รายงานการวิจัย

เรื่อง

โมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ และดัชนีชี้วัดสุขภาพ โดยมีปัจจัยทางด้านจิตวิทยาด้านความคิด อารมณ์และสังคมเป็นตัวแปรส่งผ่าน

A CAUSAL OF SPIRITUAL WELL-BEING AND PHYSICAL HEALTH INDEX WITH COGNITIVE, EMOTIONAL, AND SOCIAL PSYCHOLOGICAL FACTORS AS MEDIATORS

ผู้วิจัย

อาจารย์ ดร. สมบุญ จารุเกษมทวี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กุลยา พิสิษฐ์สังฆการ

ผู้ช่วยวิจัย

นายธนพล เลี้ยงสุขสันต์ และ นางสาวธนัชพร จรัสจรุงเกียรติ

โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจาก

ธนาคารจิตอาสา และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ธนาคารจิตอาสา
ปันเวลา แชร์ความสุข

สสส
สำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	**ข**
Abstract	**ค**
บทที่ 1 บทนำ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	**1**
บทที่ 2 วรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยสังเขป	**8**
บทที่ 3 วิธีการดำเนินวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	**35**
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	**55**
บทที่ 5 อภิปรายผลการวิจัย	**70**
รายการอ้างอิง	**90**
ภาคผนวก	**100**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโมเดลเชิงสาเหตุความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ และพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีปัจจัยทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่าน โดยในงานวิจัยนี้ สุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณเป็นผลรวมจากสติ ความเข้าใจในไตรลักษณ์ ความหมายในชีวิต และความเมตตากรุณาต่อผู้อื่น พฤติกรรมสุขภาพหมายถึง พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมเนื่อยนิ่ง และปัจจัยทางจิตวิทยาหมายถึงผลรวมจากความหวัง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมสุขภาพ ความสงบภายในจิตใจ และความเชื่อมโยงทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวไทย จำนวน 473 คน ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 34.99 ปี โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐานของอายุ 13.46 ปี นอกเหนือจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างตอบมาตรวัดแบบรายงานตนเองจำนวน 10 ฉบับ ได้แก่ แบบวัดสติ แบบวัดความเข้าใจในไตรลักษณ์ แบบวัดความหมายในชีวิต แบบวัดความเมตตากรุณาต่อผู้อื่น แบบวัดความหวัง แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมสุขภาพ แบบวัดความสงบภายในจิตใจ แบบวัดความเชื่อมโยงทางสังคม และแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ (ซึ่งประกอบด้วยการมีกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมเนื่อยนิ่ง) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง พบว่า โมเดลเชิงสาเหตุความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ และพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีปัจจัยทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่านที่ได้พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ และปัจจัยทางจิตวิทยาสามารถอธิบายความแปรปรวนในตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพในคนไทยได้ร้อยละ 5 ท้ายที่สุด ผู้วิจัยได้นำเสนอการประยุกต์ใช้ผลการวิจัยในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

The present study aimed to propose a causal model that helped illustrate relationships between spiritual well-being and health behaviors, with the mediating role of the score on psychological factor. Here, spiritual well-being was the summative score of mindfulness, cognitive insight, meaning in life, and compassion. Health behaviors entailed physical activity and sedentary behavior. As for psychological factor, this resulted from the combined scores of hope, health-specific self-efficacy, serenity, and social connectedness. Participants were four-hundred and seventy-three Thai individuals, whose mean age was 34.99 years with the standard deviation of 13.46 years. In addition to demographical information, participants responded to ten self-report instruments. These were the Freiburg Mindfulness Inventory, Cognitive Insight Scale, Meaning in Life Questionnaire, Compassion Scale, Adult State Hope Scale, Health-specific Self-efficacy Scale, Serenity Scale, Social-connectedness Scale, Physical Activity Questionnaire, and Sedentary Behavior Questionnaire. Results from the Structural Equation Modeling Analysis confirmed that indices of the model proposed were consistent with empirical data, suggesting a model fit. Spiritual well-being and the psychological factor score could account for 5% of the variance in health behaviors. Implications of the current findings on health behavior promotion were presented.

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ด้วยความรุดหน้าของเทคโนโลยีต่าง ๆ ประชากรในโลกยุคใหม่สามารถเข้าถึงการใช้เครื่องอำนวยความสะดวกทุ่นแรงต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันมากขึ้น ประกอบกับในยุคปัจจุบันมีสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศต่าง ๆ ทำให้กิจกรรมนันทนาการต่าง ๆ ในสังคมไม่จำเป็นต้องใช้การเคลื่อนไหวออกกำลังกายมากเท่าเดิม ทำให้เกิดการลดลงของกิจกรรมทางกาย อันส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักตัวสูง และปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง อาทิ ดังปรากฏในสังคมไทย ที่ภาวะเหล่านี้ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมทางสุขภาพ (Health behaviours) หมายถึง พฤติกรรมใด ๆ ที่บุคคลกระทำหรืองดเว้นกระทำเพื่อป้องกันหรือบำบัดรักษาโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพและสุขภาวะที่ดีขึ้น (Conner, 2002; คณะกรรมการสุขศึกษา, 2539) โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสม (physical activities) และการลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง (sedentary behavior) ความสำคัญของพฤติกรรมเหล่านี้ก่อให้เกิดความพยายามในการศึกษาวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องว่ามีความเชื่อมโยงกับปัจจัยทางจิตวิทยาอย่างไร แต่งานวิจัยเหล่านี้ยังมีอยู่จำกัดในสังคมไทย อีกทั้งยังมิได้มีการศึกษาลึกซึ้งถึงความสัมพันธ์ที่พฤติกรรมทางสุขภาพซึ่งเป็นตัวชี้วัดถึงสุขภาวะทางสุขภาพเหล่านี้มีกับสุขภาวะอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสุขภาวะทางปัญญา ศาสนา และจิตวิญญาณในสังคมไทย

การวิจัยครั้งนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอโมเดลเชิงสาเหตุที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาวะทางปัญญาด้านศาสนาและจิตวิญญาณ โดยมีปัจจัยทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่าน โดยโมเดลนี้ควรมีความสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับผ่านการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างชาวไทย การกำหนดนิยามสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณในงานวิจัยนี้สร้างขึ้นบทบริบทของสังคมไทย โดยรวบรวมมาจากคำนิยามแบบตะวันตกนั้น คือความพยายามของบุคคลที่จะบรรลุถึง หรือเข้าถึงความหมายของการดำรงอยู่ หรือเป้าหมายของการดำเนินชีวิต (Fry, 2000; Steger, 2013; Ivtzan, Chan, Gardner และ

Prashar, 2013; Gerwood, LeBlacn และ Piazzam, 1998 อ้างถึงใน Steger, 2013; Harris และ Standard, 2001 อ้างถึงใน Steger, 2013; Lin และ Bauer-Wu, 2003) รวมถึงสภาวะการเป็นหนึ่งเดียวเชื่อมโยงกับผู้อื่นหรือพลังอำนาจเหนือธรรมชาติได้อย่างกลมกลืน (Lin และ Bauer-Wu, 2003)

ในการวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษาสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ อันเป็นผลรวมจาก การมีสติหรือการตระหนักรู้ต่อประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันขณะของบุคคล (Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht, และ Schmidt, 2006) การมีความหมายในชีวิตหรือการรับรู้ของบุคคลถึงเป้าหมายที่ทำให้ตนเองดำรงชีวิตอยู่ การมีความเมตตากรุณากับผู้อื่น การรับรู้ประสบการณ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสบการณ์ในแง่ลบของผู้อื่น โดยไม่หลีกเลี่ยง บิดเบือน หรือปฏิเสธ (Pommier, 2011) และความเข้าใจในไตรลักษณ์หรือการมีความเข้าใจในความทุกข์ การมีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลง และการมีความเข้าใจในการไม่ยึดมั่นในตัวตน อันเป็นพื้นฐานของพระพุทธศาสนา โดยในการศึกษานี้องค์ประกอบของสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ ดังกล่าวจะนำไปศึกษาความสัมพันธ์กับปัจจัยทางจิตวิทยา และพฤติกรรมสุขภาพ

นอกเหนือจากนั้น บทบาทของปัจจัยทางจิตวิทยาด้านต่าง ๆ อาทิ ด้านมุมมองความคิด อารมณ์และสังคม ยังมีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความคิด อาทิ ความหวังและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาด้านการรู้คิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (Brothers และคณะ, 2006) นอกจากนี้ ยังพบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพกับความสงบภายในจิตใจ ซึ่งเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการยอมรับ/การไม่ควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ รวมถึงความรู้สึกเชื่อมั่นในสิ่งต่าง ๆ รอบตัว (Roberts และ Aspy, 1993) อันนับเป็นตัวอย่างของปัจจัยทางจิตวิทยาด้านอารมณ์ ท้ายที่สุด พบงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตวิทยาด้านการเชื่อมโยงทางสังคมกับทั้งพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ (Lin และ Bauer-Wu, 2003; Bond และคณะ, 2007) ความเชื่อมโยงนี้จึงถูกนำมาเป็นตัวแปรที่ศึกษา และสร้างเป็นโมเดลความสัมพันธ์ในการศึกษานี้

จากที่กล่าวมาข้างต้นถึงแม้ว่าจะมีงานวิจัยต่างประเทศที่พบความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านการรู้คิด อารมณ์และสังคม และพฤติกรรมสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มประชากรไทยนั้นมีจำกัด และยังไม่พบการศึกษาในรูปแบบการวิเคราะห์เส้นทางการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ โดยคำนึงถึงทั้งสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณและปัจจัยทางจิตวิทยาด้านต่าง ๆ ควบคู่กันไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการวิเคราะห์เส้นทางระหว่างสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ และพฤติกรรมสุขภาพโดยมีปัจจัยทางจิตวิทยาด้านการรู้คิด อารมณ์และสังคมเป็นตัวแปรส่งผ่าน

คำถามในการวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านการรู้คิด อารมณ์และสังคม และพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มคนไทย มีความสัมพันธ์กันอย่างไร

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

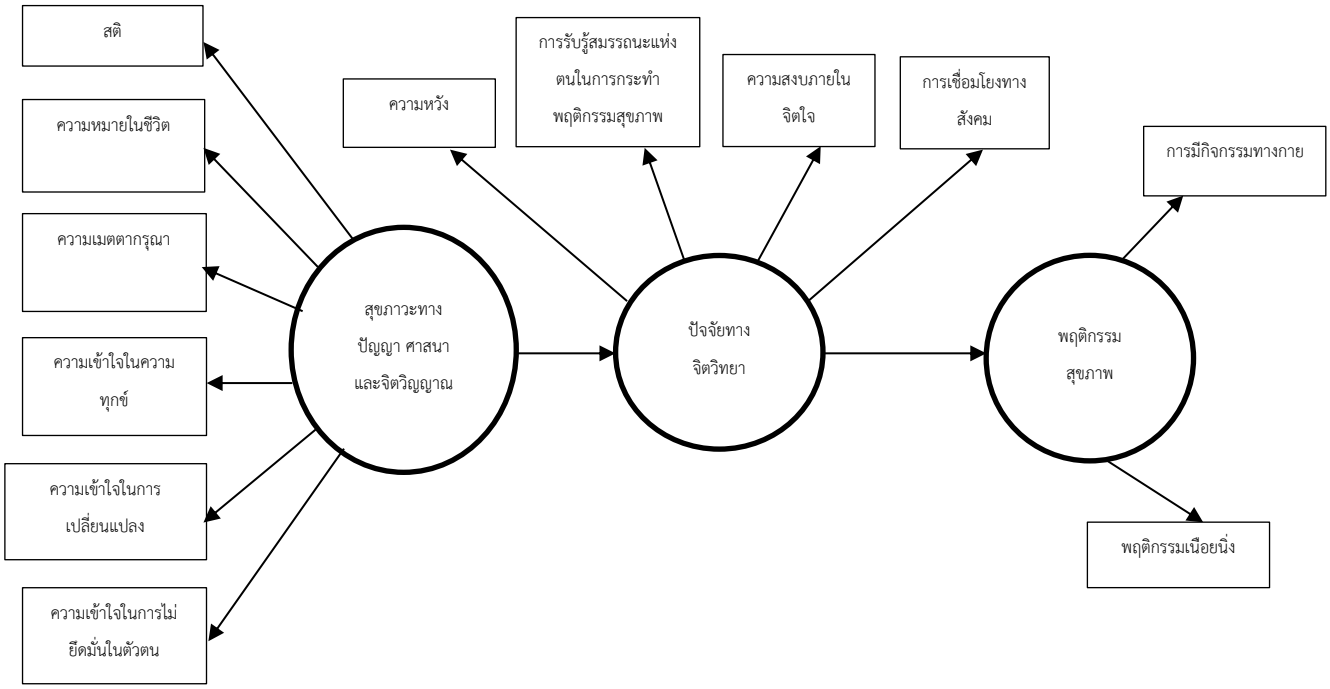
เพื่อทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านการรู้คิด อารมณ์และสังคม และพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มคนไทย

สมมติฐานการวิจัย

ในการวิเคราะห์เส้นทางของพฤติกรรมสุขภาพของคนไทย ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านการรู้คิด ได้แก่ ความหวังและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยทางด้านอารมณ์ ได้แก่ ความสงบภายในจิตใจ และปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ ความเชื่อมโยงทางสังคม เป็นตัวแปรส่งผ่านระหว่าง สุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ (การมีสติ การมีความหมายในชีวิต การมีความเมตตากรุณากับผู้อื่น การมีความเข้าใจในความทุกข์ การมีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงและการมีความเข้าใจในการไม่ยึดมั่นในตัวตน) และพฤติกรรมสุขภาพ (การมีกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมเนือยนิ่ง)

โมเดลสมมุติฐานตามกรอบแนวคิดในการวิจัย

แผนภาพที่ 1 โมเดลสมมุติฐานตามกรอบแนวคิดในการวิจัย



ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านการรู้คิด อารมณ์และสังคม และพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มคนไทย

2. เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำมาเป็นแนวทางในการจัดการส่งเสริมสุขภาพ สุขภาวะของคนไทยต่อไป

ขอบเขตงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาความสัมพันธ์แบบตัดขวาง (Cross-Sectional Correlation) โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling) ด้วยโปรแกรม IBM SPSS-AMOS Version 22 ใช้กลุ่มตัวอย่างไทย จำนวน 450 คน

นิยามเชิงปฏิบัติการ

สุขภาวะทางปัญญาด้านศาสนาและจิตวิญญาณ (Spiritual Well-Being) ในงานวิจัยนี้หมายถึง การที่บุคคลบรรลุถึง หรือเข้าถึงความหมายของการดำรงอยู่ หรือเป้าหมายของการดำเนินชีวิต รวมถึงสภาวะการเป็นหนึ่งเดียวเชื่อมโยงกับผู้อื่นหรือพลังอำนาจเหนือธรรมชาติได้อย่างกลมกลืน ในงานวิจัยนี้สุขภาวะทางปัญญาด้านศาสนาและจิตวิญญาณ เป็นผลรวมจากสติ ความหมายในชีวิต การมีความเมตตากรุณากับผู้อื่น และความเข้าใจในไตรลักษณ์ อันเกิดจากการมีความเข้าใจในความทุกข์ การมีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลง และการมีความเข้าใจในการไม่ยึดมั่นในตัวตน

สติ (Mindfulness) หมายถึง สภาวะของการตระหนักรู้ต่อสิ่งเร้าภายในตนเองที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก และการรับสัมผัส ที่เปลี่ยนไปในปัจจุบันในลักษณะของการเปิดรับและยอมรับประสบการณ์นั้น ๆ (Bishop และคณะ, 2004) โดยวัดจากแบบวัดสติ (Freiburg Mindfulness Inventory) ฉบับแปลไทยจำนวน 14 ข้อ (Walach, Buchheld, Buttenmuller, Kleinknecht และ Schmidt, 2006)

การมีความหมายในชีวิต (Meaning of life) หมายถึง การที่บุคคลประกอบไปด้วยความรู้สึกต่อธรรมชาติของการมีอยู่และดำรงอยู่ของชีวิตตนเป็นอย่างมาก โดยวัดจากมาตรย่อยของแบบวัด Meaning in Life questionnaire (MLQ) ในมาตรย่อยด้านการมีความรู้สึกถึงการมีความเหมายในชีวิต (Presence of meaning) ฉบับแปลไทยจำนวน 5 ข้อ (Steger, Frazier, Oishi และ Kaler, 2006)

การมีความเมตตากรุณากับผู้อื่น (Compassion) หมายถึง การที่บุคคลสามารถรู้สึกและตระหนักได้ถึงความเจ็บปวดของผู้อื่น และไม่หลีกเลี่ยงหรือตัดขาดจากความรู้สึกนั้น ทั้งยังมีความรู้สึกที่มีเมตตาต่อผู้อื่นและมีความปรารถนาที่จะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดนั้น (Neff, 2003 อ้างถึงใน Pommier, 2011) โดยวัดจากแบบวัด Compassion scale (Pommier, 2011) ฉบับแปลไทยจำนวน 24 ข้อ

ความเข้าใจในไตรลักษณ์ หมายถึง การมีความเข้าใจในความทุกข์ การมีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลง และการมีความเข้าใจในการไม่ยึดมั่นในตัวตน โดยวัดจากมาตรวัดความเข้าใจในไตรลักษณ์ (Jarukasemthawee และคณะ, 2018) จำนวน 44 ข้อ

ปัจจัยทางจิตวิทยา (Psychological factors) ในงานวิจัยนี้หมายถึง ผลรวมจาก ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านการคิด ในงานวิจัยนี้หมายถึง ความหวัง (Hope) และ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ (Specific Health Efficacy) ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านอารมณ์ในงานวิจัยนี้ หมายถึง ความสงบภายในจิตใจ (Serenity) และปัจจัยทางจิตวิทยาด้านสังคม ในงานวิจัยนี้ หมายถึง การเชื่อมโยงทางสังคม (Social-Connectedness)

ความหวัง (Hope) หมายถึง ความคิดความเชื่อมั่นของบุคคลว่าสามารถบรรลุเป้าหมายตนที่ต้องการได้ ประกอบด้วยความเชื่อว่าตนสามารถดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายได้ และความเชื่อว่าตนสามารถหาหนทางต่าง ๆ ในการไปสู่เป้าหมายได้ โดยวัดจากแบบวัด Adult State Hope Scale (Snyder และคณะ, 2009) ฉบับแปลไทยจำนวน 6 ข้อ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ (Specific Health Efficacy) หมายถึงการที่บุคคลมีความเชื่อต่อตนเองในทางที่ดีว่าตนจะสามารถต้านทานสิ่งล่อตาล่อใจที่ส่งผลต่อสุขภาพได้และเพื่อสร้างวิถีชีวิตที่นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ซึ่งในงานวิจัยนี้คือในเรื่องของโภชนาการ การออกกำลังกาย และการต้านทานการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยวัดจากแบบวัด Health-Specific Self-Efficacy Scales (Schwarzer และ Renner, 2009) ฉบับแปลไทยจำนวน 13 ข้อ

ความสงบภายในจิตใจ (Serenity) หมายถึง ประสบการณ์ทางจิตวิญญาณในเรื่องของความสงบภายในจิตใจโดยไม่ขึ้นกับเหตุการณ์ภายนอก (Roberts และ Fitzgerald, 1991 อ้างถึงใน Kreitzer, Gross, Waleekhachonloet, Reilly-Spong และ Byrd, 2009) โดยวัดจากแบบวัด Brief Serenity Scale (Kreitzer และคณะ, 2009) ฉบับแปลไทยจำนวน 22 ข้อ

ความเชื่อมโยงทางสังคม (Social-Connectedness) หมายถึง ความสัมพันธ์ทางอารมณ์ของบุคคลที่มีต่อผู้อื่น ทั้งความสัมพันธ์ทางอารมณ์ของตนกับเพื่อน และของตนกับสังคม โดยวัดจากมาตรย่อยด้านการเชื่อมโยงทางสังคม ที่เป็นส่วนหนึ่งของแบบวัด Social Connectedness Scale (Lee และ Robbins, 1995) ฉบับแปลไทยจำนวน 8 ข้อ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการวิจัยที่ได้รับจะช่วยเติมเต็มช่องว่างทางการวิจัยในประเด็นของความสัมพันธ์ที่สุขภาวะทางปัญญา ศาสนา และจิตวิญญาณมีกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีปัจจัยทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่าน
2. ผลการวิจัยที่ได้รับจะช่วยนำมาซึ่งแนวทางในการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพผ่านสุขภาวะทางปัญญา ศาสนา และจิตวิญญาณมีกับพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยทางจิตวิทยา

บทที่ 2

วรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยสังเขป

การทบทวนรรณกรรมในบทนี้ ประกอบด้วยแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางสุขภาพ (Health behavior) ซึ่งเป็นตัวแปรตามในการศึกษาครั้งนี้ ในลำดับต่อไปเป็นการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางสุขภาพ อันได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ความหวัง ความสงบภายในจิตใจ และความเชื่อมโยงทางสังคม ทั้งนี้ปัจจัยเหล่านี้อาจสรุปได้เป็นสามแนวคิดหลัก ๆ ได้แก่ ปัจจัยทางจิตวิทยาตามมุมมองความคิด ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ และความหวัง ปัจจัยทางจิตวิทยาทางอารมณ์ ซึ่งในงานวิจัยนี้หมายถึงความสงบภายในจิตใจ และปัจจัยทางจิตวิทยาด้านสังคม คือความเชื่อมโยงทางสังคมสำหรับงานวิจัยนี้

พฤติกรรมทางสุขภาพ

พฤติกรรมทางสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง พฤติกรรมใด ๆ ที่บุคคลกระทำหรืองดเว้นที่จะกระทำเพื่อป้องกันหรือบำบัดรักษาโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพและสุขภาวะที่ดีขึ้น (Conner, 2002; คณะกรรมการสุขศึกษา, 2539) โดยพฤติกรรมนี้ครอบคลุมทั้งในส่วนของพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) และพฤติกรรมป้องกันโรค (Preventative and Promotive Behavior) อันปฏิบัติได้โดยบุคคลหลากหลายช่วงวัย

ในการวิจัยครั้งนี้ มุ่งเน้นศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่งเป็นพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงในการเจ็บป่วยกับบุคคลในหลายช่วงวัยในบริบทสังคมไทย ซึ่งในที่นี้หมายถึงการมีพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย (physical activities) อย่างเหมาะสม (Kitreerawutiwong และ Mekrungrongwong, 2016) และพฤติกรรมเนือยนิ่ง (Owen, 2010) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ามี 3 ระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล (Individual/ Intrapersonal Health Behavior

Models/ Theories) ระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal Health Behavior Theories) และระดับชุมชนสังคม (Community Level Models/ Theories) (สุปรียา ตันสกุล, 2557) แต่อย่างไรก็ตามในการวิจัยนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาปัจจัยทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพทั้งในระดับบุคคล และระดับระหว่างบุคคล

ปัจจัยทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบทฤษฎีที่เกี่ยวข้องหลายทฤษฎี ได้แก่ แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: Rosenstock, Becker, Kirscht และคณะ, 1994) โมเดลการประมวลข่าวสารข้อมูลของผู้บริโภค (Consumer Information Processing Model: Bettman, McGuire และคณะ, 1970) โมเดลขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of Change Model or Transtheoretical Model: Prochaska และ Dillemente, 1982) ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action: Ajzen และ Fishbein 1991) และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: Ajzen, 1991) แต่อย่างไรก็ตามการทบทวนวรรณกรรมในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยขออธิบายแนวคิดโมเดลขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of Change Model or Transtheoretical Model) ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) เนื่องด้วยเป็นทฤษฎีปัจจัยทางจิตวิทยาด้านการรู้คิดที่ได้รับการยอมรับและพบงานวิจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพจำนวนมาก

ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action: Ajzen และ Fishbein, 2001) เป็นแนวคิดที่เชื่อมโยงเกี่ยวพันกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นที่จะอธิบายพฤติกรรมที่บุคคลมีอำนาจในการเลือกกระทำและควบคุมได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้การเลือกกระทำพฤติกรรมใด ๆ นั้น ขึ้นอยู่กับเจตคติที่บุคคลมีต่อพฤติกรรมนั้น ว่าจะก่อให้เกิดผลดีหรือมีคุณค่าเพียงใด หากเจตคติเป็นไปในทางบวก คือบุคคลเชื่อว่าการกระทำนั้นจะเป็นผลดีต่อตนเอง บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะเลือกกระทำพฤติกรรมนั้นเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ เจตคติดังกล่าวอาจถูกพัฒนาขึ้นจากอิทธิพลของกลุ่มบุคคลรอบข้างที่บุคคลผู้นั้นเห็นว่ามีความสำคัญต่อตนเอง โดยแนวคิดนี้สอดคล้องกับการศึกษาแบบวิเคราะห์อภิมานของ Hagger, Chatzisarantis และ Biddle (2002) ที่

ใช้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลเป็นหลักยึดในงานวิจัย พบสหสัมพันธ์ระหว่างการทำกิจกรรมทางกาย ความตั้งใจ เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมในอดีตในบริบทของการมีกิจกรรมทางกาย

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: Ajzen, 1991) เป็นทฤษฎีที่ต่อยอดแนวคิดจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล โดยให้ความสำคัญกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control) โดยการรับรู้เป็นการประเมินของบุคคลว่าสามารถควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเป้าหมายได้มากน้อยเพียงใด รวมทั้งการรับรู้ถึงความสามารถในการกระทำพฤติกรรมเป้าหมายหนึ่ง ๆ มากน้อยเพียงใดอีกด้วย

