

ความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี เพศ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

นางสาวเกวลี	เกตุษา	เลขประจำตัวนิสิต	5137406938
นางสาวจีระภา	บุญเรืองอนันต์	เลขประจำตัวนิสิต	5137416138
นางสาวอริศรา	ไชยชมภู	เลขประจำตัวนิสิต	5137515638

โครงการนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต
สาขาวิชาจิตวิทยา
คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2554

RELATIONSHIPS AMONG OPTIMISM, GENDER, AND HEALTH BEHAVIORS

GEAWLEE	GATESA	5137406938
JEERAPA	BOONRUANGANAN	5137416138
ARISARA	CHAICHOMPOO	5137515638

A Senior Project Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
For the Degree of Bachelor of Science in Psychology
Faculty of Psychology
Chulalongkorn University
Academic year 2011

เกวลี เกตุษา, จีระภา บุญเรืองอนันต์ และอริศรา ไชยชมภู: ความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี เพศ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (Relationships among optimism, gender, and health behaviors)

อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย: ดร.วัชรภรณ์ บุญญศิริวัฒน์ , 48 หน้า.

การศึกษานี้จุดประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี เพศ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในภาวะปกติ ทั้งพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นตอนปลายอายุระหว่าง 17 - 25 ปี เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยได้แก่ 1) แบบวัดการมองโลกในแง่ดี 2) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า

1. การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบป้องกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .35, p < .01$)
2. การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบส่งเสริม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .20, p < .01$)
3. เพศหญิงมีผลคะแนนรวมของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบส่งเสริมสูงกว่าเพศชาย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
4. เพศหญิงมีผลคะแนนรวมของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบป้องกันสูงกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.09, p < .05$)
5. การมองโลกในแง่ดีและเพศ ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบป้องกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
6. การมองโลกในแง่ดีและเพศ ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบส่งเสริม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2554

.....

.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

KEYWORDS: OPTIMISM/ GENDER / HEALTH BEHAVIORS

GEAWLEE GATESA, JEERAPA BOONRUANGANAN, AND ARISARA CHAICHOMPOO:
RELATIONSHIPS AMONG OPTIMISM, GENDER, AND HEALTH BEHAVIORS.

RESEARCH ADVISOR: WATCHARAPORN BOONYASIRIWAT, Ph.D, 48 pp.

The purpose of this research was to study relationships among optimism, gender, and health behaviors. Participants were late adolescent aged 17 – 25 years old. Instruments were 1) an optimism scale and 2) a health behavior survey

Results indicated that:

1. Optimism was positively correlated with preventive health behavior.
($r = .35, p < .01$)
2. Optimism was positively correlated with promotive health behavior.
($r = .20, p < .01$)
3. There was no difference in reported promotive health behavior between female and male participants.
4. There was difference in reported preventive health behavior between female and male participants. ($t = -2.09, p < .05$)
5. Only optimism, but not gender, significantly predicted preventive health behavior.
6. Only optimism, but not gender, significantly predicted promotive health behavior.

FACULTY OF PSYCHOLOGY
ACADEMIC YEAR 2011

Student's Signature.....
.....
.....
Advisor's Signature.....

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยทางจิตวิทยาฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้เป็นอย่างดีด้วยความกรุณาอย่างดีที่สุดจาก อาจารย์ ดร.วัชรภรณ์ บุญญศิริวัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย ที่ได้ช่วยชี้แนะแนวทางในการทำวิจัย ให้ความรู้ ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของโครงการวิจัย โดยเฉพาะกำลังใจอันมีค่ายิ่ง ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตาของท่าน ขอกราบขอบพระคุณในความปรารถนาดีที่มีต่อลูกศิษย์ไว้ ณ โอกาสนี้ และขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะจิตวิทยา ทุกท่านที่เข้ารับฟังการนำเสนอโครงการวิจัยทางจิตวิทยา ตลอดจนการให้ความรู้ และคำแนะนำอันเป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัยในภายภาคหน้า

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ขอขอบคุณเพื่อนๆ คณะจิตวิทยา รุ่น 7 ที่คอยให้กำลังใจ และให้คำแนะนำปรึกษาในด้านต่างๆ อันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัยครั้งนี้ รวมถึงเจ้าหน้าที่คณะจิตวิทยาทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวก เพื่อให้การทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณญาติ พี่ น้อง ที่คอยให้กำลังใจในการทำโครงการวิจัยครั้งนี้ และขอกราบขอบพระคุณ พ่อ แม่ ที่ให้ชีวิต การช่วยเหลือ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย

คณะผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
สารบัญ.....	ง
สารบัญตาราง.....	จ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	2
วัตถุประสงค์.....	13
ขอบเขตการวิจัย.....	13
สมมติฐานการวิจัย.....	14
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	14
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 วิธีดำเนินการวิจัย.....	16
กลุ่มตัวอย่าง.....	16
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	16
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	19
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	20
บทที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	21
บทที่ 4 อภิปรายผลการวิจัย.....	26
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ.....	31
รายการอ้างอิง.....	35
ภาคผนวก.....	40

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าต่ำสุด และช่วงคะแนน (N=160).....22
2	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) ของการมองโลกในแง่ดี พฤติกรรม การดูแลสุขภาพแบบป้องกัน พฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริม และเพศ (N=160).....22
3	ตารางแสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริม ระหว่างเพศชายและเพศหญิง โดยใช้สถิติที (t -test).....23
4	ตารางแสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลคะแนนรวมของพฤติกรรม ดูแลสุขภาพแบบป้องกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง.....23
5	ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบ ความมีนัยสำคัญทางสถิติ ของพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกัน (N=160).....24
6	ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบ ความมีนัยสำคัญทางสถิติ ของพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริม (N=160).....25

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2544) ได้ทำการสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรไทย เช่น การเลือกบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ในฐานะตัวบ่งชี้ การดูแลสุขภาพของประชากรไทย พบว่า ประชากรมากกว่าครึ่งหนึ่งมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง เกือบ 1 ใน 3 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับสูง และมีเพียงเล็กน้อยที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับต่ำ ผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาลมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับสูงมากกว่าเกือบ 2 เท่าของผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 42.0 และร้อยละ 23.8 ตามลำดับ) สอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า จากการคาดการณ์ในปี 2554 คนไทยมีอายุเฉลี่ยยืนยาวขึ้น เพศชายอยู่ที่ 69.5 ปี เพศหญิงอยู่ที่ 76.3 ปี และอัตราเสียชีวิตของวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลงจาก 10 ปีที่แล้ว จากข้อมูลดังกล่าวสามารถสันนิษฐานได้ว่า คนไทยมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นผลให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีขึ้น และมีอายุยืนยาวยิ่งขึ้น ซึ่งปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆ ของบุคคลที่กระทำเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงว่าพฤติกรรมนั้นๆ จะสัมฤทธิ์ผลหรือไม่ ดังนั้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จึงเป็นพฤติกรรมที่สำคัญในการรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง เพื่อให้บุคคลแข็งแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถดำเนินชีวิตและเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้

ผู้วิจัยจึงเกิดคำถามขึ้นว่ามีตัวแปรใดที่ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อันส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี ซึ่งตัวแปรการมองโลกในแง่ดี ได้รับความสนใจศึกษาในฐานะตัวแปรทำนายพฤติกรรมสุขภาพทางบวก ตามแนวคิดของ Scheier และ Carver (1985) กล่าวไว้ว่า บุคคลที่มองโลกในแง่ดีมักมีความคาดหวังถึงผลลัพธ์ทางบวกในอนาคตว่าจะเกิดขึ้นกับตน สามารถฝ่าฟันอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ อันเป็นองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี และลดความเสี่ยงในการเจ็บป่วยของร่างกาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Taylor และ Armor (1996) ที่กล่าวว่าบุคคลที่มองโลกในแง่ดีมักมุ่งจัดการที่สาเหตุของปัญหาและสามารถควบคุมอารมณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และสามารถช่วยลดระดับความเครียดได้ (Segerstrom, Taylor, & Fahey, 1998) ดังนั้น การมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจึงเทียบได้กับการคาดหวังถึงผลลัพธ์ทางบวกในอนาคตซึ่งก็คือ การมีสุขภาพที่แข็งแรง

สมบูรณ์ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ผู้ที่มองโลกในแง่ดีจึงมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เพื่อจะได้มีสุขภาพที่สมบูรณ์

นอกจากนี้ยังมีการพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในระดับสูงมากกว่าเพศชายในเกือบทุกกลุ่มอายุ เนื่องจากส่วนใหญ่ชายมีพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพและเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยสูงกว่าหญิง เช่น การสูบบุหรี่หรือการดื่มสุรา เป็นต้น และมียังมีผลงานวิจัยที่เป็นไปในทำนองเดียวกัน พบว่าเพศชายมีความถี่เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพมากกว่าเพศหญิง (Piko & Fetzpatrick, 2007; Isralowitz & Rawson, 2006)

ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของคนไทย และความแตกต่างระหว่างเพศในพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นตอนปลายที่มีอายุระหว่าง 17-25 ปี อันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคลในสังคมต่อไป

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การมองโลกในแง่ดี (Optimism)

มีนักวิจัยและนักวิชาการให้คำจำกัดความของ การมองโลกในแง่ดีใน 2 แนวทาง ดังนี้
แนวทางแรกเป็นของ Seligman (1992, อ้างถึงใน ภาณุวัฒน์ กลัปศรีอ่อน, 2552) ได้ให้ความหมายของการมองโลกในแง่ดี ว่าเป็นกระบวนการทางปัญญาในการอธิบายถึงสาเหตุ ของสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้น นั้นเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว เกิดจากปัจจัยภายนอก และเกิดเฉพาะกรณี

Seligman (1990, อ้างถึงใน วรชพรพรรณ ศรีตุลานนท์, 2551) แบ่งการมองโลกในแง่ดี ออกเป็น 3 มิติ ประกอบด้วย

มิติที่ 1 ความคงทนถาวร (Permanence) ผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะมองว่าสิ่งร้ายๆ ที่เกิดจะเกิดขึ้นชั่วคราว และมองว่าสิ่งดีๆ จะเกิดขึ้นเสมอตลอดไป ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มองโลกในแง่ร้าย มองว่าสิ่งร้ายๆ ที่เกิดจะเกิดขึ้นถาวร และมองว่าสิ่งดีๆ จะเกิดขึ้นชั่วคราว

มิติที่ 2 การแผ่ขยายความรู้สึก (Pervasiveness) เป็นการอธิบายความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์ โดยผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะมองว่าสิ่งร้ายๆ จะเกิดขึ้นเฉพาะบางเรื่อง และมองว่าสิ่งดีๆ จะเกิดขึ้นทุกเรื่อง ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มองโลกในแง่ร้ายมองว่าสิ่งร้ายๆ จะเกิดขึ้นกับทุกเรื่อง และมองว่าสิ่งดีๆ จะเกิดขึ้นบางเรื่อง

มิติที่ 3 การเกี่ยวข้องกับตนเอง (Personalization) เมื่อมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้น ผู้ที่มองโลกในแง่ดี จะมองว่าสิ่งร้ายๆ เกิดตลอดไปและ เกิดกับเรื่องอื่นๆ ด้วย แต่หากพบเหตุการณ์ที่ไม่ดี จะอธิบายว่าเกิดจากปัจจัยภายนอก จะเกิดเพียงชั่วคราวและเกิดเฉพาะเหตุการณ์ ส่วนผู้ที่มองโลกในแง่ร้าย เมื่อพบเหตุการณ์ที่ดี จะอธิบายสาเหตุว่าเกิดจากปัจจัยภายนอก เหตุการณ์จะเกิดชั่วคราวและเกิดเฉพาะเหตุการณ์ แต่หากพบเหตุการณ์ที่ไม่ดี จะอธิบายว่าเกิดจากตนเอง จะเกิดตลอดไปและเกิดกับเรื่องอื่นๆ ด้วย (ภานุวัฒน์ กลับศรีอ่อน, 2552) เพราะมีสาเหตุมาจากสิ่งอื่น และมองว่าสิ่งดีๆ เกิดขึ้นเพราะตนเอง ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มองโลกในแง่ร้ายมองว่าสิ่งร้ายๆ เกิดขึ้นเพราะตนเอง และมองว่าสิ่งดีๆ เกิดขึ้นเพราะสิ่งอื่น

สรุปได้ว่า ผู้ที่มองโลกในแง่ดีนั้น เมื่อพบเหตุการณ์ที่ดี จะอธิบายสาเหตุว่าเป็นเพราะตนเองและเหตุการณ์จะเกิดอยู่เป็นประจำ

