1 เพศกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

อัจฉรา เพ็ชรประสิทธิ์ (2559) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดตรัง พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุมพล รามล (2559) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของนักศึกษาชั้นปีที่หนึ่ง มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต พบว่า เพศชายกับเพศหญิง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จากงานวิจัยข้างต้น ผู้ศึกษาค้นคว้าจึงนำตัวแปร เพศ มาศึกษาโดยตั้งสมมติฐานว่านักศึกษาที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน

4.2 ชั้นปีกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

อัจฉรา เพ็ชรประสิทธิ์ (2559) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดตรัง พบว่า ชั้นปีไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ธาราพรศ์ ศรีบุญญารักษ์. (2562) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตัวเองตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 10 อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า ระดับชั้นไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากงานวิจัยข้างต้น ผู้ศึกษาค้นคว้าไม่สามารถสรุปได้ว่า ชั้นปีมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาสนใจตัวแปร ชั้นปี เนื่องจากผู้ศึกษาคาดว่า นักศึกษาที่มีชั้นปีแตกต่างกันอาจมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน ผู้ศึกษาจึงนำตัวแปร ชั้นปี มาศึกษาโดยตั้งสมมติฐานว่านักศึกษาที่มีชั้นต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน

4.3 การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

จิตรรัฏดา บุญพิศิษฐ์สกุล (2558) การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจสังกัดสำนักงานเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงาน ตำรวจแห่งชาติ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

วิทมา ธรรมเจริญ และ นิทัศนีย์ เจริญงาม (2561) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลสองพี่น้อง อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

จากงานวิจัยข้างต้น ผู้ศึกษาค้นคว้าจึงนำตัวแปร การสนับสนุนทางสังคม มาศึกษาโดยตั้งสมมติฐานว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

4.4 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

อัจฉรา เพ็ชรประสิทธิ์ (2559) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดตรัง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ธาราพรศ์ ศรีบุญญารักษ์. (2562) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตัวเองตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 10 อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยข้างต้น ผู้ศึกษาค้นคว้าจึงนำตัวแปร ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมาศึกษาโดยตั้งสมมติฐานว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

บทที่ 3
วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าเรื่อง การสนับสุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าตามขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นนักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ที่ศึกษาในปี 2565 จำนวน 249 คน (สำนักทะเบียนและประมวลผล มหาวิทยาเกษมบัณฑิต ณ วันที่ 28 ธันวาคม 2565)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นนักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ที่ศึกษาในปี 2565 จำนวน 154 คน ได้มาจากการเปิดตารางของเครซี่และมอร์แกน (Robert V.Krejcie and Early W. Morgan. 1970 อ้างใน ธีรวุฒิ เอกะกุล, 2543) ซึ่งต้องใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 152 คน และใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience sampling) จากประชากรทั้งหมด (ชูศรี วงศ์รัตนะ,2553 : 62) ทั้งนี้ผู้ศึกษาเก็บข้อมูลได้จำนวน 154 คน และนำมาใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามจำนวน 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

2.1 วิธีการสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง ได้แก่ เพศ และชั้นปี

ตารางที่ 1 ตัวอย่างแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความ หรือเติมข้อความในช่องว่าง ตามความเป็นจริงของนักศึกษา

(0) เพศ

☐ ชาย ☐ หญิง

(00) ชั้นปี

☐ ชั้นปีที่1 ☐ ชั้นปีที่2

☐ ชั้นปีที่3 ☐ ชั้นปีที่4

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ผู้ศึกษาได้สร้างแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม

2) กำหนดนิยามปฏิบัติการของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

3) สร้างแบบสอบถามที่ครอบคลุมนิยามปฏิบัติการที่กำหนดไว้ในข้อที่ 2 โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 18 ข้อ

4) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นในข้อ 3 เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาโครงงานพิเศษ เพื่อตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะ แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไข

5) นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาโครงงานพิเศษในข้อที่ 4 ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของข้อคำถามที่นำมาปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละข้อความครอบคลุมและสอดคล้องตามนิยามปฏิบัติการที่กำหนด

6) นำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ ในข้อ 5 มาคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of Congruence) ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2553, น73) และปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ได้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำนวน 14 ข้อ

7) นำแบบสอบถามในข้อ 6 เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาโครงงานพิเศษ เพื่อพิจารณาตรวจสอบความสมบูรณ์อีกครั้ง จากนั้นจึงนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยใช้วิธีการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ (Item–total

Correlation) จากสูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และคัดเลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกใช้ได้ (ค่า r_{XY}) คือมีค่าตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป (ชูศรี วงศ์รัตนะ ,2553, น75) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง -.01 ถึง .69 คัดเลือกไว้จำนวน 12 ข้อ

8) หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามแต่ละฉบับที่คัดเลือกไว้แล้วในข้อ 7 โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86

9) จัดพิมพ์แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ที่ได้จากข้อ 8 เพื่อนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าต่อไป

ตารางที่ 2 ตารางสรุปจำนวนข้อคำถามในแต่ละขั้นตอนการสร้างแบบสอบถาม และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ

แบบสอบถาม	จำนวนข้อคำถามที่สร้าง	จำนวนข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องผ่านเกณฑ์ (IOC $\geq$ 0.5)	จำนนข้อคำถามที่ผ่านการทดลองใช้และมีค่าอำนาจจำแนกใช้ได้ ($r_{xy} \geq 0.2$)	ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	18	14	12	.86

ตารางที่ 3 ตัวอย่างแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
(0)	ท่านออกกำลังกายครั้งละ 10-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน					
(00)	ท่านมีการสำรวจ ดูแล เอาใจใส่ตนเอง					

เกณฑ์การให้คะแนน

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน	5 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้คะแนน	4 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ให้คะแนน	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	ให้คะแนน	1 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมาย

กำหนดช่วงอันตรภาคชั้นจากสูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2553: 23)

$$\text{ค่าอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{(คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\text{ค่าอันตรภาคชั้น} = \frac{5 - 1}{3}$$

$$= 1.33$$

จะได้ระดับของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดังนี้

คะแนน	3.68 – 5.00	หมายถึง	มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมาก
คะแนน	2.34 – 3.67	หมายถึง	มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพปานกลาง
คะแนน	1.00 – 2.33	หมายถึง	มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพน้อย

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้ศึกษาใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของวิทมา ธรรมเจริญ และนิทัศนีย์ เจริญงาม (2561) มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) น้อยที่สุด (1) มีจำนวน 25 ข้อ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.7

ตารางที่ 4 ตัวอย่างแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม						
ข้อที่	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์						
(0)	เมื่อท่านเดือดร้อนหรือไม่สบายใจ สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจท่านเสมอ					
ด้านการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารจากครอบครัว และเพื่อน						
(00)	ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัว					
ด้านการสนับสนุนทางด้านสิ่งของ อุปกรณ์ การเงิน และแรงงาน						
(000)	ท่านได้รับการดูแลจากครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย					

เกณฑ์การให้คะแนน

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นข้อความที่มีความหมายทางบวกทุกข้อ ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	ให้คะแนน	5	คะแนน
มาก	ให้คะแนน	4	คะแนน
ปานกลาง	ให้คะแนน	3	คะแนน
น้อย	ให้คะแนน	2	คะแนน
น้อยที่สุด	ให้คะแนน	1	คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมาย

ใช้เกณฑ์การประเมินผลโดยอิงเกณฑ์ หาค่าเฉลี่ยเมื่อทำการวิเคราะห์แปลผล และระดับแรงสนับสนุนทางสังคม 5 ระดับ โดยเอาคะแนนเฉลี่ย (Mean) เป็นตัวชี้วัดซึ่งอาศัยแนวคิดของบุญชม ศรีสะอาด (2543, น.100 – 103 อ้างถึงใน วิทมา ธรรมเจริญ และนิทัศนีย์ เจริญงาม, 2561) ดังนี้

จะได้ระดับของการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

คะแนน	4.51-5.00	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด
คะแนน	3.51-4.50	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมมาก
คะแนน	2.51-3.50	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
คะแนน	1.51-2.50	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย
คะแนน	1.00-1.50	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุด

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

แบบสอบถามการความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ผู้ศึกษาใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของอัจฉรา เพ็ชรประสิทธิ์ (2559) มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้คะแนน 1 คะแนน ตอบผิด ให้คะแนน 0 คะแนน มีจำนวน 15 ข้อ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .785

ตารางที่ 5 ตัวอย่างแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
(0)	ผู้ที่มีโรคประจำตัวไม่จำเป็นต้องปรึกษาแพทก่อนออกกำลังกาย		
(00)	การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดมะเร็ง		

เกณฑ์การให้คะแนน

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตอบถูก ให้คะแนน	1	คะแนน
ตอบผิด ให้คะแนน	0	คะแนน
คะแนนเต็ม	15	คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมาย

กำหนดช่วงอันตรภาคชั้นจากสูตร

$$\text{ค่าอันตรภาคชั้น} = \frac{(\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด})}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$\text{ค่าอันตรภาคชั้น} = \frac{15 - 0}{3}$$

$$= 5$$

จะได้ระดับของความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ดังนี้

คะแนน 1-5	หมายถึง	มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 6-10	หมายถึง	มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 11-15 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอยู่ใน ระดับสูง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษาค้นคว้า โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 ผู้ศึกษาติดต่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะบดีคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต เพื่อขอทำการศึกษาค้นคว้ากับกลุ่มตัวอย่าง