จากงานวิจัยของ Psouni, Chasandra และ Theodorakis (2016) พบว่าตัวแปรในทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน อาทิเช่น เจตคติ ความตั้งใจ การรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรม และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มีสหสัมพันธ์กับการออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรมยามว่างและการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ โดยเปรียบเทียบระหว่างบุคคลที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติกับบุคคลที่มีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าปกติในขั้นน้ำหนักเกิน/อ้วน พบว่ากลุ่มค่าดัชนีมวลกายปกติมีค่าเจตคติด้านบวก ความตั้งใจ การรับรู้ถึงการควบคุมพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มดัชนีมวลกายสูงกว่าปกติ รวมไปถึงการทำกิจกรรมและการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพในระดับที่มากกว่ากลุ่มดัชนีมวลกายสูงกว่าปกติอย่างมีนัยสำคัญ

โมเดลขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Stages of Change Model or Transtheoretical Model: Prochaska และ Dillemente 1982) ได้อธิบายระดับความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อพฤติกรรมสุขภาพในระดับที่แตกต่างกันไว้ 5 ระดับ ได้แก่

1. Precontemplation บุคคลไม่ได้ตระหนักรู้หรือไม่ยอมรับรู้ว่าพฤติกรรมของตนเองนั้นเป็นปัญหา ไม่มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อทำพฤติกรรมสุขภาพ ตัวอย่างเช่น บุคคลไม่ได้ตระหนักรู้ว่าพฤติกรรมการการดื่มเหล้ามากเกินไปนั้นเป็นปัญหาต่อการดำเนินชีวิต
2. Contemplation บุคคลเริ่มตระหนักว่าพฤติกรรมของตนเองเป็นปัญหา และอยากจะเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมตนเองดังกล่าว อยากทำพฤติกรรมสุขภาพ แต่ยังไม่แน่ใจว่าจะเริ่มต้นลงมือทำเมื่อไหร่ (ยังไม่ได้ลงมือปฏิบัติ)

3. Preparation บุคคลมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และได้พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง กระทำพฤติกรรมสุขภาพบ้างแล้ว แต่ยังไม่ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างได้จริง ยังคงกระทำพฤติกรรมเดิมที่เป็นปัญหาอยู่บ้าง

4. Action บุคคลลงมือปฏิบัติ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระทำพฤติกรรมสุขภาพ เริ่มเห็นทั้งประโยชน์และพบปัญหาอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และพยายายามจัดการกับปัญหาอุปสรรคขัดขวางที่ทำให้ตนยังไม่เกิดเกิดพฤติกรรมใหม่อย่างถาวร

5. Maintenance เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเก่า จนเกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพใหม่แล้วสักระยะหนึ่ง ความแน่วแน่ตั้งใจยังคงเดิม โดยช่วงนี้ บุคคลยังคงประคองให้พฤติกรรมสุขภาพ-นิสัยใหม่ที่เกิดขึ้นยังคงอยู่ โดยไม่ต้องใช้ความพยายามมากนัก

นอกจากนี้ทฤษฎีนี้ได้ยังได้ระบุถึงกระบวนการต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ครอบคลุมถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม อาทิเช่น การได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรต่าง ๆ และจิตใจ เพื่อให้การกระทำพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

จากงานวิจัยของ Nigg และ Courneya (1998) ที่ใช้โมเดลขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงเป็นหลักยึดในงานวิจัย โดยศึกษาในตัวแปรระดับการทำพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการตัดสินใจอย่างสมดุล กับตัวแปรตามคือพฤติกรรมการออกกำลังกาย ในกลุ่มประชากรวัยรุ่น ผลการวิจัยพบว่าระดับการเปลี่ยนแปลงมีสหสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจออกกำลังกาย กล่าวคือยิ่งบุคคลมีระดับการเปลี่ยนแปลงมาในขั้นหลังจะยิ่งมองว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายนั้นเป็นประโยชน์และนำมุมมองนี้มาเป็นการคิดต่อกระบวนการตัดสินใจในการทำพฤติกรรม อีกทั้งยังมีสหสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จะเห็นได้ว่าปัจจัยทางจิตวิทยาในระดับบุคคลด้านการรู้คิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพนั้นมักเกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior Self-efficacy) อันเป็นปัจจัยที่หลายทฤษฎีที่กล่าวมาข้างต้นต่างให้ความสำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่สัมพันธ์กับสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณในงานวิจัยนี้

นอกจากนี้งานวิจัยจำนวนมากยังได้บ่งชี้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตวิทยาในระดับบุคคลด้านการรู้คิดอื่น ๆ อาทิ เช่น ความหวัง รวมทั้งปัจจัยทางด้านอารมณ์ ได้แก่ความสงบภายในจิตใจที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ (Burkhardt, 1989 อ้างถึงใน Hood, 1996; Kreitzer และคณะ, 2009; Brothers และคณะ, 2006) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและความสงบภายในจิตใจ ในฐานะปัจจัยทางจิตวิทยาในระดับบุคคลในงานวิจัยนี้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior Self-efficacy)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) คือการรับรู้ของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถในการกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้มากน้อยเพียงใด (Perceived self-efficacy) โดยการรับรู้นี้เป็นการประเมินความสามารถแห่งตนในการทำพฤติกรรมหนึ่ง ๆ ที่ตนเองต้องการ (Pajares และ Miller, 1994) Bandura (1986) ได้อธิบายว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 มิติ อันได้แก่

1. การรับรู้ระดับความยากง่ายของกิจกรรมที่ทำ (Magnitude) คือการรับรู้ว่าตนมีความพร้อมต่อการรับมือมากน้อยเพียงใด อาทิ บุคคลที่พยายามทำพฤติกรรมสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการพยายามเลิกสูบบุหรี่ ในบุคคลที่กำลังรู้สึกผ่อนคลายอาจมีความเชื่อว่าตนเองสามารถงดสูบบุหรี่ได้เมื่อเทียบกับบุคคลที่กำลังประสบกับความเครียดที่อาจมีความสงสัยในสมรรถนะแห่งตนในการงดสูบบุหรี่ (DiClemente, 1986 อ้างถึงใน Maddux, 1995)

2. ความแข็งแกร่งหนักแน่นในการรับรู้ของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ ซึ่งความแข็งแกร่งนี้มีความสัมพันธ์กับความเพียรพยายามของบุคคลเมื่อประสบอุปสรรคต่าง ๆ (Bandura, 1986 อ้างถึงใน Maddux, 1995) และท้ายที่สุดคือ

3. การแผ่ขยายการรับรู้สรรถนะแห่งตน (Generality) จากประสบการณ์ความสำเร็จหรือความล้มเหลวที่ผ่านมา ไปยังประสบการณ์ที่มีความคล้ายคลึงและแตกต่างจากพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายต่าง ๆ

ถึงแม้ Bandura (1977) ระบุว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นจะประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ประการ ในจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการวัดและการประเมินในเรื่องการรับรู้สรรถนะแห่งตนส่วนมากนักจิตวิทยามักมุ่งสนที่ไปการสร้างและการพัฒนามาตรวัดในมิติความแข็งแกร่งหนักแน่นในการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กล่าวคือมุ่งเน้นไปที่การวัดความมั่นใจของบุคคลที่จะทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง (Maddux, 1995)

นอกจากนี้ Bandura (1997) ยังระบุว่ากระบวนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่นำไปสู่การเกิดการกระทำพฤติกรรม นั้นเกี่ยวข้องกับ 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. กระบวนการคิด (Cognitive Process) คือเมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนมีสมรรถนะสูงมักจะมีการตั้งเป้าหมายที่มีความท้าทาย อีกทั้งยังมีภาพในใจเกี่ยวกับการประสบความสำเร็จในเป้าหมายที่วางไว้ของตน อันเป็นการส่งเสริมให้เกิดการกระทำพฤติกรรมที่วางแผนไว้ได้ดีขึ้น หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือกระบวนการคิดมีหน้าที่สำคัญในการทำให้บุคคลสามารถทำนายเหตุการณ์และพัฒนาหนทางในการจัดการเหตุการณ์เหล่านั้น นอกจากนี้บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำยังมีแนวโน้มในการคิดวิเคราะห์ที่ยากลำบากกว่าบุคคลมีความทะเยอทะยานที่สูงกว่า และมีการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองได้ยากกว่าผู้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง

2. กระบวนการแรงจูงใจ (Motivational Process) คือความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนนั้นมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลและการตั้งเป้าหมาย เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะนี้จะนำไปสู่การคาดเดาผลสัมฤทธิ์ที่จะ

เกิดขึ้นในอนาคต กล่าวคือยิ่งบุคคลมีการรับรู้และคาดเดาผลสัมฤทธิ์สูง ก็จะยิ่งมีแรงจูงใจในการทำเป้าหมายที่วางไว้ได้มากยิ่งขึ้น

3. กระบวนการทางอารมณ์ (Affective Process) คือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นมีผลต่ออารมณ์ และความรู้สึกทางลบเมื่อบุคคลเผชิญอุปสรรคในการทำตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยบุคคลที่มีสมรรถนะแห่งตนสูงจะสามารถจัดการอารมณ์และความรู้สึกทางลบของตนได้ดีกว่าบุคคลที่มีสมรรถนะแห่งตนต่ำ นอกจากนี้สิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลนั้นไม่เพียงส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะในการจัดการปัญหาแล้วยังส่งผลถึงการรับรู้สมรรถนะในการควบคุมสิ่งรบกวนอีกด้วย

4. กระบวนการเลือก (Selection Process) คือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อการเลือกและตั้งเป้าหมายกิจกรรมและสถานการณ์ของบุคคล โดยบุคคลมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงการตั้งเป้าหมายหรือการเลือกกิจกรรมที่แตกต่างจากความคุ้นเคยของตนหรือเกินความสามารถในการแก้ปัญหาของตน แต่มีความยินดีในการเลือกสถานการณ์ที่ท้าทายหากรับรู้ว่าตนมีความสามารถพอที่จะทำ โดยการตัดสินใจเลือกมักประกอบไปด้วยปัจจัยต่าง ๆ คือ ความสามารถส่วนบุคคล ความสนใจ และความสัมพันธ์ทางสังคม

จากการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีในข้างต้น สามารถตั้งสมมติฐานได้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพที่บุคคลมี กล่าวคือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ นับเป็นปัจจัยพื้นฐานในการเลือกกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ทั้งในการตั้งเป้าหมายที่ท้าทาย เอื้อให้เกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ การมีจินตภาพว่าตนเองจะประสบความสำเร็จในเป้าหมายที่วางไว้ และส่งผลให้เลือกทำพฤติกรรมต่าง ๆ นอกจากนั้น เมื่อบุคคลประสบปัญหาหรืออุปสรรค ในเรื่องความชัดเจนในเป้าหมายที่ตนเองมีและความเชื่อมั่นในความสำเร็จของตนเอง มีแนวโน้มจะช่วยให้ผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะสามารถจัดการอารมณ์ความรู้สึกทางลบซึ่งเป็นผลจากการเผชิญปัญหาอุปสรรคเหล่านี้ได้ดียิ่งขึ้น

อีกทั้งยังพบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพและประสิทธิผลของพฤติกรรมนี้ ปรากฏในผลการศึกษาของ Jackson, Tucker และ Herman (2007) ที่

รายงานถึงความสัมพันธ์นี้ และจากงานวิจัยของ Marcus, Selby, Niaura และ Rossi (1992) พบว่าเมื่อเปรียบเทียบระหว่างบุคคลที่ยังไม่ออกกำลังกายกับบุคคลที่ออกกำลังกาย บุคคลที่ไม่ออกกำลังกายมีความมั่นใจในความสามารถหรือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายน้อยกว่าบุคคลที่ออกกำลังกาย

ความหวัง

ความหวังเป็นกระบวนการทางความคิดที่บุคคลมีต่อการไปถึงเป้าหมายของตนเอง (Synder, 2002) โดยความหวังนี้มีองค์ประกอบหลักสองประการ อันได้แก่ การรับรู้อำนาจแห่งตนในการไปถึงเป้าหมายคือการที่บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะนำพาตนเองไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ได้ โดยความเชื่อนี้ช่วยให้บุคคลเกิดพลังขับเคลื่อนในการก้าวไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ และมีโอกาสเพิ่มขึ้นในการบรรลุเป้าหมายนี้ นอกเหนือจากการรับรู้อำนาจแห่งตนแล้ว ความหวังยังประกอบด้วยการคิด ใคร่ครวญถึงแนวทางเพื่อไปถึงเป้าหมายที่วางไว้ (Pathway Thinking) ว่าจะต้องทำเช่นไรในการก้าวไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ การทราบถึงแผนการที่เกี่ยวข้อง สามารถแจกแจงรายละเอียดของแผนได้อย่างชัดเจน อันก่อให้เกิดความมั่นใจในการนำพาตนเองไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ได้ และมีโอกาสเพิ่มขึ้นในการบรรลุเป้าหมายนี้

ทั้งนี้ Synder (2002) ได้ประเมินว่าองค์ประกอบทั้งสองประการของความหวังนั้นเป็นคุณสมบัติพื้นฐานที่บุคคลพึงมีในการที่จะประสบความสำเร็จในสิ่งที่ต้องการ ทั้งนี้ ผลการวิจัยที่ผ่านมา แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความหวังและความสำเร็จในหลากหลายด้าน ทั้งในด้านการศึกษา เช่น ความหวังกับผลการเรียน ความบากบั่นในลงเรียนรายวิชาจนสำเร็จ และโอกาสในการสำเร็จการศึกษา (Snyer และคณะ, 2002) ด้านกีฬาพบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความหวังกับความมุ่งมั่นพากเพียรฝึกซ้อมของนักกีฬาตามแผนการที่ผู้ฝึกสอนกำหนดไว้ (Curry, Snyder, Cook, Ruby และ Rehm, 1997) ด้านสุขภาวะทางจิต พบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างความหวังกับอารมณ์ความรู้สึกทางลบ ในขณะที่พบความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต (Snyder และคณะ, 1991) และด้านพฤติกรรมสุขภาพ ดังปรากฏใน

ความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความหวังกับพฤติกรรมสุขภาพ (Snyder, Feldman, Taylor, Schroeder, และ Adams, 2000)

ด้วยความสำคัญของความหวัง ดังที่ได้กล่าวในข้างต้น Snyder และคณะ (1996) ได้พัฒนาแบบวัดความหวังเพื่อวัดการรับรู้ของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถในการริเริ่มและยึดมั่นในการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ และมีความสามารถในการจัดการเพื่อให้ตนบรรลุถึงเป้าหมายที่วางไว้ได้หรือไม่ โดยแบบวัดนี้สะท้อนให้เห็นถึงองค์ประกอบของความหวังสองด้านคือ ด้านการกระทำ (Agency) และด้านแนวทาง (Pathways) โดยสามารถแยกคิดคะแนนองค์ประกอบทั้งสอง หรือรวมทั้งสององค์ประกอบเข้าด้วยกัน เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงระดับความหวังที่บุคคลมีโดยรวมได้ด้วย

ทั้งนี้จากแนวคิดของความหวังที่กล่าวมาข้างต้น อาจกล่าวได้ว่า เมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการริเริ่มและยึดมั่นในการกระทำต่าง ๆ มีทั้งการรับรู้อำนาจแห่งตนในการลงมือกระทำพฤติกรรมสุขภาพ (Agency) และทราบถึงแนวทางในการกระทำพฤติกรรมนี้ (Pathways) ก็น่าที่จะมีแนวโน้มในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ผลการวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและพฤติกรรมสุขภาพ พบความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างปัจจัยทั้งสองนี้ ทั้งในประเด็นของพฤติกรรมการลดน้ำหนัก (Kelsey, DeVellis, Gizlice, Ries, Barnes และ Campbell, 2011) การเลือกรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย (Feldman และ Sills, 2012; Scioli, Scioli-Salter, Sykes, Anderson และ Fedele, 2016) การสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Berg, Ritschel, Swan, An และ Ahluwalia 2011)

ความสงบภายในจิตใจ

ความรู้สึกสงบภายในจิตใจ เป็นปัจจัยทางจิตวิทยาด้านอารมณ์ ที่สะท้อนให้เห็นถึงอารมณ์ความรู้สึกทางบวก ความผ่อนคลาย และสงบ โดยความรู้สึกนี้สะท้อนให้เห็นถึงภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการยอมรับ ไม่ควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ รวมถึงความรู้สึกเชื่อมั่นในสิ่งต่าง ๆ รอบตัว (Roberts และ Aspy, 1993) อารมณ์

ความรู้สึกนี้มีผลเชื่อมโยงถึงสุขภาวะทางกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ กล่าวโดยสรุปคือความสงบภายในจิตใจส่งผลต่อสุขภาวะองค์รวม (Roberts และ Whall, 1996) อันมีส่วนช่วยให้บุคคลรับมือกับสถานการณ์ยากลำบากได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Roberts และ Aspy, 1993) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอารมณ์ความรู้สึกความสงบภายในจิตใจ จะเอื้อให้บุคคลก้าวผ่านสถานการณ์ทางลบในชีวิตได้ โดยความสงบภายในจิตใจ นี้มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางจิตวิทยาทางบวกต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกอิ่มเอมไม่ขาดพร่องในใจและปลอดภัย (Fulfillment & Satiety) การมีจิตใจเอื้ออารี (Altruism) และเป็นอันหนึ่งอันเดียว (Belonging) กับผู้อื่น ในทางกลับกันการขาดความสงบภายในจิตใจมีความสัมพันธ์กับความโกรธ ความตื่นกลัว ความสิ้นหวัง และความโดดเดี่ยวแปลกแยกจากผู้อื่น (Isolation) (Whitfield, 1984)

ด้วยความสำคัญของความสงบภายในจิตใจดังที่ได้กล่าวในข้างต้น Kreitzer, Gross, Waleekhachonloet, Reilly-Spong และ Byrd (2009) ได้พัฒนาแบบวัดความสงบภายในจิตใจขึ้นเพื่อวัดสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการยอมรับ ไม่ควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ รวมถึงความรู้สึกเชื่อมั่นในสิ่งต่าง ๆ รอบตัว โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการยอมรับตนเองและประสบการณ์ที่มี (Acceptance) ด้านการมีหลักยึดเหนี่ยวภายในตน (Inner haven) และด้านความเชื่อมั่น (Trust)

ในปี 1991 Roberts และ Fritzgerald (1991) ได้ระบุถึงคุณลักษณะสิบประการของผู้ที่มีความสงบภายในจิตใจอันได้แก่ ความสามารถที่จะค้นพบความสงบภายในจิตใจตนเอง ความสามารถในการแยกตนเองไม่จมอยู่กับอารมณ์ความรู้สึกทางลบ ความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับผู้อื่น ความสามารถในการให้โดยไม่หวังผลตอบแทน ความเชื่อในพลังอำนาจที่เหนือกว่าตน การยอมรับสถานการณ์ที่ตนมิอาจเปลี่ยนแปลงได้ การเปลี่ยนแปลงเฉพาะในสิ่งที่ตนมีอำนาจควบคุม การไม่ยึดติดกับอดีตและอนาคต การให้อภัยตนเองและผู้อื่น และการมีเป้าหมายระยะยาวในชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าคุณลักษณะของความสงบภายในจิตใจดังกล่าวได้ถูกเชื่อมโยงเข้ากับตัวตนของบุคคลในมิติต่าง ๆ Kreitzer, Gross, Waleekhachonloet, Reilly-Spong และ Byrd (2009) ได้แก่

1) ความมั่นคงในบุคคล (safe self) ได้แก่ การที่บุคคลมีที่ยึดเหนี่ยวในจิตใจตนเอง

2) การรอบรู้เท่าทันแห่งตน (wise self) คือการเห็นถึงความสามารถของบุคคลในการบูรณาการประสบการณ์ที่มีในอดีต ความรู้ความเข้าใจในปัจจุบันและการเป้าหมายในอนาคตเพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ต่าง ๆ รอบ ๆ ตัว

3) ความดีงามเอื้อประโยชน์ระหว่างบุคคล (Beneficent self) คือ ความปรารถนาที่จะช่วยเหลือเกื้อกูลผู้อื่น ความเมตตากรุณา และพร้อมที่จะแบ่งปันตนเองให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อื่น และ

4) การมีมโนธรรมในระดับสากล (Universal self) คือการที่บุคคลมีวุฒิภาวะพอที่จะมองโลกและชีวิตได้อย่างลุ่มลึกมีเป้าหมาย เข้าใจถึงคุณลักษณะอันเป็นสากลของความเป็นมนุษย์ มีความเชื่อมโยงกับธรรมชาติและมีความเชื่อมโยงกับพลังอำนาจเหนือตน

นอกจากนี้คุณลักษณะของความสงบภายในจิตใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล อาทิ เช่น ความมั่นคงในบุคคล (safe self) ช่วยให้บุคคลเกิดความสงบภายในจิตใจตนเอง มีหลักยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่ช่วยให้บุคคลรับมือกับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่อาจพบเจอเมื่อกระทำพฤติกรรมสุขภาพ การรอบรู้เท่าทันแห่งตน (wise self) ช่วยให้บุคคลตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ มีความแจ่มชัดในเป้าหมายระยะยาวที่ตนเองตั้งไว้ ส่งผลให้บุคคลมีความพร้อมที่จะทำตามเป้าหมายพฤติกรรมสุขภาพตามที่ตนตั้งใจ ในส่วนความดีงามเอื้อประโยชน์ระหว่างบุคคล (Beneficent self) สัมพันธ์ทางบวกกับผู้อื่น ซึ่งมีส่วนช่วยเพิ่มทรัพยากรต่าง ๆ ที่จะช่วยให้บุคคลบรรลุถึงเป้าหมายในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพได้ง่ายขึ้น และท้ายที่สุด การมีมโนธรรมในระดับสากล (Universal self) นั้นช่วยเชื่อมโยงบุคคลกับธรรมชาติรอบตัว ทำให้บุคคลยอมรับข้อจำกัดและอารมณ์ความรู้สึกทางลบที่ตนมี เมื่อบุคคลประสบปัญหาในการทำพฤติกรรมสุขภาพ และการเชื่อมโยงกับพลังอำนาจเหนือตนนั้น มีส่วนช่วยให้บุคคลมีพลังใจ ไม่ย่อท้อ ก้าวผ่านข้อจำกัดต่าง ๆ และอารมณ์ความรู้สึกที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพได้

นอกจากนี้ Cappellen, Rice, Catalino และ Fredrickson (2018) ได้เสนอแนวคิดสนับสนุนการเชื่อมโยงระหว่างความสงบภายในจิตใจกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งได้อธิบายว่าความสงบภายในจิตใจนับเป็นส่วน

หนึ่งของอารมณ์ความรู้สึกทางบวก ที่มีส่วนช่วยสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่แสดงว่าอารมณ์ความรู้สึกทางบวกที่ครอบคลุมถึงความสงบภายในจิตใจนั้นมีความสัมพันธ์กับการตั้งเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ (Cameron, Bertenshaw และ Sheeran, in press) เมื่อบุคคลมีความสงบภายในจิตใจ บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะมีความพร้อมในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การมีสติในการลดความคิดด้านลบ และการมีเป้าหมายในชีวิต นอกจากนี้เมื่อบุคคลมีอารมณ์ความรู้สึกทางบวกอันเกิดความสงบภายในจิตใจ จะช่วยส่งผลให้บุคคลมีความพร้อมในการทำตามเป้าหมายระยะยาวในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น

นอกเหนือจากปัจจัยทางจิตวิทยาในระดับบุคคลแล้ว จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย พบว่างานวิจัยจำนวนมาก ได้บ่งชี้ถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ อาทิ เช่น ความเชื่อมโยงทางสังคม (Social Connectedness) ซึ่งเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาด้านสังคม ที่ช่วยให้บุคคลมีโอกาสรับการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จากบุคคลที่ตนมีความสัมพันธ์ด้วย ทั้งในแง่ของการเชื่อมโยงทางอารมณ์ความรู้สึก เช่น การให้กำลังใจ การปลอบโยน ด้านการมีส่วนร่วมให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (instrumental support) ได้แก่ การสนับสนุนอุปกรณ์สิ่งของ เงินทุน หรือเวลา ที่ช่วยสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ และการสนับสนุนทางข้อมูล (informational appraisal support) ซึ่งเอื้อให้บุคคลประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพได้ง่ายขึ้น ดังนั้นในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยยังได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อมโยงทางสังคม ในฐานะปัจจัยทางจิตวิทยาด้านสังคมอันเป็นแนวคิดในระดับระหว่างบุคคลอีกด้วย

ความเชื่อมโยงทางสังคม (Social Relatedness)

ความเชื่อมโยงทางสังคม คือรับรู้ของบุคคลว่าตนเองมีความสัมพันธ์เชื่อมโยง ส่งผลให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองได้รับความรักและการยอมรับจากผู้อื่น เกิดการรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายในสังคม (Cobb, 1976) อันเป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ดังที่ระบุไว้ในลำดับขั้นแรงจูงใจ

ของ Maslow (1943) การรับรู้ของบุคคลดังกล่าวนำมาซึ่งการมีการสนับสนุนด้านต่าง ๆ แก่บุคคล ทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์ และการสนับสนุนทางจิตใจ (emotional and psychological support) เช่น การให้ความรัก ความห่วงใย ความเข้าใจอย่างร่วมรู้สึก และความไว้วางใจ เป็นต้น การสนับสนุนด้านทรัพยากร สิ่งของหรือการกระทำหรือให้บุคคลบรรลุถึงเป้าหมายที่มี (instrumental support) เช่น การให้แรงงาน เงิน เวลา รวมไปถึงความช่วยเหลือต่าง ๆ การสนับสนุนด้านข้อมูล คำแนะนำ ข้อคิดเห็น (informational support) ที่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหา และการสนับสนุนให้ข้อมูลป้อนกลับอันจะเอื้อให้บุคคลสามารถประเมิน (appraisal support) เปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคมและพัฒนาตนเองให้พร้อมต่อการก้าวไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ได้