ในอีกแนวทางหนึ่งของ Scheier และ Carver (1998) อธิบายว่าการมองโลกในแง่ดี เป็นความคาดหวังถึงผลลัพธ์ในอนาคตในทางที่ดี รู้สึกเชื่อว่าสิ่งดีๆ จะเกิดขึ้นเสมอ เมื่อมีอุปสรรคหรือปัญหาเข้ามาในชีวิตจะสามารถผ่านพ้นไปได้ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี ช่วยลดความเสี่ยงในการป่วยทางร่างกาย ทำให้บุคคลสามารถต่อสู้กับสภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองได้ งานวิจัยของ Creed, Patton และ Bartrum (2002) ได้ทำการทดสอบโดยใช้ the Life Orientation Test-Revised (Scheier, Carver & Bridges, 1994) ศึกษาความสัมพันธ์ของการมองในแง่ดีและแง่ร้าย ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับอาชีพการงาน เช่น การตัดสินใจประกอบอาชีพและเป้าหมาย ในโรงเรียนมัธยมตัวอย่าง พบว่านักเรียนที่มีระดับของการมองในแง่สูงดีมีระดับของการวางแผนอาชีพและการสำรวจอาชีพที่สูงขึ้น มีเป้าหมายการทำงานมากขึ้น ในทางกลับกันคนที่มองโลกในแง่ร้าย พบว่ามีระดับของการทำงานและการตัดสินใจที่ต่ำกว่า ดังเลมากขึ้น และมีระดับผลสัมฤทธิ์ของโรงเรียนต่ำกว่า ซึ่งให้เห็นว่าการมองโลกในแง่ดีและแง่ร้าย มีบทบาทในการพัฒนาของการกำหนดอาชีพและการตัดสินใจเลือกอาชีพของนักเรียนมัธยมปลาย ดังนั้น การมองโลกในแง่ดีจึงหมายถึงความเชื่อว่าสิ่งดีๆ จะเกิดขึ้นกับตน ทำให้บุคคลมีแนวโน้มมุ่งเข้าหาสิ่งดีๆ

ส่วนในประเทศไทยมีนักวิจัยและนักวิชาการให้ความหมาย ของการมองโลกในแง่ดีไว้ สุวรรณ ม่วงงาม (2550, อ้างถึงใน ภานุวัฒน์ กลับศรีอ่อน, 2552) ให้ความหมายของการมองโลกในแง่ดี ว่าเป็นอารมณ์หรือทัศนคติที่ทำให้บุคคลมองโลกในแง่ดี ประเมินว่าจะประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย แม้ว่าจะเกิดอุปสรรคก็มีความคิดว่าสามารถจัดการได้

สมชาย จึงประเสริฐ (2550) การมองโลกในแง่ดี หมายถึง การมีทัศนคติในเชิงบวก มีความเชื่อมั่นว่า เราจะประสบความสำเร็จในเรื่องต่างๆ เช่น การเรียน ความสัมพันธ์ การใช้ชีวิต โดยทั่วไป แม้ว่าจะเกิดอุปสรรคขึ้น

จากความหมายข้างต้น งานศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดของ Scheier และ Carver (1998) มาใช้ในการกำหนดความหมายของการมองโลกในแง่ดีซึ่งหมายถึง ความคาดหวังว่า ผลลัพธ์ทางบวกจะเกิดขึ้นกับตน อันเป็นองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี ช่วยลดความเสี่ยงในการเจ็บป่วยทางร่างกาย เนื่องจากการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพนั้น เป็นการคาดหวังถึงผลลัพธ์ในอนาคตว่าตนต้องการที่จะมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ซึ่งการคาดหวังถึงผลทางบวกในอนาคตของพฤติกรรมสุขภาพนี้น่าจะได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังถึงผลทางบวกในอนาคตตามความหมายการมองโลกในแง่ดีของ Scheier และ Carver (1998) ที่ได้กล่าวถึงการมองโลกในแง่ดีว่าเป็นความคาดหวังถึงสิ่งดีๆ หรือผลลัพธ์ทางบวก จะเกิดขึ้นกับตนเสมอตามแนวทางบุคลิกภาพ อีกทั้งเมื่อพบกับปัญหา ก็สามารถผ่านปัญหาเหล่านั้นไปได้

พฤติกรรมดูแลสุขภาพ(Health Behavior)

นักวิจัยได้ให้ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพไว้ใกล้เคียงกันในแง่ของพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพดังนี้

Kasl และ Cobb (1996) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ว่า หมายถึง การกระทำใดๆ ก็ตามที่ทำขึ้นในเวลาที่ยังไม่เป็นโรค โดยเชื่อว่าการกระทำดังกล่าวจะทำให้มีสุขภาพดี และป้องกันมิให้เป็นโรค นอกจากนี้พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ยังหมายถึง การกระทำใด ๆ ของบุคคลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือ บำรุงรักษาสุขภาพ (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541)

ทั้งนี้พฤติกรรมดูแลสุขภาพ (พัทธนันท์ หลีประเสริฐ, 2552) ประกอบด้วย

1. พฤติกรรมป้องกัน (Preventive health behavior) หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่เป็น การพยายามคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ป้องกันการเจ็บป่วย และกระทำในขณะที่ยังไม่มีอาการเจ็บป่วย เจ็บป่วย เช่น การควบคุมน้ำหนัก การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา การใช้เข็มขัดนิรภัย การหลีกเลี่ยง การติดเชื้อ โดยการใช้เครื่องป้องกันหรือไม่คลุกคลีกับผู้ที่มีเชื้อ การสวมหมวกนิรภัย การขับรถให้ ถูกกฎจราจร การประเมินสภาพตัวเองโดยการใช้เครื่องมือแพทย์ เช่น การตรวจเลือดก่อนแต่งงาน การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น

2. พฤติกรรมส่งเสริม (Promotive health behavior) หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลใน ภาวะปกติไม่มีอาการเจ็บป่วย ที่แสดงออกหรือกระทำเพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้มีความสมบูรณ์ มากขึ้น เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะครบถ้วนตามหลักโภชนาการ การออก

กำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น

จากแนวคิดข้างต้นสอดคล้องกับแนวคิดของ มัลลิกา มัติโก (2534) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ในการป้องกันโรคคือการดูแลตนเองเพื่อให้สุขภาพอนามัยแข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่กระทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรงมี 2 ลักษณะ

1. การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health maintenance) คือ พฤติกรรมที่กระทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อรักษาสุขภาพให้แข็งแรง สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่างๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การไม่ดื่มสุรา การไม่สูบบุหรี่ การตรวจสุขภาพฟันทุก 6 เดือน

2. การป้องกันโรค (Disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย โดยแบ่ง 3 ระดับ คือ

2.1 การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary prevention) เป็นการป้องกันตนเองจากการเกิดโรค เช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรค

2.2 การป้องกันความรุนแรงของโรค (Second prevention) เป็นการป้องกันที่มุ่งขจัดโรคให้หมดก่อนที่ อาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น

2.3 การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary prevention) เป็นการป้องกันที่มีเป้าหมาย เพื่อยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่บุคคลอื่น

นอกจากนี้ Gochman (1988 อ้างถึงในจินตนา ยูนิพันธ์, 2532) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพ ไว้ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and promotive behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี ไม่มีอาการเจ็บป่วยมาก่อน เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุ และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค ส่วนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจะช่วยยกระดับภาวะสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ประกอบด้วยพฤติกรรม 4 กลุ่ม ดังนี้

1.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร ทั้งจำนวนอาหาร ความถี่และเวลาของมื้อ เป็นต้น

1.2 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมน้ำหนักตัว การเล่นกีฬา การปลูกต้นไม้ การพักผ่อนหย่อนใจ การงดดื่มสุรา งดสูบบุหรี่ เป็นต้น

1.3 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันอันตราย

1.4 การปฏิบัติกิจกรรมค้นหาความผิดปกติในระยะแรกของโรค การตรวจร่างกาย

ประจำปี การตรวจหามะเร็งปากมดลูก การพบทันตแพทย์เพื่อตรวจฟัน เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness behavior) หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เริ่มไม่แน่ใจในภาวะสุขภาพของตนเอง เริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ทำให้เกิดความสงสัยว่าตนเองจะเจ็บป่วย โดยแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น ความเข้าใจของบุคคลว่าตนเองต้องการคำแนะนำ และตัดสินใจที่จะแสวงหาแหล่งให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นไปตามเงื่อนไขทางสังคม และวัฒนธรรม

3. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Sick-role behavior) หมายถึงการปฏิบัติของผู้ที่ทราบแล้วว่าตนเองเจ็บป่วย โดยอาจทราบจากความคิดเห็นของผู้อื่น หรือเป็นความคิดเห็นของตัวเอง ได้แก่ พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรค การจำกัดการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจ รวมไปถึงการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย เป็นต้น

หวนใจ ชาวพัฒนวรรณ (2543) ได้กล่าวอีกว่าพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นการปฏิบัติของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับ การดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การงดและลดสารเสพติด การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและพอเหมาะ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นการปฏิบัติของบุคคลจะเพิกเฉย หรืออาจซักถามผู้รู้เกี่ยวกับอาการของตน แสวงหาการรักษาพยาบาล เมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคจะต้องรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ความต้องการในการดูแลสุขภาพตนเอง ความเชื่อที่มีอยู่ในแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป ความเชื่อเป็นตัวช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมสุขภาพตามความคิดและความเข้าใจ ในการแสดงพฤติกรรมใดๆ ก็ตาม จะพบว่าเกี่ยวข้องกับ ความเชื่อ แม้ว่าการแสดงพฤติกรรมต่างๆ ไม่จำเป็นต้องระบุนความเชื่อในทุกกรณีก็ตาม อย่างน้อยที่สุดการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ จะเกี่ยวข้องกับ ความเชื่อบางอย่างอยู่เสมอ โดยทั่วไปเชื่อว่าทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อ ความคิดเห็นที่มีต่อสุขภาพ และความเจ็บป่วยมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ เพราะการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลชี้ให้เห็นถึงการให้ความสำคัญ และความสนใจในสุขภาพตนเอง

ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ลักษณะดังนี้

1. พฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive behavior) หมายถึงพฤติกรรมที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติต่อไปและควรปฏิบัติให้ดีขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เป็นต้น จึงอาจกล่าวได้ว่า พฤติกรรมเชิงบวก เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงลบหรือพฤติกรรมเสีย (Negative behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วจะส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรค เป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ จะต้องหาสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมและพยายามปรับเปลี่ยนให้บุคคลเปลี่ยนไปแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือซึ่งการหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่

พึงประสงค์อันก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพนั้นสามารถเรียกได้ว่าเป็นพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ

จากแนวคิดข้างต้นพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำอันมีอิทธิพลต่อสุขภาพ โดยได้กระทำหรืองดการกระทำก็ตาม เพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ แบ่งได้เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นยามเจ็บป่วย และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อมีสุขภาพแข็งแรง ทั้งนี้พฤติกรรมที่เกิดขึ้นในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรงนั้นสามารถแบ่งได้เป็นสองประเภทคือ

1. พฤติกรรมป้องกัน (Preventive health behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่พยายามคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี กระทำในขณะที่ยังไม่มีอาการเจ็บป่วย เพื่อหลีกเลี่ยงและลดโอกาสไม่ให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Promotive health behavior) หมายถึง พฤติกรรมในภาวะปกติ เป็นการเพิ่มโอกาสให้เกิดสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ เมื่อปฏิบัติแล้วส่งผลต่อการเสริมสร้างสุขภาพให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

นอกจากการมองโลกในแง่ดีแล้วอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคล Pender (2002) ได้อธิบายเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลไว้ว่า ประสพการณ์และลักษณะเฉพาะของบุคคล จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ปัจจัยย่อย คือ พฤติกรรมในอดีต (Prior relate behavior) และปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors)

สำหรับพฤติกรรมในอดีต (Prior relate behavior) คือ พฤติกรรมที่คล้ายคลึงกันในอดีตที่ซ้ำกันบ่อยๆ จะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น โดยอัตโนมัติและเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านั้นได้ยาก เมื่อประสบกับปัญหาสุขภาพ

ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) ประกอบด้วย ด้านชีวภาพ จิตใจ สังคม และวัฒนธรรม ทั้ง 2 ปัจจัยจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อความคิด และความรู้สึกต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้ ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคล คือเพศ ฐานะทางการเงิน ระดับการศึกษา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มีงานวิจัยจำนวนมากที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการมองโลกในแง่ดีและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยที่บุคคลที่มองโลกในแง่ดีมักมีความคาดหวังทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่าบุคคลที่มองโลกในแง่ร้าย

งานวิจัยของ Giltay, Geleijnse, Zitman, Buijsse และ Kromhout (2007) พบว่า บุคคลที่