3.2 ผู้ศึกษานำแบบสอบถามไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าและขอความอนุเคราะห์ให้ นักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ทำแบบสอบถาม จำนวน 154 ชุด

3.3 เมื่อได้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้ศึกษาได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับพบว่าแบบสอบถามสมบูรณ์ทุกฉบับ จึงได้นำแบบสอบถามไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของนักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำแนกตาม เพศ และ ชั้นปี รวมถึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

4.2 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

4.2.1 สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1) ความถี่ (Frequency) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลของตัวแปร เพศและชั้นปี

2) ร้อยละ (Percentage) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลของตัวแปร เพศและชั้นปี

3) ค่าเฉลี่ย (Mean) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลของตัวแปร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

4) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลของตัวแปร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

4.2.2 สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

1) สถิติ t-test แบบเป็นอิสระต่อกัน (t–test for Independent Sample) สำหรับทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ของกลุ่ม 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2553, น87) ในการทดสอบสมมติฐานของการศึกษาค้นคว้าข้อที่ 1

สูตรที่ 1 Pooled Variance กรณีความแปรปรวนของสองกลุ่มเท่ากัน

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{(n_1-1)S_1^2+(n_2-1)S_2^2}{n_1+n_2-2}\left(\frac{1}{n_1}+\frac{1}{n_2}\right)}}$$

$$df = n_1 + n_2 - 2$$

สูตรที่ 2 Separated Variance กรณีความแปรปรวนของสองกลุ่มไม่เท่ากัน

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1}+\frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$df = \frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1}+\frac{S_2^2}{n_2}\right)^2}{\frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1}\right)^2}{(n_{1-1})}+\frac{\left(\frac{S_2^2}{n_2}\right)^2}{(n_{2-1})}}$$

2) สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA or F-test) สำหรับทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ของกลุ่มมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2553, น88) ในการทดสอบสมมติฐานของการศึกษาค้นคว้าข้อที่ 2

$$F = \frac{MS_B}{MS_w}$$

df = k-1 และ N-k

3) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) สำหรับวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2553, น88) ในการทดสอบสมมติฐานของการศึกษาค้นคว้าข้อที่ 3 และข้อที่ 4

$$r_{xy} = \frac{N\sum xy-(\sum X)(\sum Y)}{\sum[N\sum X^2-(\sum X)^2][N\sum Y^2]-(\sum Y)^2}$$

บทที่ 4
ผลการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาจาก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 154 คน โดยใช้แบบสอบถามจำนวน 4 ตอน มีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เพื่อให้การแปลความหมายของผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นที่เข้าใจตรงกัน ผู้ศึกษาได้ใช้สัญลักษณ์และคำย่อที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ดังนี้

n	หมายถึง	กลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
SD	หมายถึง	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	หมายถึง	ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณา t-test
F	หมายถึง	ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณา F-test
df	หมายถึง	ชั้นความเป็นอิสระ
SS	หมายถึง	ผลรวมของผลต่างกำลังสอง (Sum of Square)
MS	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยกำลังสอง (Mean Square)
p	หมายถึง	ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ
**	หมายถึง	ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
*	หมายถึง	ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอข้อมูล ผู้ศึกษาได้นำเสนอผลการศึกษาค้นคว้าในรูปของตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศและชั้นปี
2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ และชั้นปี ปรากฏผลดังตารางที่ 6 และ ตารางที่ 7

ตารางที่ 6 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชาย	31	20.13
หญิง	123	79.87
รวม	154	100.00

จากตารางที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 79.87 และเป็นเพศชาย จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 20.13

ตารางที่ 7 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับชั้น

ชั้นปี	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	54	35.06
2	36	23.38
3	35	22.73
4	29	18.83
รวม	154	100.00

จากตารางที่ 7 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชั้นปีที่ 1 จำนวน 54 คนคิดเป็นร้อยละ 35.06 รองลงมาเป็นชั้นปีที่ 2 จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 23.38 ชั้นปีที่ 3 จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 22.73 และชั้นปีที่ 4 จำนวน 29 คิดเป็นร้อยละ 18.83 ตามลำดับ

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ปรากฏดังตารางที่ 8 ตารางที่ 9 และตารางที่ 10

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำแนกเป็นรายข้อ ปรากฏผลดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำแนกเป็นรายข้อ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	$\overline{X}$	SD	ระดับ
1. ท่านออกกำลังกายครั้งละ10-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน	2.77	1.26	ปานกลาง
2. ท่านรับประทานอาหารจำพวกผักและผลไม้	3.84	1.04	มาก
3. ท่านไม่รับประทานอาหารประเภท เช่น บะหมี่สำเร็จรูป ข้าวต้มและโจ๊กปรุงแต่ง ฯลฯ	2.60	1.14	ปานกลาง
4. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุกสุกใหม่อยู่เสมอ	4.05	.86	มาก
5. เมื่อท่านมีความวิตกกังวลหรือความเครียดท่านจะหากิจกรรมทำเพื่อช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวลหรือความเครียดนั้น	4.13	.91	มาก
6. ท่านจัดการกับสภาวะอารมณ์ให้เหมาะสมต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น	3.96	.88	มาก
7. ท่านมีการสำรวจสภาวะทางจิตใจและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับจิตใจของตนเอง	3.98	.87	มาก
8. ท่านเข้ารับการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง	2.64	1.29	ปานกลาง
9. ท่านสวมหมวกนิรภัยหรือคาดเข็มขัดนิรภัยในขณะขับขี่รถ	3.77	1.09	มาก
10. ท่านล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหารเพื่อสุขอนามัยที่ดี	3.97	.95	มาก
11. ท่านควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม	3.40	1.22	ปานกลาง
12. ท่านดื่มน้ำสะอาด และเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์	4.05	.92	มาก
รวม	3.60	.60	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำแนกเป็นรายข้อ พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อคำถามทุกข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (2.60-4.13) มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .86-1.29 โดยข้อ 5 เมื่อท่านมีความวิตกกังวลหรือความเครียดท่านจะหากิจกรรมทำเพื่อช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวลหรือความเครียดนั้นท่านสูบบุหรี่เวลาเข้าสังคม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (4.13) และข้อ 3 ท่านไม่รับประทานอาหารประเภท เช่น บะหมี่สำเร็จรูป ข้าวต้มและโจ๊กปรุงแต่ง ฯลฯ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (2.60) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาโดยรวม พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 แสดงว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการสนับสนุนทางสังคม จำแนกเป็นรายด้าน ได้แก่ 1.) ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ 2.) ด้านการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารจากครอบครัว และเพื่อน 3.) ด้านการสนับสนุนทางด้าน สิ่งของอุปกรณ์ การเงินและแรงงาน ปรากฏผลดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคม จำแนกเป็นรายข้อ

การสนับสนุนทางสังคม	$\overline{X}$	SD	ระดับ
ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์			
1. สมาชิกในครอบครัวมีความรักใคร่กลมเดียวกัน	4.03	.99	มาก
2. เดือดร้อนหรือไม่สบายใจสมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจท่านเสมอ	3.92	1.01	มาก
3. สมาชิกในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้ง	4.01	1.01	มาก
4. สมาชิกในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย	4.03	1.01	มาก
5. ท่านมีบุคคลที่จะช่วยเหลือท่านได้เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ หดหู่หรือผิดหวัง	4.12	.96	มาก
6. ท่านมีเพื่อนที่คอยห่วงใย ซักถามเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายและจิตใจของท่าน	4.10	.95	มาก
7. ท่านมีเพื่อนที่คอยรับฟัง ให้กำลังใจ และแสดงความเห็นใจ เมื่อท่านมีปัญหา ต้องการคำปรึกษา	4.12	.99	มาก
8. ท่านสามารถให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา แก่สมาชิกในครอบครัว	4.02	.97	มาก
รวมด้านการสนับสนุนทางอารมณ์	4.04	.79	มาก
การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวและเพื่อน			
9. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพร่างกายตนเองจากครอบครัว	3.63	1.01	มาก
10. ท่านได้รับคำแนะนำให้ดูแลสุขภาพจากเพื่อน	3.60	1.09	มาก
11. ได้รับคำแนะนำจากครอบครัวเรื่องแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต	3.96	3.96	มาก
12. เพื่อนให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของท่าน	3.79	.94	มาก
13. ท่านได้รับทราบข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์จากครอบครัว	3.82	1.00	มาก
14. ท่านและครอบครัวมีเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกัน	3.48	1.18	ปานกลาง