โดยความเชื่อมโยงทางสังคมส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ อาทิ เช่น การได้รับการสนับสนุนทางทรัพยากรด้านทรัพยากรสิ่งของหรือการกระทำ เพื่อให้บุคคลบรรลุถึงเป้าหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่มี นอกจากนี้ความเชื่อมโยงทางสังคม มีส่วนช่วยบรรเทาผลกระทบของอารมณ์ความรู้สึกทางลบ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้ โดยเป็นการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) (Bøen, Dalgard และ Bjertness, 2012) ช่วยลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าของบุคคลได้ (De Beurs และคณะ, 2001) ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ อาทิ เช่น การลดความลังเลในการออกกำลังกาย หรือการลดความเสี่ยงในการสูบบุหรี่หรือการดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ด้วย โดยผลการศึกษาที่ผ่านมา บ่งชี้ว่าความเชื่อมโยงทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดังตัวอย่างผลการวิจัยของ Jackson, Tucker และ Herman (2007) ที่พบสหสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

จากความสำคัญของความเชื่อมโยงทางสังคมดังที่ได้กล่าวถึงในข้างต้น Lee และ Robbins (1995) ได้พัฒนาแบบวัดความเชื่อมโยงทางสังคมขึ้น เพื่อวัดการรับรู้ของบุคคลว่าตนมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมมากน้อยเพียงใด โดย Lee และ Robbins (1995) ได้จำแนกองค์ประกอบความเชื่อมโยงทาง

สังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความเชื่อมโยง ด้านความผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียว (Affiliation) และด้านการรับรู้การมีผู้อยู่คู่เคียง (Companionship)

ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความเชื่อมโยงทางสังคมน่าที่จะมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวคือความเชื่อมโยงทางสังคมนี้น่าจะเอื้ออำนวยให้บุคคลมีทรัพยากรที่พร้อมต่อการทำพฤติกรรมทางสุขภาพได้ดีขึ้น กล่าวคือผู้ที่มีความเชื่อมโยงทางสังคมจะมีทรัพยากรที่ช่วยสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายได้ อาทิ การได้รับการสนับสนุนทางข้อมูล เครื่องมือ และเวลาในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพนี้ นอกเหนือจากนั้น ความเชื่อมโยงทางสังคมนี้ยังช่วยให้บุคคลได้รับการสนับสนุนทางจิตใจ มีกำลังใจ เมื่อประสบอุปสรรคหรือเกิดอารมณ์ความรู้สึกทางลบเมื่อกระทำพฤติกรรมสุขภาพ

การศึกษาสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่าง ๆ ในประเด็นสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณในบริบทสังคมไทย พบว่ายังมีองค์ความรู้ด้านนี้จำกัด ยังไม่มีการกำหนดคำจำกัดความที่ชัดเจน อีกทั้งยังขาดแบบวัดสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณที่พัฒนามาจากรากฐานของสังคมไทย ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดคำจำกัดความของสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณในบริบทสังคมไทย ที่เกิดจากความเข้าใจในไตรลักษณ์ สติ การมีความหมายในชีวิต และความเมตตากรุณาต่อผู้อื่น ดังที่จะได้นำเสนอรายละเอียดที่เกี่ยวข้องต่อไป

สุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ

สุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ หมายถึง การบุคคลที่จะบรรลุถึง การเข้าถึงความหมายของการดำรงอยู่ หรือเป้าหมายของชีวิต (Fry, 2000; Steger, 2013) รวมถึงสภาวะการเป็นอันหนึ่งอันเดียว รู้สึกเชื่อมโยงกับตนเอง ผู้อื่นหรือพลังอำนาจเหนือธรรมชาติได้อย่างกลมกลืน (Gomez, 2003; Lin และ Bauer-Wu, 2003) ก่อให้เกิดความรักและความเมตตา (Tart, 1975) โดยในบริบทสังคมไทยนั้น มีความ

พยายามทำความเข้าใจสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ ผ่านแนวคิดที่ใกล้เคียง อาทิ เช่น แนวคิดของประเวศ วะสี (2555) ที่ได้อธิบายเชื่อมโยงสุขภาวะนี้เข้ากับสภาวะของการตระหนักรู้และเข้าใจในความเป็นธรรมชาติ เห็นว่าตนเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับธรรมชาติ หลุดพ้นจากความคับแคบในจิตใจตนเอง เกิดเป็นอิสระและความรู้สึกสมบูรณ์ในตน ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องกับแนวคิดของจุมพล พูลภัทรชีวิน (2546) ที่มุ่งเน้นอธิบายสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณในแง่มุมของความเชื่อมโยงเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของบุคคลกับสิ่งรอบตัว โดยปิยมาศ ยินดีสุข (2548) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการรับรู้คุณค่าและความหมายของชีวิต ที่ปรากฏในแนวคิดนี้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของวิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (2552) ที่ประเมินว่าผู้ที่มีสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ จะมีเป้าหมายในชีวิต เปี่ยมล้นด้วยความหวัง การยอมรับและความพึงพอใจในสิ่งที่มีและเป็นอยู่ของตนเอง

Gomez และ Fisher (2003) ได้อธิบายองค์ประกอบของความสุขทางจิตวิญญาณ ว่าประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1) องค์ประกอบภายในตน (The personal component) อันสะท้อนให้เห็นถึงภาวะที่บุคคลตระหนักถึงคุณค่าภายในตนเอง การเห็นความสำคัญของการมีอยู่ของตนเอง ความรู้สึกว่าชีวิตของตนมีคุณค่า มีความหมาย และการมีเป้าหมายในการดำรงชีวิต เป็นความรู้สึกภาคภูมิใจ มีความหวังในชีวิต

2) องค์ประกอบด้านสังคม (The communal component) เป็นการตระหนักในคุณค่าและความหมายของบุคคลอื่น อันเนื่องมาจากการเห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างตนเองกับผู้อื่น หรือสังคม ก่อให้เกิดความผูกพันลึกซึ้งกับบุคคลอื่น เป็นความรู้สึกรัก มีความยุติธรรม มีความหวัง ความเชื่อมั่นและศรัทธาในความเป็นมนุษย์ด้วยกันกับบุคคลอื่น

3) องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (The environmental component) เป็นการตระหนักในคุณค่าและความหมายของสิ่งแวดล้อมหรือธรรมชาติ อันเนื่องมาจากเห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงทางกายภาพระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นเอกภาพ เห็นความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน การเกื้อกูลซึ่งกันและกันของสรรพสิ่ง ก่อให้เกิดเป็นความรู้สึกเคารพ อ่อนน้อมและอ่อนโยนกับธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และ

4) องค์ประกอบด้านอำนาจเหนือมนุษย์ (The transcendental component) เป็นการตระหนักในคุณค่าความหมายของสิ่งที่อยู่นอกเหนืออำนาจของมนุษย์ เกิดจากการตระหนักเห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างตนเองกับปรากฏการณ์บางสิ่งที่อยู่เหนือมนุษย์ เช่น ธรรมชาติ พระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ พลังของจักรวาล หรือความจริงที่อยู่เหนือขึ้นไปก่อให้เกิดความรู้สึกเคารพ ศรัทธา เลื่อมใส และตื้นตันในความยิ่งใหญ่ของสิ่งเหล่านั้น

สำหรับการวัดสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณนั้น มีความพยายามสร้างแบบวัดที่เกี่ยวข้องจำนวนหนึ่ง ดังตัวอย่างของ Palouzian และ Ellison (1983) ได้พัฒนาแบบวัด Spiritual Well-Being Scale (SWBS) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ คือ ด้านความผาสุกที่เกี่ยวข้องกับศาสนา (Religious Well-Being: RWB) และ ความผาสุกในการดำรงอยู่ (Existential Well-Being: EWB) แต่ในบริบทของสังคมไทยนั้น ยังไม่ปรากฏข้อสรุปนิยามหรือการวัดสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณไว้อย่างชัดเจน จากคุณลักษณะดังกล่าวที่ถูกอ้างอิงในวรรณกรรม แนวคิดและงานวิจัยในต่างประเทศ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้กำหนดให้สุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณให้เข้ากับบริบทสังคมไทย โดยกำหนดว่าสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณในงานวิจัยนี้เป็นผลสะท้อนมาจากการมีสติ ความเข้าใจในไตรลักษณ์ อันประกอบด้วย ความเข้าใจถึงความทุกข์ ความเข้าใจในความเปลี่ยนแปลง และความเข้าใจในการไม่ยึดมั่นในตัวตน การมีความหมายในชีวิต และการมีความเมตตากรุณาต่อผู้อื่น

สติ

สติ (Mindfulness) เป็นมโนทัศน์ที่ดั้งเดิมเริ่มต้นมาจากแนวคิดจิตวิทยาเชิงพุทธศาสนา (Buddhist Psychology; Hayes, 2003) สติ ตามความหมายทางศาสนาพุทธคือการมีความตระหนักรู้ ความใส่ใจ และการจดจำได้ หรือคือสภาวะของการระลึกได้ จดจำได้ ไม่จางหาย และไม่หลงลืม (พุทธทาสภิกขุ, 2545) ในขณะที่ในทางจิตวิทยาได้นิยามสติ (Mindfulness) ว่าคือความตระหนักรู้ต่อประสบการณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้นในปัจจุบันขณะ ซึ่งอยู่ในลักษณะของสภาวะที่สามารถพัฒนาได้ด้วยกระบวนการฝึกฝนที่เหมาะสม

(Davis และ Hayes, 2011) Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht, และ Schmidt (2006) นิยามว่า สติคือการที่บุคคลตื่นตัวต่อการรับรู้ การรับสัมผัส กระบวนการทางความคิด ทางอารมณ์ และทางความรู้สึกที่เกิดขึ้นอย่างสงบนิ่ง อีกทั้งยังประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญอื่น ๆ คือ ความอ่อนโยนและความเป็นมิตร การยอมรับและการไม่ตัดสิน การกำหนดรู้ต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ของจิตตนเอง การควบคุมจิตให้เป็นกลางไม่มีเบี่ยงเบน ไม่มีการจำแนกและตัดสินต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เข้ามาอยู่ในการรับรู้ของบุคคลซึ่งโดยปกติแล้วจะเกิดขึ้นในกระบวนการรับรู้ของบุคคลอย่างรวดเร็ว อีกทั้งสติยังหมายถึงกระบวนการของการเกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อธรรมชาติของจิต และการรับรู้ต่อสิ่งต่าง ๆ อย่างไม่ยึดตนเองเป็นศูนย์กลางและปราศจากการยึดมั่นถือมั่นทั้งทางความคิดและความรู้สึก (Bishop และคณะ, 2004)

พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต) (2546) ได้กล่าวถึงสติไว้ว่า สติหรือสัมมาสติหมายถึง การระลึกได้ การไม่ลืม การไม่เผลอ การไม่เลินเล่อ การไม่ฝันเฟื่อง การไม่เลื่อนลอย การระมัดระวัง การตื่นตัวต่อหน้าที่ การมีสมาธิ การที่จิตอยู่กับสิ่งที่กำลังทำอยู่ในขณะนั้น สภาวะที่มีความตื่นตัวต่อการรับรู้ต่อสิ่งต่าง ๆ และตระหนักรู้ได้ว่าควรโต้ตอบต่อสิ่งต่าง ๆ เหล่านั้นอย่างเหมาะสมได้อย่างไร โดยทำหน้าที่เหมือนกับผู้เฝ้าระวัง เฝ้าดูการเปลี่ยนแปลงของจิตใจ ทำหน้าที่กำหนดรู้ต่อประสาทสัมผัสทั้ง 5 และรวมถึงกระบวนการที่เกิดขึ้นในจิตใจ ทำให้สติเป็นส่วนสำคัญ เนื่องจากเป็นสิ่งที่คอยกำกับพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอกให้เป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม

พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต) (2546) ได้กล่าวว่า สติมีลักษณะการทำงานโดยทั่วไปดังนี้ คือ การควบคุมไม่ให้ปล่อยใจเลื่อนลอย กำหนดรู้ต่อการกระทำ อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และกระบวนการของจิต โดยมีหลักปฏิบัติที่เรียกว่า สติปัฏฐาน 4 ซึ่งประกอบด้วย พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต) (2546)

1. กายานุปัสสนา หมายถึง การพิจารณาร่างกายส่วนต่าง ๆ หรือการตามดูรู้ทันร่างกายส่วนต่าง ๆ เช่น การเคลื่อนไหวของอกหรือแขนระหว่างการทำอริยบถต่าง ๆ เป็นต้น

2. เวทนานุปัสสนา หมายถึง การพิจารณาความรู้สึกและการรับสัมผัสต่าง ๆ หรือการตามดูรู้ทันความรู้สึกและการรับสัมผัสต่าง ๆ

3. จิตตานุปัสสนา หมายถึง การพิจารณาอารมณ์และจิตใจต่าง ๆ หรือการตามดูรู้ทันอารมณ์และจิตใจต่าง ๆ

4. ธัมมานุปัสสนา หมายถึง การพิจารณากระบวนการและธรรมชาติของจิตใจ และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ รอบตัว หรือการตามดูรู้ทันกระบวนการและธรรมชาติของจิตใจ และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ รอบตัว

ทั้งนี้ พบว่าสติปัฐาน 4 มีความสำคัญเพราะบ่งบอกว่า ชีวิตของบุคคลแต่ละคนนั้น มีจุดที่ควรดึงสติมาคอยกำกับทั้งหมด 4 ส่วน คือร่างกายและพฤติกรรม ความรู้สึกต่าง ๆ ของบุคคล ภาวะของจิตใจที่มีความเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ และความนึกคิดต่าง ๆ ของบุคคล โดยเมื่อนำเอาสติมากำหนดทั้งใน 4 ส่วนนี้ จะมีส่วนช่วยให้บุคคลดำเนินชีวิตได้อย่างปลอดภัย ปลอดจากความทุกข์ใจ มีจิตใจที่เป็นสุข

ทั้งนี้ ในทางพระพุทธศาสนาได้ทำการจำแนกองค์ประกอบของสติและการฝึกสติของบุคคล โดยแบ่งเป็น 2 ประเภท พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต) (2546) คือ

1. สมถะสมาธิ ซึ่งเป็นส่วนของการพัฒนาการจดจ่อ โดยมุ่งให้เกิดการมีจิตที่จดจ่อต่อ ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันขณะ การตระหนักรู้ และการยอมรับโดยตรงกับการทำสมาธิ ที่มุ่งถึงไปที่การระงับสงบจิตใจ (พุทธทาสภิกขุ, 2545)

2. วิปัสสนาสมาธิ ซึ่งเป็นส่วนของการพัฒนาความเข้าใจ โดยมุ่งให้เกิดความเข้าใจอย่างจริงแท้ต่อปรากฏการณ์และสิ่งต่าง ๆ รอบตัวของบุคคล รวมถึงความเข้าใจที่มีต่อไตรลักษณ์โดยตรงกับการทำสมาธิ ที่มุ่งไปที่การขยายความรู้แจ้งและเห็นจริงหรือการเข้าใจต่อโลกและชีวิตอย่างแท้จริง ส่งผลให้บุคคลที่มุ่งฝึกสมาธิแบบนี้กลับมาอยู่กับความเป็นจริงได้อย่างเป็นเนื้อเดียวกัน (พุทธทาสภิกขุ, 2548)

โดยจากกระบวนการและองค์ประกอบต่าง ๆ ของสติ ดังที่ได้กล่าวมานี้ มีส่วนสนับสนุนให้บุคคลเข้าสู่สภาวะแห่งความเข้าใจ และกำหนดรู้ต่อสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวบุคคลและธรรมชาติรอบ ๆ ตัว รวมถึงกระบวนการที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกบุคคล

อานาปานสติเป็นสติในรูปแบบของการฝึกจิตที่มีลักษณะพิเศษคือเป็นทั้งสมถะและวิปัสสนาพร้อมกัน กล่าวคือเป็นกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดสติทั้งในด้าน การมีจิตที่จดจ่อต่อ ประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

ในปัจจุบันขณะ การตระหนักรู้ และการยอมรับ และในด้านความเข้าใจ โดยมุ่งให้เกิดความเข้าใจอย่างจริงแท้ต่อปรากฏการณ์และสิ่งต่าง ๆ รอบตัวของบุคคล อย่างครอบคลุม (พุทธทาสภิกขุ, 2548) ทั้งนี้ดำเนินการฝึกโดยใช้ลมหายใจของตนเองเป็นเครื่องมือ โดยมุ่งที่การสงบจิตใจตามแนวทางของสมถะและมุ่งให้บุคคลพินิจต่อโลก และปรากฏการณ์ต่าง ๆ รอบตัวบุคคลตามแนวทางของวิปัสสนา ทั้งนี้การจะเข้าสู่การวิปัสสนาตามแนวทางของ อานาปานสติ ได้นั้นต้องฝึกให้เกิดจิตที่สงบตามแนวทางของสมถะจนชำนาญเป็นพื้นฐาน

ทั้งนี้จากแนวทางการปฏิบัติของอานาปานสติ ซึ่งมุ่งฝึกและพัฒนาสติทั้ง 2 ประเภทคือทั้ง สมถะและวิปัสสนา หมายความว่าเป็นการปฏิบัติตามหลักการของไตรสิกขา ซึ่งประกอบด้วย ศีล สมาธิ และปัญญา (พุทธทาสภิกขุ, 2545) โดยมีส่วนเกี่ยวข้องกันดังนี้

ในส่วนของ ศีล เกี่ยวข้องกับการฝึกในส่วนของสมถะ โดยอานาปานสติเป็นการทำให้กายสงบและระงับตนเอง ทำให้เกิดความจดจ่อ

ในส่วนของ สมาธิ โดยอานาปานสติเป็นการทำจิตใจให้สงบและระงับจากความต้องการของตนเองและครองตนไว้จากสภาวะทางอารมณ์ต่างๆ เช่น โกรธ เสียใจ เศร้าใจ ลังเล สับสน เป็นต้น

ในส่วนของ ปัญญา เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับสัมมาทิฏฐิ หรือความเห็นชอบ จากการที่บุคคลการสำรวจจิตใจของตนเอง เกิดการตระหนักรู้ต่อสภาวะทางอารมณ์ และกระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้นภายในตน

จากแนวทางของอานาปานสตินั้น กลายเป็นที่มาและมีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงต่อกระบวนการและแนวทางในการฝึกเจริญสติในทางจิตวิทยาและสติบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ ที่มีการใช้กันอยู่ในปัจจุบัน

ในทางจิตวิทยา Jon Kabat-Zinn (1994; 1996) ที่นำเสนอว่าสติเกิดจากกลไกตามธรรมชาติ 3 ประการ ได้แก่ เจตนามุ่งมั่น (Intention) ความใส่ใจ (Attention) หรือการมีสมาธิ การสังเกตประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ณ ขณะนั้น อาทิ เช่น การรับรู้สิ่งเร้าภายนอกที่กระทบประสาทสัมผัส และประสบการณ์ภายในจิตใจที่เกิดขึ้นในปัจจุบันขณะ โดยไม่วิเคราะห์ตัดสิน และท้ายที่สุดคือการมีเจตคติ (Attitude)

Walach และคณะ (2006) ได้อธิบายถึงสติเพิ่มเติมว่าสติช่วยให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ประสบการณ์ในปัจจุบัน เอื้อต่อการยอมรับต่อประสบการณ์ที่เกิดขึ้น อีกทั้งสติยังเป็นกระบวนการการเกิดความเข้าใจอย่าง

ลึกซึ้งต่อธรรมชาติของจิตและการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมโดยไม่ได้เอาตัวเองเป็นศูนย์กลางของประสบการณ์ทั้งทางความคิดและความรู้สึก (Bishop และคณะ, 2004)

สตินั้นเป็นภาวะสันนิษฐานทางจิตวิทยาที่ได้รับการยอมรับว่าเชื่อมโยงกับพระพุทธศาสนา (Kornfield และ Goldstein, 1987) โดนจากมุมมองพระพุทธศาสนานั้น สติสะท้อนให้เห็นถึงความตระหนักรู้ ความใส่ใจและการจดจำได้ โดยสติ (Mindfulness) ไม่เพียงแต่มีส่วนในการลดความทุกข์ทางจิตใจ แต่ยังมีส่วนช่วยในการพัฒนาจิตใจและพัฒนาตนเองของบุคคล (พุทธทาสภิกขุ, 2545) ทั้งนี้ สติยังมีที่มาและส่งผลให้เกิดความเข้าใจในไตรลักษณ์ที่ได้กล่าวถึงมาในข้างต้น ส่งผลให้บุคคลเกิดความเข้าใจในธรรมชาติของสรรพสิ่งบุคคล

ด้วยความสำคัญของสติในข้างต้น ในปัจจุบันมีการพัฒนาแบบวัดภาวะสันนิษฐานนี้จำนวนมาก อาทิ เช่น แบบวัด Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) (Brown และ Ryan, 2003) Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS) (Baer, Smith, และ Allen, 2004) Revised Cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS-R)) (Feldman, Hayes, Kumar, Greeson, และ Laurenceau, 2007) Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) (Baer และคณะ, 2008) และแบบวัด Freiburg Mindfulness Inventory (FMI) ของ Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht, และ Schmidt (2006) ที่มุ่งเน้นวัดสภาวะของการตระหนักรู้ภายในตนเอง ประเมินว่าสติสะท้อนให้เห็นถึงการให้ความใส่ใจการดึงการตระหนักรู้มาสู่ประสบการณ์ในปัจจุบันและเชื่อมโยงประสบการณ์ของบุคคลให้อยู่ในขอบเขตของความใส่ใจ เปิดรับต่อประสบการณ์และยอมรับต่อประสบการณ์ที่เกิดขึ้น อีกทั้งสติยังเป็นกระบวนการของการเกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อธรรมชาติ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สติมีความสอดคล้องกับสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ โดยหากพิจารณาองค์ประกอบต่าง ๆ ของสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ ตามแนวคิดของ Gomez และ Fisher (2003) พบว่าสติ เป็นการรับรู้อยู่กับปัจจุบันขณะโดยไม่ประเมิน ซึ่งเกี่ยวข้องกับความชัดเจนในการมีอยู่ คงอยู่ของบุคคล และเป้าหมายในชีวิตของตนเอง อันเป็นองค์ประกอบภายในตน (The personal component) นอกจากนี้ สติยังน่าที่จะเอื้อให้บุคคลเกิดความกระจ่างชัดในการรับรู้ผู้อื่น มีการตระหนักถึงความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างตนเองกับผู้อื่น หรือสังคม

ก่อให้เกิดการพัฒนาความผูกพันลึกซึ้ง อันเป็นองค์ประกอบด้านสังคม (The communal component) นอกจากนั้น สติยังน่าที่จะเอื้อให้บุคคลตระหนักถึงความสัมพันธ์เชื่อมโยงทางกายภาพระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อม ธรรมชาติและอำนาจเหนือตนอย่างเป็นเอกภาพ อันนับเป็นองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (The environmental component) และองค์ประกอบด้านสิ่งที่มีอำนาจเหนือมนุษย์ (The transcendental component) ตามลำดับ

ความเข้าใจในไตรลักษณ์

ความเข้าใจลึกซึ้งเกี่ยวกับไตรลักษณ์ในการวิจัยนี้หมายถึงความเข้าใจในกฎธรรมชาติ อันประกอบไปด้วยความเข้าใจในความทุกข์ ความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลง และความเข้าใจในการไม่ยึดมั่นในตัวตน โดยความเข้าใจนี้นับเป็นแก่นของพระพุทธศาสนา (Payutto, 1998; Bhikkhu, 2001; Grabovac, Lau และ Willett, 2011)

พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต) (2546) ได้กล่าวว่า ไตรลักษณ์นี้เรียกอีกอย่างหนึ่งว่า สามัญลักษณะ แปลว่าลักษณะที่ทั่วไปหรือเสมอเหมือนกันแก่สิ่งทั้งปวง ซึ่งได้ความเหมายเท่ากัน

1. อนิจจตา (Impermanence) ความไม่เที่ยง ความไม่คงที่ ความไม่ยั่งยืน ภาวะที่เกิดขึ้นแล้วเสื่อมและสลายไป

2. ทุกขตา (Stress and Conflict) ความเป็นทุกข์ ภาวะที่ถูกบีบคั้นด้วยการเกิดขึ้นและสลายตัว ภาวะที่กดดัน ฝืนและขัดแย้งอยู่ในตัว เพราะปัจจัยที่ปรุงแต่งให้มีสภาพเป็นอย่างนั้นเปลี่ยนแปลงไปจะทำให้คงอยู่ในสภาพนั้นไม่ได้ ภาวะที่ไม่สมบูรณ์มีความบกพร่องอยู่ในตัว ไม่ให้ความเสมอภาคแท้จริง หรือความพึงพอใจเต็มที่แก่ผู้อยากด้วยตัณหา และก่อให้เกิดทุกข์แก้ผู้เข้าไปอยากเข้าไปยึดด้วยตัณหาอุปาทาน

3. อนัตตตา (Soullessness หรือ Non-self) ความเป็นอนัตตา ความไม่ใช่ตัวตน ความไม่มีตัวตนที่แท้จริงของมันเอง