มองโลกในแง่ดีรายงานว่ารับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายและสนใจดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ที่มองโลกในแง่ร้าย อันแสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของการมองโลกในแง่ดีมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ ดังนี้

จากการศึกษาความพยายามในการรักษาสุขภาพของผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรมฟื้นฟูโรคหัวใจ พบว่า บุคคลที่มองโลกในแง่ดีจะคาดการณ์ว่ามีความสำเร็จใน การลดระดับของไขมันอิ่มตัว ไขมันในร่างกาย ดัชนีความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวม รวมถึงมีความเกี่ยวข้องกับการเพิ่ม การออกกำลังกายด้วย (Shepperd, Maroto, & Pbert, 1996) และผลของการขาดการมองโลกในแง่ดีได้รับการตรวจพบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับ โรคหลอดเลือดหัวใจ (Kubzansky, Sparrow, Vokonas & Kawachi, 2001) ทั้งนี้ยังมีการศึกษาในแง่รูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่ทำ บายพาสหลอดเลือดหัวใจมาแล้ว 5 ปีหลังการผ่าตัดพบว่า ผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะมีการรับประทาน วิตามิน, ทานอาหารไขมันต่ำ และเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่มองโลกในแง่ร้าย (Scheier & Carver, 1992) และยังมีพฤติกรรมทางสุขภาพนอกเหนือจากพฤติกรรมของผู้ป่วย โรคหัวใจอีกว่าการมองโลกในแง่ดีเกี่ยวข้องกับความเชื่อที่แข็งแกร่งในความสามารถในการบรรลุ เป้าหมาย นอกจากนี้ยังเป็นปัจจัยสร้างแรงบันดาลใจที่สำคัญในเรื่องของการการบำรุงรักษา และการปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการควบคุม น้ำหนัก การขาดการมองในแง่ดี มักจะเกี่ยวข้องกับ การขาดการสนับสนุนทางสังคม (Brissette, Scheier & Carver, 2002)

การมองโลกในแง่ดีมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางสุขภาพที่ลดความเสี่ยงให้กับ สุขภาพของตนเอง เช่น การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมทางเพศบางอย่างที่เสี่ยงต่อการติดโรค โดยมีการศึกษาในชายรักร่วมเพศ พบว่าผู้ที่มองโลกในแง่ดีมีความระมัดระวังในการเลือกผู้ที่จะมี เพศสัมพันธ์ด้วยมากกว่าผู้ที่มองโลกในแง่ร้าย (Taylor et al., 1992) ซึ่งผู้ที่มองโลกในแง่ดีไม่ได้ เพิกเฉยต่อภาวะคุกคามทางความเป็นอยู่ที่ดีของเขา แต่เขาจะเลือกใส่ใจในสิ่งที่สำคัญและ เกี่ยวข้องกับตัวเขาแล้วนำมาปฏิบัติ (Aspinwall & Brunhart, 1996)

Seegerstrom, Taylor, Kemeny และ Fahey (1998, อ้างถึงใน ทรงเกียรติ ฉันทนาม, 2550) กล่าวว่า ผู้ที่มองโลกในแง่ดีมักจะไม่มีอาการโรคนอนไม่หลับ เนื่องจากไม่ค่อยวิตกกังวล หรือซึมเศร้า การมองโลกในแง่ดี จึงสำคัญในทางการแพทย์ ซึ่งใช้บอกระดับภูมิคุ้มกันโรคของ บุคคลในระดับสูง มีทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ แข็งแรง

นอกจากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศแล้วยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของ การมองโลกในแง่ดีและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในประเทศไทยดังนี้

มนัสศรี ไพบุลย์ศิริ (2545) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตเมือง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 280 คน ปัจจัยนำ คือ ความรู้ การรับรู้ประโยชน์ ค่านิยม ทศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่าง มีนัยสำคัญ

สมชาย จึงประเสริฐ (2550) กล่าวว่างานวิจัยพบว่าสมองและร่างกายของคนเราเชื่อมโยง กันมากกว่าแค่ทางกายภาพ ทศนคติมีผลต่อร่างกายอย่างมาก คนที่มองโลกในแง่ดีจะมีความรู้สึก ในด้านดีหลายแบบ เช่น มีความสุขและเชื่อมั่นในตนเอง มีระบบภูมิคุ้มกันแข็งแรง ฟันตัวหลัง ผ่าตัดได้เร็ว และมีอายุยืนยาวกว่าคนที่มองโลกในแง่ร้าย จิตใจกับร่างกายทำงานสัมพันธ์กัน เช่น ถ้าเราดูแลสุขภาพดี รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สภาวะ ทางอารมณ์ของเราจะดีตามไปด้วย ในทางตรงกันข้าม คนที่มองโลกในแง่ร้ายมักติดอยู่ในภาวะสิ้นหวังจากการเรียนรู้ ไม่เห็นถึงประโยชน์ในการเลิกสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย เพราะ เชื่อว่าสุขภาพของเขาไม่มีวันดีขึ้น

ส่วนความสัมพันธ์ของจิตใจและร่างกาย เช่น จิตวิทยาสาขาจิตประสาทภูมิคุ้มกันที่ พิจารณาว่าอารมณ์และพฤติกรรม ที่เกี่ยวข้องกับภาวะตั้งเครียดที่ส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันอย่างไร ความเครียดเกิดจากจิตใจ แต่กระตุ้นให้ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองโดยการหลั่งสารอะดรีนาลีน เพิ่มขึ้น ส่งผลให้กล้ามเนื้อตึง หายใจถี่ขึ้น เร็วขึ้น และยังทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาว ซึ่งมีความสำคัญ ในการสร้างภูมิคุ้มกัน ดังนั้น ถ้าเรามีความเครียดต่อเนื่องเป็นเวลานาน สารอะดรีนาลีนจะอยู่ใน ระดับสูงต่อเนื่อง ทำให้มีโอกาสเจ็บป่วยมากขึ้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าระดับความเครียดลดลง หัน มามองโลกในแง่ดี ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ก็จะสามารถรักษาระบบภูมิคุ้มกัน และเจ็บป่วย น้อยลง

จากงานวิจัยที่ได้กล่าวมา แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มองโลกในแง่ดีมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ มากกว่าผู้ที่มองโลกในแง่ร้ายซึ่งแสดงออกมาทั้งในลักษณะส่งเสริมสุขภาพและป้องกันสุขภาพจึง เป็นสาเหตุให้เกิดสมมติฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพส่งเสริมและแบบป้องกันสุขภาพ

ความแตกต่างระหว่างเพศและพฤติกรรมสุขภาพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างระหว่างเพศและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ งานวิจัยของ Dawson, Schneider, Fletcher และ Bryden (2007) ที่ทำการตรวจสอบความ แตกต่างทางเพศในพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยในแคนาดา พบว่าเพศชายชาย และเพศหญิง มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เช่น ความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณของแอลกอฮอล์ที่บริโภคต่อครั้ง จำนวนทั้งหมดของคุ่นอน จำนวนของอาหารที่รับประทาน

ต่อวัน การออกกำลังกาย และมีการตรวจสุขภาพประจำปีกับแพทย์ เช่น การคัดกรองโรคติดต่อกับทางเพศสัมพันธ์ การคัดกรองความดันโลหิตสูง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และโดยทั่วไปแล้วเพศชายจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิง เช่น ใช้แอลกอฮอล์ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Nolen-Hoeksema และ Hilt (2006) ที่กล่าวว่า เพศชายมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพมากกว่าเพศหญิง และมีการป้องกันสุขภาพน้อยกว่าเพศหญิง และงานวิจัยของ Liang, Shediak-Rizkallah, Celentano และ Rohde (1999) ที่ได้ทำการศึกษาความแตกต่างด้านเพศเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสุขภาพ 4 ช่วงอายุ ได้แก่ 18-24, 25-39, 40-54 และ 55 ปีขึ้นไป พบว่าเพศหญิงแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพและศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าเพศชายในทุกๆ ช่วงอายุ งานวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าเพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน

นอกจากนี้ยังพบปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพงานวิจัยของ Denton และ Walters (1999) ศึกษาในระดับของสุขภาพในเพศชายและเพศหญิง โดยการสำรวจลักษณะโครงสร้างทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ครอบครัว การศึกษา อาชีพ รายได้ การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น และศึกษารูปแบบการใช้ชีวิตหรือพฤติกรรม อาทิ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และกิจกรรมต่างๆ พบว่า ปัจจัยทางสังคมเป็นตัวกำหนดระดับของสุขภาพ การมีรายได้สูง การมีงานประจำ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการมีสุขภาพที่ดีในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนการสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และน้ำหนักของร่างกายมีความสำคัญกับเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างระหว่างเพศและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ที่กล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่าในเพศชาย โดยเพศหญิงจะมีพฤติกรรมมุ่งเข้าหาการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ อันเป็นผลลัพธ์ทางบวกในอนาคต ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการตรวจสุขภาพ เป็นต้น ดังนั้นความแตกต่างระหว่างเพศจึงน่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ทั้งนี้การมองโลกในแง่ดี คือการเชื่อถึงผลทางบวกที่รออยู่ในอนาคต ทำให้คนเราอดทนและฝ่าฟันอุปสรรคในการทำตามเป้าหมายให้สำเร็จ ในทำนองเดียวกันพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก็มีความเกี่ยวข้องกับการคาดหวังถึงผลที่เกิดขึ้นในอนาคต เพราะพฤติกรรมสุขภาพมีลักษณะให้ผลในอนาคตหรือไม่ให้ผลจากการปฏิบัติทันทีทันใด จึงมีความเป็นไปได้ที่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้งแบบป้องกันสุขภาพและแบบส่งเสริมสุขภาพจะได้รับอิทธิพลจากการมองโลกในแง่ดี โดยมีปัจจัยส่วนบุคคลด้านความแตกต่างทางเพศเข้ามาเกี่ยวข้อง และด้วยเหตุนี้เองจึงทำให้เกิดสมมติฐานว่าการมองโลกในแง่ดีและความแตกต่างระหว่างเพศสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแล

สุขภาพแบบป้องกันและแบบส่งเสริมได้

วัยรุ่น (Adolescence)

Hurlock (1976) ได้อธิบายว่า “วัยรุ่น” ตรงกับคำ “Adolescence” ในภาษาอังกฤษ มีรากศัพท์มาจากภาษาลาตินว่า “Adolescere” หมายถึง การเจริญเติบโตไปสู่วุฒิภาวะ (Maturity) ซึ่งการที่เด็กจะบรรลุขั้นวุฒิภาวะนี้ ไม่ใช่การเจริญแต่ทางร่างกายด้านเดียวเท่านั้น ทางจิตใจก็เจริญไปด้วย คือ ต้องมีพัฒนาการทั้ง 4 ด้านไปพร้อมๆ กัน ได้แก่ ร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา และสังคม

ประไพพรรณ ภูมิวุฒิสาร (2530) แบ่งระยะของวัยรุ่นโดยพิจารณาจากช่วงอายุเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะวัยรุ่นตอนต้น (Early adolescence) คือ ช่วงอายุระหว่าง 13-15 ปี ที่ระยะที่เด็กเริ่มเข้าสู่วัยรุ่น เป็นช่วงที่ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านต่างๆ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย มุ่งความสนใจเข้าหาตนเอง สนใจการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตน และเริ่มสนใจเพศตรงข้าม

2. ระยะวัยรุ่นตอนกลาง (Middle adolescence) คือ ช่วงอายุระหว่าง 15-18 ปี เป็นระยะที่วัยรุ่นสามารถปรับตัวรับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ได้ เริ่มมุ่งความสนใจไปที่การค้นหาเอกลักษณ์แห่งตน วัยรุ่นในระยะนี้จึงมีเจตคติและค่านิยมเป็นของตนเอง ต้องการอิสระ ความเป็นตัวของตัวเอง มีพฤติกรรมชอบทดลอง ซึ่งเป็นระยะที่อาจนำไปสู่ปัญหาทางพฤติกรรม เช่น การสูบบุหรี่ หรือดื่มสุรา

3. ระยะวัยรุ่นตอนปลาย (Late adolescence) คือ ช่วงอายุระหว่าง 18-21 ปี เป็นระยะที่เริ่มจัดการรูปแบบชีวิตของตน รู้จักตนเองและรู้จักเชื่อมโยงบทบาทหน้าที่ของตนให้เข้ากับสังคมของตน รู้คุณค่าของชีวิตและสร้างจุดมุ่งหมายของชีวิต วัยรุ่นจะมีการเริ่มพัฒนาเข้าสู่การมีวุฒิภาวะอย่างสมบูรณ์ ซึ่งจะมีการพัฒนาในด้านจิตใจมากกว่าร่างกาย โดยเฉพาะในด้านความคิดและปรัชญาที่ใช้ในการดำเนินชีวิต