การสนับสนุนทางสังคม	$\overline{X}$	SD	ระดับ
15. ท่านและสมาชิกในครอบครัวมีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	3.54	1.10	มาก
16. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ	3.99	.91	มาก
17. ท่านและเพื่อนมีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	3.66	1.01	มาก
รวมด้านการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวและเพื่อน	3.72	.76	มาก
การสนับสนุนทางด้าน สิ่งของอุปกรณ์ การเงิน และแรงงาน			
18. สมาชิกในครอบครัวให้เงินท่านเป็นประจำ	4.19	1.00	มาก
19 .เพื่อนช่วยเหลือท่านได้เมื่อท่านมีปัญหาด้านการเงิน	3.62	1.12	มาก
20. เมื่อท่านเจ็บป่วยสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้องหรือบุคคลใกล้ชิดช่วยเหลือท่านด้านการเงิน	4.18	.92	มาก
21. สมาชิกในครอบครัวญาติพี่น้องหรือบุคคลใกล้ชิดเต็มใจให้ความช่วยเหลือท่านเมื่อต้องการความช่วยเหลือทางด้านสิ่งของ	4.08	.99	มาก
22. สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้พาท่านไปพบแพทย์หรือช่วยดูแลสุขภาพของท่าน	4.06	1.04	มาก
23. ท่านได้รับการดูแลจากครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย	4.21	.96	มาก
24. เพื่อนของท่านพร้อมที่จะช่วยท่านด้านแรงงานเมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ	3.94	.94	มาก
25. เมื่อท่านมีปัญหาเดือดร้อนในครอบครัวท่านสามารถพึ่งพาเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดได้	4.08	.98	มาก
รวมด้านการสนับสนุนทางด้าน สิ่งของอุปกรณ์ การเงิน และแรงงาน	4.05	.77	มาก
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	3.93	.71	มาก

จากตารางที่ 9 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา จำแนกเป็นรายข้อ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ คำถามส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (3.48-4.21) มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .77-1.18 โดยพบว่าค่าเฉลี่ย ข้อที่ 23 ท่านได้รับการดูแลจากครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย มีค่าเฉลี่ยงสูงสุด (4.21) และข้อที่ 14 ท่านและครอบครัวมีเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกัน มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (3.48) เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมของนักศึกษาโดยรวม พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านสูงสุดคือ การสนับสนุนทางด้าน สิ่งของ อุปกรณ์ การเงินและแรงงาน ค่าเฉลี่ย 4.05 รองลงมาคือ ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ ค่าเฉลี่ย 4.04 และการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวและเพื่อน ค่าเฉลี่ย 3.72 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จำแนกเป็นรายข้อ ปรากฏผลดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จำแนกเป็นรายข้อ

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	ตอบถูก (ได้ 1 คะแนน)		ตอบผิด (ได้ 0 คะแนน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. สุขภาพหมายถึงภาวะแห่งความสมบูรณ์และความสมดุลของบุคคลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และอารมณ์รวมทั้งสภาวะที่ปราศจากโรคและความพิการและการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมอย่างปกติสุข	146	94.8	8	5.2
2. การรับประทานอาหารควรรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ครบถ้วน มีความสะอาดและเหมาะสมกับวัย	150	97.4	4	2.6
3. การไม่รับประทานอาหารเช้าไม่มีผลต่อภาวะขาดน้ำตาลของร่างกาย	87	56.5	67	43.5
4. การงดรับประทานอาหารบางมื้อ ทำให้ร่างกายอ่อนเพลียขาดสารอาหารที่จำเป็นบางอย่างและมีพลังงานไม่เพียงพอต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ	118	76.6	36	23.4
5. ควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที	136	88.3	18	11.7
6. ผู้ที่มีโรคประจำตัวไม่จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย	97	63.0	57	37.0
7. ความเครียดทำให้การทำงานของร่างกายลดน้อยลง เช่น รู้สึกอ่อนเพลีย เมื่อยล้า ไม่อยากทำงาน	148	96.1	6	3.9
8. การนอนหลับไม่เพียงพอทำให้สมองเรียนรู้ช้าลงแต่ไม่สามารถทำให้อ้วนขึ้นได้	57	37.0	97	63.0

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	ตอบถูก (ได้ 1 คะแนน)		ตอบผิด (ได้ 0 คะแนน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
9. กากใยในผลไม้ช่วยในการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกายช่วยลดน้ำหนักได้	140	90.9	14	9.1
10. การดื่มนมเป็นประจำทุกวันจะช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกายทำให้ร่างกายแข็งแรงป้องกันโรคกระดูกพรุนแต่ไม่สร้างภูมิคุ้มกันโรคให้กับร่างกาย	130	84.4	24	15.6
11. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดมะเร็ง	123	79.9	31	20.1
12. การดื่มกาแฟจะช่วยกระตุ้นระบบประสาททำให้ร่างกายสดชื่น ขจัดความเซื่องซึมและอ่อนล้าได้	125	81.2	29	18.8
13. ผู้ที่มีสุขภาพดีจะสามารถปฏิบัติงานหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างคล่องแคล่ว	147	95.5	7	4.5
14. การดูแลสุขภาพทำให้อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายมีสภาพสมบูรณ์และเป็นปกติทรุดโทรมช้า	143	92.9	11	7.1
15. การได้รับข้อมูลต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ ในการป้องกันบำบัด บรรเทา และรักษาสุขภาพ จะช่วยสร้างภูมิคุ้มกันให้กับตนเองได้ดีขึ้น	151	98.1	3	1.9
$\bar{X}$ = 12.32 (ระดับสูง) SD = 1.87				

จากตารางที่ 10 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ ข้อที่มีคนตอบถูกมากที่สุดคือ ข้อ 15 การได้รับข้อมูลต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ ในการป้องกันบำบัด บรรเทา และรักษาสุขภาพ จะช่วยสร้างภูมิคุ้มกันให้กับตนเองได้ดีขึ้น จำนวน 151 คน คิดเป็นร้อยละ 98.1 ข้อที่มีคนตอบถูกน้อยที่สุดคือ ข้อที่ 6 ผู้ที่มีโรคประจำตัวไม่จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 63.0 เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ โดยรวมพบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.32 แสดงว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง

3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1 นักศึกษาที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติที่ใช้ในการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา จำแนกตามเพศปรากฏดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติที่ใช้ในการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา จำแนกตามเพศ

เพศ	n	$\bar{X}$	SD	df	t	P
ชาย	31	3.72	.72	39.73	1.07	.291
หญิง	123	3.57	.56			
รวม	154					

จากตารางที่ 11 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าสถิติที่ใช้ในการเปรียบเทียบการพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา จำแนกตามเพศพบว่า นักศึกษาที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการวิเคราะห์ที่ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานข้อที่ 2 นักศึกษาที่มีชั้นปีต่างกัน มีพฤติกรรมการแตกต่างกัน

ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติที่ใช้ในการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา จำแนกตามชั้นปีปรากฏดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติที่ใช้ในการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา จำแนกตามชั้นปี

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	2.79	.93	2.69*	.049
ภายในกลุ่ม	150	51.97	.35		
รวม	153	54.77			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 12 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าสถิติที่ใช้ในการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา จำแนกตามชั้นปี พบว่า นักศึกษาที่มีชั้นปีต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิเคราะห์ที่ได้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ จึงนำไปทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ ด้วยวิธี LSD ปรากฏผลตามตาราง ที่ 13

ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา จำแนกตามชั้นปี

ชั้นปี	$\overline{X}$	3	1	2	4
		3.38	3.59	3.65	3.79
3	3.38	-	0.21	0.27	0.41*
1	3.59	-	-	0.06	0.20
2	3.65	-	-	-	0.14
4	3.79	-	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 13 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา จำแนกตามชั้นปี พบว่า นักศึกษาที่มีชั้นปีที่4 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่านักศึกษาชั้นปีที่3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง

สมมติฐานข้อที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา ปรากฏดังตาราที่ 14

ตารางที่ 14 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
การสนับสนุนนทางสังคม	.449*** (P= .000)
ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์	.424*** (P= .000)
การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวและเพื่อน	.457*** (P= .000)
ด้านการสนับสนุนทางด้าน สิ่งของอุปกรณ์การเงินและแรงงาน	.349*** (P= .000)

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตารางที่ 14 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .449 ซึ่งผลการวิเคราะห์ที่ได้เป็นไปตาม

สมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวและเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ และด้านการสนับสนุนทางด้าน สิ่งของอุปกรณ์การเงิน และแรงงานตามลำดับ

สมมติฐานข้อที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา ปรากฏดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	.075 (p=.179)

จากตารางที่ 15 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งผลการวิเคราะห์ที่ได้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

บทที่ 5
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้า เรื่อง การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต มีการสรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ ตามลำดับดังนี้

1. วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้า

1.1 เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

1.2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำแนกตาม เพศ และ ชั้นปีของนักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

1.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

2. สมมติฐานของการค้นคว้า

2.1 นักศึกษาที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน

2.2 นักศึกษาที่ชั้นปีต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน

2.3 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

2.4 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

3. ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

3.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นนักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ที่ศึกษาในปี 2565 จำนวน 249 คน (สำนักทะเบียนและประมวลผล มหาวิทยาเกษมบัณฑิต ณ วันที่ 28 ธันวาคม 2565)

3.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นนักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ที่ศึกษาในปี 2565 จำนวน 154 คน ได้มาจากการเปิดตารางของเครซี่และมอร์แกน (Robert V.Krejcie and Early W. Morgan, 1970 อ้างใน ธีรวุฒิ เอกะกุล, 2543) ซึ่งต้องใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 152 คน และใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience Sampling) จากประชากรทั้งหมด (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2553 : 62) ทั้งนี้ผู้ศึกษาเก็บข้อมูลได้จำนวน 154 คน และนำมาใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