ในงานวิจัยนี้ความเข้าใจลึกซึ้งเกี่ยวกับไตรลักษณ์นั้นประกอบด้วยองค์ประกอบสามประการ อันได้แก่

1. ความเข้าใจในทุกข์ (Suffering) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งที่ว่าความทุกข์ไม่ว่าจะเป็นทางกาย หรือจิตใจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลง ความไม่คงทนหรือจีรัง นอกจากนั้น ทุกข์ยังเป็นผลของการไม่ได้มาซึ่งสิ่งที่ต้องการหรือปรารถนา หรือในทางกลับกัน การได้มาซึ่งสิ่งที่ไม่ปรารถนา

2. ความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลง (Insight of Impermanence) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งของบุคคลว่าทุกสิ่งทุกอย่าง ไม่ว่าจะเป็นธรรมชาติ ร่างกาย สิ่งของ ทั้งของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งความคิด และความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้น ไม่ได้ดำรงอยู่อย่างคงทนถาวร หากแต่มีการเปลี่ยนแปลงเสมอ

3. ความเข้าใจในการไม่ยึดมั่นในตัวตน (Insight of Voidness of the Self) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเข้าใจอย่างลึกซึ้งที่ว่าความรู้สึกแห่งตัวตนไม่มีจริง ไม่ว่าจะเป็นร่างกาย ความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ความรู้สึกหรือตัวตนที่บุคคลยึดมั่นอยู่นั้นต่างไม่คงทน การยึดมั่นถือมั่นในสิ่งต่าง ๆ ของเรานี้เป็นเพียงการเข้าใจผิดหรือความไม่รู้ อันอาจก่อให้เกิดความทุกข์ให้แก่จิตใจได้

โดยในการวัดความเข้าใจในไตรลักษณ์นี้ Jarukasemthawee และคณะ (in preparation) ได้พัฒนาแบบวัดแบบประเมินตนเอง (Self-report questionnaire) ขึ้น โดยสะท้อนถึงองค์ประกอบทั้งสามด้านในข้างต้นของความเข้าใจในไตรลักษณ์ อันได้แก่ ความเข้าใจในความทุกข์ อันสะท้อนให้เห็นถึความเสื่อมและการเปลี่ยนแปลงไปของสิ่งต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงอันสืบเนื่องจากความเป็นมนุษย์ อาทิ การเกิด ความแก่ชรา ความเจ็บปวดทางกาย หรือความตาย และความไม่พึงพอใจที่เกิดขึ้นตามมาอันเป็นผลจากความไม่สอดคล้องระหว่างความต้องการที่บุคคลมีและความเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ด้านความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงและการไม่คงอยู่ของสิ่งต่าง ๆ ว่าความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นตลอดเวลา และด้านความเข้าใจในการไม่ยึดมั่นในความมีอยู่ของตัวตน หรือยึดติดต่อสิ่งต่าง ๆ ซึ่งดังปรากฏในข้างต้นว่าประสบความเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

ในการวิจัยนี้ความเข้าใจในไตรลักษณ์มีความสอดคล้องกับสุขภาวะทางปัญญา ศาสนา และจิตวิญญาณ น่าจะเป็นหนึ่งในที่มาของการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ โดยหากพิจารณาตามแนวคิดของ Gomez และ Fisher (2003) ที่เกี่ยวข้องกับความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในกฎธรรมชาตินี้เอื้อให้

บุคคลตระหนักถึงความสัมพันธ์ของตนกับกฎของธรรมชาติซึ่งมีอำนาจเหนือตน อันนับเป็นองค์ประกอบของสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณที่มีอำนาจเหนือตน (The transcendental component)

ความหมายในชีวิต

ความหมายในชีวิตในที่นี้ครอบคลุมถึงการรับรู้ของบุคคลถึงเป้าหมายที่ทำให้ตนเองดำรงชีวิตอยู่ อันก่อให้เกิดความพยายาม มีกำลังใจในการมุ่งมั่นตั้งใจเพื่อให้ตนเองได้บรรลุในสิ่งที่เป็นป้าหมาย แม้จะต้องใช้ความพยายามอดทนเพื่อรับมือกับความเหนื่อยยากในการก้าวไปยังเป้าหมายนี้ ทั้งนี้ เป้าหมายดังกล่าวนับเป็นสิ่งเชื่อมโยงให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัว ก่อให้เกิดความสัมพันธ์กับผู้ที่อยู่รอบข้าง อันก่อให้เกิดการรับรู้ของบุคคลว่าตนเองมีคุณค่าและมีความหมาย

โดยการรับรู้ความหมายในชีวิตนี้มีที่มาจากทฤษฎีอัตถภาวะนิยม (Existential Theory) ที่ให้ความสำคัญต่ออิสระในทางเลือกของมนุษย์ หากแต่ตระหนักถึงความสำคัญของความรับผิดชอบที่ตามมาจากทางเลือกนี้ โดย Frankl (1984) ได้ระบุว่าความหมายในชีวิตประกอบด้วยองค์ประกอบสามด้าน ได้แก่

1. อิสรภาพของเจตจำนง (Freedom of Will) อันสะท้อนให้เห็นถึงอิสรภาพที่ทุกคนมีในการตัดสินใจเลือกกำหนดแนวทางในการดำเนินชีวิตของตน ตามเจตจำนง (Will) ที่มี เจตจำนงนี้นับได้ว่าเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจช่วยกำหนดทิศทางการดำเนินชีวิตของบุคคล ส่งผลให้บุคคลมีความยืดหยุ่นต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่พบเจอ มีความรับผิดชอบในการเลือกกำหนดชีวิตของตน และใช้ศักยภาพในการเลือกดำเนินชีวิตในรูปแบบที่เหมาะสมกับตนเอง

2. เจตจำนงสู่ความหมาย (Will to Meaning) อันสะท้อนให้เห็นถึงแรงจูงในภายใน ที่สะท้อนให้บุคคลบรรลุถึงคุณค่าต่าง ๆ ที่ตนเองมี โดยตัวอย่างของคุณค่าเหล่านี้ เช่น ความรักและมโนธรรม ซึ่งมีความสำคัญเชิงจิตวิญญาณ ทำให้บุคคลมีอิสระในการก้าวผ่านขอบเขตตัวตนของตนเองและช่วยเสริมสร้างความเชื่อมโยงกับผู้อื่น ซึ่งนับเป็นพลังสำคัญในการนำความรับผิดชอบไปแสดงออกเป็นการกระทำ

3. ความหมายในชีวิต (Meaning of Life) อันสะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้หรือการตอบสนองของบุคคลในแต่ละชั่วขณะ ถึงความหมายในชีวิตของตนเอง โดยสะท้อนให้เห็นค่านิยมส่วนบุคคล ซึ่งอาจค้นพบได้ในรูปแบบที่แตกต่างกัน หากแต่มีลักษณะร่วมในการมีปฏิสัมพันธ์กับชีวิตโดยตรง

ทั้งนี้ Frankl ประเมินว่าการที่บุคคลจะตระหนักถึงความหมายในชีวิตได้นั้น บุคคลจะต้องเชื่อว่า การปรากฏอยู่ของตนเองมีความหมายอยู่ในตนเอง โดยบุคคลสามารถค้นพบความหมายของชีวิตของตนเองได้จากแนวทางคุณค่าต่าง ๆ สามแนวทางอันได้แก่ คุณค่าเชิงสร้างสรรค์ (Creative Value) อันสะท้อนให้เห็นถึงความหมายที่บุคคลได้กระทำสิ่งต่าง ๆ ให้แก่ชีวิต คุณค่าเชิงประสบการณ์ (Experience Value) อันสะท้อนให้เห็นถึงคุณค่าที่บุคคลได้รับจากการมีประสบการณ์บางอย่าง อันส่งผลให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัว คุณค่าเชิงทัศนคติ (Attitudinal Value) อันสะท้อนให้เห็นถึงความหมายที่บุคคลได้รับจากการปรับทัศนะในชีวิตหรือค้นพบความหมายในชีวิตที่ช่วยให้ตนเองก้าวผ่านสถานการณ์ที่ตนเองอาจไม่มีอำนาจควบคุม แม้ความหมายในชีวิตจะเป็นภาวะทางสันนิษฐานทางจิตวิทยาที่มีความสำคัญยิ่ง แต่แบบวัดภาวะสันนิษฐานนี้ยังมีไม่มากนัก ในปี 1996 Steger, Frazier, Oishi และ Kaler (2006) ได้นำเสนอมาตรวัด Meaning in Life Questionnaire ซึ่งมุ่งเน้นประเมินองค์ประกอบหลักสองประการของความหมายในชีวิต อันได้แก่ การปรากฏอยู่ของความหมายในชีวิต (The Presence of Meaning) คือ การตระหนักรู้ของบุคคลถึงความหมายในชีวิตของตนเอง และการค้นหาความหมายในชีวิต (The Search for Meaning in Life) ของบุคคล ที่สะท้อนถึงความพยายามของบุคคลในการค้นหาความหมายในชีวิตของตนเอง

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ มุ่งเน้นเชื่อมโยงความหมายในชีวิตกับสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ ซึ่งองค์ประกอบแรกมีความเชื่อมโยงเป็นหลัก จึงมุ่งเน้นศึกษาเฉพาะความหมายในชีวิตในแง่ของการปรากฏอยู่ของความหมายในชีวิต (The Presence of Meaning)

จากองค์ประกอบของความหมายในชีวิต ที่ได้ทบทวนในข้างต้น ปัจจัยทางจิตวิทยานี้มีความสอดคล้องกับสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ คือการช่วยให้บุคคลทวีความกระจ่างชัดในการมีอยู่ คุณค่าและเป้าหมายในชีวิตของตนเอง อันเป็นองค์ประกอบภายในตน (The personal component) นอกจากนั้น

ความหมายในชีวิต อาทิ ความรักและมโนธรรม น่าจะช่วยให้บุคคลก้าวผ่านขอบเขตตัวตนของตนเอง และช่วยเสริมสร้างความเชื่อมโยงกับผู้อื่น ก่อให้เกิดการพัฒนาความผูกพันลึกซึ้ง อันเป็นองค์ประกอบของสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ ด้านสังคม (The communal component)

ความเมตตากรุณาต่อผู้อื่น

ความเมตตากรุณาต่อผู้อื่น (Compassion) เป็นภาวะสันนิษฐานทางจิตวิทยาที่เพิ่งได้รับการนำเสนอขึ้นโดย Pommier ในปี ค.ศ. 2011 ภาวะสันนิษฐานและมาตรวัดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากพุทธศาสนาซึ่งทวีความสำคัญอย่างชัดเจนในการศึกษาจิตวิทยายุคหลัง (Davidson, 2006; Goetz, 2010) และดัดแปลงมาจากมาตรวัดความเมตตากรุณาต่อตนเอง กล่าวคือปัจจัยทางจิตวิทยานี้สะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ประสบการณ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสบการณ์ในแง่ลบของผู้อื่น โดยไม่หลีกเลี่ยง บิดเบือน หรือปฏิเสธประสบการณ์นั้น ซึ่งการรับรู้นั้นก่อให้เกิดความปรารถนาที่จะบรรเทาความทุกข์ และช่วยเหลือเยียวยาผู้อื่นด้วยความเมตตา นอกจากนั้น ความเมตตากรุณาต่อผู้อื่นยังมีความเชื่อมโยงกับความเข้าใจถึงความทุกข์ของผู้อื่นอย่างไม่มีการตัดสินตีความ โดยมองว่า ประสบการณ์เหล่านั้นเป็นประสบการณ์ส่วนหนึ่งในความเป็นมนุษย์ (Pommier, 2011)

ความเมตตากรุณาต่อผู้อื่นประกอบด้วยองค์ประกอบหลักสามองค์ประกอบอันได้แก่

1. การมีเมตตาต่อผู้อื่น (Kindness) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการตระหนักถึงและการปฏิบัติต่อประสบการณ์ทางลบของผู้อื่นด้วยความเมตตานุ่มนวล ไม่นิ่งเฉยดูดาย (Indifference)
2. การรับรู้ว่าประสบการณ์ทางลบที่ผู้อื่นประสบเป็นประสบการณ์ร่วมที่ตนเองและบุคคลอื่น ๆ ก็ประสบเช่นกัน (common humanity) ซึ่งการรับรู้นี้ก่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมโยงเกี่ยวพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับผู้อื่น ไม่รับรู้ว่าผู้อื่นที่กำลังเผชิญประสบการณ์ทางลบนั้นแปลกแยกแตกต่างจากตนเอง (separation)
3. การมีสติตระหนักรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้น (mindfulness) อันได้แก่ การรับรู้ประสบการณ์ ความคิด

และอารมณ์ความรู้สึกของบุคคลอย่างเป็นปัจจุบันขณะ โดยไม่แยกตัวออกจากประสบการณ์ ความคิดและอารมณ์ความรู้สึกนั้น ๆ (disengagement)

Pommier (2011) ได้ระบุถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเมตตากรุณาว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรัก ความเชื่อมโยงทางสังคม และความร่วมรู้สึก นอกจากนี้ ความเมตตากรุณานี้มีความสัมพันธ์กับความเมตตากรุณาต่อตนเอง (Self-compassion) (Neff & Pommier, 2013) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการตระหนักรู้ของบุคคลต่อแง่มุมทางลบ และข้อจำกัดของบุคคลโดยไม่หลีกเลี่ยง บิดเบือนหรือปฏิเสธ ตัดสินตีความ หากแต่เข้าใจว่าความทุกข์และประสบการณ์เหล่านี้ เป็นประสบการณ์ส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์ อันส่งผลให้บุคคลปฏิบัติต่อตนเองเพื่อบรรเทาความทุกข์ด้วยความเมตตา (Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007)

Pommier (2011) ได้พัฒนาแบบวัดความเมตตากรุณาขึ้น เพื่อวัดความรู้สึกได้ถึงความทุกข์ของผู้อื่น รวมทั้งความรู้สึกเมตตาและความปรารถนาให้ผู้อื่นพ้นจากความทุกข์ โดยแบ่งเป็น 6 ด้านคือ ด้านความเมตตา (Kindness) ซึ่งจะมีลักษณะตรงข้ามกับด้านความเย็นชา (Indifference) ด้านการมองแบบความเป็นมนุษย์ทั่วไป (Common Humanity) ซึ่งจะมีลักษณะตรงข้ามกับด้านการแยกห่าง (Separation) และด้านสติ (Mindfulness) และด้านการเพิกเฉย (Disengagement) โดยตามเกณฑ์การคิดคะแนนจะกลับคะแนนความเย็นชา ด้านการแยกห่าง และด้านการเพิกเฉยก่อนคิดคะแนนรวมกับอีกสามด้านที่เหลือซึ่งเป็นข้อคำถามทางบวก

จากองค์ประกอบของความเมตตากรุณาที่ได้ทบทวนในข้างต้น ปัจจัยทางจิตวิทยานี้มีความสอดคล้องที่น่าจะเป็นหนึ่งในที่มาของการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ โดยหากพิจารณาองค์ประกอบต่าง ๆ ของสุขภาวะนี้ ดังที่เสนอโดยแบบวัดของ Gomez และ Fisher (2003) แล้วจะพบว่าความเมตตากรุณานี้น่าจะยังเอื้อให้บุคคลเกิดความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างตนเองกับผู้อื่นซึ่งก่อให้เกิดการพัฒนาความผูกพันลึกซึ้ง อันเป็นองค์ประกอบด้านสังคม (The communal component) ของสุขภาวะ นอกจากนั้น องค์ประกอบย่อย การรับรู้ว่าประสบการณ์ทางลบที่ผู้อื่นประสบเป็นประสบการณ์ร่วมที่ตนเองและบุคคลอื่น ๆ ก็ประสบเช่นกัน อันนับเป็นองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (The environmental

component) ซึ่งน่าจะเอื้อให้บุคคลตระหนักถึงลักษณะร่วมของตนเองและผู้อื่นว่าต่างก็มีข้อจำกัด ก่อให้เกิดความกระจ่างชัดในการมีอยู่ของตนเอง อันเป็นองค์ประกอบภายในตน (The personal component)

การทบทวนรรณกรรมในข้างต้นนี้ แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางสุขภาพ (Health behavior) ซึ่งเป็นตัวแปรตามหลักในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการนำเสนอ พร้อมปัจจัยทางจิตวิทยา ที่การวิจัยในครั้งนี้ได้ตั้งสมมติฐานไว้ว่ามีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางสุขภาพนี้ โดยปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ความหวัง ความสงบภายในจิตใจ และความเชื่อมโยงทางสังคม ซึ่งอาจจัดหมวดหมู่ปัจจัยได้ว่าสองปัจจัยแรกนับเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมุมมองความคิดโดยความหวังและความเชื่อมโยงทางสังคมนับเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และสังคมตามลำดับ

ในลำดับต่อมา ความสัมพันธ์ที่สุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณมีกับปัจจัยพื้นฐานในข้างต้น ทั้งนี้ เนื่องจากสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณนั้นยังไม่ปรากฏแนวทางการวัดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน ภาวะสันนิษฐานนี้จึงจะถูกวัดโดยแบบวัดที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจในไตรลักษณ์ สติ ความหมายในชีวิต และความเมตตากรุณาต่อผู้อื่น อันจะส่งผลและนำมาซึ่งแนวทางในการเสริมสร้างพฤติกรรมทางสุขภาพในประเทศไทยผ่านสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อไป

บทที่ 3

วิธีการดำเนินวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านการรู้คิด อารมณ์และสังคม และพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มคนไทย โดยการวิเคราะห์โมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ และพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีปัจจัยทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่าน โดยในงานวิจัยนี้สุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ หมายถึงสติ การมีความหมายในชีวิต การมีความเมตตากรุณากับผู้อื่น การมีความเข้าใจในความทุกข์ การมีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงและการมีความเข้าใจในไม่ยึดมั่นในตัวตน ส่วนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงการมีกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมเนือยนิ่ง ในขณะที่ปัจจัยทางจิตวิทยา หมายถึงปัจจัยทางจิตวิทยาด้านการรู้คิด ได้แก่ ความหวังและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยทางด้านอารมณ์ ได้แก่ ความสงบภายในจิตใจ และปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ ความเชื่อมโยงทางสังคม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยนี้ คือชาวไทย ที่ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบอันตรภาคชั้น คือ เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างชาวไทยอายุตั้งแต่ 18 – 59 ปี โดยแบ่งเป็น 3 ช่วงอายุ คือ ช่วงอายุ 18 - 25 ปี ช่วงอายุ 26 - 40 ปี และช่วงอายุ 41 -64 ปี ซึ่งจัดเป็นวัยรุ่นตอนปลาย วัยผู้ใหญ่ตอนต้น และวัยผู้ใหญ่ตอนกลางถึงผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็นกลุ่มละ 150 คน รวม 450 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าร่วม ดังต่อไปนี้

1. เป็นชาวไทยเพศชายหรือเพศหญิง อายุ 18 – 64 ปี
2. สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ดี
2. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มผู้วิจัยได้เลือกขนาดกลุ่มตัวอย่างตามข้อกำหนดของ Bollen (1989) ที่ว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยหลักการโมเดลสมการโครงสร้างนั้นควรจะกำหนดจากขนาดของโมเดลในการวิจัย โดยกำหนดให้มีกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำมีประมาณ 5 - 10 คนต่อหนึ่งพารามิเตอร์ทางสถิติที่ต้องประมาณค่า และโดยรวมแล้ว ต้องมีกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 100 คน (Hair, 2010)

ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ต้องใช้ในการวิจัยครั้งนี้จึงเท่ากับ 10 คน x 31 พารามิเตอร์ หรือ 310 คน และเพื่อเป็นการเพิ่มความแม่นยำในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการไว้ที่ 450 คน

ผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีนิสิตระดับบัณฑิตศึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 2 คน เป็นผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล โดยผู้ช่วยวิจัยได้ผ่านการลงทะเบียนเรียนรายวิชาการวิจัยเชิงจิตวิทยา การพัฒนาและการใช้แบบประเมินและมาตรวัดทางจิตวิทยา ซึ่งรายวิชาดังกล่าวครอบคลุมเนื้อหาและประเด็นทางด้านจรรยาบรรณการเก็บข้อมูลวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบชุดแบบสอบถามทางอินเทอร์เน็ต และทางการแจกแบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบประมาณ 30 - 45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลักจากการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โมเดลเชิงสาเหตุ หรือที่เรียกว่าโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) ด้วยโปรแกรม IBM SPSS-AMOS Version 22 เพื่อทดสอบความสอดคล้องของโมเดลสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีขั้นตอนและรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำผลคะแนนทั้งหมดที่ได้จากมาตรวัดได้แก่ มาตรวัดสติ มาตรวัดความหมายในชีวิต มาตรวัดความเมตตากรุณาต่อผู้อื่น มาตรวัดความเข้าใจในความทุกข์ มาตรวัดความเข้าใจในความเปลี่ยนแปลง มาตรวัดความเข้าใจไม่ยึดมั่นในตัวตน มาตรวัดความหวัง มาตรวัดความเชื่อมโยงทางสังคม มาตรวัดความสงบภายในใจ มาตรวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ มาตรวัดการมีกิจกรรมทางกาย และมาตรวัดพฤติกรรมเนือยนิ่ง มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสหสัมพันธ์ เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ตัวแปรที่ศึกษา และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

2.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง ล (Structural Equation Modeling: SEM) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของโมเดลสมมติฐานซึ่งประกอบด้วยตัวแปรตามจำนวน 3 ตัวแปรได้แก่ ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความคิด อารมณ์และสังคม การมีกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมเนือยนิ่ง และตัวแปรต้นจำนวน 1 ตัวแปร ได้แก่ สุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ โดยปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความคิด อารมณ์และสังคม ทำหน้าที่เป็นตัวแปรส่งผ่าน (mediator) ระหว่างความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ กับการมีกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมเนือยนิ่ง

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครงการวิจัยที่ 292.1/61

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยในโครงการ

ผู้เข้าร่วมวิจัยในโครงการวิจัยนี้เป็นไปตามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย โดยข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

1. **แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเขียนตอบด้วยตนเอง อาทิ เช่น อายุ เพศ และ ศาสนา เป็นต้น

2. **แบบวัดสติ (Freiburg Mindfulness Inventory)**

เป็นแบบประเมินตนเอง (Self-report questionnaire) ที่พัฒนาขึ้นโดย Walach, Buchheld, Buttenmuller, Kleinknecht และ Schmidt (2006) จำนวน 14 เป็นแบบประเมินตนเอง (Self-report questionnaire) ที่พัฒนาขึ้นโดย Walach, Buchheld, Buttenmuller, Kleinknecht และ Schmidt (2006) เพื่อวัดสภาวะของการตระหนักรู้ภายในตนเอง โดยฉบับภาษาไทยแปลและปรับใช้โดย Jarukasemthawee (2015) โดยมีค่าครอนบาคแอลฟาในระดับดีมาก (internal consistency =.86) มี

ลักษณะเป็นการประเมินตนเอง ผู้ตอบแบบวัด สำรวจตนเองในแต่ละข้อว่า โดยปกติแล้วในแต่ละข้อความตรงกับประสบการณ์ของผู้ตอบแบบวัดบ่อยแค่ไหน โดยให้คะแนน 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 (นาน ๆ ครั้ง) 2 (เป็นบางครั้ง) 3 (ค่อนข้างบ่อย) และ 4 (สม่ำเสมอ) การตีความคะแนนในแบบวัดนี้ตีความแบบเป็นช่วงต่อเนื่องไม่มีตัดเป็นเกณฑ์แบบระดับ โดยคะแนนที่ได้ยิ่งมากบ่งชี้ถึงการมีภาวะสติที่สูง ในทางกลับกันกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนแบบวัดสติต่ำหมายถึงการมีการมีภาวะสติที่ต่ำ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบวัดสติกับนิสิต-นักศึกษาชาวไทย จำนวน 142 คน พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบวัดสติทั้งฉบับ จำนวน 14 ข้อ เท่ากับ .83 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีมาก นอกจากนี้ผู้วิจัยยังทำการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับแบบวัดทั้งฉบับ (Corrected Item-Total Correlation; CITC) โดยค่าวิกฤตของ *t* จากกลุ่มตัวอย่าง 142 คน ข้อคำถามรายข้อควรมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับแบบวัดทั้งฉบับที่ค่า *r* มากกว่า 0.139 ขึ้นไป ผลการคำนวณพบว่า ข้อคำถามแบบวัดสติทั้ง 14 ข้อมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation: CITC) อยู่ระหว่าง .294 - .631 โดยไม่พบข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ตรวจสอบความตรงภายในแบบ convergent validity โดยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) กับแบบวัดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผลการตรวจสอบความตรงภายในแบบ convergent validity พบว่าแบบวัดสติ มีค่าสหสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ คะแนนรวมจากแบบวัดความเข้าใจในไตรลักษณ์ ฉบับรวม ($r = .57$, $p < .01$) คะแนนรวมแบบวัดความหมายในชีวิต ($r = .35$, $p < .01$) คะแนนรวมจากแบบวัดความเมตตากรุณาต่อผู้อื่น ($r = .25$, $p < .01$) คะแนนรวมแบบวัดความหวัง ($r = .43$, $p < .01$) คะแนนรวมแบบวัดความสงบ ($r = .69$, $p < .01$) และคะแนนรวมจากแบบวัดความเชื่อมโยงทางสังคม ($r = .38$, $p < .01$)

3. แบบวัดความเข้าใจในไตรลักษณ์ (Cognitive Insight Scale)