ดังนั้นวัยรุ่นจึงเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา และสังคม วัยแห่งการค้นหาเอกลักษณ์ส่วนบุคคล เพื่อการก้าวไปสู่วัยผู้ใหญ่อย่างสมบูรณ์ ซึ่งจะต้องอาศัยการปรับตัว และการพัฒนาในด้านต่างๆ อันนำไปสู่การเติบโตเป็นบุคคลที่มีวุฒิภาวะ การปรับตัวได้สำเร็จจะช่วยให้วัยรุ่นพัฒนาบุคลิกภาพที่ดี สามารถเลือกแนวทางชีวิตและตัดสินใจด้วยตนเองได้ ซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำคัญของการดำเนินชีวิตต่อไป

นอกจากนี้ ตามทฤษฎีพัฒนาการทางบุคลิกภาพในช่วงวัยรุ่น (Erikson, 1980 อ้างถึงใน

พรอนทิพย์ ศิริวรรณบุญ, 2551) กล่าวไว้ว่า พัฒนาการขั้นที่ 5 การรู้เอกลักษณ์ตนเองหรือการ
สับสนในเอกลักษณ์ตนเอง (Identity vs Diffusion) ในช่วงอายุ 12 – 17 ปี ในวัยนี้ร่างกายของเด็ก
จะเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว จนเด็กไม่แน่ใจว่าเกิดอะไรขึ้น จึงต้องเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น เพื่อให้
มั่นใจว่า เป็นเหมือนเพื่อน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ เด็กในวัยนี้ได้เรียนรู้กฎเกณฑ์ต่างๆ ของ
สังคม การพัฒนาระบบอวัยวะเพศเต็มที่ และเป็นวัยที่พยายามแสวงหาความเป็นเอกลักษณ์ของ
ตนเอง

พัฒนาการขั้นที่ 6 ความรู้สึกว่ามีเพื่อนหรือมีความรู้สึกอ้างว้าง (sense of intimacy vs
isolation) จะเกิดขึ้นในช่วงอายุ 17- 21 ปี วัยรุ่นจะมีบทบาทในการเป็นสมาชิกที่มีส่วนรับผิดชอบ
ต่อสังคม เป็นวัยที่มุ่งกับการทำงานและการใกล้ชิดกับเพศเดียวกันหรือเพศตรงข้าม เพื่อเลือกคนที่
คบกันอย่างสนิทสนม นำไปสู่ความผูกพันใกล้ชิด และการแต่งงาน พัฒนาการในวัยนี้ขึ้นกับความ
มั่นใจในตนเอง และการประสบความสำเร็จของพัฒนาการในขั้นก่อนหน้านี้ ซึ่งจะทำให้รู้จักตนเอง
มั่นใจในตนเองจะสามารถให้ความสนิทสนมกับบุคคลอื่นได้ แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าไม่ประสบ
ความสำเร็จ จะทำให้เกิดความไม่พอใจในตนเอง ไม่ไว้วางใจผู้อื่น ปรับตัวเข้ากับผู้อื่นไม่ได้ ทำให้
รู้สึกอ้างว้างและโดดเดี่ยว

พัฒนาการขั้นที่ 7 ความรู้สึกรับผิดชอบแบบผู้ใหญ่ หรือความรู้สึกเฉื่อยชา (general vs
stagnation) อายุ 22-40 ปี วัยนี้เริ่มมีความรับผิดชอบแบบผู้ใหญ่ คือ การแต่งงานและการเป็น
บิดามารดา มีความรับผิดชอบในการอบรมเลี้ยงดูบุตรหลานให้มีความสุข ประสบความสำเร็จใน
ชีวิต บุคคลที่ประสบความสำเร็จในพัฒนาการขั้นก่อนหน้านี้ จะรู้จักบทบาทหน้าที่ของตน รู้สึก
รับผิดชอบและพอใจในฐานะและชีวิตของตน แต่ถ้าไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตก็จะทำให้ไม่
ไว้วางใจใคร รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถ มีปมด้อย ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร ไม่รับผิดชอบต่อตนเอง
และสังคม ทำให้กลายเป็นคนเฉื่อยชา

ในแต่ละขั้นตอนของพัฒนาการทางบุคลิกภาพที่อิริคสันเสนอไว้ แต่ละขั้นของพัฒนาการ
จะมี “ช่วงวิกฤต” (Critical Period) สำหรับการพัฒนาในเรื่องนั้นๆ ซึ่งหมายถึงผู้ที่มีบุคลิกภาพจิต
ดี ซึ่งจะเป็นลักษณะของคนที่สามารถเผชิญปัญหาหรือแก้ปัญหาทั้งปัญหาที่เกิดจากภายในตนเอง
และปัญหาจากภายนอก ด้วยการที่สามารถจัดระบบระเบียบความคิดและสามารถตัดสินใจได้
ในทางตรงกันข้ามถ้า พัฒนาการเป็นไปในทางลบมากกว่า เด็กผู้นั้นจะมีพัฒนาการทางบุคลิกภาพ
ไม่สมบูรณ์ ซึ่งจะนำไปสู่การเป็นผู้ที่มีปัญหาในการปรับตัว และการพัฒนาทางจิตภาวะที่ไม่
สมบูรณ์

จากทฤษฎีพัฒนาการทางข้างต้น สรุปได้ว่า วัยรุ่น เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงและการปรับตัวในทุกๆ ด้าน เป็นวัยที่ค้นหาเอกลักษณ์ของตนเอง มีอิสระในการจัดการรูปแบบชีวิตของตนเอง รู้จักตนเอง รู้คุณค่าของชีวิตและสร้างจุดหมายให้กับชีวิตได้ งานศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงได้นำทฤษฎีดังกล่าวมาใช้กำหนดอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทำการวิจัยคือ วัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งมีอายุระหว่าง 17-25 ปี เนื่องจากวัยรุ่นตอนปลายนั้นเป็นวัยที่มีเริ่มเข้าสู่การเป็นบุคคลที่มีวุฒิภาวะที่สมบูรณ์ โดยเฉพาะวุฒิภาวะทางจิตใจ อันเกี่ยวข้องกับชีวิตและปรัชญาของชีวิต (ประไพพรรณ ภูมิวุฒิสาร, 2530) ซึ่งนำไปสู่การมีความคิด ความเชื่อ และค่านิยมเป็นของตนเอง ดังนั้นบุคคลที่อยู่ในช่วงวัยนี้จึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับตัวแปรการมองโลกในแง่ดีอันเป็นตัวแปรทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพทางบวก

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีและพฤติกรรมดูแลสุขภาพในภาวะปกติทั้งพฤติกรรมป้องกัน (Preventive health behavior) และพฤติกรรมส่งเสริม (Promotive health behavior)

ขอบเขตการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ คือ วัยรุ่นตอนปลายอายุระหว่าง 17-25 ปี จำนวน 160 คน ประกอบด้วยเพศชาย 80 คน และเพศหญิง 80 คน

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ได้แก่

1. การมองโลกในแง่ดี
2. เพศ

2.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่ พฤติกรรมดูแลสุขภาพในภาวะปกติ

1. พฤติกรรมป้องกัน (Preventive health behavior)
2. พฤติกรรมส่งเสริม (Promotive health behavior)

สมมติฐาน

1. การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกัน
2. การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริม
3. เพศหญิงมีผลคะแนนรวมของพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริมสูงกว่าเพศชาย
4. เพศหญิงมีผลคะแนนรวมของพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกันสูงกว่าเพศชาย
5. การมองโลกในแง่ดีและเพศ ร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกันได้
6. การมองโลกในแง่ดีและเพศ ร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริมได้

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การมองโลกในแง่ดี (Optimism) หมายถึง ความคาดหวังว่าสิ่งดีๆ จะเกิดขึ้นกับตนในอนาคต ก่อให้เกิดการปฏิบัติตนเพื่อนำไปสู่สถานการณ์หรือผลลัพธ์ในทางที่ดีกับตนเอง วัดโดยการประเมินความรู้สึกของบุคคล ด้วยมาตรวัดการมองโลกในแง่ดี The Revised Life Orientation Test : LOT-R (Scheier & Carver, 1994)

2. พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health Behavior) คือ การแสดงออกหรือพฤติกรรมของบุคคล โดยได้กระทำหรืองดการกระทำก็ตาม ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ ประกอบด้วย

- พฤติกรรมป้องกัน (Preventive health behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่พยายามคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ป้องกันการเจ็บป่วย หลีกเลี่ยงความเสี่ยง เช่น มลพิษ สารเคมี และเชื้อโรค เป็นต้น ลดโอกาสไม่ให้เกิดผลทางลบต่อสุขภาพ และกระทำในขณะที่ยังไม่มีอาการเจ็บป่วย

- พฤติกรรมส่งเสริม (Promotive health behavior) หมายถึง พฤติกรรมในภาวะปกติ เพื่อเพิ่มโอกาสให้เกิดสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ เมื่อปฏิบัติแล้วส่งผลต่อการเสริมสร้างสุขภาพให้มีความแข็งแรงสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

3. วัยรุ่นตอนปลาย (Adolescence) หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 17-25 ปี ประกอบด้วยเพศชายและเพศหญิง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบความสัมพันธ์ระหว่างการเมืองโลกในแง่ดีและพฤติกรรมดูแลสุขภาพในภาวะปกติ
2. สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการรณรงค์เพื่อพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพ
3. ทำให้ทราบถึงสาเหตุและความแตกต่างทางด้านสุขภาพของคนที่มีมองโลกในแง่ดีและคนที่มีมองโลกในแง่ร้าย
4. ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

บทที่ 2 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาอิทธิพลของการมองโลกในแง่ดีและเพศ ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 ขั้นตอนคือ

กลุ่มตัวอย่างในขั้นสร้างเครื่องมือ

กลุ่มตัวอย่างในขั้นสร้างเครื่องมือประกอบด้วย

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ คือ ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นตอนปลายอายุระหว่าง 17-25 ปี จำนวน 60 คนในการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Corrected Item-Total Correlation หรือ CITC) ครั้งที่ 1 และวัยรุ่นตอนปลายอายุระหว่าง 17-25 ปี จำนวน 100 คนในการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Corrected Item-Total Correlation หรือ CITC) ครั้งที่ 2

กลุ่มตัวอย่างจริงในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ วัยรุ่นตอนปลายอายุระหว่าง 17-25 ปี จำนวน 160 คนประกอบด้วยเพศชาย 80 คน และเพศหญิง 80 คน

ผู้วิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้แบ่งเป็นแบบสอบถาม 3 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

การพัฒนาเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี

แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อกระทงทางบวก 3 ข้อ ข้อกระทงทางลบ 3 ข้อ และข้อกระทงลวง 4 ข้อ

ขั้นตอนในการพัฒนาแบบสอบถาม

การมองโลกในแง่ดี Scheier และ Carver (1985) ได้ให้ความหมายของการมองโลกในแง่ดีว่า เป็นความหวังเรื่องต่างๆไปในทางที่ดี ไม่เห็นด้วยกับสิ่งที่ไม่ดี เมื่อต้องเผชิญปัญหาที่ผ่านเข้ามาในชีวิต Scheier และ Carver (1994) ได้พัฒนามาตรวัด การมองโลกในแง่ดี The Revised Life Orientation Test : LOT-R ขึ้น โดยเกิดจากการประเมินความรู้สึก ที่บุคคลรับรู้ด้วยตนเอง ไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษามหาวิทยาลัย Carnegie Mellon จำนวน 2,055 คน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อคำถามอื่น ๆ ในมาตรวัด (Corrected Item-Total Correlation หรือ CITC) มีค่าอยู่ระหว่าง .43 - .63 กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ .78 ค่าความตรงได้ผลยืนยันตามแนวคิดของ Scheier และ Carver (1994)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้มาตรวัดของทรงเกียรติ ฉันทนาม (2550) ที่ได้รับอนุญาตให้ใช้ และแปลเป็นภาษาไทยจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อคำถามอื่น ๆ ในมาตรวัด (Corrected Item-Total Correlation หรือ CITC) ทุกข้อผ่านเกณฑ์ที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (Cronbach's Coefficient Alpha) ทั้งฉบับเท่ากับ .70

มาตรวัดการมองโลกในแง่ดี ประกอบด้วยข้อกระทงจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อกระทงทางบวก 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 1,4,10 ข้อกระทงทางลบ 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 3,7,9 และข้อกระทงลวง 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2,5,6,8 ซึ่งข้อกระทงลวงนี้ จะไม่นำมาคิดคะแนนรวมด้วย

มาตรวัดมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่ตรงเลย(5) ค่อนข้างไม่ตรง(4) ตรงและไม่ตรงพอๆกัน(3) ค่อนข้างตรง(2) และตรงที่สุด(1) กลับการให้คะแนนในข้อกระทงทางลบ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 37 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อกระทงทางบวกทั้งหมดและข้อคำถามพฤติกรรมป้องกันสุขภาพจำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วยข้อกระทงทางบวกทั้งหมด

ขั้นตอนในการพัฒนาแบบสอบถาม

ผู้วิจัยคิดข้อคำถาม แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพประกอบด้วยข้อกระทงจำนวน 54 ข้อ ประกอบด้วยข้อกระทงทางบวก 49 ข้อ ข้อกระทงทางลบ 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 15,31,36,37,38,54 แบ่งเป็นข้อคำถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วยข้อกระทงทางบวก 23 ข้อและข้อกระทงทางลบ 1 ข้อ ได้แก่ข้อ 15 และข้อคำถามพฤติกรรมป้องกันสุขภาพจำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วยข้อกระทงทางบวก 25 ข้อ และข้อกระทงทางลบ 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 31,36,37,38,54

มาตรวัดมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ ตรงมาก(5) ตรง (4) ตรงและไม่ตรงพอๆ กัน(3) ไม่ค่อยตรง(2) และไม่ตรงเลย(1) กลับการให้คะแนนในข้อกระทงทางลบ

จากนั้นได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพมาทดลองใช้กับวัยรุ่นอายุระหว่าง 17 - 25 ปี ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน

เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยนำคะแนนทุกข้อมารวมคะแนนแล้วทำการแบ่งกลุ่มของข้อมูลออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มสูงคือผู้ที่มีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 73 และกลุ่มต่ำคือผู้ที่มีคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 27 เพื่อนำมาเปรียบเทียบหาอำนาจจำแนกความต่างรายข้อโดยใช้สถิติที่พบว่าข้อที่สามารถจำแนกกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งหมด 40 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวน 21 ข้อ (ตาราง ก1) ประกอบด้วยข้อกระทงทางบวกทั้งหมด และข้อคำถามพฤติกรรมป้องกันสุขภาพจำนวน 18 ข้อ (ตาราง ก2) ประกอบด้วยข้อกระทงทางบวกทั้งหมด

จากนั้นนำข้อกระทงที่ผ่านทั้งหมดจำนวน 40 ข้อมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้อคำถามอื่น ๆ ในมาตรวัด (Corrected Item-Total Correlation หรือ CITC) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าข้อคำถามผ่านเกณฑ์การวิเคราะห์ CITC (critical-R value) เท่ากับ 0.25 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยการคำนวณหาความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ค่า

สัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ .88 และข้อคำถาม พฤติกรรมป้องกันสุขภาพได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ .85

หลังจากนั้นได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ผ่านการหาความเที่ยงแล้วมา ทดลองใช้ กับวัยรุ่นอายุระหว่าง 17 - 25 ปี ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน อีกครั้ง จากนั้นมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนน รวมของข้อคำถามอื่น ๆ ในมาตรวัด ในแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าข้อคำถามผ่าน เกณฑ์การวิเคราะห์ CITC (critical-R value) เท่ากับ .19 ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 มี จำนวน 37 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวน 20 ข้อ (ตาราง ก1) ประกอบด้วยข้อกระทงทางบวกทั้งหมด และข้อคำถามพฤติกรรมป้องกันสุขภาพจำนวน 17 ข้อ (ตาราง ก2) ประกอบด้วยข้อกระทงทางบวกทั้งหมด

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยการคำนวณหาความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ .87 และข้อคำถามพฤติกรรมป้องกันสุขภาพได้ค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ .77

ดังนั้นแบบสอบถามแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ที่นำไปใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 37 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อกระทงทางบวกทั้งหมดและข้อคำถามพฤติกรรมป้องกันสุขภาพจำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วยข้อกระทงทางบวกทั้งหมด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลภายในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและบริเวณรอบมหาวิทยาลัยกับกลุ่ม ตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่นตอนปลาย อายุระหว่าง 17-25 ปี จำนวน 160 คน ประกอบด้วยเพศชาย 80 คน และเพศหญิง 80 คน ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามการมองโลกในแง่ดีและแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพ จากนั้นจึงนำ แบบสอบถามทั้งหมดมาทำการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS for window โดยใช้การทดสอบสถิติที่ การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

1. วิเคราะห์หาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสถิติเชิง

พรรณนา (Descriptive Statistics)

2. ใช้การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ ในการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2
3. ใช้การทดสอบสถิติที่ ในการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3 และ 4
4. ใช้การวิเคราะห์การถดถอยแบบ enter ในการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 5 และ 6

บทที่ 3

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 คน มาวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ (SPSS for Windows) และนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้น และ ตอนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้น ได้แก่

1.1 รายละเอียดของกลุ่มตัวอย่าง

จากการเก็บข้อมูล เป็นเพศชาย ร้อยละ 50 และเพศหญิง ร้อยละ 50 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ที่ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 96.90 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 2.50 และระดับปริญญาโท ร้อยละ 0.60

1.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และช่วงคะแนน

ผลการเก็บข้อมูล โดยให้ตัวแปรการมองโลกในแง่ดีมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน พฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกัน มีคะแนนเต็ม 85 คะแนน และพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริมมีคะแนนเต็ม 100 คะแนน พบว่ามีค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และช่วงคะแนน ดังตาราง 1

ตอนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐาน ข้อที่ 1 การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกัน

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการมองโลกในแง่ดีกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกัน โดยใช้วิธีหาค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation) พบว่าการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีค่า $r(158) = .35, p < .05$ หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการมองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับสูงก็จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกันอยู่ในระดับสูงเช่นกัน จึงสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ดังตาราง 2

ตาราง 1

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าต่ำสุด และช่วงคะแนน (N=160)

ตัวแปร	M	SD	Min	Max	Range
การมองโลกในแง่ดี	21.57	2.92	13	29	1-30
พฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกัน	39.84	8.82	42	81	1-85
พฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริม	62.86	10.99	36	93	1-100

ตาราง 2

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) ของการมองโลกในแง่ดี พฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกัน พฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริม และเพศ (N=160)

ตัวแปร	1	2	3	4
1 การมองโลกในแง่ดี	1	.35**	1.97**	.142*
2 พฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกัน		1	.54**	.164*
3 พฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริม			1	.108
4 เพศ				1

* $p < .05$, ** $p < .01$

สมมติฐาน ข้อที่ 2 การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริม

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการมองโลกในแง่ดีกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกัน โดยใช้วิธีหาค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation) พบว่าการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีค่า $r(158) = .20, p < .05$ หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการมองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับสูงก็จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริมอยู่ในระดับสูงเช่นกัน จึงสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 ดังตาราง

สมมติฐาน ข้อที่ 3 เพศหญิงมีผลคะแนนรวมของพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริมสูงกว่าเพศชาย

การวิเคราะห์ผลคะแนนรวมพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริมโดยใช้สถิติที (*t*-test) พบว่าเพศหญิง ($M = 64.05, SD = 11.86$) และเพศชาย ($M = 61.68, SD = 9.98$) มีความแตกต่างไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ, $t(158) = -1.36, p > .05, d = -0.21$ จึงไม่สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 3 ดังตาราง 3

ตาราง 3

ตารางแสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริมระหว่างเพศชายและเพศหญิง โดยใช้สถิติที (*t*-test)

เพศ	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>
ชาย	80	61.68	9.98	-1.36
หญิง	80	64.05	11.86	

สมมติฐานข้อที่ 4 เพศหญิงมีผลคะแนนรวมของพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกันสูงกว่าเพศชาย

การวิเคราะห์ผลคะแนนรวมพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกันโดยใช้สถิติที (*t*-test) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่เพศหญิง ($M = 61.28, SD = 8.92$) มีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกันมากกว่าเพศชาย ($M = 58.40, SD = 8.54$), $t(158) = -2.09, p < .05, d = -0.33$ จึงสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 4 ดังตาราง 4

ตาราง 4

ตารางแสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลคะแนนรวมของพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง

เพศ	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>
ชาย	80	58.40	8.54	-2.09*
หญิง	80	61.28	8.92	

* $p < .05$, หนึ่งหาง

สมมติฐานข้อที่ 5 การมองโลกในแง่ดีและเพศ ร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกันได้

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression analysis) ด้วยวิธี enter พบว่ามีเพียงตัวแปรการมองโลกในแง่ดี ($\beta = .34, p < .01$) เท่านั้นที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกันได้ร้อยละ 13.80 ($R^2 = .14, F(2,157) = 12.55, p < .01$) จึงสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 5 เป็นบางส่วน และสามารถเขียนสมการทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกันในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$\text{พฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกัน} = 34.851 + 1.016 (\text{การมองโลกในแง่ดี})$$

จากสมการทำนายสามารถแปลความหมายได้ดังนี้ คือ ตัวแปรการมองโลกในแง่ดีเป็นตัวแปรทำนายทางบวก ที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเท่ากับ 1.02 หมายถึงเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการมองโลกในแง่ดีเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้ คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกันเพิ่มขึ้น 1.02 คะแนน เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้คงที่ ดังตาราง 5

ตาราง 5

ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติ ของพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกัน (N=160)

ตัวแปร	B	SE	β	R^2
ค่าคงที่	34.85	5.04		
การมองโลกในแง่ดี	1.02	0.23	.34*	.14
เพศ	2.05	1.32	.12	

* $p < .01$

สมมติฐานข้อที่ 6 การมองโลกในแง่ดีและเพศ ร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริมได้

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression analysis) ด้วยวิธี enter พบว่ามีตัวแปรการมองโลกในแง่ดี ($\beta = .19, p < .05$) เพียงตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริมได้ร้อยละ 5 ($R^2 = .05, F(2,157) = 3.73, p < .05$) จึงสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 6 เป็นบางส่วน และสามารถเขียนสมการทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริมในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$\text{พฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริม} = 45.12 + 0.698 (\text{การมองโลกในแง่ดี})$$

จากสมการทำนายสามารถแปลความหมายได้ดังนี้ คือ ตัวแปรการมองโลกในแง่ดีเป็นตัวแปรทางบวก ที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยเท่ากับ .70 หมายถึงเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการมองโลกในแง่ดีเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้ คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริมเพิ่มขึ้น .70 คะแนน เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้คงที่ ดังตาราง 6

ตาราง 6

ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติ ของพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริม (N=160)

ตัวแปร	B	SE	β	R^2
ค่าคงที่	45.12	6.60		
การมองโลกในแง่ดี	0.70	0.23	.19*	.05
เพศ	1.79	1.73	.08	

* $p < .05$

บทที่ 4 การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งการอภิปรายผลการวิจัยออกเป็นประเภทพฤติกรรมป้องกัน
สุขภาพ และประเภทพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ประเภทพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ

**สมมติฐานข้อที่ 1 การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแล
สุขภาพแบบป้องกัน**

**สมมติฐานข้อที่ 4 เพศหญิงมีผลคะแนนรวมของพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบ
ป้องกันสูงกว่าเพศชาย**

**สมมติฐานข้อที่ 5 การมองโลกในแง่ดีและเพศ ร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแล
สุขภาพแบบป้องกันได้**

ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 และ 4 โดยที่สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 5 เป็น
บางส่วน พบว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการมองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับสูง
รายงานว่ามีพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกันอยู่ในระดับสูง โดยที่เพศหญิงมีผลคะแนนรวมของ
พฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกันสูงกว่าเพศชาย และตัวแปรการมองโลกในแง่ดีสามารถทำนาย
พฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรความแตกต่างระหว่าง
เพศ ทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกันอย่างได้โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยที่พบว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแล
สุขภาพแบบป้องกันสอดคล้องกับแนวคิดของ Aspinwall และ Brunhart (1996) กล่าวว่า การมอง
โลกในแง่ดีช่วยลดความเสี่ยงทางด้านสุขภาพหรือป้องกันผลเสีย กล่าวคือผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะ
ไม่เพิกเฉยต่อภาวะที่คุกคามต่อความเป็นอยู่ที่ดีของตน มักใส่ใจในความเสี่ยงและพยายามลด
ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องและสำคัญกับตน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Taylor et al. (1992) ที่
ศึกษาในชายรักร่วมเพศ พบว่า ผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะมีความระมัดระวังในพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องการ
เลือกผู้ที่จะมีเพศสัมพันธ์ด้วยมากกว่าผู้ที่มองโลกในแง่ร้าย โดยการมองโลกในแง่ดีมีความ
เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางสุขภาพโดยการลดความเสี่ยงที่เป็นผลร้ายสุขภาพ และการหลีกเลี่ยง
พฤติกรรมทางเพศบางอย่างที่เสี่ยงต่อการติดโรค ซึ่งสามารถเทียบได้กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
แบบป้องกันในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เช่นเดียวกับกับงานวิจัยของสมชาย จึงประเสริฐ (2550) พบว่า
คนที่มองโลกในแง่ดีจะมีความรู้สึกในด้านดีหลายแบบ เช่น มีความสุขและเชื่อมั่นในตนเอง เห็นถึง