3.3 ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ คือ

1) เพศ แบ่งเป็น

1.1) เพศชาย

1.2) เพศหญิง

2) ชั้นปี

2.1) ชั้นปีที่ 1

2.2) ชั้นปีที่ 2

2.3) ชั้นปีที่ 3

2.4) ชั้นปีที่ 4

3) การสนับสนุนทางสังคม

4) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

4. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามจำนวน 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศและชั้นปี

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 4 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

5. สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของแบบสอบถามเรื่อง การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิตได้ผลดังนี้

5.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 79.9 และเป็นเพศชาย จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 20.1

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชั้นปีที่ 1 จำนวน 54 คนคิดเป็นร้อยละ 35.1 รองลงมาเป็นชั้นปีที่ 2 จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 23.4 ชั้นปีที่ 3 จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 22.7 และชั้นปีที่ 4 จำนวน 29 คิดเป็นร้อนละ 18.8 ตามลำดับ

5.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม สังคม และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำแนกเป็นรายข้อ พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 12 ข้อคำถามทุกข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง กลาง (2.60-4.13) มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .86-1.29 โดยข้อ 5 เมื่อท่านมีความวิตกกังวลหรือความเครียดท่านจะหากิจกรรมทำเพื่อช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวลหรือความเครียดนั้นท่านสูบบุหรี่เวลาเข้าสังคม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (4.13) และข้อ 3 ท่านไม่รับประทานอาหารประเภท เช่น บะหมี่

สำเร็จรูป ข้าวต้มและโจ๊กปรุงแต่ง ฯลฯ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (2.60) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาโดยรวม พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 แสดงว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ คำถามส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (3.48-4.21) มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .77-1.18 โดยพบว่าค่าเฉลี่ย ข้อที่ 23 ท่านได้รับการดูแลจากครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย มีค่าเฉลี่ยงสูงสุด (4.21) และข้อที่ 14 ท่านและครอบครัวมีเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกัน มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (3.48) เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมของนักศึกษาโดยรวมพบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ ข้อที่มีคนตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อ 15 การได้รับข้อมูลต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ ในการป้องกันบำบัด บรรเทา และรักษาสุขภาพ จะช่วยสร้างภูมิคุ้มกันให้กับตนเองได้ดีขึ้น จำนวน 151 คน คิดเป็นร้อยละ 98.1 ข้อที่มีคนตอบถูกน้อยที่สุดคือ ข้อที่ 6 ผู้ที่มีโรคประจำตัวไม่จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 63.0 เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ โดยรวมพบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.32 แสดงว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง

5.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

จากสมมติฐานที่ตั้งไว้ สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน ได้ดังนี้

1.นักศึกษาที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการวิเคราะห์ที่ได้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

2. นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง

3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .449 ซึ่งผลการวิเคราะห์ที่ได้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

4. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งผลการวิเคราะห์ที่ได้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

6. อภิปรายผลการศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษาค้นคว้าเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต อภิปรายผลการศึกษาค้นคว้าได้ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 นักศึกษาที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการวิเคราะห์ที่ได้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ เนตรนภา กิจรุ่งพิพัฒน์ และอนุสรา พันธุ์นิธิทร์ (2555) ที่ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตสารสนเทศเพชรบุรี ผลการวิจัยเกี่ยวกับตัวแปรเพศและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า นักศึกษาที่มีเพศแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อนและคลายความเครียด ด้านการตรวจและดูแลตนเอง ๆ ไม่แตกต่างกัน แต่แตกต่างจากงานวิจัยของ อัจฉรา เพ็ชรประสิทธิ์ (2559) ที่ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่า เพศชายมีการดูแลสุขภาพมากกว่าเพศหญิง

การที่ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า นักศึกษาที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้เพิ่งผ่านช่วงการระบาดอย่างรุนแรงของโควิด 19 ซึ่งเป็นโรคระบาดที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทยด้วย จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ประชาชนตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพกัน เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงและเพิ่มการป้องกันโรคต่าง ๆ ให้ร่างกายปลอดภัยและมีสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow อ้างถึงใน เติมศักดิ์ คทวณิช, 2546) ในขั้นที่ 2 ซึ่งเป็นความต้องการความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตของตนเอง โดยการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีจะช่วยตอบสนองความต้องการในขั้นนี้ได้ และทั้งชายและหญิงต่างมีความต้องการในขั้นนี้ ดังที่มาสโลว์ได้กล่าวไว้ว่ามนุษย์ทุกคนล้วนมีความต้องการที่คล้ายคลึงกัน อันจะทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบความต้องการในแต่ละขั้นเหล่านี้ ดังนั้นหากนักศึกษาชายและหญิงมีความต้องการความปลอดภัยเช่นเดียวกัน ก็ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเหมือนกันได้

นอกจากนี้ในปัจจุบันยังมีข้อมูลและสื่อต่าง ๆ ที่นำเสนอเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ โดยมีตัวแบบทั้งชายและหญิงในการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ อาทิ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพจิต ซึ่งเข้าถึงทุกเพศ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (2563) ที่มีการนำเสนอข้อมูลเรื่อง กินผักผลไม้และออกกำลังกายลดความเสี่ยงโดยมีสื่อโปสเตอร์เป็นตัวแบบ และมหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต (2565) ที่มีการนำเสนอข้อมูลเรื่อง การดูแลสุขภาพใน สถานการณ์โควิด โดยมีนักศึกษาทั้งชายและหญิงเป็นตัวแบบ ตัวแบบเหล่านี้อาจทำให้นักศึกษามีพฤติกรรมตามตัวแบบได้ สอดคล้องกับทฤษฎีปัญญาสังคมของแบนดูรา (Banbura, 1977, 1986 อ้างถึงใน อรรควิช จารึกจารีต, 2561) ที่อธิบายไว้ว่ามนุษย์สามารถเรียนรู้จากการสังเกตและเลียนแบบจากตัวแบบได้ ไม่ว่าจะเป็นตัวแบบที่มีชีวิตหรือตัวแบบที่เป็นสื่อ ดังนั้นการที่นักศึกษาทั้งชายและหญิงมีตัวแบบในด้านการดูแลสุขภาพ จึงเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกันได้

จากเหตุผลที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น จึงอาจเป็นเหตุให้นักศึกษาที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 2 นักศึกษาที่มีชั้นปีต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาที่ศึกษาในชั้นปีต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แตกต่างกับงานวิจัยของ ธาราพรศ์ ศรีบุญญารักษ์ (2563) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 10 อำเภอเมืองสมุทราสาคร จังหวัดสมุทรสาคร ผลการวิจัยเกี่ยวกับชั้นปีและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า นักเรียนที่เรียนระดับชั้นเรียนต่างกัน มีระดับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ โดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.5

การที่ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า นักศึกษาที่ศึกษาในชั้นปีต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนักศึกษาคณะจิตวิทยาชั้นปีที่ 4 มีประสบการณ์ในการเรียนรู้มากกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3 ทั้งการเรียนทฤษฎีในห้องเรียน การเรียนภาคปฏิบัติ และการฝึกปฏิบัติงานกับหน่วยงานภายนอกมหาวิทยาลัย ประสบการณ์ที่มากกว่านี้ทำให้นักศึกษาชั้นปีที่ 4 เรียนรู้ที่จะแบ่งเวลาในการดูแลสุขภาพเพื่อให้มีสุขภาพกายที่แข็งแรงและสุขภาพจิตที่ดี สำหรับการเรียนที่มีความซับซ้อนขึ้นกว่าชั้นปีที่ 3 สอดคล้องกับกันยา สุวรรณแสง (2554) ที่อธิบายไว้ว่าความรู้และประสบการณ์เดิมมีอิทธิพลต่อการรับรู้ ผู้ที่มีประสบการณ์เดิมแตกต่างกัน อาจทำให้เกิดความรับรู้แตกต่างกันได้

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการด้านการรู้คิดของ Piaget (อ้างถึงใน ประณต เค้าฉิม, 2549) ที่อธิบายไว้ว่ามนุษย์จะมีพัฒนาการด้านการรู้คิดจากการมีวุฒิภาวะของสมองและระบบประสาทร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 4 เป็นช่วงวัยที่มีความพร้อมในการรู้คิดระดับสูง สามารถคิดถึงความเป็นเหตุเป็นผลและตัดสินใจได้ดี ประกอบกับมีประสบการณ์จากสิ่งแวดล้อมที่มากกว่าชั้นปีที่ 3 ดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น จึงทำให้ชั้นปีที่ 4 รู้ว่าการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่า

จากเหตุผลที่กล่าวมานี้จึงทำให้นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3

สมมติฐานข้อที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .449 ซึ่งผลการวิเคราะห์ที่ได้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิตรรัฏดา บุญพิศิษฐ์สกุล (2558) ที่ได้ศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจสังกัดสำนักงานเทคโนโลยี

สารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงาน ตำรวจแห่งชาติ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