เป็นแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับความเข้าใจในไตรลักษณ์ที่พัฒนาโดยJarukasemthawee และคณะ (In preparation) จำนวน 44 ข้อ โดยประกอบไปด้วย 3 แบบวัดย่อย ได้แก่ แบบวัดความเข้าใจในทุกข์ (13 ข้อ) แบบวัดความเข้าใจในอนิจจัง (14 ข้อ) และแบบวัดความเข้าใจในอนัตตา (17 ข้อ) โดยแบบวัดความเข้าใจในไตรลักษณ์ที่ใช้ในโครงการวิจัยนี้ ประกอบไปด้วยข้อคำถาม จำนวน 44 ข้อซึ่งประกอบไปด้วย 3 ด้านคือ ด้านความเข้าใจในความทุกข์ ด้านความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลง และด้านความเข้าใจไม่ยึดมั่นในตัวตน ลักษณะเป็นมาตรประเมินค่าแบบ Likert Scale ผู้ตอบแบบวัดประเมินการควบคุมตนเองโดยให้คะแนน 6 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่ตรงเป็นอย่างยิ่ง) 1 (ตรงเล็กน้อย) 2 (ตรงปานกลาง) 3 (ตรงค่อนข้างมาก) 4 (ตรงมาก) และ 5 (ตรงตลอดเวลา) ตัวอย่างข้อคำถามเช่น *“ฉันไม่ชอบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทุกเมื่อเชื่อวัน” “ฉันมีประสบการณ์ และยอมรับได้ว่าความทุกข์ที่เกิดขึ้นกับฉันและคนที่ฉันรักนั้น เกิดจากเงื่อนไขตามเวลา”* เกณฑ์การคิดคะแนน คะแนนในแบบวัดนี้คิดแบบคะแนนรวม ซึ่งมีช่วงคะแนนระหว่าง 0 – 220 ยิ่งกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนแบบวัดความเข้าใจในไตรลักษณ์สูงจะหมายถึงการมีไตรลักษณ์สูง ในทางกลับกันกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนแบบวัดความเข้าใจในไตรลักษณ์ต่ำหมายถึงการมีไตรลักษณ์ต่ำ

3.1 แบบวัดความเข้าใจในไตรลักษณ์ด้านความเข้าใจในทุกข์ (Insight of Suffering) ในที่นี้หมายถึงความเข้าใจอย่างลึกซึ้งที่ว่าความทุกข์ไม่ว่าจะเป็นทางกาย หรือจิตใจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลง ความไม่คงทนหรือจีรัง ยังเป็นผลมาจากการไม่ได้สิ่งที่ต้องการหรือปรารถนา หรือการได้ในสิ่งที่ท่านไม่ปรารถนา ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบความเข้าใจในทุกข์ กับนิสิต-นักศึกษาชาวไทย จำนวน 142 คน พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ของแบบวัดความเข้าใจในไตรลักษณ์ ด้านความเข้าใจในทุกข์ (13 ข้อ) เท่ากับ .81 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ต่อจากนั้นผู้วิจัยทำการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับแบบวัดทั้งฉบับ (Corrected Item-Total Correlation; CITC) โดยค่าวิกฤตของ *t* จากกลุ่มตัวอย่าง 142 คน ข้อคำถามรายข้อควรมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับแบบวัดทั้งฉบับที่ค่า *r* มากกว่า 0.139 ขึ้นไป ผลการคำนวณพบว่า ข้อคำถามแบบวัดความเข้าใจ

ในไตรลักษณ์ ด้านความเข้าใจในทุกข์ จำนวน 13 ข้อมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation: CITC) อยู่ระหว่าง .211 - .650 โดยไม่พบข้อคำถามที่ไม่ผ่านเกณฑ์

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ตรวจสอบความตรงภายในแบบ convergent validity โดยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) กับแบบวัดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คะแนนรวมจากแบบวัดความเข้าใจในไตรลักษณ์ ด้านความเข้าใจในทุกข์ จำนวน 13 ข้อ มีค่าสหสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ คะแนนรวมจากแบบวัดความเข้าใจในไตรลักษณ์ฉบับรวม (r = .75, p < .01) คะแนนรวมแบบวัดสติ (r = .43, p < .01) คะแนนรวมแบบวัดความหมายในชีวิต (r = .22, p < .01) คะแนนรวมแบบวัดความเมตตากรุณาต่อผู้อื่น (r = .21, p < .05) คะแนนรวมแบบวัดความหวัง (r = .24, p < .01) คะแนนรวมแบบวัดความสงบ (r = .47, p < .01) แต่อย่างไรก็ตามไม่พบค่าสหสัมพันธ์กับคะแนนรวมจากแบบวัดความเชื่อมโยงทางสังคม

3.2 แบบวัดความเข้าใจในไตรลักษณ์ด้านความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลง (Insight of Impermanence) ในที่นี้หมายถึง ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งที่ว่าทุกสิ่งทุกอย่าง ไม่ว่าจะเป็นร่างกายหรือสิ่งของไม่ว่าจะเป็นทั้งของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งความคิด และรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้น ไม่สามารถคงอยู่อย่างถาวรได้ และมีการเปลี่ยนแปลงเสมอ ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพแบบวัดความเข้าใจในไตรลักษณ์ด้านความเข้าใจในอนิจจัง กับนิสิต-นักศึกษาชาวไทย จำนวน 142 คน พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) จำนวน 14 ข้อ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) เท่ากับ .77 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี นอกจากนี้ผู้วิจัยยังทำการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับแบบวัดทั้งฉบับ (Corrected Item-Total Correlation; CITC) โดยค่าวิกฤตของ t จากกลุ่มตัวอย่าง 142 คน ข้อคำถามรายข้อควรมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับแบบวัดทั้งฉบับที่ค่า r มากกว่า 0.139 ขึ้นไป ผลการคำนวณพบว่า ข้อคำถามแบบวัดความเข้าใจในไตรลักษณ์ ด้าน

ความเข้าใจในอนิจจัง จำนวน 14 ข้อมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation: CITC) อยู่ระหว่าง .155 - .515 โดยไม่พบข้อคำถามที่ไม่ผ่านเกณฑ์

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ตรวจสอบความตรงภายในแบบ convergent validity โดยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) กับแบบวัดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คะแนนรวมจากแบบวัดความเข้าใจในไตรลักษณ์ ด้านความเข้าใจในอนิจจัง จำนวน 14 ข้อ มีค่าสหสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ คะแนนรวมจากแบบวัดความเข้าใจในไตรลักษณ์ ฉบับรวม (r = .88, p < .01) คะแนนรวมแบบวัดสติ (r = .50, p < .01) คะแนนรวมแบบวัดความหมายในชีวิต (r = .30, p < .01) คะแนนรวมแบบวัดความเมตตากรุณาต่อผู้อื่น (r = .18, p < .05) คะแนนรวมแบบวัดความหวัง (r = .24, p < .01) คะแนนรวมแบบวัดความสงบ (r = .46, p < .01) และคะแนนรวมจากแบบวัดความเชื่อมโยงทางสังคม (r = .21, p < .05)

3.3 แบบวัดความเข้าใจในไตรลักษณ์ความเข้าใจในการไม่ยึดมั่นในตัวตน (Insight of Voidness of the Self) ในที่นี้หมายถึง ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งที่ว่าความรู้สึกแห่งตัวตนไม่มีจริง เป็นเพียงการเข้าใจผิดหรือความไม่รู้ หรือลืมไปว่าร่างกาย ความรู้สึก-นึกคิดของตนนั้นไม่คงทน นอกจากนี้ยังเป็นความเข้าใจที่ว่าความรู้สึกแห่งตัวตนก่อให้เกิดความทุกข์ทางด้านจิตใจ ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพแบบวัดความเข้าใจในไตรลักษณ์แบบวัดความเข้าใจในอนัตตา (17 ข้อ) กับนิสิต-นักศึกษาชาวไทย จำนวน 142 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ของแบบวัดความเข้าใจในไตรลักษณ์ ด้านความเข้าใจในอนัตตา (17 ข้อ) เท่ากับ .61 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังทำการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับแบบวัดทั้งฉบับ (Corrected Item-Total Correlation; CITC) โดยค่าวิกฤตของ t จากกลุ่มตัวอย่าง 142 คน ข้อคำถามรายข้อควรมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับแบบวัดทั้งฉบับที่ค่า r มากกว่า 0.139 ขึ้นไป ผลการคำนวณพบว่า ข้อคำถามแบบวัดความเข้าใจในไตรลักษณ์ ความเข้าใจในการไม่ยึดมั่นในตัวตน จำนวน 17 ข้อมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ระหว่างข้อคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation: CITC) อยู่ระหว่าง .051 - .389 โดยพบข้อคำถามที่ไม่ผ่านเกณฑ์ดังกล่าว 1 ข้อได้แก่ ข้อ 12

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ตรวจสอบความตรงภายในแบบ convergent validity โดยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) กับแบบวัดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คะแนนรวมจากแบบวัดความเข้าใจในไตรลักษณ์ ด้านความเข้าใจในการไม่ยึดมั่นในตัวตน จำนวน 17 ข้อ มีค่าสหสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ คะแนนรวมจากแบบวัดความเข้าใจในไตรลักษณ์ ฉบับรวม (r = .82, p < .01) คะแนนรวมแบบวัดสติ (r = .46, p < .01) คะแนนรวมแบบวัดความหมายในชีวิต (r = .24, p < .01) คะแนนรวมแบบวัดความเมตตากรุณาต่อผู้อื่น (r = .27, p < .01) คะแนนรวมแบบวัดความหวัง (r = .18, p < .05) คะแนนรวมแบบวัดความสงบ (r = .40, p < .01) และคะแนนรวมจากแบบวัดความเชื่อมโยงทางสังคม (r = .32, p < .01)

4. แบบวัดการมีความหมายในชีวิต (Meaning in Life Questionnaire: MLQ)

เป็นแบบประเมินตนเอง (Self-report questionnaire) ที่พัฒนาขึ้นโดย Steger, Frazier, Oishi และ Kaler (2006) ซึ่งเป็นแบบวัดการมีความหมายในชีวิตที่หยิบด้านการมีความรู้สึกถึงการมีความหมายในชีวิต (Presence of meaning) จำนวน 5 ข้อมาใช้ในการวิจัย ได้แก่ข้อที่ 1, 4, 5, 6, 9 เช่น *“ฉันเข้าใจถึงความหมายในชีวิตของตนเอง”* ลักษณะเป็นมาตรประเมินค่าแบบ Likert Scale ผู้ตอบแบบวัดประเมินการควบคุมตนเองโดยให้คะแนน 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่ตรงเลย) 2 (ไม่ตรงเป็นส่วนใหญ่) 3 (ค่อนข้างไม่ตรง) 4 (ตรงและไม่ตรงพอ ๆ กัน) 5 (ค่อนข้างตรง) 6 (ตรงเป็นส่วนใหญ่) และ 7 (ตรงอย่างยิ่ง) การตีความคะแนนในแบบวัดนี้ตีความแบบเป็นช่วงต่อเนื่องไม่มีตัดเป็นเกณฑ์แบบระดับ กล่าวคือยิ่งกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนแบบวัดการมีความหมายในชีวิตสูงจะหมายถึงการมีความหมายในชีวิตสูง ในทางกลับกันกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนแบบวัดการมีความหมายในชีวิตต่ำหมายถึงการมีการมีความหมายในชีวิตต่ำ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบวัดสติกับนิสิต-นักศึกษาชาวไทย จำนวน 142 คน พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบวัดการมีความหมายในชีวิตทั้งฉบับ จำนวน 5 ข้อ เท่ากับ .85 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีมาก นอกจากนี้ผู้วิจัยยังทำการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับแบบวัดทั้งฉบับ (Corrected Item-Total Correlation; CITC) โดยค่าวิกฤตของ *t* จากกลุ่มตัวอย่าง 142 คน ข้อคำถามรายข้อควรมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับแบบวัดทั้งฉบับที่ค่า *r* มากกว่า 0.139 ขึ้นไป ผลการคำนวณพบว่า ข้อคำถามแบบวัดการมีความหมายในชีวิต ทั้ง 5 ข้อมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation: CITC) อยู่ระหว่าง .569 - .782 ดังนั้นจึงไม่พบข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ตรวจสอบความตรงภายในแบบ convergent validity โดยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) กับแบบวัดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผลการตรวจสอบความตรงภายในแบบ convergent validity พบว่าแบบวัดสติ มีค่าสหสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ คะแนนรวมจากแบบวัดความเข้าใจในไตรลักษณ์ ฉบับรวม ($r = .31$, $p < .01$) คะแนนรวมแบบวัดสติ ($r = .35$, $p < .01$) คะแนนรวมจากแบบวัดความเมตตากรุณาต่อผู้อื่น ($r = .30$, $p < .01$) คะแนนรวมแบบวัดความหวัง ($r = .53$, $p < .01$) คะแนนรวมแบบวัดความสงบ ($r = .39$, $p < .01$) และคะแนนรวมจากแบบวัดความเชื่อมโยงทางสังคม ($r = .31$, $p < .01$)

5 แบบวัดความเมตตากรุณาต่อผู้อื่น (Compassion Scale)

เป็นแบบประเมินตนเอง (Self-report questionnaire) ที่พัฒนาขึ้นโดย Pommier (2011) จำนวน 24 ข้อ เพื่อวัดความรู้สึกได้ถึงความทุกข์ของผู้อื่น รวมทั้งความรู้สึกเมตตาและความปรารถนาให้ผู้อื่นพ้นจากความทุกข์ โดยแบ่งเป็น 6 ด้านคือ ด้านความเมตตา (Kindness) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 6, 8, 16, และ 24 เช่น "ฉันมักจะใจลอยนึกไปเรื่องอื่น เวลาที่มีคนมาเล่าปัญหาให้ฟัง" ด้านความเย็นชา (Indifference) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 2, 12, 14, และ 18 เช่น *"บางครั้งที่มีคนมาเล่าปัญหาให้ฟัง ฉันรู้สึกเฉย ๆ ไม่แคร์อะไร"*

ด้านการมองแบบความเป็นมนุษย์ทั่วไป (Common Humanity) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 11, 15, 17, และ 20 เช่น *“คนเราต้องรู้สึกเศร้ากันบ้าง เพราะความเศร้านับเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นคน”* ด้านการแยกห่าง (Separation) จำนวน 4 ข้อได้แก่ข้อที่ 3, 5, 10, และ 22 เช่น “ฉันไม่มีอารมณ์ร่วม เวลาที่เห็นใครกำลังเจ็บปวดทุกข์ใจ” ด้านสติ (Mindfulness) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 4, 9, 13, และ 21 เช่น *“ฉันให้ความสนใจตั้งใจฟัง เวลามีใครมาเล่าเรื่องอะไรให้ฟัง”* และด้านการเพิกเฉย (Disengagement) จำนวน 4 ข้อได้แก่ข้อที่ 1, 7, 19, และ 23 เช่น *“ต่อให้คนเราแตกต่างกันเพียงไร ฉันก็รู้ว่าทุก ๆ คนก็มีความทุกข์ไม่ต่างไปจากฉัน”* ลักษณะเป็นมาตรประเมินค่าแบบ Likert Scale ผู้ตอบแบบวัดประเมินการควบคุมตนเองโดยให้คะแนนระดับ ตั้งแต่ 1 (แทบจะไม่ตรงเลย) 2 (ตรงน้อย) 3 (ตรงเป็นบางครั้ง) 4 (ตรงบ่อย) และ 5 (แทบจะตรงเสมอ)

เกณฑ์การคิดคะแนนมีด้านที่ต้องกลับคะแนนคือด้านความเย็นชา (Indifference) ด้านการแยกห่าง (Separation) และด้านการเพิกเฉย (Disengagement) จากนั้นนำมาคำนวณคะแนนรายข้อโดยการคิดค่าเฉลี่ยคือนำคะแนนรวมมาหารด้วยจำนวนข้อ จากนั้นเมื่อนำมาคิดคะแนนรวมให้นำค่าเฉลี่ยที่ได้จากแต่ละด้านนั้นมารวมกันแล้วหารด้วยจำนวนด้านคือหก ซึ่งมีช่วงคะแนนระหว่าง 1 – 5 ยิ่งกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนแบบวัดความเมตตากรุณากับผู้อื่นสูงจะหมายถึงการมีความเมตตากรุณากับผู้อื่นสูง ในทางกลับกันกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนแบบวัดความเมตตากรุณากับผู้อื่นต่ำหมายถึงการมีความเมตตากรุณากับผู้อื่นต่ำ โดยคะแนนรวมที่ได้ยิ่งมากแสดงว่ามีระดับความเมตตากรุณากับผู้อื่นมาก

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบวัดความเมตตากรุณาต่อผู้อื่นกับนิสิต-นักศึกษาชาวไทย จำนวน 142 คน พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ของแบบวัดความเมตตากรุณาต่อผู้อื่นทั้งฉบับ จำนวน 24 ข้อ เท่ากับ .84 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีมาก นอกจากนี้ผู้วิจัยยังทำการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับแบบวัดทั้งฉบับ (Corrected Item-Total Correlation; CITC) โดยค่าวิกฤตของ *t* จากกลุ่มตัวอย่าง 142 คน ข้อคำถามรายข้อควรมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับแบบวัดทั้งฉบับที่ค่า *r* มากกว่า 0.139 ขึ้นไป ผลการคำนวณพบว่า ข้อคำถามแบบวัดความเมตตากรุณาต่อผู้อื่น ทั้ง 24 ข้อมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคะแนนรายข้อกับ

คะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation: CITC) อยู่ระหว่าง .010 - .663 โดยพบข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์จำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อได้แก่ ข้อ 11, 14, 17 และข้อ 20 อย่างไรก็ตาม คุณภาพของเครื่องมือทั้งฉบับจัดว่าอยู่ในเกณฑ์ดีมาก และผู้วิจัยประสงค์ใช้เครื่องมือที่มีโครงสร้างของข้อคำถามในมาตรวัดเหมือนกับมาตรวัดต้นฉบับ จึงพิจารณาใช้มาตรวัดที่คงข้อคำถามทุกข้อไว้

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ตรวจสอบความตรงภายในแบบ convergent validity โดยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) กับแบบวัดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผลการตรวจสอบความตรงภายในแบบ convergent validity พบว่าแบบวัดความเมตตากรุณาต่อผู้อื่น มีค่าสหสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ คะแนนรวมจากแบบวัดความเข้าใจในไตรลักษณ์ ฉบับรวม (r = .27, p <.01) คะแนนรวมแบบวัดสติ (r = .25, p <.01) คะแนนรวมแบบวัดความหมายในชีวิต (r = .30, p <.01) คะแนนรวมแบบวัดความหวัง (r = .21, p <.05) คะแนนรวมแบบวัดความสงบ (r = .19, p <.05) และคะแนนรวมจากแบบวัดความเชื่อมโยงทางสังคม (r = .44, p <.01)

6. แบบวัดความหวัง (Adult State Hope Scale: AHS)

เป็นแบบประเมินตนเอง (Self-report questionnaire) ที่พัฒนาขึ้นโดย Snyder และคณะ (1996) จำนวน 6 ข้อ เพื่อวัดความคิดแบบมีจุดมุ่งหมายในช่วงเวลานั้นที่ผู้ร่วมการวิจัยทำแบบสอบถามหรือในปัจจุบันขณะว่าคนมีความสามารถในการริเริ่มและยึดมั่นในการกระทำนั้นและความสามารถในการสร้างเส้นทางให้ไปถึงเป้าหมายนั้นหรือไม่ กล่าวคือเพื่อวัดจุดมุ่งหมายในปัจจุบันขณะ โดยแบ่งเป็นสองด้านคือ ด้านการกระทำ (Agency) คือข้อคำถามข้อคู่ เช่น *“ณ ตอนนี้ ฉันทำตามเป้าหมายที่ฉันวางไว้อย่างกระตือรือร้น”* และด้านแนวทาง (Pathways) คือข้อคำถามข้อคี่ เช่น *“ถ้าฉันตกในสถานการณ์ลำบาก ฉันจะคิดหาทางออกได้หลายทาง”* ลักษณะเป็นแบบวัดประเมินค่าแบบ Likert Scale ผู้ตอบแบบวัดประเมินการควบคุมตนเอง โดยให้คะแนน ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่ตรงอย่างแน่นอน) 2 (ไม่ตรงเป็นส่วนใหญ่) 3 (ตรงและไม่ตรงพอ ๆ กัน) 4 (ตรงเป็นส่วนใหญ่) และ 5 (ตรงอย่างแน่นอน)

เกณฑ์การคิดคะแนน คะแนนในแบบวัดนี้สามารถคิดแบบแยกองค์ประกอบ โดยรวมคะแนนของข้อคู่

เข้าด้วยกันสำหรับด้านการกระทำ (Agency) และรวมข้อคี่เข้าด้วยกันสำหรับด้านแนวทาง (Pathways) ไม่มีการกลับคะแนน ซึ่งจะมีช่วงคะแนนในแต่ละด้านระหว่าง 3 ถึง 15 และสามารถคิดคะแนนโดยรวมคะแนนองค์ประกอบย่อยทั้งสองเข้าด้วยกัน จึงมีช่วงคะแนนระหว่าง 6 ถึง 30 ยิ่งกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนแบบความหวังสูงจะหมายถึงการมีความหวังสูง ในทางกลับกันกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนแบบการความหวังต่ำหมายถึงการมีความหวังต่ำ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบวัดความหวังกับนิสิต-นักศึกษาชาวไทย จำนวน 142 คน พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบวัดความหวังทั้งฉบับ จำนวน 6 ข้อ เท่ากับ .71 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี นอกจากนี้ผู้วิจัยยังทำการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับแบบวัดทั้งฉบับ (Corrected Item-Total Correlation; CITC) โดยค่าวิกฤตของ *t* จากกลุ่มตัวอย่าง 142 คน ข้อคำถามรายข้อควรมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับแบบวัดทั้งฉบับที่ค่า *r* มากกว่า 0.139 ขึ้นไป ผลการคำนวณพบว่า ข้อคำถามแบบวัดความหวังทั้ง 6 ข้อมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation: CITC) อยู่ระหว่าง .302 - .581 จึงไม่พบข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ตรวจสอบความตรงภายในแบบ convergent validity โดยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) กับแบบวัดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผลการตรวจสอบความตรงภายในแบบ convergent validity พบว่าแบบวัดความหวัง มีค่าสหสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ คะแนนรวมจากแบบวัดความเข้าใจในไตรลักษณ์ ฉบับรวม (r = .27, p <.01) คะแนนรวมจากแบบวัดสติ (r = .43, p <.01) คะแนนรวมแบบวัดความหมายในชีวิต (r = .53, p <.01) คะแนนรวมจากแบบวัดความเมตตากรุณาต่อผู้อื่น (r = .21, p <.05) คะแนนรวมแบบวัดความสงบ (r = .51, p <.01) และคะแนนรวมจากแบบวัดความเชื่อมโยงทางสังคม (r = .18, p <.05)

7. แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ(Health-Specific Self-Efficacy Scales)

เป็นแบบประเมินตนเอง (Self-report questionnaire) ที่พัฒนาขึ้นโดย Kreitzer, Gross, Waleekhachonloet, Reilly-Spong และ Byrd (2009) จำนวน 13 ข้อ เพื่อวัดการรับรู้ตนเองว่ามีความสามารถและการควบคุมตนเองเพื่อมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ได้มากน้อยเพียงใด แบ่งเป็นสามด้านคือ ด้านโภชนาการ (Nutrition) จำนวน 5 ข้อ เช่น *“แม้ว่าจะต้องใช้เวลานานก็ตาม ฉันมั่นใจว่าฉันจะสามารถเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ จนฉันมีนิสัยกินอาหารที่มีประโยชน์สม่ำเสมอได้”* ด้านการออกกำลังกาย (Physical Exercise) จำนวน 5 ข้อ เช่น *“ฉันมั่นใจว่าฉันยังคงออกกำลังกายตามที่ฉันตั้งใจไว้ได้ แม้ฉันจะกำลังรู้สึกวิตกกังวล”* และด้านการต้านทานการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Resistance) จำนวน 3 ข้อ เช่น *“ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถควบคุมตนเอง ให้ลดปริมาณการดื่มสุราลงได้”* ลักษณะเป็นแบบวัดประเมินค่าแบบ Likert Scale ผู้ตอบแบบวัดประเมินตนเองโดยให้คะแนน ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่มั่นใจเลย) 2 (ค่อนข้างไม่มั่นใจ) 3 (มั่นใจและไม่มั่นใจพอ ๆ กัน) 4 (ค่อนข้างมั่นใจ) และ 5 (มั่นใจมากที่สุด)

เกณฑ์การคิดคะแนน แบบวัดนี้ใช้การคิดคะแนนและแปลความหมายแบบแยกรายด้าน โดยรวมคะแนนของข้อคำถามที่อยู่ในด้านเดียวกันเข้า ไม่มีการกลับคะแนน ซึ่งจะมีช่วงคะแนนในด้านโภชนาการ และด้านการออกกำลังกายระหว่าง 5 ถึง 25 ส่วนช่วงคะแนนในด้านการต้านทานการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะอยู่ระหว่าง 3 ถึง 15 ยิ่งกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพในด้านใดสูง จะหมายถึงการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในด้านนั้นๆ ใดดี

สำหรับคุณภาพเครื่องมือจากงานวิจัยที่เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างชาวเยอรมัน พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ของแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ด้านโภชนาการ เท่ากับ .87 (n = 1722) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ค่าแอลฟาของ

แบบวัดด้านการออกกำลังกาย เท่ากับ .88 (n = 1726) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีมาก และค่าแอลฟาของแบบวัดด้านการต้านทานการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เท่ากับ .79 (n = 1567) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี

8. แบบวัดความสงบภายในใจ (Serenity)

เป็นแบบประเมินตนเอง (Self-report questionnaire) ที่พัฒนาขึ้นโดย Kreitzer, Gross, Waleekhachonloet, Reilly-Spong และ Byrd (2009) จำนวน 22 ข้อ เพื่อวัดสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการยอมรับ ไม่ควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ รวมถึงความรู้สึกเชื่อมั่นในสิ่งต่าง ๆ รอบตัว โดยแบ่งเป็น 3 ด้านคือ ด้านการยอมรับ (Acceptance) จำนวน 10 ข้อ คือข้อที่ 6, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 18, 21, และ 22 เช่น “ฉันให้อภัยความผิดพลาดในอดีตของตนเอง” ด้านความสุขสบายภายในตน (Inner haven) จำนวน 8 ข้อ คือข้อที่ 1, 2, 5, 11, 12, 14, 17, และ 19 เช่น *“ฉันเข้าใจถึงความหมายในชีวิตของตนเอง”* และ ด้านความเชื่อมั่น (Trust) จำนวน 4 ข้อ คือข้อที่ 3, 4, 16, และ 20 เช่น *“ฉันรับรู้ ได้ว่าสิ่งใดทำให้ชีวิตของฉันมีความหมาย”* ลักษณะเป็นมาตรประเมินค่าแบบ Likert Scale ผู้ตอบแบบวัดประเมินการควบคุมตนเองโดยให้คะแนน 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เคยเกิดขึ้นเลย) 2 (ไม่ค่อยเกิดขึ้น) 3 (เกิดขึ้นบางครั้ง) 4 (เกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย) และ 5 (เกิดขึ้นเสมอ)

เกณฑ์การคิดคะแนนในแบบวัดนี้ต้องคิดแบบแยกรายด้านก่อน เพื่อแสดงการคิดคะแนนของแบบวัดความสงบ คือการนำคะแนนรวมในแต่ละรายด้านนั้นรวมกันแล้วหารด้วยจำนวนข้อของแต่ละด้าน จากนั้นรวมคะแนนของทั้ง 3 ด้านเข้าด้วยกันแล้วหารด้วยจำนวนด้านคือสาม โดยมีช่วงคะแนนรวมในระหว่าง 1 ถึง 5.0 ยิ่งกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนแบบวัดความสงบสูงจะหมายถึงการมีความสงบสูง ในทางกลับกันกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนแบบวัดการความสงบต่ำหมายถึงการมีความสงบต่ำ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบวัดความสงบภายในใจกับนิสิต-นักศึกษาชาวไทย จำนวน 142 คน พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ของแบบวัดความสงบทั้งฉบับ จำนวน 22 ข้อ เท่ากับ .86 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีมาก นอกจากนี้ผู้วิจัยยังทำการ

คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับแบบวัดทั้งฉบับ (Corrected Item-Total Correlation; CITC) โดยค่าวิกฤตของ *t* จากกลุ่มตัวอย่าง 142 คน ข้อคำถามรายข้อควรมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับแบบวัดทั้งฉบับที่ค่า *r* มากกว่า 0.139 ขึ้นไป ผลการคำนวณพบว่า ข้อคำถามแบบวัดความสงบทั้ง 22 ข้อมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation: CITC) อยู่ระหว่าง .139 - .651 จึงไม่พบข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ตรวจสอบความตรงภายในแบบ convergent validity โดยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) กับแบบวัดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผลการตรวจสอบความตรงภายในแบบ convergent validity พบว่าแบบวัดความสงบ มีค่าสหสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ คะแนนรวมจากแบบวัดความเข้าใจในไตรลักษณ์ ฉบับรวม (r = .54, p < .01) คะแนนรวมจากแบบวัดสติ (r = .69, p < .01) คะแนนรวมแบบวัดความหมายในชีวิต (r = .39, p < .01) คะแนนรวมจากแบบวัดความเมตตากรุณาต่อผู้อื่น (r = .19, p <.05) คะแนนรวมแบบวัดความหวัง (r = .51, p < .01) และคะแนนรวมจากแบบวัดความเชื่อมโยงทางสังคม (r = .29, p <.01)

9. แบบวัดความเชื่อมโยงทางสังคม (Social-Connectedness scales)

เป็นแบบประเมินตนเอง (Self-report questionnaire) ที่พัฒนาขึ้นโดย Lee และ Robbins (1995) จำนวน 8 ข้อ เพื่อวัดการรับรู้ว่าตนมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม ประกอบไปด้วย 3 ด้าน คือ ด้านความเชื่อมโยง (Connectedness) จำนวน 4 ข้อได้แก่ข้อที่ 1 3 5 6 เช่น *“ฉันรู้สึกแปลกแยกจากโลกรอบตัว”* ด้านความผูกพัน (Affiliation) จำนวน 3 ข้อได้แก่ข้อที่ 4, 7, และ 8 เช่น *“ฉันไม่มีความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับเพื่อนฝูง”* และด้านมิตรสหาย (Companionship) จำนวน 1 ข้อคือข้อที่ 2 เช่น *“แม้เมื่ออยู่กับผู้คนที่ฉันรู้จัก แต่ฉันก็ไม่ได้รู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับพวกเขา”* ลักษณะเป็นมาตรประเมินค่าแบบ Likert Scale ผู้ตอบแบบวัดประเมินการควบคุมตนเองโดยให้คะแนน 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) 2 (ไม่เห็นด้วย) 3 (เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยเท่ากัน) 4 (เห็นด้วย) และ 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

เกณฑ์การคิดคะแนนในแบบวัดนี้ต้องทำการกลับคะแนนทุกข้อ จากนั้นนำคะแนนที่ได้มารวมกัน ซึ่งมีช่วงคะแนนรวมในระหว่าง 8 ถึง 40 ยิ่งกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนแบบวัดความเชื่อมโยงทางสังคมสูงจะหมายถึงการมีการเชื่อมโยงทางสังคมสูง ในทางกลับกันกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนความเชื่อมโยงทางสังคมต่ำหมายถึงการมีความเชื่อมโยงทางสังคมต่ำ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบวัดความเชื่อมโยงทางสังคมกับนิสิต-นักศึกษาชาวไทย จำนวน 142 คน พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบวัดความสงบทั้งฉบับ จำนวน 8 ข้อ เท่ากับ .77 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีมาก นอกจากนี้ผู้วิจัยยังทำการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับแบบวัดทั้งฉบับ (Corrected Item-Total Correlation; CITC) โดยค่าวิกฤตของ *t* จากกลุ่มตัวอย่าง 142 คน ข้อคำถามรายข้อควรมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับแบบวัดทั้งฉบับที่ค่า *r* มากกว่า 0.139 ขึ้นไป ผลการคำนวณพบว่า ข้อคำถามแบบวัดความเชื่อมโยงทางสังคมทั้ง 8 ข้อมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation: CITC) อยู่ระหว่าง .661 - .825 จึงไม่พบข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ตรวจสอบความตรงภายในแบบ convergent validity โดยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) กับแบบวัดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผลการตรวจสอบความตรงภายในแบบ convergent validity พบว่าแบบวัดความเชื่อมโยงทางสังคม มีค่าสหสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ คะแนนรวมจากแบบวัดความเข้าใจในไตรลักษณ์ ฉบับรวม ($r = .23$, $p < .01$) คะแนนรวมจากแบบวัดสติ ($r = .38$, $p < .01$) คะแนนรวมแบบวัดความหมายในชีวิต ($r = .31$, $p < .01$) คะแนนรวมจากแบบวัดความเมตตากรุณาต่อผู้อื่น ($r = .44$, $p < .01$) คะแนนรวมแบบวัดความหวัง ($r = .18$, $p < .05$) และคะแนนรวมแบบวัดความสงบภายในใจ ($r = .29$, $p < .01$)

10. แบบวัดการมีกิจกรรมทางกาย (Physical Activity)

เป็นแบบประเมินตนเอง (Self-report questionnaire) ที่ดัดแปลงจาก Global Physical Activity Questionnaire ขององค์การอนามัยโลก (WHO) จำนวน 6 ข้อ เพื่อวัดปริมาณกิจกรรมที่ใช้การเคลื่อนไหวหรือใช้กำลัง ทั้งระดับปานกลาง และระดับหนัก ประกอบไปด้วย 3 ด้านคือ กิจกรรมทางกายในการทำงาน (Work) จำนวน 2 ข้อ เช่น *"ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านทำงานที่เป็นกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง ซึ่งทำให้หายใจเร็วขึ้นพอควร แต่ไม่ถึงกับมีอาการหอบ เป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 10 นาที"* กิจกรรมทางกายในการเดินทาง (Travel) จำนวน 2 ข้อ เช่น *"ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านเดินจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง เป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 10 นาที"* และกิจกรรมทางกายในการพักผ่อนหย่อนใจ (Recreation) จำนวน 2 ข้อ เช่น *"ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านเล่นกีฬา ออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมนันทนาการ/กิจกรรมยามว่างระดับหนักจนทำให้หายใจแรง อัตราการเต้นของหัวใจเต้นเร็วขึ้น"* ลักษณะเป็นมาตรประเมินค่าแบบ Likert Scale ผู้ตอบแบบวัดประเมินความถี่ของกิจกรรมทางกายแต่ละข้อใน 1 สัปดาห์ โดยให้คะแนน 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เคยเลย 0 วัน) 2 (นานๆ ครั้ง 1-2 วัน) 3 (ปานกลาง 3-4 วัน) 4 (บ่อยครั้ง 5-6 วัน) และ 5 (สม่ำเสมอ 7 วัน)

เกณฑ์การคิดคะแนน ทำการคิดคะแนนแบบแยกรายด้านก่อน โดยรวมคะแนนของข้อคำถามที่อยู่ในด้านเดียวกันเข้า ไม่มีการกลับคะแนน ซึ่งจะมีช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ในแต่ละด้านอยู่ระหว่าง 2 ถึง 10 การคิดคะแนนรวมทำได้โดยการนำคะแนนของทุกด้านมารวมกัน การแปลความหมายทำได้ทั้งแบบรายด้าน และแบบคะแนนรวม ยิ่งกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนแบบวัดการมีกิจกรรมทางกายในด้านใดสูง จะหมายถึงการมีกิจกรรมทางกายในด้านนั้นในปริมาณมาก หรือหากกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนแบบวัดการมีกิจกรรมทางกายโดยรวมสูง หมายถึงการมีกิจกรรมทางกายทุกชนิดในปริมาณมาก

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบวัดการมีกิจกรรมทางกาย กับนิสิต-นักศึกษาชาวไทย จำนวน 142 คน พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบวัดการมีกิจกรรมทางกายทั้งฉบับ จำนวน 6 ข้อ เท่ากับ .77 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี นอกจากนี้ผู้วิจัยยังทำการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามรายข้อกับแบบวัดทั้งฉบับ (Corrected Item-Total Correlation; CITC) โดยค่าวิกฤตของ *t* จากกลุ่มตัวอย่าง 142 คน ข้อคำถามรายข้อควรมีค่าสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์กับแบบวัดทั้งฉบับที่ค่า *r* มากกว่า 0.139 ขึ้นไป ผลการคำนวณพบว่า ข้อคำถามแบบวัดการมีกิจกรรมทางกายทั้ง 6 ข้อมีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation: CITC) อยู่ระหว่าง .318 - .641 จึงไม่พบข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์

11. แบบวัดพฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary Behavior)

เป็นแบบประเมินตนเอง (Self-report questionnaire) ที่ดัดแปลงจาก Global Physical Activity Questionnaire ขององค์การอนามัยโลก (WHO) จำนวน 9 ข้อ เพื่อวัดปริมาณกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายอยู่ในระดับต่ำ หรือพฤติกรรมเนือยนิ่ง ข้อคำถามครอบคลุมถึงพฤติกรรมเนือยนิ่งทุกชนิด ได้แก่ พฤติกรรมเนือยนิ่งที่เป็นส่วนหนึ่งของการทำงาน เช่น *“ในแต่ละวัน ท่านนั่งทำงาน/นั่งเรียน/ นั่งทำการบ้าน/ นั่งทำรายงาน/ นั่งทำรายงาน/นั่งทำงานอื่น ๆ ทุกชนิดโดยเฉลี่ยนานเท่าใด”* พฤติกรรมเนือยนิ่งที่เป็นส่วนหนึ่งของการพักผ่อนหย่อนใจ เช่น *“ในแต่ละวัน ท่านนั่ง/ นอนดูโทรทัศน์โดยเฉลี่ยนานเท่าใด”* ผู้ตอบประเมินความยาวนานของพฤติกรรมเนือยนิ่งในแต่ละข้อแล้วตอบค่าประมานเป็นหน่วยชั่วโมงและนาที

เกณฑ์การคิดคะแนนในแบบวัดนี้ทำได้โดยการแปลงค่าเวลาทั้งหมดให้อยู่ในหน่วยนาที แล้วนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน ค่าที่ได้จะเป็นปริมาณพฤติกรรมเนือยนิ่งที่บุคคลนั้นมี ยิ่งได้คะแนนที่สูงจะหมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเนือยนิ่งที่มาก ในทางกลับกันกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนพฤติกรรมเนือยนิ่งต่ำหมายถึงการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งที่น้อย หรือทำกิจกรรมที่ใช้การเคลื่อนไหวของร่างกายในแต่ละวันมาก

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบวัดพฤติกรรมเนือยนิ่งกับนิสิต-นักศึกษาชาวไทย จำนวน 142 คน พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ของแบบวัดพฤติกรรมเนือยนิ่งทั้งฉบับ จำนวน 9 ข้อ เท่ากับ .43 อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาว่าพฤติกรรมเนือยนิ่งคือภาพสะท้อนด้านตรงข้ามของการมีกิจกรรมทางกาย ซึ่งผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดที่มีคุณภาพความเที่ยงสูง ประกอบกับข้อจำกัดด้านการมีเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพในฉบับภาษาไทย การได้

โมเดลเชิงสาเหตุที่ประกอบด้วยตัวแปรทั้งสองในเวลาเดียวกันจึงมีความน่าสนใจ จึงพิจารณาใช้มาตรวัดจึงพิจารณาใช้มาตรวัดพฤติกรรมเนือยนิ่งที่คงข้อคำถามทุกข้อไว้

ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling) ด้วยโปรแกรม IBM SPSS-AMOS Version 22

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างโมเดลสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ของโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ และดัชนีชี้วัดสุขภาพ โดยมีปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความคิด อารมณ์และสังคม เป็นตัวแปรส่งผ่าน

โมเดลเชิงสาเหตุของดัชนีชี้วัดสุขภาพตามกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยตัวแปรแฝงภายนอก (exogeneous variables) จำนวน 1 ตัวแปร ได้แก่ สุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ (SWB) โดยตัวแปรแฝงสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้จำนวน 6 ตัวแปร ได้แก่ สติ (MF) ความหมายในชีวิต (MLQ) ความเมตตากรุณาต่อผู้อื่น (COM) ความเข้าใจในความทุกข์ (ISSUF) ความเข้าใจในความเปลี่ยนแปลง (ISIMP) และความเข้าใจไม่ยึดมั่นในตัวตน (ISNON) ตัวแปรแฝงภายใน (endogeneous variables) ในโมเดลนี้มีจำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความคิด อารมณ์และสังคม (PSY) การมีกิจกรรมทางกาย (PA) และพฤติกรรมเนือยนิ่ง (SD) โดยตัวแปรแฝงปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความคิด อารมณ์และสังคม ทำหน้าที่เป็นตัวแปรส่งผ่าน (mediator) ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้จำนวน 6 ตัวแปร ได้แก่ ความหวัง (HOPE) การเชื่อมโยงทางสังคม (SOC) ความสงบภายในจิตใจ (SRN) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมสุขภาพทางโภชนาการ (HENUT) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมสุขภาพทางการออกกำลังกาย (HEEXC) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมสุขภาพทางการต้านทานการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (HEALC) ตัวแปรแฝงการมีกิจกรรมทางกาย ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้จำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกายในการทำงาน (PAW) การมีกิจกรรมทางกายในการเดินทาง (PAC) การมีกิจกรรมทางกายในการพักผ่อนหย่อนใจ (PAL) ตัวแปรแฝงพฤติกรรมเนือยนิ่ง ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้จำนวน 1 ตัวแปร ได้แก่ พฤติกรรมเนือยนิ่ง (SED)

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

ตอนที่ 2 ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง: การตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์โมเดลการวัด

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง: การประมาณค่าอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อม และผลการทดสอบสมมติฐาน

สัญลักษณ์ที่ใช้แทนค่าสถิติ

N	หมายถึง	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
M	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (mean)
SD	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)
MAX	หมายถึง	ค่าสูงสุด (maximum)
MIN	หมายถึง	ค่าต่ำสุด (minimum)
SK	หมายถึง	ค่าความเบ้ (skewness)
KU	หมายถึง	ค่าความโด่ง (kurtosis)
χ^2	หมายถึง	ค่าไค-สแควร์ (Chi-square)
b	หมายถึง	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading)
r	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product–moment correlation coefficient)
R^2	หมายถึง	ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย
df	หมายถึง	องศาความเป็นอิสระ (degree of freedom)
p	หมายถึง	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ
TE	หมายถึง	อิทธิพลรวม (Total Effect)
DE	หมายถึง	อิทธิพลทางตรง (Direct Effect)
IE	หมายถึง	อิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect)
GFI	หมายถึง	ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of Fit Index)

AGFI หมายถึง ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index)

RMSEA หมายถึง ดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนเหลือมาตรฐาน (Root Mean Square Error of Approximation)

CFI หมายถึง Comparative Fit Index

TLI หมายถึง Tucker-Lewis Coefficient

สัญลักษณ์ที่ใช้แทนตัวแปร

SWB หมายถึง สุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ

PSY หมายถึง ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความคิด อารมณ์และสังคม

PA หมายถึง การมีกิจกรรมทางกาย

SD หมายถึง พฤติกรรมเนือยนิ่ง

MF หมายถึง สติ

MLQ หมายถึง ความหมายในชีวิต

COM หมายถึง ความเมตตากรุณาต่อผู้อื่น

ISSUF หมายถึง ความเข้าใจในความทุกข์

ISIMP หมายถึง ความเข้าใจในความเปลี่ยนแปลง

ISNON หมายถึง ความเข้าใจไม่ยึดมั่นในตัวตน

HOPE หมายถึง ความหวัง

SOC หมายถึง การเชื่อมโยงทางสังคม

SRN หมายถึง ความสงบภายในจิตใจ

HENUT หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมสุขภาพทางโภชนาการ

HEEXC หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมสุขภาพทางการออกกำลังกาย

HEALC หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมสุขภาพทางการต้านทานการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

PAW หมายถึง การมีกิจกรรมทางกายในการทำงาน

PAC หมายถึง การมีกิจกรรมทางกายในการเดินทาง

PAL หมายถึง การมีกิจกรรมทางกายในการพักผ่อนหย่อนใจ

SED หมายถึง พฤติกรรมเนือยนิ่ง

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวัด และพบว่ามาตรวัดทั้งหมดที่ใช้มีคุณสมบัติทางจิตมิติที่ดี ตลอดจนโครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างชาวไทยอายุ 18 - 64 ปี จำนวน 473 คน โดยมีค่าเฉลี่ยอายุที่ 34.99 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐานที่ 13.46 การเลือกกลุ่มตัวอย่างทำโดยการกำหนดอันตรภาคชั้น โดยแบ่งเป็น 3 ช่วงอายุ คือ ช่วงอายุ 18 - 25 ปี ช่วงอายุ 26 - 45 ปี และช่วงอายุ 46 - 64 ปี ซึ่งจัดเป็นวัยรุ่นตอนปลาย วัยผู้ใหญ่ตอนต้น และวัยผู้ใหญ่ตอนกลางถึงวัยชรา การเก็บข้อมูลครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 37 และเพศหญิงร้อยละ 63 กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในแต่ละช่วงอายุมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ และอายุ แสดงดังตารางที่ 1 ส่วนค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนมาตรวัดต่าง ๆ แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 *จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัย จำแนกตามเพศ และช่วงอายุ*

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	173	36.6
หญิง	298	63.0
ไม่ระบุ	2	0.4
2. อายุ (ปี)		
18 - 25	160	34.0
26 – 45	174	37.1
46 – 64	136	28.9
ไม่ระบุ	3	0.6

ตารางที่ 2 *ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนมาตรวัดและองค์ประกอบของมาตรวัดของกลุ่มตัวอย่าง (N = 473)*

ตัวแปร	*MIN*	*MAX*	*M*	*SD*	*SK*	*KU*
MF	20.00	56.00	40.74	6.41	-0.16	0.05
MLQ	5.00	35.00	25.98	5.67	-0.71	0.50
COM	62.00	118.00	92.02	11.50	-0.09	-0.45
ISSUF	6.00	65.00	45.06	10.10	-0.61	0.61
ISIMP	29.00	84.00	53.67	9.48	0.26	0.25
ISNON	22.00	68.00	45.47	7.76	0.19	-0.20
HOPE	7.00	30.00	20.77	3.99	-0.45	0.42
SOC	8.00	40.00	31.09	7.26	-0.84	0.17
SRN	35.00	110.00	78.79	12.94	-0.32	0.37
HENUT	5.00	25.00	17.42	4.19	-0.53	0.59
HEEXC	5.00	25.00	15.07	4.99	-0.14	-0.47
HEALC	4.00	15.00	13.37	4.23	-1.63	2.18
PAW	2.00	10.00	4.84	2.01	0.53	-0.17
PAC	2.00	10.00	4.90	1.68	0.81	0.86
PAL	2.00	10.00	4.44	2.07	0.71	-0.04
SED	31.00	8040.00	1098.28	600.08	3.83	37.86

ตอนที่ 2 ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง

การวิเคราะห์โมเดลเชิงสาเหตุ มีข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับความสัมพันธ์ระหว่างชุดตัวแปรว่า ตัวแปรทุกตัวจะต้องมีการแจกแจงร่วมกัน (Joint distribution) ระหว่างตัวแปรเป็นแบบปกติ (Multivariate normal distribution) นั้น โดยผู้วิจัยตรวจสอบจากความโด่งพหุ (multivariate kurtosis) จากค่า Mardia's Coefficient พบว่ามีค่าอยู่ที่ 13.167 ซึ่งมากกว่า 1.96 ซึ่งเป็นค่าวิกฤติที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 จึงสรุปว่าข้อมูลชุดนี้มีการแจกแจงของตัวแปรพหุนามแบบไม่ปกติ ถือเป็นการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์โมเดล

เชิงสาเหตุ ผลการวิเคราะห์โมเดลและการประมาณค่าได้พารามิเตอร์ด้วยวิธีการปกติคือ การประมาณค่าพารามิเตอร์วิธีความเป็นไปได้สูงสุด (Maximum Likelihood) จะให้ผลการวิเคราะห์ที่ไม่แม่นยำและไม่น่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการประมาณค่าแบบกำลังสองน้อยที่สุดทั่วไป (Generalized Least Square) ที่ไม่มีอคติต่อข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

สำหรับผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลเพื่อตรวจสอบภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (multicollinearity) โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ของตัวแปรแฝงในโมเดลจำนวน 120 คู่ พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง -.09 ถึง .69 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 82 คู่ โดยไม่มีคู่ใดที่มีขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ที่มีค่าสูงกว่า .90 ผู้วิจัยนำตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยถือว่าตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวไม่ฝ่าฝืนข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ เรื่องภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (multicollinearity) เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 20 ตัวแปร ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรสังเกตได้ แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 *เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรสังเกตได้จำนวน 8 ตัวแปร ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (n = 473)*

	MF	MLQ	COM	ISSUF	ISIMP	ISNON	HOPE	SOC	SRN	HENUT	HEEXC	HEALC	PAW	PAC	PAL	SED
MF	1.00															
MLQ	.27**	1.00														
COM	.30**	.09*	1.00													
ISSUF	.50**	.16**	.28**	1.00												
ISIMP	.54**	.31**	.29**	.58**	1.00											
ISNON	.39**	.20**	.42**	.39**	.69**	1.00										
HOPE	.49**	.31**	.29**	.38**	.39**	.32**	1.00									
SOC	.29**	.16**	.40**	.05	.24**	.36**	.29**	1.00								
SRN	.66**	.26**	.32**	.57**	.59**	.47**	.61**	.34**	1.00							
HENUT	.38**	.16**	.17**	.33**	.29**	.20**	.38**	.11*	.42**	1.00						
HEEXC	.27**	.19**	.05	.20**	.29**	.23**	.25**	.12**	.32**	.48**	1.00					
HEALC	.13**	.01	.12**	.20**	.10*	.13**	.14**	.02	.14**	.16**	.07	1.00				
PAW	.09*	.10*	-.06	.05	-.04	-.05	.06	.03	.12**	.08	.16**	-.01	1.00			
PAC	.05	.06	-.01	.12**	.05	.07	.09	.03	.12**	.13**	.20**	.01	.39**	1.00		
PAL	.13**	.08	.03	.08	.03	.00	.16**	.08	.15**	.25**	.35**	.02	.54**	.37**	1.00	
SED	-.11*	-.02	-.02	.00	-.04	-.05	-.07	-.03	-.11*	-.13**	-.12**	-.09*	-.08	-.02	-.02	1.00

** p < .05; **p < .01.*

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง: การตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์