ประโยชน์ในการเลิกสูบบุหรี่ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ มีระบบภูมิคุ้มกันแข็งแรง ฟันตัวหลังผ่าตัดได้เร็ว และมีอายุยืนยาวกว่าคนที่มองโลกในแง่ร้าย คนที่มองโลกในแง่ดีจึงมีความกระตือรือร้นในการจัดการกับปัญหา เมื่อเกิดปัญหาก็มีความคิดว่าสามารถจัดการได้ คาดหวังว่าสิ่งต่างๆ จะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น และมักประเมินว่าตนจะประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย การศึกษานี้พบว่าผู้ที่มองโลกในแง่ดีรายงานว่าตนมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความกระตือรือร้นในการจัดการปัญหา ซึ่งแบบสอบถามการดูแลสุขภาพแบบป้องกันกันนั้นแสดงออกถึงความกระตือรือร้นที่จะจัดการกับปัญหา และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ต่อสุขภาพ เช่น กำจัดขยะเพื่อมิให้เกิดการหมักหมมของสิ่งสกปรก การหลีกเลี่ยงไม่เข้าไปใกล้คนสูบบุหรี่ การตรวจสุขภาพประจำปีก่อนเลือกซื้อ เป็นต้น จึงอาจกล่าวได้ว่าสุขภาพที่ดีมีความสำคัญกับทุกคน ดังนั้น บุคคลที่มองโลกในแง่ดีจึงใส่ใจที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่มีความเสี่ยง และป้องกันสุขภาพตนเอง ตัวแปรการมองโลกในแง่ดีจึงสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันสุขภาพได้

ส่วนผลการวิจัยที่พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพสูงกว่าเพศชาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Geckova (2002), Isralowitz และ Rawson (2006), Piko และ Fetzpatrick (2007) ที่พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกันในระดับสูงมากกว่าเพศชายในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพ หรือลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เช่น การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา เป็นต้น นอกจากนี้งานวิจัยของ Nolen-Hoeksema และ Hilt (2006) กล่าวว่า เพศชายมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพมากกว่าเพศหญิง และมีการป้องกันสุขภาพน้อยกว่าเพศหญิง สาเหตุที่เป็นไปได้ที่เพศหญิงมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพสูงกว่าเพศชาย อาจเป็นเพราะลักษณะบทบาททางเพศ โดยลักษณะบทบาททางเพศของเพศชาย (Masculine gender role) มีการดำเนินชีวิตในลักษณะที่เสี่ยงต่อการมีสุขภาพที่ไม่ดี และไม่มีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพที่มากนัก (Harrison, 1978) ส่วนลักษณะบทบาททางเพศของเพศหญิง (Feminine gender role) มีความละเอียดอ่อน อ่อนโยน วิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย ทำให้เพศหญิงมีความระมัดระวังในการดำเนินชีวิต และมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ (Helgeson, 1990) แสดงให้เห็นว่าเพศชายและเพศหญิงมีมุมมองต่อความเสี่ยงแตกต่างกัน โดยที่เพศหญิงมีลักษณะพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อสุขภาพ ส่วนเพศชายมักมุ่งเข้าหาความเสี่ยง ซึ่งแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบป้องกันเป็นเรื่องเกี่ยวกับการไม่เข้าไปใกล้คนสูบบุหรี่ การอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง การทำความสะอาดที่พนักให้สะอาดอยู่เสมอ เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบป้องกันมีความสอดคล้องกับลักษณะพฤติกรรมตามบทบาทของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เพศหญิงจึงปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันสุขภาพมากกว่าเพศชายแต่ความแตกต่างนี้เป็นความเกี่ยวข้องที่ไม่มีความสัมพันธ์มากนัก ตัวแปรเพศจึงไม่ใช่ตัวทำนายพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ

ประเภทพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สมมติฐาน ข้อที่ 2 การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริม

สมมติฐาน ข้อที่ 3 เพศหญิงมีผลคะแนนรวมของพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริมสูงกว่าเพศชาย

สมมติฐาน ข้อที่ 6 การมองโลกในแง่ดีและเพศ ร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริมได้

ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 ไม่สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 3 และ สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 6 เป็นบางส่วน โดยพบว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการมองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับสูง รายงานว่ามีพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริมอยู่ในระดับสูง ในขณะที่เพศหญิงมีผลคะแนนรวมของพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริมสูงกว่าเพศชายเกือบถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ตัวแปรการมองโลกในแง่ดีทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรความแตกต่างระหว่างเพศ ทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกันได้อย่างได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยที่พบว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริม สอดคล้องกับแนวคิดของ Scheier และ Carver (1985) ที่กล่าวว่า บุคคลที่มองโลกในแง่ดี มักมีความคาดหวังถึงผลลัพธ์ทางบวกในอนาคตว่าจะเกิดขึ้นกับตน สามารถฝ่าฟันอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ อันเป็นองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี ซึ่งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Giltay, Geleijnse, Zitman, Buijsse, และ Kromhout (2007) ที่พบว่า บุคคลที่มองโลกในแง่ดี รายงานว่ารับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายและสนใจดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ที่มองโลกในแง่ร้าย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Scheier และ Carver (1992) ที่ศึกษารูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดเปลี่ยนหลอดเลือดหัวใจมาแล้ว 5 ปี โดยหลังการผ่าตัด พบว่า ผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะมีการรับประทานวิตามิน รับประทานอาหารเช้า เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่มองโลกในแง่ร้าย และผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะคาดการณ์ว่าตนเองจะประสบความสำเร็จในการลดระดับของไขมันอิ่มตัว รวมถึงมีการเพิ่มการออกกำลังกาย (Shepperd, Maroto, & Pbert, 1996) ดังนั้น บุคคลที่มองโลกในแง่ดีย่อมให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพดี เชื่อมั่นในสุขภาพของตน เชื่อมั่นว่าตนจะมีสุขภาพที่ดี ไม่เป็นโรคภัย คาดหวังถึงสุขภาพที่ดีในอนาคต รู้จักดูแลตนเอง จึงมีความตั้งใจ กระตือรือร้น ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น การรับประทานอาหารเช้า รับประทานอาหารเช้าที่มีกากใย รับประทานผักและผลไม้ เป็นต้น บุคคลที่มองโลกในแง่ดีจึงปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบ

ส่งเสริม ทำให้พบความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบส่งเสริม และตัวแปรการมองโลกในแง่ดีสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้

ส่วนผลการวิจัยที่พบว่าเพศหญิง มีผลคะแนนรวมของพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริมสูงกว่าเพศชาย ไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Liang, Shediac-Rizkallah, Celentano และ Rohde (1999) ที่ได้ทำการศึกษาความแตกต่างด้านเพศเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสุขภาพ พบว่าเพศหญิงแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพและศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าเพศชายในทุกๆ ช่วงอายุ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงช่วยลดผลกระทบจากความเครียด (House, 1981) อาจเป็นไปได้ว่าประเภทของพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยชิ้นนี้สามารถตอบได้มีน้อยลง เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่วัยรุ่นไทยไม่นิยมปฏิบัติกัน เช่น การตรวจมะเร็งเต้านม การตรวจมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น ทำให้ถูกจำกัดความหลากหลายในพฤติกรรมสุขภาพ หากศึกษาในกลุ่มช่วงอายุที่มากกว่านี้หรือช่วงอายุที่กว้างขึ้นอาจพบความแตกต่างได้ ยิ่งไปกว่านั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา มีความแตกต่างกันทางด้านวัฒนธรรมเนื่องจากงานวิจัยงานของ Liang และคณะ (1999) ทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างในสหรัฐอเมริกาที่มีลักษณะทางสังคมแบบปัจเจกนิยม (Individualism) แตกต่างจากสังคมไทยที่มีลักษณะเป็นแบบคตินิยมหมู่ (Collectivism) กล่าวคือสังคมไทยมีลักษณะเป็นแบบเกื้อกูลกัน มีแรงสนับสนุนจากคนในครอบครัว ที่มักช่วยเหลือคนในกลุ่มเดียวกันมากกว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าทางตะวันตก ทำให้พบผลการวิจัยที่แตกต่างกัน

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพ แหล่งรายได้หลัก รายได้ อาชีพ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเอง (นิรมล อินทฤทธิ์, 2547) และงานวิจัยของประภาพร สุวรรณบุญ (2554) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวในตำบลหนองสามวัง อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 215 ครอบครัว พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวในชุมชน นอกจากนี้พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสถานะทางเศรษฐกิจ สังคม และระดับการศึกษา (Friedman, Neff, Webb, & Latham, 1998) โดยผู้ที่มีสถานะทางสังคมสูงมักมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่สูงเช่นเดียวกัน (Prattala et al., 2009) และเมื่อพิจารณาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาซึ่งเป็นวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 18-25 ปี ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีร้อยละ 96.90 จึงมีความเป็นไปได้ที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในระดับใกล้เคียงกัน นอกจากนี้เป็นไปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่คนส่วนใหญ่ปฏิบัติ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ข้อบกพร่องของแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

สุขภาพแบบส่งเสริมแล้วพบว่า ข้อกระทบส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เป็นมาตรฐานสากลที่ปฏิบัติกันในชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ การรับประทานอาหารเช้า 3 มื้อ การออกกำลังกายเพื่อผ่อนคลายความเครียด การนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ เป็นต้น ปัจจัยดังกล่าวนี้ อาจเป็นสาเหตุให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของทั้งสองเพศไม่มีความแตกต่างกัน และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีและพฤติกรรมดูแลสุขภาพในภาวะปกติทั้งพฤติกรรมป้องกัน (Preventive health behavior) และพฤติกรรมส่งเสริม (Promotive health behavior)

สมมติฐาน

1. การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกัน
2. การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริม
3. เพศหญิงมีผลคะแนนรวมของพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริมสูงกว่าเพศชาย
4. เพศหญิงมีผลคะแนนรวมของพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกันสูงกว่าเพศชาย
5. การมองโลกในแง่ดีและเพศ ร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกันได้
6. การมองโลกในแง่ดีและเพศ ร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริมได้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ วิทยุรุ่นตอนปลายอายุระหว่าง 17-25 ปี จำนวน 160 คน เป็นเพศชาย 80 คน และเพศหญิง 80 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วย แบบวัดการมองโลกในแง่ดี และแบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบพฤติกรรมส่งเสริมและพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกันแบบป้องกัน

1. แบบวัดการมองโลกในแง่ดี เป็นแบบวัดของ ทรงเกียรติ ล้นหลาม (2550) ตามแนวคิด Scheier และ Carver, และ Bridges (1994) ประกอบด้วยข้อกระทงจำนวน 10 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .70 แบบวัดมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง ไม่ตรงเลย ถึง 5 หมายถึง ตรงที่สุด

2. แบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพ แบบวัดมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง ไม่ตรงเลย ถึง 5 หมายถึง ตรงที่สุด ผู้วิจัยได้สร้างข้อกระทงขึ้นมาจำนวน 54 ข้อ ประกอบด้วยข้อกระทงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวน 24 ข้อ และข้อกระทงพฤติกรรมป้องกันสุขภาพจำนวน 30 ข้อ และได้ขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านในการตรวจสอบความตรงของข้อกระทงในเรื่องที่ศึกษา แล้วนำไปทดลองใช้กับวัยรุ่นตอนปลายอายุระหว่าง 17 - 25 ปี จำนวน 60 คน เป็นเพศชาย 30 คน และเพศหญิง 30 คน ได้ข้อกระทงที่มีคุณภาพจากการวิเคราะห์ความตรงและความเที่ยงทั้งหมด 39 ข้อ ประกอบด้วย

- ข้อกระทงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวน 21 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.88

- ข้อกระทงพฤติกรรมป้องกันสุขภาพจำนวน 18 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.85

หลังจากนั้นได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ผ่านการหาความเที่ยงแล้วมาทดลองใช้ กับวัยรุ่นตอนปลายอายุระหว่าง 17 - 25 ปี จำนวน 100 คน เป็นเพศชาย 50 คน และเพศหญิง 50 คน ได้ข้อกระทงที่มีคุณภาพจากการวิเคราะห์ความตรงและความเที่ยงทั้งหมด 37 ข้อ ประกอบด้วย