การที่ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อาจเนื่องมาจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นการทำให้บุคคลได้รับสิ่งสนับสนุนโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลไม่ว่าจะเป็น สิ่งของ ข่าวสาร หรือด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ (Caplan, 1967 อ้างถึงใน ปิ่นนเรศ กาศอุดม และคณะ, 2550) ดังนั้นนักศึกษาได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และสิ่งของที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ เช่น มีคนคอยห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพของนักศึกษา ได้รับคำแนะนำหรือข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ได้รับการสนับสนุนด้านยา หน้ากากอนามัย อาหารที่มีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพ ก็เป็นแรงผลักดันให้นักศึกษามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ สอดคล้องกับ แนวคิด PRECEDE MODEL ที่อธิบายไว้ว่าปัจจัยภายนอกที่มาจากบุคคลหรือกลุ่มคน เช่น พ่อแม่ บุคคลในครอบครัว ครู เพื่อน แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางสาธารณสุข ที่คอยช่วยสนับสนุนจะเป็นแรงกระตุ้นในการแสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคลได้ (นรลักขณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, 2562) และสอดคล้องกับทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender ที่อธิบายไว้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อการเสริมสร้างสุขภาพ (ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์, 2561)

นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบ สามารถเป็นแรงจูงใจทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและอาจมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องหรือเพิ่มมากขึ้น เช่น นักศึกษาได้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และเห็นว่าจะทำให้มีสุขภาพดี ก็สามารถเป็นแรงจูงใจให้นักศึกษามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ และเมื่อมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแล้ว ได้รับการสนับสนุนจากผู้อื่นอีก เช่น ยิ่งดูแลสุขภาพดี ครอบครัวก็ให้กำลังใจให้คำชื่นชม ให้สิ่งของ ก็จะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นหรือคงอยู่ต่อไป สอดคล้องกับทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำของ Skinner (Operant Conditioning Theory) ในเรื่องของการเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcement) เป็นการให้สิ่งเสริมแรงที่บุคคลพึงพอใจ มีผลทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมถี่ขึ้น (ณัฐธิดา แย้มยิ้ม, 2555) ซึ่งอาจเป็นการได้รับแรงเสริมทางสังคม ได้แก่คำชมเชย การยอมรับและการให้ความสนใจ ได้รับแรงเสริมที่เป็นสิ่งของ เช่น ครอบครัวซื้ออาหารเพื่อสุขภาพมาให้ ดังนั้น นักศึกษาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกิดขึ้นได้ และหากได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง นักศึกษาอาจมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่คงที่หรือเพิ่มมากขึ้นได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น จึงเป็นเหตุผลให้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

สมมติฐานข้อที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งผลการวิเคราะห์ที่ได้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แตกต่างกับงานวิจัยของ อัจฉรา เพ็ชรประสิทธิ์ (2559) ที่ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดตรัง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

การที่ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แสดงให้เห็นว่า นักศึกษาที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมาก อาจมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากหรือน้อยก็ได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การเกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพ อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่น ๆ มิได้เกิดจากปัจจัยด้านความรู้เพียงอย่างเดียว อาจเกิดจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมด้วย เช่น นักศึกษาบางคนมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพดี และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อนในการดูแลสุขภาพ ก็จะสามารถทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากตามไปด้วยได้ แต่นักศึกษาบางคนที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพดี แต่ไม่มีรายได้เพียงพอในการซื้ออาหารเพื่อสุขภาพ หรือบางครั้งได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนชักชวนไปรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีผลเสียแต่สุขภาพ และไม่สามารถปฏิเสธเพื่อนได้ ก็ทำให้นักศึกษากลุ่มนี้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพน้อย แม้ว่าจะมีความรู้ในการดูแลสุขภาพดีก็ตาม สอดคล้องกับทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura (1989 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2556) ที่อธิบายว่า พฤติกรรมของบุคคลนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยด้านบุคคล เช่น ความรู้ความเข้าใจเพียงอย่างเดียว แต่จะเปลี่ยนแปลงไปตามเงื่อนไขของปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมด้วย ดังนั้น นักศึกษาที่มีความรู้ที่ดีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ แต่มีสภาพแวดล้อมที่ต่างกันตามที่กล่าวไว้ข้างต้น ก็สามารถทำให้มีพฤติกรรมที่ต่างกันได้

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นจึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

7 ข้อเสนอแนะ

7.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาค้นคว้าไปใช้

7.1.1 ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3 ส่วนคู่อื่น ๆ ไม่พบความแตกต่าง ดังนั้น ครูอาจารย์หรือผู้ที่เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ อาจมีการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เช่น กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ หรือเกมบริหารสมอง กิจกรรมที่ได้มีการผ่อนคลายจากการเรียน การทำงาน ซึ่งเป็นผลดีทั้งทางร่างกาย จิตใจให้กับนักศึกษาชั้นปีที่ 3 เพิ่มมากขึ้น

7.1.2 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดังนั้น ผู้ปกครอง เพื่อน ครูอาจารย์หรือผู้ที่เกี่ยวข้องควรมีการสนับสนุนนักศึกษาต่อไป อาจให้คำปรึกษา คำแนะนำ การพูดชมเชย ให้กำลังใจ หรือให้สิ่งของที่ประโยชน์ เช่น อาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ อุปกรณ์ออกกำลังกาย เพื่อทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องหรือเพิ่มขึ้น

7.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาค้นคว้าครั้งต่อไป

7.2.1 ในครั้งต่อไป อาจมีการศึกษากลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ เพิ่มเติม เพื่อให้มีความหลากหลายของข้อมูลที่ได้มากขึ้น เช่น นักเรียนในระดับชั้นต่าง ๆ นักศึกษาระดับปริญญาตรีคณะอื่น ๆ ผู้ที่อยู่ในช่วงวัยทำงาน ผู้สูงอายุ

7.2.2 ในครั้งต่อไป อาจมีการศึกษาตัวแปรอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น เจตคติในการดูแลสุขภาพ แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ทราบถึงด้านอื่น ๆ ของตัวบุคคลเพิ่มเติม และเพื่อให้การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความละเอียดมากขึ้น

บรรณานุกรม

กนกพร บุญอนันตบุตร. (2560). *การศึกษาความรู้ พฤติกรรมของผู้บริโภคน้ำมันปลาในเขตกรุงเทพมหานคร.* สารนิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

กันยา สุวรรณแสง. (2537). *จิตวิทยาทั่วไป.* กรุงเทพฯ: อมรการพิมพ์

กัลยารัตน์ ธีระธนชัยกุล. (2563). *อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุเขต กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี นนทบุรี และสมุทรปราการ.* มหาวิทยาลัยศรีปทุม

กิตติภณ บุญช่วย. (2553). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพนักงานในสังกัดการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์.* มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

ขนิษฐา หะยีมะแซ. (2556). *การศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์.* วิทยานิพนธ์ ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนามนุษย์และสังคม). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

จิตกาญจนา ชาญศิลป์. (2558). *ความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพนักงานเทศบาลในจังหวัดสงขลา.* วิทยานิพนธ์ ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

จิตรรัฏดา บุญพิศิษฐ์สกุล. (2558). *การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจ สังกัดสำนักงานเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงาน ตำรวจแห่งชาติ.* สารนิพนธ์ (จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ

จิวีณา พีชะพัฒน์ , ณาตรการณ์ ชยุตสาหกิจ และณิชา ศิลปวัฒนานันท์. (2554). *ผลของการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาวะในวัยรุ่นตอนต้น.* จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จุมพล รามล. (2559). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมของนักศึกษาชั้นปีที่หนึ่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต.* วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

ชราพร สนิทภักดี. (2545). *ผลของโปรแกรมการเห็นคุณค่าแห่งตนที่มีต่อคุณค่าแห่งตนและภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงที่กระทำผิดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนจังหวัดนครสวรรค์.* วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา) ชลบุรี : มหาวิทยาบูรพา

ชาลินี พรตเจริญ. (2556). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองจันทบุรี.* วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชุติมา ปฏิรูปา และคณะ. (2565). *การพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี.* ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม). วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน

บรรณานุกรม (ต่อ)

ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์. (2561). *แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพทางการพยาบาล.* ปีที่ 38 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน). วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์

ณัฐดนัย พันธุเดช. (2546) *การประเมินระดับความรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ตามโครงการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว : กรณีศึกษาอำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด.* มหาวิทยาลัยบูรพา

ณัฐธิดา แย้มยิ้ม. (2555). *ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำของสกินเนอร์ (Skinner's Operant Conditioning Theory).* สืบค้นเมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2566, จาก https://www.gotoknow.org/posts/506746

เติมศักดิ์ คทวณิช. (2546). จิตวิทยาทั่วไป (General Psychology). กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น

ทัศนาวดี เมยไธสง. (2551). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใหญ่วัยกลางคน อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี.* วิทยานิพนธ์ ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน) กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศิลปากรณ์

ธนวรรธน์ อิ่มสมบูรณ์. (2546). *พฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.* เอกสารการ สอนชุดวิชาสุขศึกษาและการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข หน่วยที่3. นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ธาราพรศ์ ศรีบุญญารักษ์. (2562). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตัวเองตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียนโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 10 อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร.* วิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศิลปากร

นงลักษณ์ ทับประทุม. (2560). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองโสน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี.* วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาตรมหาบัณฑิต.กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกริก

นรลักษณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. (2562). *การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ.* ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน). วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย

นันทินี ศุภมงคล. (2547). *ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และกลวิธีการเผชิญปัญหาของนิสิตนักศึกษา.* วิทยานิพนธ์ ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาการปรึกษา) กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนตรนภา กิจรุ่งพิพัฒน์ และอนุสรา พันธุ์นิธิทร์. (2555). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยศิลปากรณ์วิทยาเขตสารสนเทศเพชรบุรี.* มหาวิทยาลัยศิลปากรณ์

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2535). *การวัดผลและการประเมินผลการเรียนการสอน.* มหาวิทยาลัยมหิดล

บุญโรม สุวรรณพาหุ และคณะ. (2556). สุขภาวะของวัยรุ่น : กรอบมโนทัศน์และเครื่องมือประเมินทางจิตวิทยา. ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม). วารสารพฤติกรรมศาสตร์

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. (2541). *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง.* สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บรรณานุกรม (ต่อ)

ปนัดดา ศิริรัตนมงคล. (2559). *การสำรวจความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ของคนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร*. มหาวิทยาลัยธรรมศาตร์

ประณต เค้าฉิม. (2549). *ปัจจัยด้านพฤติกรรมการเรียนและการสนับสนุนทางสังคม ที่ส่งผลต่อสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตคณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประสิทธิ์ พิริยะไพบูลย์. (2559). *การศึกษาสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัว ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ปริยากร บุญญา. (2559). *ความสุขในการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม ที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล

ปิ่นนเรศ กาศอุดม, คณิสร แก้วแดง และธัสมน นามวงษ์. (2550). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออก*. วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ไพศาล แย้มวงศ์. (2555). *การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*. สารนิพนธ์ ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาการแนะแนว) กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

มหาวิทยาลัย.