กระบวนการวิเคราะห์ใช้การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (structural equation model) โดยใช้เมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม และใช้การประมาณค่าพารามิเตอร์ด้วยวิธีกำลังสองน้อยที่สุดทั่วไป (Generalized Least Square) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างโมเดลสมมติฐาน กับข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ประเมินความสอดคล้องของโมเดลด้วยดัชนีค่าความสอดคล้อง (fit indices) ต่าง ๆ จากนั้นผู้วิจัยปรับโมเดลสมมติฐานโดยการผ่อนคลายข้อตกลงเบื้องต้น ให้เทอมความคลาดเคลื่อนของการวัด (error term) มีความสัมพันธ์กันได้ จนได้โมเดลสมมติฐานที่มีความสอดคล้องกับข้อมูลจนผ่านเกณฑ์ดัชนีต่าง ๆ ดังกล่าว

ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า โมเดลสมมติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ โดยมีค่าไคสแควร์ (chi-square) เท่ากับ 360.660 ที่องศาอิสระ (degree of freedom) เท่ากับ 102 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .000 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ .904 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ .873 ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของเศษเหลือมาตรฐาน (RMSEA) เท่ากับ .073 ผู้วิจัยจึงได้ปรับแก้โมเดลเฉพาะส่วนที่เป็นการผ่อนคลายข้อตกลงเบื้องต้น จำนวน 12 ครั้ง เพื่อให้ได้โมเดลที่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีขึ้น และมีโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรแฝงและตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวคงเดิม โมเดลที่ปรับแก้แล้วมีค่าไคสแควร์ (chi-square) เท่ากับ 126.368 ที่องศาอิสระ (degree of freedom) เท่ากับ 90 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .007 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ .967 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ .949 ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของเศษเหลือมาตรฐาน (RMSEA) เท่ากับ .029 อนึ่ง เนื่องจากการวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนมาก การใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติของค่าไคสแควร์เพื่อประเมินความสอดคล้องของโมเดล จะให้ความน่าเชื่อถือในการประเมินความสอดคล้องของโมเดลลดลง ผู้วิจัย

จึงงดการใช้ค่าดังกล่าว ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ว่า โมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ และดัชนีชี้วัดสุขภาพ โดยมีปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความคิด อารมณ์และสังคม เป็นตัวแปรส่งผ่านที่ปรับแก้แล้วมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่าสถิติในการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลแสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 *ค่าดัชนีความสอดคล้องในโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ และดัชนีชี้วัดสุขภาพ โดยมีปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความคิด อารมณ์และสังคม เป็นตัวแปรส่งผ่าน*

ดัชนี	ค่าดัชนี	เกณฑ์	ผลสรุปของดัชนี
χ^2 ที่ *df* = 90	126.368, *p* = .007	>.05	ไม่ใช้
χ^2/df	1.404	<3.00	สอดคล้อง
GFI	.967	<.90	สอดคล้อง
AGFI	.949	<.90	สอดคล้อง
RMSEA	.029	<.08	สอดคล้อง
TLI	.913	<.90	สอดคล้อง
CFI	.935	<.90	สอดคล้อง

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์โมเดลการวัด

ผลการวิเคราะห์โมเดลการวัด (measurement model) ตัวแปรแฝงในโมเดลเชิงสาเหตุจำนวน 4 ตัวแปร พบว่าค่าน้ำหนักขององค์ประกอบ (factor loading) ของตัวแปรสังเกตได้ทุกตัวมีค่าเป็นบวกทั้งหมด น้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ของแต่ละตัวแปรแฝงมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

โมเดลการวัดการมีกิจกรรมทางกาย พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้การมีกิจกรรมทางกายในการทำงาน (PAQ) การมีกิจกรรมทางกายในการเดินทาง (PAC) และการมีกิจกรรมทางกายในการพักผ่อนหย่อนใจ (PAL) มีค่าเท่ากับ .736 .484 และ .693 ตามลำดับ โดยค่าน้ำหนักองค์ประกอบทั้งสามค่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

โมเดลการวัดพฤติกรรมเนือยนิ่ง พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้พฤติกรรมเนือยนิ่ง (SED) มีค่าเท่ากับ .720 โดยค่าน้ำหนักองค์ประกอบมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

โมเดลการวัดปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความคิด อารมณ์และสังคม พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ความหวัง (HOPE) การเชื่อมโยงทางสังคม (SOC) ความสงบภายในจิตใจ (SRN) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมสุขภาพทางโภชนาการ (HENUT) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมสุขภาพทางการออกกำลังกาย (HEEXC) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมสุขภาพทางทางการต้านทานการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (HEALC) มีค่าเท่ากับ .679 .373 .906 .495 .378 และ .177 ตามลำดับ โดยค่าน้ำหนักองค์ประกอบทั้งสามค่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

โมเดลการวัดสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้สติ (MF) ความหมายในชีวิต (MLQ) ความเมตตากรุณาต่อผู้อื่น (COM) ความเข้าใจในความทุกข์ (ISSUF) ความเข้าใจในความเปลี่ยนแปลง (ISIMP) และความเข้าใจไม่ยึดมั่นในตัวตน (ISNON) มีค่าเท่ากับ .785 .327 .392 .682 .714 และ .557 ตามลำดับ โดยค่าน้ำหนักองค์ประกอบทั้งสามค่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รายละเอียดและค่าสถิติผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบโมเดลการวัดแสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 *ค่าน้ำหนักองค์ประกอบตัวแปรสังเกตได้ในโมเดลการวัดตัวแปรแฝงของโมเดลเชิงสาเหตุ*

ตัวแปร	**ตัวบ่งชี้**	**ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ**	**(SE_b)**	***T***	***R^2***
การมีกิจกรรมทางกาย (PA)	(PAW)	.736	<-->	<-->	.542
	(PAC)	.484	.075	7.545***	.234
	(PAL)	.693	.127	7.830***	.480
พฤติกรรมเนือยนิ่ง (SD)	(SED)	.720	<-->	<-->	.037
ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความคิด อารมณ์และสังคม (PSY)	(HOPE)	.679	<-->	<-->	.461
	(SOC)	.373	.134	7.527***	.139
	(SRN)	.906	.283	15.587***	.821
	(HENUT)	.495	.757	9.863***	.245
	(HEEXC)	.378	.673	7.259***	.143
	(HEALC)	.177	.155	3.464***	.031
สุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ (SWB)	(MF)	.785	.110	10.954***	.616
	(MLQ)	.327	.072	6.065***	.107
	(COM)	.392	.133	7.960***	.154
	(ISSUF)	.682	.153	10.468***	.465
	(ISIMP)	.714	.109	14.415***	.509
	(ISNON)	.557	<-->	<-->	.311

หมายเหตุ. <--> = ไม่รายงานค่า *SE* และ *t* เนื่องจากเป็นพารามิเตอร์บังคับ (constrained parameters)

*** $p < .001$

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง: การประมาณค่าอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อม และผลการทดสอบสมมติฐาน

ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมระหว่างตัวแปรแฝงในโมเดลเชิงสาเหตุ พบว่า ตัวแปรที่เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุของการมีกิจกรรมทางกาย อันได้แก่ สุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ และปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความคิด อารมณ์และสังคม ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนในการมีกิจกรรมทางกายได้ร้อยละ 5 โดยตัวแปรปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความคิด อารมณ์และสังคม มีอิทธิพลทางตรงขนาด .225 ส่วนตัวแปรสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ มีอิทธิพลทางอ้อม โดยมีปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความคิด อารมณ์และสังคมเป็นตัวแปรส่งผ่าน ขนาด .209

ตัวแปรที่เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมเนือยนิ่ง อันได้แก่ สุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ และปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความคิด อารมณ์และสังคม ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนในการมีกิจกรรมทางกายได้ ร้อยละ 4 โดยตัวแปรปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความคิด อารมณ์และสังคม มีอิทธิพลทางตรงขนาด -.193 ส่วนตัวแปรสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ มีอิทธิพลทางอ้อม โดยมีปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความคิด อารมณ์และสังคมเป็นตัวแปรส่งผ่าน ขนาด -.180

สุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ มีอิทธิพลต่อปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความคิด อารมณ์และสังคมเท่ากับ .932 สามารถอธิบายความแปรปรวนในปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความคิด อารมณ์และสังคมได้ร้อยละ 86.9 ค่าสถิติในการทดสอบสมมติฐานการวิจัยแสดงดังตารางที่ 6 และตารางที่ 7

ตารางที่ 6 *ค่าประมาณพารามิเตอร์ ค่าสถิติในการทดสอบโมเดลเชิงสาเหตุ*

พารามิเตอร์	**ค่าประมาณพารามิเตอร์**	**SE**	***t***
SWB ⟶ PSY	.595	.062	9.626***
PSY ⟶ PA	.117	.033	3.526***
PSY ⟶ SD	-30.295	11.129	-2.722**

เมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝง

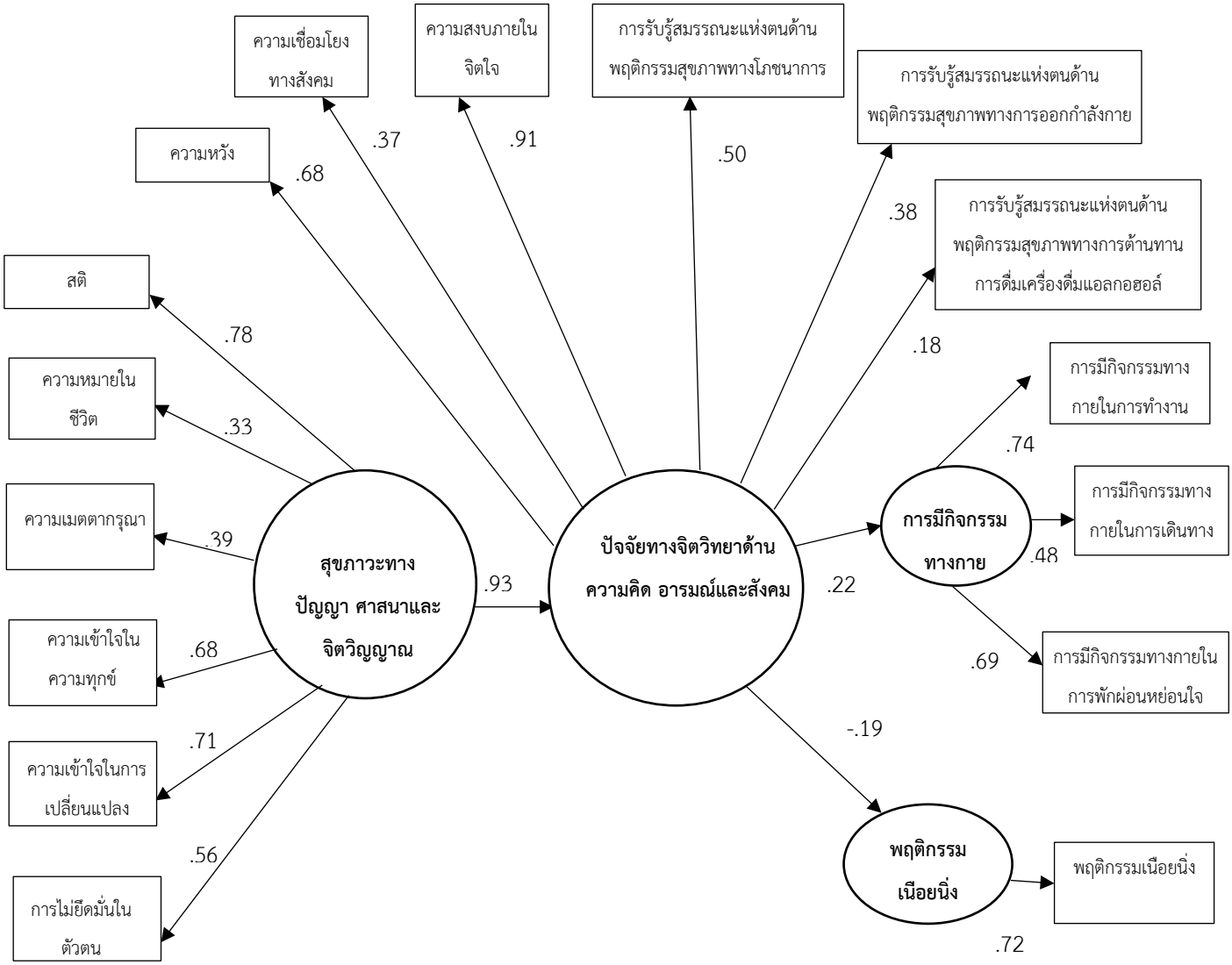
	PA	SD	PSY	SWB
การมีกิจกรรมทางกาย (PA)	1			
พฤติกรรมเนือยนิ่ง (SD)	-.043	1		
ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความคิด อารมณ์และสังคม (PSY)	.225	-.193	1	
สุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ (SWB)	.209	-.180	.932	1
Chi-square = 126.368, *df* = 90, *p* = .007, GFI = .967, AGFI = .949, RMSEA = .029				
** *p* < .01. *** *p* < .001.				

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม ผลรวมอิทธิพล และผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องของโมเดลเชิงสาเหตุ

ตัวแปรสาเหตุ / **ตัวแปรผล**		SWB	PSY	R^2
PSY	TE	.932	-	.869
	IE	-	-	
	DE	.932	-	
PA	TE	.209	.225	.050
	IE	.209	-	
	DE	-	.225	
SD	TE	-.180	-.193	.037
	IE	-.180	-	
	DE	-	-.193	
Chi-square = 126.368, *df* = 90, *p* = .007, GFI = .967, AGFI = .949, RMSEA = .029				
TE = Total Effect, IE = Indirect Effect, DE = Direct Effect				

ผลของการทดสอบโมเดลเชิงสาเหตุการมีกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมเนือยนิ่ง กับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยกลุ่มตัวอย่างชาวไทยอายุ 18-64 ปี สนับสนุนว่า ตัวแปรสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ อันได้แก่ สติ ความหมายในชีวิต ความเมตตากรุณาต่อผู้อื่น ความเข้าใจในความทุกข์ ความเข้าใจในความเปลี่ยนแปลง และความเข้าใจไม่ยึดมั่นในตัวตน และตัวแปรปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความคิด อารมณ์และสังคมอันได้แก่ ความหวัง ความเชื่อมโยงทางสังคม ความสงบภายในจิตใจ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมสุขภาพทางโภชนาการ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมสุขภาพทางการออกกำลังกาย และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมสุขภาพทางทางการต้านทานการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลต่อการมีกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมเนือยนิ่ง ในกลุ่มตัวอย่างชาวไทย นอกจากนี้ ขนาดอิทธิพลที่ปรากฏในโมเดลเชิงสาเหตุทำให้เห็นว่า ตัวแปรทางด้านสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ และตัวแปรปัจจัย

ทางจิตวิทยาด้านความคิด อารมณ์และสังคม มีอิทธิพลโดยรวมต่อการมีกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมเนือยนิ่ง ใกล้เคียงกัน โมเดลเชิงสาเหตุและขนาดอิทธิพลของตัวแปรแฝงต่าง ๆ แสดงดังภาพที่ 1



Chi-square = 126.368, *df* = 90, *p* = .007, GFI = .967, AGFI = .949, RMSEA = .029

ภาพที่ 1 โมเดลเชิงสาเหตุการมีกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมเนือยนิ่ง ในกลุ่มตัวอย่างชาวไทย

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าโมเดลสมมุติฐานเชิงสาเหตุที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะทางปัญญาด้านศาสนา และจิตวิญญาณกับพฤติกรรมสุขภาพโดยมีปัจจัยทางจิตวิทยาเป็นตัวแปรส่งผ่าน มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ในการอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอนำเสนอการอภิปรายผลออกเป็น 3 ส่วน โดยส่วนแรกได้แก่ การอภิปรายผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางปัญญา ศาสนา และจิตวิญญาณ ส่วนที่สองคือบทบาทที่สุขภาวะสุขภาวะทางปัญญา ศาสนา และจิตวิญญาณที่มีต่อการทำนายปัจจัยทางจิตวิทยา และส่วนที่สามคือบทบาทที่ปัจจัยทางจิตวิทยามีต่อการทำนายพฤติกรรมสุขภาพ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

สุขภาวะทางปัญญา ศาสนา และจิตวิญญาณ

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงถึงการนิยามสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณในบริบทสังคมไทย โดยผู้วิจัยกำหนดคำนิยามจากการทบทวนคำจำกัดความสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณในต่างประเทศ ที่สะท้อนถึงการบรรลุความหมายของการดำรงอยู่ของชีวิต (Fry, 2000; Steger, 2013) รวมถึงสภาวะการเป็นอันหนึ่งอันเดียว และรู้สึกเชื่อมโยงตนเอง กับ ผู้อื่นและพลังอำนาจเหนือธรรมชาติอย่างกลมกลืน (Gomez, 2003; Lin และ Bauer-Wu, 2003) ผสมผสานกับแนวคิดสติ และการเข้าใจในไตรลักษณ์ ซึ่งเป็นแนวคิดที่สำคัญในสังคมไทย

ผลการวิจัยพบว่าสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณในบริบทสังคมไทย อันผลสะท้อนมาจากสติ ความเข้าใจในไตรลักษณ์ (ความเข้าในด้านความทุกข์ ความเข้าใจด้านการเปลี่ยนแปลง และความเข้าใจด้านการไม่ยึดมั่นในตัวตน) ความหมายในชีวิต และความเมตตากรุณาผู้อื่น สามารถเชื่อมโยงได้กับโมเดลสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ 4 ด้าน ได้แก่

1) องค์ประกอบภายในตน (The personal component) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงภาวะที่บุคคลตระหนักถึงคุณค่าภายในตนเอง เห็นความสำคัญของการมีอยู่ของตนเอง รู้สึกว่าชีวิตของตนมีความหมาย

2) องค์ประกอบด้านสังคม (The communal component) สะท้อนให้เห็นถึงการตระหนักในคุณค่าและความหมายของบุคคลอื่น

3) องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (The environmental component) อันสะท้อนให้เห็นถึงการตระหนักในคุณค่าและความหมายของสิ่งแวดล้อมหรือธรรมชาติ และ

4) องค์ประกอบที่สี่ด้านอำนาจเหนือมนุษย์ (The transcendental component) อันสะท้อนให้เห็นถึงการตระหนักในคุณค่าความหมายของสิ่งที่อยู่นอกเหนืออำนาจของมนุษย์ (Gomez & Fisher, 2003)

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าในบริบทของสังคมไทย สุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณที่สะท้อนผ่านสติ ความเข้าใจในไตรลักษณ์ การมีความหมายในชีวิต และความเมตตากรุณาต่อผู้อื่นสามารถเชื่อมโยงกับโมเดลสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณที่นำเสนอโดย Gomez & Fisher (2003)ได้ ดังนี้

ในส่วนของสติ จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในพระพุทธศาสนา และสติตามแนวคิดจิตวิทยาตะวันตก มีลักษณะร่วมคือ สติสะท้อนถึงการตระหนักรู้ต่อประสบการณ์ การไม่หลงลืมหรือการจดจำได้ของบุคคล (พระพรหมคุณาภรณ์, 2555) ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันขณะ (Davis & Hayes, 2011) Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht, และ Schmidt (2006) อันเป็นผลจากกลไกสามประการคือการมีเจตนามุ่งมั่น (Intention) ความใส่ใจ (Attention) หรือการมีสมาธิ และการมีเจตคติ (Attitude) ในการเปิดใจพร้อมยอมรับประสบการณ์นั้น

จากลักษณะดังกล่าวของสติ อาจสะท้อนได้ว่า สติเอื้อให้บุคคลได้เกิดความกระจ่างชัดในตน เองอันเป็นองค์ประกอบภายในตน (The personal component) การตระหนักถึงความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างตนเองกับผู้อื่น อันเป็นองค์ประกอบด้านสังคม (The communal component) การตระหนักถึงความสัมพันธ์เชื่อมโยงทางกายภาพระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อม ธรรมชาติและอำนาจเหนือตนอย่างเป็น

เอกภาพ อันนับเป็นองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (The environmental component) และองค์ประกอบด้านสิ่งที่มีอำนาจเหนือมนุษย์ (The transcendental component) ตามองค์ประกอบของสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณทั้งสี่ด้านของโมเดลสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณที่นำเสนอโดย Gomez & Fisher (2003)

ในส่วนของความเข้าใจในไตรลักษณ์ หรือความเข้าใจในกฎธรรมชาติ อันประกอบไปด้วยความเข้าใจในความทุกข์ ความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลง และความเข้าใจไม่ยึดมั่นในตัวตนนั้น จากการทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวข้อง พบว่าความเข้าใจในไตรลักษณ์เอื้อให้บุคคลตระหนักถึงความสัมพันธ์ของตนกับกฎของธรรมชาติซึ่งมีอำนาจเหนือตน (The transcendental component)

ในส่วนของการมีความหมายในชีวิตหรือการรับรู้ของบุคคลถึงเป้าหมายที่ทำให้ตนเองดำรงชีวิตอยู่ อันก่อให้เกิดความพยายาม มีความมุ่งมั่นตั้งใจเพื่อให้ตนเองได้บรรลุในสิ่งที่เป็นเป้าหมาย แม้จะต้องรับมือกับความเหนื่อยยากในการก้าวไปยังเป้าหมาย โดยความหมายในชีวิตจะสอดคล้องกับสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ ในการช่วยให้บุคคลมีความชัดเจนในการดำรงอยู่ของตน การมีคุณค่า และเป้าหมายในชีวิตของตนเอง อันเป็นองค์ประกอบภายในตน (The personal component) นอกจากนั้น ความหมายในชีวิตเพื่อผู้อื่นน่าจะช่วยให้บุคคลก้าวผ่านขอบเขตตัวตนของตนเอง และเกิดความรู้สึกเชื่อมโยงกับผู้อื่น อันเป็นองค์ประกอบด้านสังคม (The communal component) ของสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ

ท้ายที่สุด ความเมตตากรุณาต่อผู้อื่นในงานวิจัยนี้ สะท้อนถึงการรับรู้ประสบการณ์ทางลบที่เกิดขึ้นกับผู้อื่น โดยบุคคลไม่ได้หลีกเลี่ยง บิดเบือน หรือปฏิเสธประสบการณ์นั้น หากแต่บุคคล เกิดความปรารถนาที่จะบรรเทาความทุกข์ และช่วยเหลือเยียวยาผู้อื่นด้วยความเมตตา และไม่ตัดสินตีความ โดยบุคคลมองว่าประสบการณ์เหล่านั้นเป็นประสบการณ์ส่วนหนึ่งในความเป็นมนุษย์ (Pommier, 2011) ซึ่งลักษณะดังกล่าวมีความสอดคล้องกับสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณในการช่วยให้บุคคลเกิดความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างตนเองกับผู้อื่น ก่อให้เกิดการพัฒนาความผูกพันลึกซึ้ง อันเป็นองค์ประกอบด้านสังคม (The communal component) และสะท้อนถึงองค์ประกอบของสุขภาวะทางปัญญา ศาสนา และจิตวิญญาณด้าน

สิ่งแวดล้อม (The environmental component) เนื่องด้วยประสบการณ์ความทุกข์ของผู้อื่นนั้นเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์ร่วมกัน

บทบาทที่สุขภาวะทางปัญญาด้านศาสนา และจิตวิญญาณ ในการทำนายปัจจัยทางจิตวิทยา

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงว่าสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยทางจิตวิทยาซึ่งครอบคลุมด้านต่างๆ ได้แก่ด้านความคิด ได้แก่ ความหวัง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านอารมณ์ ซึ่งในงานวิจัยนี้หมายถึงความสงบภายในจิตใจ และปัจจัยทางจิตวิทยาด้านสังคม ซึ่งในที่นี้คือความเชื่อมโยงทางสังคม

ผลการวิจัยพบอิทธิพลทางบวกที่สุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณมีต่อปัจจัยทางจิตวิทยา กล่าวคือ การมีสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณสูงขึ้นเพียงใด ก็ยิ่งมีแนวโน้มที่จะมีปัจจัยทางจิตวิทยาที่ระบุในข้างต้น อันเป็นคุณลักษณะทางบวกเพิ่มขึ้นเพียงนั้น ในทางกลับกัน หากบุคคลมีสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณลดลงเพียงใด ก็ยิ่งมีแนวโน้มที่จะมีปัจจัยทางจิตวิทยาในข้างต้นลดลงตามไปด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถอภิปรายผลดังกล่าวได้ว่า สุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ ด้านองค์ประกอบภายในตน (The personal component) อาทิ เช่น สติ และความหมายในชีวิต ซึ่งสะท้อนถึงการที่บุคคลตระหนักถึงคุณค่าภายในตนเอง ซึ่งน่าช่วยให้บุคคลตระหนักถึงสมรรถนะแห่งตนในด้านต่าง ๆ อาทิ เช่น สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ (Health Self-efficacy) นอกจากนี้การตระหนักถึงคุณค่าภายในตนนี้ ยังมีส่วนช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าชีวิตของตนมีคุณค่า มีความหมาย ช่วยให้บุคคลมีเป้าหมายในการดำรงชีวิต ก่อให้เกิดความหวัง (Hope) หรือการรับรู้อำนาจแห่งตน เพื่อไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ (Synder, 2002) ดังนั้นกล่าวโดยสรุป สุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ จึงมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความคิด ได้แก่ สมรรถนะแห่งตนการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ และความหวัง

สำหรับปัจจัยทางจิตวิทยาด้านอารมณ์ ซึ่งในงานวิจัยนี้หมายถึง ความสงบภายในจิตใจ ซึ่งผลการวิจัยนี้พบว่า ความสงบภายในจิตใจ นั้นมีแนวโน้มที่จะได้รับอิทธิพลทางบวกทั้งจากสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ ทั้งจากองค์ประกอบภายในตน (The personal component) และองค์ประกอบด้านอำนาจเหนือมนุษย์ (The transcendental component) ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า