- ข้อกระทงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวน 20 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.87

- ข้อกระทงพฤติกรรมป้องกันสุขภาพจำนวน 17 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.77

ดังนั้นแบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ที่นำไปใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 37 ข้อ แบ่งเป็นข้อกระทงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวน 20 ข้อ และข้อกระทงพฤติกรรมป้องกันสุขภาพจำนวน 17 ข้อ

การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลภายในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและบริเวณรอบมหาวิทยาลัย จากกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นตอนปลายอายุระหว่าง 17-25 ปี โดยให้ตอบแบบวัด 2 มาตรฐาน คือ แบบวัดการมองโลกในแง่ดี และแบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพ แล้วนำมาวิเคราะห์ผลตามสมมติฐาน

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS for window versions 17 โดยใช้ในการทดสอบสถิติที่การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

ผลการวิจัย

1. การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. เพศหญิงมีผลคะแนนรวมของพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริมสูงกว่าเพศชายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
4. เพศหญิงมีผลคะแนนรวมของพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกันสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. การมองโลกในแง่ดีและเพศ ร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบป้องกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
6. การมองโลกในแง่ดีและเพศ ร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. งานวิจัยชิ้นนี้ศึกษาเฉพาะตัวแปรที่เป็นพฤติกรรม ไม่ได้ศึกษาถึงสาเหตุของพฤติกรรม จึงทำได้แต่สันนิษฐานถึงสาเหตุที่อาจเป็นไปได้ หากมีการศึกษาในอนาคต ควรศึกษาตัวแปรที่เป็นสาเหตุพฤติกรรมเพิ่มเติมด้วย เช่น การจัดการกับปัญหา (Coping) เพื่อให้เรารู้ถึงสาเหตุที่แท้จริงของพฤติกรรม

2. จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่า การมองโลกในแง่ดี มีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้ ด้วยเหตุนี้เองการมองโลกในแง่ดีจึงสามารถนำไปใช้ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพต่างๆ ได้ และจากผลสำรวจขององค์การอนามัยโลก พบว่า ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรม 3 อันดับแรก คือ 1. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศนำไปสู่การติดเชื้อเอชไอวี (HIV) 2. การสูบบุหรี่ที่นำไปสู่โรคเรื้อรังต่างๆ 3. โรคอ้วนที่นำไปสู่โรคเรื้อรังต่างๆ จากปัญหาดังกล่าว การมองโลกในแง่ดีสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ดังต่อไปนี้

- การรณรงค์ให้เลิกสูบบุหรี่ โดยใช้แนวคิดความสัมพันธ์ของการมองโลกในแง่ดีกับการป้องกันสุขภาพโดยเน้นถึงความสำคัญของสุขภาพของตนและคนรอบข้าง เพื่อที่บุคคลเหล่านั้นจะได้ใส่ใจและลดภาวะคุกคามต่อสุขภาพที่ดีของตนและคนรอบข้าง ในทำนองเดียวกันหลักการป้องกันสุขภาพก็สามารถประยุกต์ใช้สำหรับการรณรงค์ควบคุมโรคติดต่อทางเพศ (โรคเอดส์) ได้เช่นเดียวกัน
- สำหรับโปรแกรมลดน้ำหนัก ในผู้ที่เป็นโรคอ้วน โดยใช้แนวคิดจากความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีกับการส่งเสริมสุขภาพ เน้นย้ำให้ผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานและเป็นโรคอ้วนเชื่อมั่นว่าในอนาคตตนสามารถเป็นคนที่มีสุขภาพ รูปร่างหน้าตาที่ดีได้ จะเป็นแรงบันดาลใจให้คิดที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองไปในทางที่ดีขึ้น นอกจากนี้การมองโลกในแง่ดียังไม่ทำให้ผู้เข้าโปรแกรมลดน้ำหนักเกิดความท้อถอย ในขณะที่เข้ารับโปรแกรม
- การวางแผนและตัดสินใจในการประกอบอาชีพของนักเรียน ซึ่งนักเรียนที่มีระดับของการมองในแง่ดีสูงมีระดับของการวางแผนอาชีพและการสำรวจอาชีพที่สูง และมีเป้าหมายการทำงานมากขึ้น (Creed, Patton & Bartrum, 2002) เพื่อให้นักเรียนดำเนินชีวิตได้อย่างมีเป้าหมาย มีความสุขจากการได้ทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ และไม่สร้างปัญหาให้กับสังคมโดยการเป็นเด็กเกเรในอนาคต

จากประโยชน์ของการมองโลกในแง่ดีที่กล่าวมาข้างต้นเห็นได้ว่า ควรส่งเสริมให้คนมองโลกในแง่ดี ซึ่งสามารถส่งเสริมให้เกิดการมองโลกในแง่ดีผ่านวิธีการ Cognitive Behavior Therapy โดยการฝึกตนเองให้คิดและกระทำเหมือนกับบุคคลที่มองโลกในแง่ดีคิดและกระทำ การลดการมองโลกในแง่ร้าย และเปิดโอกาสให้ตนเองว่าตนเหมาะสมที่จะได้รับสิ่งที่ดี เพราะเมื่อคนเปลี่ยนความคิดในแง่ลบต่อตนเองและสิ่งรอบตัว จะทำให้บุคคลนั้นมองโลกในแง่ดีมากยิ่งขึ้น คาดหวังว่าจะเกิดสิ่งดีกับตนมากยิ่งขึ้น อันนำมาสู่การกระทำที่เกิดผลในทางที่ดีกับตนเอง

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กวรรณิการ์ เศรษฐี. (2553). การเปรียบเทียบเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสของวัยรุ่นชายหญิงตอนต้นและตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิตติยา คำพึงพร และสุภาพร แซ่जू. (2550). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต โปรแกรมวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- จรุง วรบุตร. (2550). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนวัยกลางคน อำเภอศรีสวัสดิ์จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2532). การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ: ขอบข่ายที่ซ้อนกับการวิจัยการพยาบาล. วารสารการพยาบาลศาสตร์, 42-58.
- ทรงเกียรติ ล้นหลาม. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพแบบวิตกกังวล การมองโลกในแง่ดี และการเห็นคุณค่าในตนเองของนิสิตมหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิรมล อินทฤทธิ์. (2547). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภาพร สุวรรณภูมิ. (2554). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวในชุมชน อ.หนองเสือ จ.ปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาการการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา.
- ประไพพรรณ ภูมิวุฒิสาร. (2530). จิตวิทยาวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. (2541). นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. (2551). ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัทธนันท์ หลีประเสริฐ. (2552). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ. คัดมาเมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2554,

จากผู้แต่งในเว็บไซต์ <http://www.gotoknow.org/blog/pattanan13/253338>

ภาณุวัฒน์ กลับศรีอ่อน. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเผชิญและฝ่าฟันอุปสรรค การมองโลกในแง่ดีกับความเครียดในการทำงานของตัวแทนประกันชีวิต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มนัสศรี ไพบูลย์ศิริ. (2545). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตเมือง จังหวัดปทุมธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

มัลลิกา มัติโก. (2534). *แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: โครงข่ายงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

ยุทธิชัย ยั่งเจริญ. (2553). *ความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี จิตสำนึกในการให้บริการ ความสุขกับคุณภาพการบริการ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วรรณพรพรณ ศรีตุลานนท์. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงาน การมองโลกในแง่ดี ความมั่นคงทางการเงิน และความสุขในชีวิตของพนักงานธนาคาร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมชาย จึงประเสริฐ. (2550). *มองโลกเป็นเห็นความสุข ค้นพบความสุขแท้ในชีวิต เพียงแค่รู้วิธีมองโลกในมุมต่าง*. กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ดยูเคชั่น, บมจ.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. คัดมาเมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2554, จากผู้แต่งในเว็บไซต์ http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/news_thaihealth/22804

หวานใจ ชาวพัฒน์วรรณ. (2543). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในจังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

Aspinwall, L. G., & Brunhart, S. N. (1996). Distinguishing optimism from denial: Optimistic beliefs predict attention to health threats. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 993-1003.

- Brissette, I., Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology, 82*, 102-111.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review, 30*, 879-889.
- Creed, P. A., Patton, W. & Bartrum, D. (2002). Multidimensional properties of the LOT-R: Effect of optimism and pessimism on career and well-being related variables in adolescents. *Journal of career assessment, 10(1)*, 42-61.
- Dawson, K. A., Schneider, M. A., Fletcher, P. C., & Bryden, P. (2007). Examining gender Differences in the health and lifestyle behaviors of Canadian University students. *The Journal for the Royal Society for the Promotion of Health, 127(1)*, 1-8.
- Denton, & Walters, V. (1999). Gender differences in structural and behavioral determinants of health an analysis of the social production of health. *Social science & Medicine. 48(9)*, 1221-1235.
- Friedman, L. C., Neff, M., Webb, B., & Latham, P. (1998). Age-related differences in Mammography use and breast cancer knowledge, attitudes, and behaviors. *J Cancer Education. 13(1)*, 26-30.
- Giltay, E. J., Geleijnse, J. M., Zitman, F. G., Buijsse, B., & Kromhout, D. (2007). Lifestyle and dietary Correlates of dispositional optimism in men. *Journal of Psychosomatic medicine, 63*, 483-490.
- Harrison, J. (1978). Warning: the male sex role may be dangerous to your health. *Journal of Social, 34(1)*, 65-86.
- Hegelson, V. S. (1990). Gender and health. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*, 713-725.
- Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual Behavior among men at risk for Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). *Journal of Personality and Social Psychology, 63*, 460-473.
- House, J. S. (1981). The Role of Optimism in Social Network Development. *Journal of Social Issue, 35*, 156-184.
- Hurlock, E. (1976). Developmental Psychology. *A life Span Approach*, McGraw-Hill. Inc., New York

- Isralowitz, R., Rawson, R. (2006). Gender differences in prevalence of drug use among high risk adolescents in Israel. *Addict Behavior*, 31, 8-355.
- Kasl, S. V., and Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. *Archives of Environmental Health*, 12: 246–266.
- Kubzansky, L. D., Sparrow, D., Vokonas, P., & Kawachi, I. (2001). Is the glass half empty or half full: A prospective study of optimism and coronary heart disease in normative Aging Study. *Psychosomatic Medicine*, 63,910-916.
- Liang, W., Shediak-Rizkallah, M.C., Celentano, D.D., & Rohde, C. (1999). A population-Based study of age and gender differences in patterns of health-related behaviors. *American Journal of Preventive Medicine*, 17(1): 8-17.
- Nolen-Hoeksema, S., & Hilt, L. (2006). Possible Contributors to the Gender Differences in Alcohol Use and Problems. *The journal of General Psychology*, 13(4),357-374.
- Prattala, R. (2009). Trend in socio economic differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(10), 871-879.
- Pender, N.J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.) Stamford: Appleton & Lange.
- Pender, N.J. (2002). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.) Pearson Education, Inc.
- Piko, B. F., Fitzpatrick, K.M. (2007). Socioeconomic status, psychosocial health and health behaviours among Hungarian adolescents. *European journal of public health*, 17, 60-353.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implication of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1998). Dispositional Optimism. *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.

- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). *Optimism and Pessimism Implications for the theory, research, and practice. American Psychological Association, 67*, 189-216.
- Seegerstrom, S. C., Taylor, S. E., Kemeny, M. E., & Fahey, J. L. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1646–1655.
- Shepperd, J. A., Maroto, J. J., & Pbert, L. A. (1996). Dispositional optimism as a predictor of health changes among cardiac patients. *Journal of Research in Personality, 30*, 517-534
- Taylor, S. E., & Armor, D. A. (1996). Positive Illusion and Coping with Adversity. *Journal of Personality* , 64, 873-898.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Aspinwall, L. G., Schneider, S. G., Rodriguez, R., & Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual Behavior among men at risk for Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). *Journal of Personality and Social Psychology, 63*, 460-473.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.
คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตาราง ก 1

การวิเคราะห์เปรียบเทียบกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำของข้อกระทง ความสัมพันธ์ของข้อกระทงกับคะแนนของข้อกระทงที่เหลือทั้งหมดของแบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบส่งเสริม

ข้อกระทง	การวิเคราะห์ข้อกระทง (กลุ่มสูง-กลุ่มต่ำ)				<i>t</i>	หนึ่ง ทาง	CITC		ข้อที่ ผ่าน
	กลุ่มสูง (<i>n</i> =18)		กลุ่มต่ำ(<i>n</i> =16)				ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>					
PROM1	4.44	0.70	2.87	0.95	5.48***	.000	.49	.48	✓
PROM2	5.00	0.00	2.50	1.03	9.68***	.000	.69	.60	✓
PROM3	3.77	1.06	2.75	1.34	2.49**	.009	.28	.25	✓
PROM4	4.00	0.84	2.62	0.71	5.09***	.000	.55	.36	✓
PROM5	3.66	1.18	1.75	1.00	5.05***	.000	.61	.50	✓
PROM6	4.77	0.42	3.87	1.31	2.63**	.008	.19	-	-
PROM7	4.66	0.48	3.62	1.02	3.71***	.000	.50	.44	✓
PROM8	4.77	0.42	3.62	1.25	3.49***	.001	.51	.49	✓
PROM9	4.55	0.70	3.50	0.73	4.28***	.000	.27	.13	-
PROM10	4.77	0.42	4.00	0.73	3.84***	.000	.31	.37	✓
PROM11	4.55	0.98	3.62	0.88	2.90***	.001	.35	.40	✓
PROM12	4.55	0.51	2.62	1.54	4.77***	.000	.53	.59	✓
PROM13	3.55	1.68	1.75	1.12	3.70***	.000	.39	.40	✓
PROM14	3.44	1.38	2.62	1.45	1.68	.051	-	-	-
PROM15	2.55	1.29	2.62	1.14	-0.16	.435	-	-	-
PROM16	4.44	0.51	2.37	1.14	6.65***	.000	.66	.54	✓
PROM17	3.77	1.35	2.50	1.03	3.06**	.002	.52	.55	✓

ข้อกระทง	การวิเคราะห์ข้อกระทง (กลุ่มสูง-กลุ่มต่ำ)				<i>t</i>	หนึ่ง ทาง	CITC		ข้อที่ ผ่าน
	กลุ่มสูง (<i>n</i> =18)		กลุ่มต่ำ (<i>n</i> =16)				ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>					
PROM18	4.22	0.80	2.87	0.95	4.44***	.000	.65	.60	✓
PROM19	4.33	0.68	2.62	0.88	6.32***	.000	.69	.65	✓
PROM20	4.44	0.70	3.25	1.34	3.19**	.002	.47	.55	✓
PROM21	4.22	0.80	3.25	0.68	3.76***	.000	.42	.54	✓
PROM22	3.88	1.02	2.87	0.95	2.97**	.003	.52	.34	✓
PROM23	3.55	1.19	2.62	0.71	2.70**	.005	.49	.38	✓
PROM24	4.33	0.84	3.62	1.25	1.95*	.015	.44	.38	✓

หมายเหตุ CITC ครั้งที่ 1 คือค่าสหสัมพันธ์ของข้อกระทงนั้นๆ กับข้อกระทงที่เหลือทั้งหมด เมื่อวิเคราะห์ 22 ข้อกระทง; CITC ครั้งที่ 2 คือค่าสหสัมพันธ์ของข้อกระทงนั้นๆ กับข้อกระทงที่เหลือทั้งหมด เมื่อวิเคราะห์ 21 ข้อกระทง

p* < .05 หนึ่งทาง, *p* < .01 หนึ่งทาง, ****p* < .001 หนึ่งทาง

ตาราง ก 2

การวิเคราะห์เปรียบเทียบกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำของข้อกระทง ความสัมพันธ์ของข้อกระทงกับคะแนนของข้อกระทงที่เหลือทั้งหมดของแบบวัดพฤติกรรมคุณแลสุขภาพแบบป้องกัน

ข้อกระทง	การวิเคราะห์ข้อกระทง (กลุ่มสูง-กลุ่มต่ำ)				t	หนึ่ง ทาง			ข้อที่ ผ่าน
	กลุ่มสูง(n=16)		กลุ่มต่ำ(n=16)				ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	
	M	SD	M	SD					
PREV1	1.00	0.00	1.00	0.00	-	-	-	-	-
PREV2	1.26	1.36	1.31	0.87	0.46	.323	-	-	-
PREV3	4.80	0.44	3.62	1.02	4.02***	.000	.49	.36	✓
PREV4	4.20	0.91	3.12	1.31	2.66**	.006	.41	.25	✓
PREV5	3.93	1.31	3.37	1.02	1.49	.072	-	-	-
PREV6	4.66	0.47	3.75	1.12	3.06**	.003	.34	.41	✓
PREV7	4.86	0.34	3.50	1.26	4.19***	.000	.18	-	-
PREV8	3.80	0.98	3.25	0.68	1.88**	.003	.25	-	-
PREV9	3.53	1.03	2.25	0.85	3.72***	.000	.36	.26	✓
PREV10	4.66	0.47	3.37	1.02	4.64***	.000	.64	.35	✓
PREV11	3.93	1.34	2.25	0.68	4.48***	.000	.29	.30	✓
PREV12	5.00	0.00	3.87	1.50	3.00**	.004	.18	-	-
PREV13	4.20	1.00	3.62	1.02	1.74*	.045	.08	-	-
PREV14	3.13	1.28	2.25	1.52	1.62	.057	-	-	-
PREV15	3.93	0.80	2.50	1.15	3.90***	.000	.52	.61	✓
PREV16	4.86	0.57	3.62	1.14	3.50**	.000	.40	.41	✓
PREV17	4.73	0.47	3.37	1.36	3.64***	.001	.55	.40	✓

ชื่อกระทง	การวิเคราะห์ชื่อกระทง (กลุ่มสูง- กลุ่มต่ำ)				<i>t</i>	หนึ่ง หาง			ชื่อที่ ผ่าน
	กลุ่มสูง(<i>n</i> =16)		กลุ่มต่ำ(<i>n</i> =16)				ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>					
PREV18	4.13	0.99	3.37	0.88	2.06*	.024	.31	.22	✓
PREV19	3.20	1.91	2.18	1.10	1.58	.063	-	-	-
PREV20	4.20	1.63	2.37	1.62	2.81**	.004	.21	-	-
PREV21	3.46	1.25	2.25	1.23	2.41*	.011	.34	.29	✓
PREV22	1.00	0.00	1.25	0.57	-1.73	.052	-	-	-
PREV23	3.53	1.15	2.50	0.89	2.57**	.007	.30	.13	-
PREV24	4.26	0.68	2.75	0.85	5.47***	.000	.45	.38	✓
PREV25	4.66	0.50	3.00	1.03	5.66***	.000	.57	.56	✓
PREV26	4.86	0.34	4.12	0.95	2.95**	.004	.32	.24	✓
PREV27	4.46	0.71	2.37	1.14	5.90***	.000	.71	.43	✓
PREV28	3.53	1.25	2.37	0.71	3.45***	.001	.49	.22	✓
PREV29	4.80	0.40	3.50	1.36	3.68***	.001	.47	.54	✓
PREV30	2.60	1.53	2.50	1.54	0.34	.366	-	-	-

หมายเหตุ CITC ครั้งที่ 1 คือค่าสหสัมพันธ์ของชื่อกระทงนั้นๆ กับชื่อกระทงที่เหลือทั้งหมด เมื่อวิเคราะห์ 23 ชื่อกระทง; CITC ครั้งที่ 2 คือค่าสหสัมพันธ์ของชื่อกระทงนั้นๆ กับชื่อกระทงที่เหลือทั้งหมด เมื่อวิเคราะห์ 18 ชื่อกระทง

p* < .05 หนึ่งหาง, *p* < .01 หนึ่งหาง, ****p* < .001 หนึ่งหาง

ภาคผนวก ข.
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

แบบสอบถาม

โปรดอ่านคำชี้แจงการตอบของแต่ละตอนก่อนลงมือทำ และกรุณาตอบทุกข้อเพื่อให้ได้ ข้อมูลสมบูรณ์สำหรับนำไปวิเคราะห์ คำตอบที่ถูกต้องในแต่ละข้อ คือ คำตอบที่ตรงกับความรู้สึก ที่แท้จริงของท่าน และผู้วิจัยรับรองว่าท่านจะไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ จากการวิจัยครั้งนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

โปรดเติมคำหรือข้อความ หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความ เป็นจริงสำหรับท่าน

เพศ ชาย หญิง

อายุ ปี

ระดับการศึกษา ต่ำกว่าระดับชั้นประถมศึกษา ประถมศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย

ปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก

มาตรวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านข้อความทีละข้ออย่างรอบคอบแล้วพิจารณาว่า พฤติกรรมดังกล่าวตรงกับตัวท่านมากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด แต่ละข้อ ไม่มีคำตอบถูกหรือผิด กรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อความ	ไม่ตรง เลย (1)	ไม่ค่อย ตรง (2)	ตรงและ ไม่ตรง พอๆกัน (3)	ตรง (4)	ตรงมาก (5)
ตอนที่ 1.					
1. ฉันรับประทานอาหารครบ 5 หมู่	1	2	3	4	5
2. ฉันออกกำลังกาย	1	2	3	4	5
3. ฉันนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ	1	2	3	4	5
4. ฉันเดินขึ้นลงบันไดแทนการใช้ลิฟต์	1	2	3	4	5
5. ฉันรับประทานอาหารเสริม	1	2	3	4	5
6. ฉันรับประทานผักและผลไม้	1	2	3	4	5
7. ฉันพยายามขยับถ่ายทุกวัน	1	2	3	4	5
8. ฉันรับประทานอาหารเช้า	1	2	3	4	5
9. ฉันรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อ	1	2	3	4	5
10. ฉันออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที	1	2	3	4	5
11. ฉันรับประทานวิตามินเสริม	1	2	3	4	5
12. ฉันออกกำลังกายเพื่อผ่อนคลายความเครียด	1	2	3	4	5
13. ฉันฝึกสมาธิ เพื่อให้ความรู้สึกละคลาย	1	2	3	4	5
14. ฉันเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ	1	2	3	4	5
15. ฉันศึกษาข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อนำมาดูแลสุขภาพของตนเอง	1	2	3	4	5
16. ฉันรับประทานอาหารเช้าที่มีกากใย	1	2	3	4	5

ข้อความ	ไม่ตรง เลข (1)	ไม่ค่อย ตรง (2)	ตรงและ ไม่ตรง พอๆกัน (3)	ตรง (4)	ตรง มาก (5)
17. เมื่อนั่งรับประทานอาหารขนมปัง ฉันเลือก รับประทานอาหารขนมปังที่มีส่วนผสมของธัญพืช (โฮลวีท)	1	2	3	4	5
18. ฉันชอบรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ	1	2	3	4	5
19. ฉันฝึกสมาธิ เพื่อให้จิตใจสงบ	1	2	3	4	5
20. ฉันต้องการให้ร่างกายของฉันมีสุขภาพ สมบูรณ์มากที่สุด	1	2	3	4	5
ตอนที่ 2					
1. ก่อนที่จะเลือกซื้ออาหารแปรรูป เช่น อาหารกระป๋อง นม ฉันตรวจสอบคุณภาพบรรจุ ภัณฑ์ก่อนเลือกซื้อ	1	2	3	4	5
2. ฉันไม่คลุกคลีอยู่กับผู้ป่วยที่เป็น โรคติดต่อ	1	2	3	4	5
3. ฉันรับประทานอาหารที่ปรุงสุก	1	2	3	4	5
4. ฉันไม่รับประทานอาหารค้างคืน	1	2	3	4	5
5. ฉันเลือกซื้ออาหารจากร้านที่ดูสะอาดถูก หลักอนามัย	1	2	3	4	5
6. ฉันไม่เข้าไปใกล้คนสูบบุหรี่	1	2	3	4	5
7. ฉันใช้ช้อนกลางเมื่อ รับประทานอาหาร ร่วมกัน	1	2	3	4	5
8. ฉันอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	1	2	3	4	5
9. ก่อนที่จะเลือกซื้ออาหารแปรรูป เช่น อาหารกระป๋อง นม ฉันตรวจสอบเครื่องหมาย อย. ก่อนเลือกซื้อ	1	2	3	4	5
10. ฉันหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ เป็นโรคติดต่อเพื่อป้องกันการติด โรค	1	2	3	4	5

ข้อความ	ไม่ตรง เลข (1)	ไม่ค่อย ตรง (2)	ตรงและ ไม่ตรง พอๆกัน (3)	ตรง (4)	ตรง มาก (5)
11. นันทสวมผ้าปิดปากเพื่อป้องกันการติดเชื้อหวัด	1	2	3	4	5
12. นันทกำจัดขยะ เพื่อมิให้เกิดการหมักหมมของสิ่งสกปรก	1	2	3	4	5
13. นันททำความสะอาดเครื่องนอนให้สะอาดอยู่เสมอ	1	2	3	4	5
14. นันทแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง	1	2	3	4	5
15. นันทตรวจสอบสภาพฟัน ทุกๆ 6 เดือน	1	2	3	4	5
16. นันทตรวจสอบสภาพประจำปี	1	2	3	4	5
17. นันททำความสะอาดที่พักรักษาให้สะอาดอยู่เสมอ	1	2	3	4	5