ยศยง จันทรวงศา. (2558). *การสนับสนุนทางสังคม ความเหมาะสมกันระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม และความผูกพันในงานกรณีศึกษาพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบนสายการบินแห่งหนึ่ง*. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ยุซรอ เล๊าะแม. (2559). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 6-36 เดือน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลเด็ก). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รุ่งชฎาพร ใจยา. (2558). *การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้พิการในเขตเทศบาลเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน*. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

ลักขณา สริวัฒน์. (2557). *จิตวิทยาสำหรับครู*. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์

ลัดดาวัลย์ พิมสอน และคณะ. (2552). *พฤติกรรมสุขภาพของนิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*. มหาวิทยาลัยนเรศวร

วรรณวิมล เมฆวิมล. (2553). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาราชภัฏสวนสุนันทา*. มหาวิทยาราชภัฏสวนสุนันทา

วรรณวิมล เมฆวิมล. (2554). *ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร*. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

บรรณานุกรม (ต่อ)

วริยา บุญทอง และพัชรา พลเยี่ยม. (2564). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี ปี 2564 เขตสุขภาพที่ 6.* ศูนย์อนามัยที่ 6

วิทมา ธรรมเจริญ และ นิทัศนีย์ เจริญงาม. (2561). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลสองพี่น้อง อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี.* มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

วิลาวัลย์ รัตนา. (2552). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนบสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี.* สารนิพนธ์ รัฐปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ) กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สมพงศ์ เพ็ชรบริสุทธ์. (2534). *ความรู้และเจตคติต่อการสาธารณสุขมูลฐานของเจ้าพนักงานสาธารณสุข (พนักงานอนามัย) ผู้สำเร็จใหม่.* วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2556). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม.* กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์

สายันต์ แสวงสุข. (2551). *ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของบึคลากรสาธารณสุข อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์.* มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

สุนัน จันทรโมลี. (2544). *การประเมินความรู้และเจตคติของครูผู้สอนที่มีต่อแนวทางการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง.* วิทยานิพนธ์ ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (การศึกษาผู้ใหญ่) กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สุนิสา พรมป่าชัด. (2556). *พฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนบ้านร้านตัดผม ตำบลสองพี่น้อง อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

สุรพงษ์ โสธนะเสถียร. (2533). *การสื่อสารกับสังคม.* กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อภิชาต อภิชาตพร. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษามหาวิทยาลัยเกริก.* วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเกริก

อรรควิช จารึกจารีต. (2561). จิตวิทยาการเรียนรู้ (Psychology of learning). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น

อรรถพล อุบล. (2560). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนที่มาใช้บริการสวนสาธารณะเฉลิมพระเกียรติ 82 พรรษาภูมิพลมหาราช เทศบาลเมืองหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี.* วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา

อัจฉรา เพ็ชรประสิทธิ์. (2559). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดตรัง.* วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยบูรพา

เอมอร จารุรังสี และคณะ. (2559). *จิตวิทยาเพื่อการดำรงชีวิต (Psychology for Living).* พิมพ์ครั้งที่ 1. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญประเมินความสอดคล้องของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญประเมินความสอดคล้องของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

รองศาสตราจารย์ ดร.มณฑิรา จารุเพ็ง	อาจารย์ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัมมัฏฐิตตา อยู่เจริญ	อาจารย์ประจำ คณะจิตวิทยามหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
อาจารย์ ดร.อธิวัฒน์ รัตนวงศ์แข	อาจารย์ประจำ คณะจิตวิทยามหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

ภาคผนวก ข

หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ

และหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาค้นคว้า

มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
KASEM BUNDIT UNIVERSITY

ที่ มกบ. 0215/จว.059 (364)

24 พฤษภาคม 2565

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.มณฑิรา จารุเพ็ง

ด้วย นางสาวลัลล์ลลิล เจริญสุวรรณ รหัสนักศึกษา 62-08014-03103 นักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ได้ลงทะเบียนเรียนรายวิชา จว.441 โครงงานพิเศษทางจิตวิทยา 1 รายวิชาดังกล่าวนี้กำหนดให้นักศึกษาได้มีประสบการณ์ในการศึกษาค้นคว้าเรื่องที่เป็นประเด็นทางจิตวิทยา โดย นางสาวลัลล์ลลิล เจริญสุวรรณ ได้รับอนุมัติให้ทำการศึกษาค้นคว้า เรื่อง การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรรควิช จารีกจารีต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาโครงงานฯ

เพื่อให้เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีความถูกต้อง เที่ยงตรง เหมาะสมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า รายละเอียดปรากฏดังเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ หากท่านต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นางสาวลัลล์ลลิล เจริญสุวรรณ ทางโทรศัพท์เคลื่อนที่หมายเลข 086-570-6331

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.คมเพชร ฉัตรศุภกุล)
รองอธิการบดีฝ่ายกิจการพิเศษ
ในฐานะคณบดีคณะจิตวิทยา

คณะจิตวิทยา "พัฒนาตน พัฒนาคนด้วยศาสตร์และจรรยาบรรณวิชาชีพเพื่อสร้างสรรค์สังคมในอุดมคติอย่างยั่งยืน"
สถานที่ตั้ง : อาคารเกษมสรรค์ ชั้น 2 หมายเลขโทรศัพท์ 02-302-2777 ต่อ 1328
E-mail : psychology.kasem@gmail.com

วิทยาเขตพัฒนาการ : 1761 ถนนพัฒนาการ เขตสวนหลวง กรุงเทพฯ 10250 โทรศัพท์ 0-2320-2777 โทรสาร 0-2321-4444
PATANAKARN CAMPUS : 1761 PATANAKARN ROAD, SUAN LUANG, BANGKOK 10250 TEL. 0-2320-2777 FAX 0-2321-4444

วิทยาเขตร่มเกล้า : 77 ถนนร่มเกล้า เขตมีนบุรี กรุงเทพฯ 10510 โทรศัพท์ 0-2904-2222 โทรสาร 0-2904-2200
ROMKLAO CAMPUS : 77 ROMKLAO ROAD, MINBURI, BANGKOK 10510 TEL. 0-2904-2222 FAX 0-2904-2200

มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

บันทึกข้อความ

หน่วยงาน คณะจิตวิทยา
ที่ จว.095 (1) /2564 **วันที่** 24 พฤษภาคม 2565
เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัมมัฏฐิตตา อยู่เจริญ

ด้วย นางสาวลัลล์ลลิล เจริญสุวรรณ รหัสนักศึกษา 62-08014-03103 นักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ได้ลงทะเบียนเรียนรายวิชา จว.441 โครงงานพิเศษทางจิตวิทยา 1 รายวิชาดังกล่าวนี้กำหนดให้นักศึกษาได้มีประสบการณ์ในการศึกษาค้นคว้าเรื่องที่เป็นประเด็นทางจิตวิทยา มีคุณค่า และเป็นประโยชน์ ทั้งต่อตัวนักศึกษา กลุ่มบุคคล และสังคม ทั้งนี้ นางสาวลัลล์ลลิล เจริญสุวรรณ ได้รับอนุมัติให้ทำการศึกษาค้นคว้า เรื่อง การสนับสนุนทางสังคมความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรรควิช จารึกจารีต เป็นอาจารย์ปรึกษาโครงงานฯ

เพื่อให้เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีความถูกต้อง เที่ยงตรง เหมาะสมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า รายละเอียดปรากฏดังเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ หากท่านต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นางสาวลัลล์ลลิล เจริญสุวรรณ ทางโทรศัพท์เคลื่อนที่หมายเลข 086-570-6331

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรรควิช จารึกจารีต)
อาจารย์ที่ปรึกษา
โครงงานพิเศษทางจิตวิทยา

คณะจิตวิทยา "พัฒนาตน พัฒนาคนด้วยศาสตร์และจรรยาบรรณวิชาชีพเพื่อสร้างสรรค์สังคมในอุดมคติอย่างยั่งยืน"
สถานที่ตั้ง : อาคารเกษมสรรค์ ชั้น 2 หมายเลขโทรศัพท์ 02-302-2777 ต่อ 1328
E-mail : psychology@kbu.ac.th

มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

บันทึกข้อความ

หน่วยงาน คณะจิตวิทยา

ที่ จว.095 (2) /2564 **วันที่** 24 พฤษภาคม 2565

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เรียน อาจารย์ ดร.อธิวัฒน์ รัตนวงศ์แข

ด้วย นางสาวลัลล์ลลิล เจริญสุวรรณ รหัสนักศึกษา 62-08014-03103 นักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ได้ลงทะเบียนเรียนรายวิชา จว.441 โครงงานพิเศษทางจิตวิทยา 1 รายวิชาดังกล่าวนี้กำหนดให้นักศึกษาได้มีประสบการณ์ในการศึกษาค้นคว้าเรื่องที่เป็นประเด็นทางจิตวิทยา มีคุณค่า และเป็นประโยชน์ ทั้งต่อตัวนักศึกษา กลุ่มบุคคล และสังคม ทั้งนี้ นางสาวลัลล์ลลิล เจริญสุวรรณ ได้รับอนุมัติให้ทำการศึกษาค้นคว้า เรื่อง การสนับสนุนทางสังคมความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรรควิช จารีกจารีต เป็นอาจารย์ปรึกษาโครงงานฯ

เพื่อให้เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีความถูกต้อง เที่ยงตรง เหมาะสมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า รายละเอียดปรากฏดังเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ หากท่านต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นางสาวลัลล์ลลิล เจริญสุวรรณ ทางโทรศัพท์เคลื่อนที่หมายเลข 086-570-6331

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรรควิช จารีกจารีต)
อาจารย์ที่ปรึกษา
โครงงานพิเศษทางจิตวิทยา

คณะจิตวิทยา "พัฒนาคน พัฒนาคนด้วยศาสตร์และจรรยาบรรณวิชาชีพเพื่อสร้างสรรค์สังคมในอุดมคติอย่างยั่งยืน"
สถานที่ตั้ง : อาคารเกษมสรรค์ ชั้น 2 หมายเลขโทรศัพท์ 02-302-2777 ต่อ 1328
E-mail : psychology@kbu.ac.th

มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

บันทึกข้อความ

หน่วยงาน คณะจิตวิทยา

ที่ จว.146.3/2565 **วันที่** 28 มีนาคม 2566

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เข้าทำการเก็บข้อมูลสำหรับการทำโครงงานพิเศษทางจิตวิทยา

เรียน คณบดีคณะจิตวิทยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย QR Code แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ด้วย นางสาวลัลล์ลลิล เจริญสุวรรณ นักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 4 สาขาวิชาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ได้รับอนุมัติให้จัดทำโครงงานพิเศษทางจิตวิทยา เรื่อง "การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา ภายใต้การดูแลของผู้ช่วยศาสตราจารย์อรรควิช จารีกจารีต อาจารย์ที่ปรึกษา โครงงานฯ

เพื่อให้การดำเนินโครงงานฯ ของนักศึกษาสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในการอนุญาตให้ นางสาวลัลล์ลลิล เจริญสุวรรณ เข้าทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับนักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ทั้งนี้นักศึกษาจะเป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรรควิช จารีกจารีต)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
คณะจิตวิทยา

QR Code แบบสอบถาม

คณะจิตวิทยา "มุ่งมั่นประยุกต์องค์ความรู้จิตวิทยาที่ทันสมัย เพื่อพัฒนาคนในสังคมยุคใหม่ให้ดำรงชีวิตได้อย่างสร้างสรรค์บนพื้นฐานคุณธรรมและจริยธรรมวิชาชีพ"
สถานที่ตั้ง : อาคารเกษมสรรค์ ชั้น 2 หมายเลขโทรศัพท์ 023202777 ต่อ 1328
E-mail : psychology@kbu.ac.th
นางสาวลัลล์ลลิล เจริญสุวรรณ หมายเลขโทรศัพท์ 0865706331

คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

แบบตอบรับให้นักศึกษาเข้าทำการเก็บข้อมูลสำหรับการทำโครงงานพิเศษทางจิตวิทยา

เรื่อง การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของนักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

ของ นางสาวลัลล์ลลิล เจริญสุวรรณ **รหัสนักศึกษา** 620801403103

☐ ไม่สามารถให้นักศึกษาเข้าทำการเก็บข้อมูลได้

☑ ยินดีให้นักศึกษาเข้าทำการเก็บข้อมูลได้

โดยกำหนดให้นักศึกษามาทำการเก็บข้อมูลได้ ในวันที่...

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงชื่อ ....

(......รศ.ดร.คมเพชร ฉัตรศุภกุล...........)

ตำแหน่ง ......คณบดีคณะจิตวิทยา......

วันที่ ......9....../......เม.ย....... /......66......

ภาคผนวก ค

ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ตารางที่ 16 การวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ข้อ	คะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ			ผลรวม	IOC	การพิจารณา	การนำไปใช้
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3				
1	1	1	1	3	1.00	ผ่านเกณฑ์	ใช้ Try Out
2	1	1	1	3	1.00	ผ่านเกณฑ์	ใช้ Try Out
3	1	1	1	3	1.00	ผ่านเกณฑ์	ใช้ Try Out
4	1	1	1	3	1.00	ผ่านเกณฑ์	ใช้ Try Out
5	1	1	1	3	1.00	ผ่านเกณฑ์	ใช้ Try Out
6	1	0	1	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	ใช้ Try Out
7	0	1	-1	0	0.00	ไม่ผ่านเกณฑ์	ตัดทิ้ง
8	0	1	-1	0	0.00	ไม่ผ่านเกณฑ์	ตัดทิ้ง
9	1	1	1	3	1.00	ผ่านเกณฑ์	ใช้ Try Out
10	1	1	0	2	0.67	ผ่านเกณฑ์	ใช้ Try Out
11	1	-1	1	1	1.00	ผ่านเกณฑ์	ใช้ Try Out
12	1	1	1	3	1.00	ผ่านเกณฑ์	ใช้ Try Out
13	1	-1	1	1	0.33	ไม่ผ่านเกณฑ์	ตัดทิ้ง
14	1	1	1	3	1.00	ผ่านเกณฑ์	ใช้ Try Out
15	1	1	1	3	1.00	ผ่านเกณฑ์	ใช้ Try Out
16	1	1	1	3	1.00	ผ่านเกณฑ์	ใช้ Try Out
17	1	1	1	3	1.00	ผ่านเกณฑ์	ใช้ Try Out
18	1	-1	1	1	0.33	ไม่ผ่านเกณฑ์	ตัดทิ้ง

หมายเหตุ ข้อที่ผ่านเกณฑ์ คือ มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2553, น.73)

ภาคผนวก ง

ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability)
ของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r)

ตารางที่ 17 ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (r) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ข้อ	ค่า r	การพิจารณา	การนำไปใช้
1	.58	ผ่านเกณฑ์	นำไปใช้เก็บข้อมูล
2	.40	ผ่านเกณฑ์	นำไปใช้เก็บข้อมูล
3	.40	ผ่านเกณฑ์	นำไปใช้เก็บข้อมูล
4	.67	ผ่านเกณฑ์	นำไปใช้เก็บข้อมูล
5	-.01	ไม่ผ่านเกณฑ์	ตัดทิ้ง
6	.39	ผ่านเกณฑ์	นำไปใช้เก็บข้อมูล
7	.60	ผ่านเกณฑ์	นำไปใช้เก็บข้อมูล
8	.60	ผ่านเกณฑ์	นำไปใช้เก็บข้อมูล
9	.60	ผ่านเกณฑ์	นำไปใช้เก็บข้อมูล
10	.69	ผ่านเกณฑ์	นำไปใช้เก็บข้อมูล
11	.50	ผ่านเกณฑ์	นำไปใช้เก็บข้อมูล
12	.14	ไม่ผ่านเกณฑ์	ตัดทิ้ง
13	.45	ผ่านเกณฑ์	นำไปใช้เก็บข้อมูล
14	.64	ผ่านเกณฑ์	นำไปใช้เก็บข้อมูล

หมายเหตุ ข้อที่ผ่านเกณฑ์ คือ มีค่า r ตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2553, น.75)

ค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ตารางที่ 18 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

แบบสอบถาม	ค่าความเชื่อมั่น
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	.86

ภาคผนวก จ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม

เรียน นักศึกษาผู้ตอบแบบสอบถาม

ด้วยผู้ศึกษาเป็นนักศึกษาชั้นปีที่4 หลักสูตรศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ซึ่งจัดทำโครงงานพิเศษทางจิตวิทยาเรื่องการสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในหลักสูตรฯ

ในการจัดทำโครงงานพิเศษทางจิตวิทยาฯนี้จำเป็นต้องได้รับข้อมูลจากนักศึกษาผู้ศึกษาจึงขอความอนุเคราะห์จากนักศึกษาตอบแบบสอบถามฉบับนี้ตามความเป็นจริงด้วยไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิดทุกคำตอบของนักศึกษาจะเก็บรวบรวมไว้เป็นความลับโดยผู้ศึกษาจะทำการวิเคราะห์ผลการศึกษาในภาพรวมเพื่อการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เท่านั้น

การจัดทำโครงงานพิเศษทางจิตวิทยาฯนี้จะเป็นประโยชน์จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องกับนักศึกษาในการนำข้อมูลที่สำคัญไปใช้ในด้านการพัฒนานักศึกษาให้มีผลการเรียนรู้ที่ดียิ่งขึ้นผู้ศึกษาจึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากนักศึกษาและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

นางสาว ลัลล์ลลิล เจริญสุวรรณ

นักศึกษาหลักสูตรศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา

คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

รายละเอียดการยินยอมเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้า โครงงานพิเศษทางจิตวิทยา

เรื่อง การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ของนักศึกษาคณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

ข้าพเจ้าได้ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการศึกษาโครงงานพิเศษทางจิตวิทยาฉบับนี้และข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามฉบับนี้โดยสมัครใจ

☐ ยินยอม

☐ ไม่ยินยอม

....ผู้ยินยอมเข้าร่วมโครงงาน

(ลงชื่อ หรือ ลายเซ็น หรือ รหัสนักศึกษา)

วันที่.............เดือน...................................พ.ศ.............

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้ ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้
ตอนที่ 1 แบบสอบถามส่วนบุคคล จำนวน 2 ข้อ
ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ
ตอนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 25 ข้อ
ตอนที่ 4 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 15 ข้อ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ

☐ ชาย ☐ หญิง

2. ชั้นปี

☐ ชั้นปีที่1
☐ ชั้นปีที่2
☐ ชั้นปีที่3
☐ ชั้นปีที่4

ตอนที่2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

<u>คำชี้แจง</u> โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างด้านขวามือช่องใดช่องหนึ่งเพียงช่องเดียว ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด และตอบให้ครบทุกข้อ โดยพิจารณาดังนี้

5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ

4 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง

3 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง

2 หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง

1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อที่	ข้อความ	5	4	3	2	1
1	ท่านออกำลังกายครั้งละ10-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน					
2	ท่านรับประทานอาหารจำพวกผัก และผลไม้					
3	ท่านไม่รับประทานอาหารประเภท เช่น บะหมี่สำเร็จรูป ข้าวต้มและ โจ๊กปรุงแต่ง ฯลฯ					
4	ท่านรับประทานอาหารที่ปรุกสุก ใหม่อยู่เสมอ					
5	เมื่อท่านมีความวิตกกังวลหรือ ความเครียดท่านจะหากิจกรรมทำ เพื่อช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวล หรือความเครียดนั้น					
6	ท่านจัดการกับสภาวะอารมณ์ให้ เหมาะสมต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ เกิดขึ้น					
7	ท่านมีการสำรวจสภาวะทางจิตใจ และเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับ จิตใจของตนเอง					
8	ท่านเข้ารับการตรวจสุขภาพอย่าง น้อยปีละ 1-2 ครั้ง					

ตอนที่2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	5	4	3	2	1
9	ท่านสวมหมวกนิรภัยหรือคาดเข็มขัดนิรภัยในขณะขับขี่รถ					
10	ท่านล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหารเพื่อสุขอนามัยที่ดี					
11	ท่านควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม					
12	ท่านดื่มน้ำสะอาด และเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์					

ตอนที่3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

<u>คำชี้แจง</u> โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างด้านขวามือช่องใดช่องหนึ่งเพียงช่องเดียว ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด และตอบให้ครบทุกข้อ โดยพิจารณาดังนี้

5	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับท่านมากที่สุด
4	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับท่านมาก
3	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับท่านปานกลาง
2	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับท่านน้อย
1	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับท่านน้อยที่สุด

ข้อความ	5	4	3	2	1
ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์					
1. สมาชิกในครอบครัวมีความรักใคร่กลมเดียวกัน					
2. เดือดร้อนหรือไม่สบายใจ สมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจท่านเสมอ					
3. สมาชิกในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้ง					
4. สมาชิกในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย					
5. ท่านมีบุคคลที่จะช่วยเหลือท่านได้เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ หดหู่หรือผิดหวัง					
6. ท่านมีเพื่อนที่คอยห่วงใยซักถามเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายและจิตใจของท่าน					
7. ท่านมีเพื่อนที่คอยรับฟัง ให้กำลังใจ และแสดงความเห็นใจ เมื่อท่านมีปัญหา ต้องการคำปรึกษา					

ตอนที่3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (ต่อ)

ข้อความ	5	4	3	2	1
ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์					
8. ท่านสามารถให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา แก่สมาชิกในครอบครัว					
การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารจากครอบครัวและเพื่อน					
9. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพร่างกายตนเองจากครอบครัว					
10. ท่านได้รับคำแนะนำให้ดูแลสุขภาพจากเพื่อน					
11. ได้รับคำแนะนำจากครอบครัวเรื่องแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต					
12. เพื่อนให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของท่าน					
13. ท่านได้รับทราบข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์จากครอบครัว					
14. ท่านและครอบครัวมีเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกัน					
15. ท่านและสมาชิกในครอบครัวมีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ					
16. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ					
17. ท่านและเพื่อนมีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ					

ตอนที่3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (ต่อ)

ข้อความ	5	4	3	2	1
การสนับสนุนทางด้าน สิ่งของอุปกรณ์ การเงิน และแรงงาน					
18. สมาชิกในครอบครัวให้เงินท่านเป็นประจำ					
19. เพื่อนช่วยเหลือท่านได้เมื่อท่านมีปัญหาด้านการเงิน					
20. เมื่อท่านเจ็บป่วยสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้องหรือบุคคลใกล้ชิดช่วยเหลือท่านด้านการเงิน					
21. สมาชิกในครอบครัวญาติพี่น้องหรือบุคคลใกล้ชิดเต็มใจให้ความช่วยเหลือท่านเมื่อต้องการความช่วยเหลือทางด้านสิ่งของ					
22. สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้พาท่านไปพบแพทย์หรือช่วยดูแลสุขภาพของท่าน					
23. ท่านได้รับการดูแลจากครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย					
24. เพื่อนของท่านพร้อมที่จะช่วยท่านด้านแรงงานเมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ				.	
25. เมื่อท่านมีปัญหาเดือดร้อนในครอบครัวท่านสามารถพึ่งพาเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดได้					

ตอนที่ 4 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

<u>คำชี้แจง</u> โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างด้านขวามือ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ช่องใดช่องหนึ่งเพียงช่องเดียว ที่ตรงกับความคิดท่านมากที่สุด และตอบให้ครบทุกข้อ โดยพิจารณาดังนี้

ตอบถูก ให้คะแนน	1	คะแนน
ตอบผิด ให้คะแนน	0	คะแนน
คะแนนเต็ม	15	คะแนน

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. สุขภาพหมายถึงภาวะแห่งความสมบูรณ์และความสมดุลของบุคคลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและอารมณ์รวมทั้งสภาวะที่ปราศจากโรคและความพิการและการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมอย่างปกติสุข		
2. การรับประทานอาหารควรรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ครบถ้วน มีความสะอาดและเหมาะสมกับวัย		
3. การไม่รับประทานอาหารเช้าไม่มีผลต่อภาวะขาดน้ำตาลของร่างกาย		
4. การงดรับประทานอาหารบางมื้อ ทำให้ร่างกายอ่อนเพลียขาดสารอาหารที่จำเป็นบางอย่างและมีพลังงานไม่เพียงพอต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ		
5. ควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที		
6. ผู้ที่มีโรคประจำตัวไม่จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกาย		
7. ความเครียดทำให้การทำงานของร่างกายลดน้อยลง เช่น รู้สึกอ่อนเพลีย เมื่อยล้า ไม่อยากทำงาน		
8. การนอนหลับไม่เพียงพอทำให้สมองเรียนรู้ช้าลง แต่ไม่สามารถทำให้อ้วนขึ้นได้		

ตอนที่ 4 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ (ต่อ)

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
9. กากใยในผลไม้ช่วยในการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกายช่วยลดน้ำหนักได้		
10. การดื่มนมเป็นประจำทุกวันจะช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกายทำให้ร่างกายแข็งแรงป้องกันโรคกระดูกพรุนแต่ไม่สร้างภูมิคุ้มกันโรคให้กับร่างกาย		
11. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดมะเร็ง		
12. การดื่มกาแฟจะช่วยกระตุ้นระบบประสาททำให้ร่างกายสดชื่น ขจัดความเซื่องซึมและอ่อนล้าได้		
13. ผู้ที่มีสุขภาพดีจะสามารถปฏิบัติงานหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างคล่องแคล่ว		
14. การดูแลสุขภาพทำให้อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายมีสภาพสมบูรณ์และเป็นปกติทรุดโทรมช้า		
15. การได้รับข้อมูลต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ ในการป้องกันบำบัด บรรเทา และรักษาสุขภาพ จะช่วยสร้างภูมิคุ้มกันให้กับตนเองได้ดีขึ้น		

ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า

ชื่อ-สกุล	นางสาวลัลล์ลลิล เจริญสุวรรณ
วันเดือนปีเกิด	27 มิถุนายน 2544
E-mail	Lullalanlalin@gmail.com

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2566	ศิลปศาสตรบัณฑิต (สาขาจิตวิทยา) มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต กรุงเทพฯ
พ.ศ. 2562	ระดับมัธยมศึกษา (แผนการเรียนศิลป์ภาษา อังกฤษ-จีน) โรงเรียนราชดำริ กรุงเทพฯ
พ.ศ.2556	ระดับประถมศึกษา โรงเรียนศิริราษฎร์วิทยา จังหวัดพังงา