เมื่อบุคคลมีสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ ด้วยการมีสติ ตระหนักถึงคุณค่าภายในตน และรับรู้ว่าอะไรคือความหมายในชีวิต บุคคลไม่จำเป็นต้องดิ้นรนแสวงหาคุณค่าและความหมายในชีวิตของตน กอปรกับเมื่อบุคคลยอมรับ เคารพ และไม่ขัดแย้งกับอำนาจที่ยิ่งใหญ่บางประการที่นอกเหนือความเข้าใจของบุคคล ลักษณะดังกล่าวเอื้อให้บุคคลเกิดมีประสบการณ์การยอมรับและไม่ควบคุมสิ่งต่าง ๆ รอบ ๆ ตัวเกิดเป็นการยอมรับตนเองและประสบการณ์ (Acceptance) ต่าง ๆ และเป็นอารมณ์สุขสงบภายในใจ (Inner haven) และมีความเชื่อมั่นในตนเอง สิ่งแวดล้อมและอำนาจนอกเหนือตน (Trust) (Kreitzer et al., 2009)

สำหรับปัจจัยทางจิตวิทยาด้านสังคมซึ่งในงานวิจัยนี้หมายถึงความเชื่อมโยงทางสังคม ซึ่งผลการวิจัยนี้พบว่า ความเชื่อมโยงทางสังคม นั้นมีแนวโน้มที่จะได้รับอิทธิพลทางบวกทั้งจากสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ จากองค์ประกอบภายในตน (The personal component)และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (The environmental component) ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า

เมื่อบุคคลมีสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ ด้วยการมีสติ ตระหนักถึงคุณค่าภายในตนเอง และรับรู้ว่าอะไรคือความหมายในชีวิต รวมทั้งมีสติและตระหนักถึงความสำคัญและความหมายของสิ่งแวดล้อมหรือธรรมชาติรอบตัว บุคคลจะรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่าสมควรได้รับความรักและการยอมรับจากผู้อื่น อีกทั้งยังรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสิ่งแวดล้อม (Cobb, 1976) การรับรู้ดังกล่าวเอื้อให้บุคคลรับรู้ว่าตนสามารถเป็นผู้ให้และรับการสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางอารมณ์และการสนับสนุนทางจิตใจ (emotional and psychological support) การสนับสนุนด้านทรัพยากรสิ่งของหรือการกระทำได้ ดังนั้นเมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเป็นได้ทั้งผู้รับและผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ บุคคลจะเกิดความรู้สึกเชื่อมโยงทางสังคมทั้งในฐานะผู้ให้และผู้รับได้

บทบาทของปัจจัยทางจิตวิทยาในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพ

การอภิปรายผลการศึกษาในส่วนนี้จะมุ่งอภิปรายบทบาทของปัจจัยทางจิตวิทยามีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ สามารถจำแนกปัจจัยทางจิตวิทยาได้เป็นสามด้าน ได้แก่ ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความคิด ในงานวิจัยนี้หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ และความหวัง ปัจจัยด้านอารมณ์ ได้แก่ความสงบภายในจิตใจ และปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ความเชื่อมโยงทางสังคม โดยความสัมพันธ์ที่ปัจจัยทางจิตวิทยาต่าง ๆ มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ มีดังนี้

ในการศึกษาครั้งนี้ พฤติกรรมสุขภาพนั้น หมายถึงพฤติกรรมลดความเสี่ยงในการเจ็บป่วยของบุคคล ซึ่งในที่นี้ หมายถึงพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย (physical activities) อันเกิดจากการเคลื่อนไหว ออกแรงหรือใช้พละกำลังของร่างกาย ในชีวิตประจำวัน อาทิ เช่น ขณะทำงาน เดินทางหรือกิจกรรมนันทนาการ นอกจากนี้พฤติกรรมสุขภาพในงานวิจัยนี้ ยังรวมถึงพฤติกรรมเนือยนิ่ง คือการมีการเคลื่อนไหวที่จำกัด หรือขาดการมีพฤติกรรมทางกายอย่างเหมาะสม

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบความสัมพันธ์ที่ปัจจัยทางจิตวิทยามีต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้ กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ มีความหวัง มีความสงบในจิตใจ และการรับรู้ความเชื่อมโยงของตนเองกับบุคคลผู้อื่นในสังคม บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมกิจกรรมการทางกายที่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น (physical activities) หากแต่จะมี พฤติกรรมเนื่อยนิ่ง (sedentary behavior) ลดลง

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนความสัมพันธ์ที่การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีกับพฤติกรรมสุขภาพ ที่สอดคล้องกับแนวคิด Social-Cognition ของ Bandura (1997) ที่ว่า เมื่อบุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนหรือการรับรู้ของบุคคลว่าตนมีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมหนึ่งๆ บุคคลก็จะมีความเพียรพยายามในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ แม้เมื่อจะประสบอุปสรรคต่าง ๆ ก็ตาม (Bandura, 1986 อ้างถึงใน Maddux, 1995) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นจะเกิดขึ้นจากองค์ประกอบ 3 มิติ ได้แก่ การที่บุคคลรับรู้ระดับความยากง่ายของกิจกรรมที่ทำ (Magnitude) ว่ามีตนมีพร้อมในการทำพฤติกรรมนั้นๆ มากน้อยเพียงใด อีกทั้งการมีความ

แข็งแกร่งหนักแน่นในการรับรู้ในตนเองว่ามีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมที่ตั้งเป้าหมายไว้ได้อย่างแน่นอน อันส่งผลทางบวกต่อความเพียรพยายามของบุคคลเมื่อประสบอุปสรรคต่าง ๆ (Bandura, 1986 อ้างถึงใน Maddux, 1995) และองค์ประกอบสุดท้ายการแผ่ขยายการรับรู้สรรถนะแห่งตน (Generality) ไปยังพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ ซึ่งการแผ่ขยายการรับรู้สรรถนะแห่งตนนั้นเกิดจากการที่บุคคลมีประสบการณ์ความสำเร็จหรือความล้มเหลวก่อนหน้านี้ ซึ่งหากบุคคลมีประสบความสำเร็จสม่ำเสมอ บุคคลก็จะเกิดการรับรู้สรรถนะแห่งตนมากขึ้น

ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของ McAuley และ Blissmer (2000) ที่รายงานถึงความสัมพันธ์ทางบวกของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการมีพฤติกรรมทางกายอย่างเหมาะสม รวมทั้งการครอบคลุมถึงทั้งการเลือกกระทำและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมทางกายที่เหมาะสม อาทิ เช่น การมีกิจกรรมแบบแอโรบิค (Aerobic) เป็นต้น สำหรับปัจจัยทางจิตวิทยา ด้านความคิด ในส่วนของหวังนั้น พบ ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ กล่าวคือ ความหวัง เป็นกระบวนการทางความคิดที่บุคคลมีต่อการมุ่งไปสู่เป้าหมายของตนเอง (Synder, 2002) ซึ่งเกิดจากองค์ประกอบหลักสองประการ ได้แก่ การรับรู้อำนาจแห่งตนในการไปถึงเป้าหมาย หรือความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะนำพาตนเองไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ได้ รวมทั้งการคิด ใคร่ครวญถึงแนวทางเพื่อไปถึงเป้าหมายที่วางไว้ (Pathway Thinking) ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีความพร้อมที่จะประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับผลการวิจัยในต่างประเทศของ Rothberger (2017) พบความสัมพันธ์ระหว่างความหวังมีกับพฤติกรรมนันทนาการทางกายที่เหมาะสม โดยงานวิจัยดังกล่าวเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์ผู้ฝึกวิ่งระยะยาวในช่วงวัยต่างๆ

ในส่วนของปัจจัยทางจิตวิทยา ด้านอารมณ์ ในงานวิจัยนี้หมายถึงความรู้สึกสงบภายในจิตใจ ซึ่งอารมณ์ทางบวก จากความรู้สึกความผ่อนคลาย และสงบ อันเป็นผลจากการยอมรับ ไม่ควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ รวมถึงความรู้สึกเชื่อมั่นในสิ่งต่างๆ รอบตัว (Roberts และ Aspy, 1993) ซึ่งความรู้สึกสงบภายในจิตใจน่าจะสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ แม้ว่างานวิจัยต่างประเทศที่สะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพยังมีจำกัด (Cameron, Bertenshaw, & Sheeran, in press;

Cappellen, Rice, Catalino, Fredrickson, 2018) แต่หากพิจารณาว่าความสงบภายในจิตใจ ซึ่งเป็นหนึ่งในอารมณ์ความรู้สึกทางบวก ซึ่งน่าจะส่วนช่วยสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ (Cappellen, Rice, Catalino, Fredrickson, 2018) นอกจากนั้นยังมีงานวิจัยที่บ่งชี้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสงบภายในจิตใจกับการรับมือสถานการณ์ยากลำบากได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Roberts และ Aspy, 1993) รวมทั้งการมีหลักยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่ช่วยให้บุคคลรับมือกับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่อาจพบเจอเมื่อกระทำพฤติกรรมสุขภาพได้

ในส่วนของปัจจัยทางจิตวิทยา ด้านสังคม อันเป็นประเด็นสุดท้ายในการศึกษาครั้งนี้ คือความเชื่อมโยงทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งอันสอดคล้องกับผลการวิจัยในต่างประเทศ อาทิ ผลการวิจัยของ Rothberger (2017) ที่ทำการศึกษาเชิงคุณภาพถึงปัจจัยเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมนันทนาการทางกายที่เหมาะสม ผ่านสัมภาษณ์ผู้ฝึกวิ่งระยะยาวในช่วงวัยต่างๆ พบว่าความเชื่อมโยงทางสังคมมีความสำคัญในหลายประเด็น โดยการรับรู้ของบุคคลว่าตนเองมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นส่งผลให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองได้รับความรักและการยอมรับจากผู้อื่น เกิดการรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายในสังคม (Cobb, 1976) ช่วยให้บุคคลมีโอกาสรับการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ในการกระทำ หรือคงไว้ในการทำพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งการมีโอกาสได้รับการสนับสนุนทางสังคมเมื่อบุคคลประสบอุปสรรคในการทำตามพฤติกรรมสุขภาพ (De Beurs และคณะ, 2001) อีกทั้งยังช่วยเพิ่มโอกาสในการได้รับการสนับสนุนทางทรัพยากรทั้งด้านสิ่งของ ข้อมูล (informational appraisal support) หรือความช่วยเหลือ (instrumental support) เพื่อให้บุคคลบรรลุถึงเป้าหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ตนต้องการได้

กล่าวโดยสรุป ทั้งสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ (ในงานวิจัยนี้หมายถึงภาวะสติ ความเข้าใจในไตรลักษณ์ด้านความเข้าใจในความทุกข์ ด้านความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลง ความเข้าใจด้านการไม่ยึดมั่นในตัวตน) และปัจจัยทางจิตวิทยา (ในที่นี้หมายถึงความหวัง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ความสงบภายในจิตใจ และความเชื่อมโยงทางสังคม) ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ (ในที่นี้หมายถึงพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมเนื่อยนิ่ง) แต่อย่างไรก็ตามหากพิจารณาผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า สุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณและปัจจัยทางจิตวิทยา ส่งผลต่อพฤติกรรม

ทางกายในอัตราร้อยละ 5 ผลการวิจัยบ่งชี้ได้ชัดว่าพฤติกรรมสุขภาพมีลักษณะที่สลับซับซ้อน ขอบเขตของพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะเป็นต้องเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณและปัจจัยทางจิตวิทยา อาทิ เช่น ปัจจัยทางกายภาพ-ร่างกาย ปัจจัยทางสังคม-มนุษยวิทยา และเทคโนโลยี ซึ่งงานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ในการเป็นจุดเริ่มต้นในการทำความเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพในเชิงลึกซึ่งเป็นประเด็นที่มีความสลับซับซ้อน

การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

ผลการวิจัยที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้สามารถประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพได้ทั้งผ่านการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณโดยตรงและผ่านการพัฒนาปัจจัยทางจิตวิทยาซึ่งเป็นตัวแปรส่งผ่านในความสัมพันธ์ที่สุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณมีกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีแนวทางดังต่อไปนี้

การพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการวิจัยครั้งนี้บ่งชี้ถึงบทบาทที่สุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณมีต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพนั้น สามารถทำได้ผ่านการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ แต่เนื่องจากข้อมูลเกี่ยวกับที่มาของสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณในบริบทสังคมไทยยังมีจำกัด ในการศึกษาครั้งนี้ จึงกำหนดให้สุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณเป็นตัวแปรแฝง ซึ่งศึกษาผ่านผลรวมของตัวแปรสังเกตได้ อันได้แก่ สติ ความเข้าใจในไตรลักษณ์ การมีความหมายในชีวิตและความเมตตากรุณา โดยมีการศึกษาน้ำหนักที่ตัวแปรสังเกตได้แต่ละตัวมีต่อตัวแปรแฝงสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณประกอบด้วย

ผลการวิจัยในครั้งนี้บ่งชี้ว่าสติเป็นตัวแปรสังเกตได้ที่สำคัญที่สุดในการอธิบายสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ นอกจากนี้ สติยังมีความสัมพันธ์กับความเข้าใจในไตรลักษณ์ การมีความหมายในชีวิตและความเมตตากรุณา ซึ่งความสัมพันธ์ที่พบนี้สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในเชิง

พระพุทธศาสนาและจิตวิทยา ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าหัวใจสำคัญของการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ คือการพัฒนาสติ

ดังนั้น ในการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณนั้น นักจิตวิทยา นักวิชาการ หรือผู้ปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพควรเอื้ออำนวยให้บุคคลพัฒนาสติซึ่งในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงการตื่นตัวต่อการรับรู้ การรับสัมผัส การคิด และอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นตามที่เป็นจริง ด้วยการยอมรับและไม่ประเมินตัดสินหรือขยายต่อเติม การพัฒนาสติจึงหมายรวมถึงกระบวนการการพัฒนาธรรมชาติของจิต การลดละการยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง หากแต่อยู่กับประสบการณ์ในปัจจุบันขณะ (Bishop และคณะ, 2004) สำหรับแนวทางการพัฒนาสติสามารถทำได้ในหลายรูปแบบ อาทิ เช่น ในพระพุทธศาสนา การฝึกอานาปานสติเป็นการฝึกสติที่สำคัญที่ใช้ลมหายใจของตนเองเป็นเครื่องมือในการสงบจิตใจ ตามแนวทางของสมถะสมาธิ และมุ่งให้บุคคลพินิจต่อโลก และปรากฏการณ์ต่างๆ รอบตัวตามแนวทางของวิปัสสนา ทั้งนี้ การเข้าสู่การวิปัสสนาตามแนวทางอานาปานสติได้นั้นต้องอาศัยการฝึกสติตามแนวทางของสมถะสมาธิเป็นพื้นฐาน (พุทธทาสภิกขุ, 2544)

นอกเหนือจากแนวทางของพระพุทธศาสนาแล้ว ในเชิงจิตวิทยามีการพัฒนาเทคนิคหรือโปรแกรมทางจิตวิทยาที่พัฒนาส่งเสริมการฝึกสติ ทั้งเพื่อเพิ่มระดับของสติที่บุคคลมีเองและเพื่อลดปัญหาทางสุขภาพจิตหรือพัฒนาคุณลักษณะทางบวกของบุคคล อาทิ เช่น โปรแกรม Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) ที่ผสมผสานและประยุกต์ใช้การฝึกสติเพื่อส่งเสริมการตระหนักรู้ร่างกายของตนเอง และการทำกิจกรรมโยคะเพื่อพัฒนาสติ (Kabat-Zinn, 2003) โดยมุ่งสนับสนุนให้บุคคลเกิดความจดจ่อกับปัจจุบันขณะและรับรู้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตโดยปราศจากการตัดสินประสบการณ์นั้นๆ อันมีส่วนช่วยลดปัญหาที่เกิดจากกระบวนการทางจิตใจของบุคคล เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด หรือพฤติกรรมที่กระทำโดยปราศจากการกำหนดรู้ของตนเอง (Baer & Krietemeyer, 2006)

นอกจากนี้ ยังปรากฏโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและจิตบำบัดที่มุ่งเน้นการฝึกสติ อาทิ Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) ที่พัฒนาขึ้นโดย Teasdale, Segal และ Williams

(2002) ที่ผสมผสานการฝึกสติกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy; CBT) เข้าด้วยกัน เพื่อลดปัญหาการเกิดซ้ำของภาวะซึมเศร้า ซึ่งโปรแกรมนี้ได้รับการสนับสนุนโดยหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีประสิทธิภาพในการพัฒนาสติด้วย (Segal, 2002)

นอกจากนั้น ยังปรากฏเทคนิคการส่งเสริมการฝึกสติในชีวิตประจำวัน ผ่านกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและจิตบำบัดที่ตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยทางจิตวิทยานี้ ดังตัวอย่างของ Acceptance and Commitment Therapy (ACT) ซึ่งประเมินว่าสติเป็นองค์ประกอบหลักองค์ประกอบหนึ่งของความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Psychological Flexibility) อันเป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาตนตามกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและจิตบำบัดนี้ โดย ACT ได้นำเสนอเทคนิคการฝึกสติผ่านการสังเกตติดตามลมหายใจและอารณ์ความรู้สึกของตนเอง การฝึกสติระหว่างการดำเนินกิจวัตรประจำวัน อาทิ การฝึกสติทำใจจดจ่อกับกิจวัตรต่างๆ ที่บุคคลกำลังกระทำอยู่ อาทิ การฝึกสติผ่านการจดจ่อใจกับการอาบน้ำแปรงฟันหรือการทำงานบ้านเป็นต้น และการฝึกสติผ่านการให้ความสนใจในสิ่งแวดล้อมโดยไม่ตัดสินตีความ อาทิ การฝึกสติผ่านการจดจ่อใจกับเสียงหรือภาพรอบตัวที่รับรู้ (Hayes, 2005)

สำหรับการพัฒนาส่งเสริมความเข้าใจในไตรลักษณ์ นักจิตวิทยา นักวิชาการหรือผู้ปฏิบัติงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสามารถใช้การฝึกสติเป็นจุดเริ่มต้นของการเข้าใจนี้ได้ เนื่องจากพบความสัมพันธ์ทั้งเชิงแนวคิด พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต) (2546) และหลักฐานเชิงประจักษ์ (Jarukasemthawee, Halford และ McLean, 2019) ที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างกับการฝึกสติและการพัฒนาความเข้าใจในไตรลักษณ์

ในแนวปฏิบัติทางพระพุทธศาสนา พบความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจในไตรลักษณ์และการฝึกอานาปานสติ หรือตามหลักปฏิบัติที่เรียกว่า สติปัฏฐาน 4 ซึ่งประกอบด้วย 1) กายานุปัสสนา หมายถึง การพิจารณาร่างกายส่วนต่างๆ หรือการตามดูรู้ทันร่างกายส่วนต่างๆ 2) เวทนานุปัสสนา หมายถึง การพิจารณาความรู้สึกและการรับสัมผัสต่างๆ หรือการตามดูรู้ทันความรู้สึกและการรับสัมผัสต่างๆ 3) จิตตานุปัสสนา หมายถึง การพิจารณาอารมณ์และจิตใจต่างๆ หรือการตามดูรู้ทันอารมณ์และจิตใจต่างๆ และ 4) ธัมมานุปัสสนา หมายถึง

การพิจารณากระบวนการและธรรมชาติของจิตใจ และสิ่งแวดล้อมต่างๆรอบตัว หรือการตามดูรู้ทันกระบวนการและธรรมชาติของจิตและสิ่งแวดล้อมรอบตัว (พระธรรมปฎก (ป.อ. ปยุตฺโต) (2546)

นอกจากนี้ ในเชิงจิตวิทยา พบความพยายามผสมผสานความเข้าใจในไตรลักษณ์และการฝึกสติภายใต้รูปแบบโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและจิตบำบัดที่มุ่งเน้นพัฒนาสติและความเข้าใจในไตรลักษณ์ (Jarukasemthawee, Halford และ McLean, 2019) โดยในโปรแกรมนี้ สติจะถูกใช้เป็นจุดเริ่มต้นในการที่บุคคลจะรับรู้ร่างกาย ความรู้สึก การรู้สัมผัส ความคิด อารมณ์ความรู้สึกรวมทั้งปรากฏการณ์ธรรมชาติรอบตัวอย่างไม่ตีความต่อเติมจนบิดเบือนไปจากความเป็นจริง การรับรู้นี้จะนำมาซึ่งความเข้าใจในความทุกข์และความเปลี่ยนแปลงอันเป็นธรรมชาติของชีวิต และส่งผลให้บุคคลลดความยึดมั่นในตัวตน ดำรงชีวิตตามหลักไตรลักษณ์ได้อย่างราบรื่นกลมกลืนกับธรรมชาติยิ่งขึ้น

สำหรับการพัฒนาความหมายในชีวิต ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้หมายถึงการรับรู้ของบุคคลถึงความหมายในการดำรงอยู่ของตน อันก่อให้เกิดความพยายามและความมุ่งมั่นตั้งใจในการก้าวไปในทิศทางที่สอดคล้องกับความหมายนี้ แม้จะต้องใช้ความอดทนพยายามเพื่อรับมือกับปัญหาอุปสรรคหรือความเหนื่อยยากที่อาจพบเจอ ซึ่งความหมายในชีวิตนี้สามารถพัฒนาได้ผ่านโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวอัตภาวะนิยม (Existential Therapy: 2007) หรือการปรึกษาทางจิตวิทยาและจิตบำบัดที่เกี่ยวข้อง อาทิ การปรึกษาทางจิตวิทยาและจิตบำบัดแนวอัตภาวะนิยม แบบแสวงหาความหมาย (Logotherapy: Victor Frankl, 1984) หรือแนวการยอมรับและพันธะสัญญา (Acceptance and Commitment Therapy: ACT, Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006) ซึ่งมีมุ่งเน้นเอื้ออำนวยให้บุคคลคิดใคร่ครวญทบทวนถึงสิ่งที่ตนเองตระหนักถึงคุณค่าหรือค่านิยม (value) ในการดำเนินชีวิตของตนเอง กลั่นกรองให้เกิดความชัดเจนในค่านิยมแห่งตนนั้น พร้อมเตรียมความพร้อมให้บุคคลเกิดความกล้าที่จะยืนหยัดเลือกและดำเนินชีวิตบนพื้นฐานค่านิยมดังกล่าว พร้อมยึดเอาค่านิยมที่มีเป็นแรงขับเคลื่อนในการดำรงชีวิตของตน ซึ่งความหมายในชีวิตินี้ยังส่งผลทางบวกให้บุคคลเกิดสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ อีกทั้งยังนำมาซึ่งการดำเนินชีวิตในวิถีที่สอดคล้องกับ

ความหมายแห่งตนและอารมณ์ความรู้สึกทางบวก อันมีส่วนให้บุคคลได้พัฒนาสุขภาวะทางกายและอารมณ์ตามไปด้วย (Frankl, 1984)

สำหรับการพัฒนาความเมตตากรุณาซึ่งในการวิจัยนี้หมายถึงการพัฒนาการรับรู้ของบุคคลต่อประสบการณ์ในแง่ลบของผู้อื่นอย่างมีสติ ไม่ปฏิเสธ หลีกเลี่ยงหรือบิดเบือนประสบการณ์ดังกล่าว หากแต่ยอมรับด้วยใจสงบว่าประสบการณ์ในแง่ลบเหล่านั้นเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นมนุษย์ และมีความปรารถนาที่จะบรรเทาความทุกข์และช่วยเหลือเยียวยาผู้อื่นด้วยความเมตตา (Pommier, 2011) ในทางพุทธศาสนานั้น การพัฒนาความเมตตากรุณาสามารถทำได้ผ่านการฝึกเมตตาภาวนาและการแผ่เมตตาซึ่งในการศึกษาเชิงจิตวิทยาตะวันตกได้ขยายความเป็นความรักและเมตตาต่อผู้อื่น (Lovingkindness) โดยทั้งหมดมีรากฐานจากการฝึกสติ ผนวกกับการพัฒนาการร่วมรู้สึกกับผู้อื่น (Walsh, 2008) อันจะเอื้อให้เกิดความเห็นอกเห็นใจ เกิดความเชื่อมโยงเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับผู้อื่น อันเป็นที่มาของความเมตตากรุณาพร้อมที่จะบรรเทาทุกข์ผู้อื่นขึ้น (Aspy & Proeve, 2017)

นอกจากการฝึกพัฒนาความเมตตากรุณาด้วยตนเองในข้างต้นแล้ว บุคคลยังสามารถพัฒนาความเมตตากรุณาได้ผ่านการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและจิตบำบัดแนวมุ่งเน้นความเมตตากรุณา (compassion-focused therapy หรือ CFT) ซึ่งนำเสนอโดย Paul Gilbert (2010) ผ่านการนำเอาการฝึกเมตตาภาวนาในพระพุทธศาสนามาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาวิวัฒนาการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคคลสามารถกำกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการทำงานของสมองส่วนต่าง ๆ เพื่อลดกระทบทางลบและการตำหนิตนเอง หากแต่เอื้อให้บุคคลได้ผ่อนคลายผ่านการฝึกทักษะความเมตตากรุณา และการฝึกสติรูปแบบต่างๆ อันจะเป็นแนวทางในการฝึกความเมตตากรุณาต่อผู้อื่นต่อไปด้วย

ดังที่กล่าวมาในข้างต้น การพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณสามารถเริ่มทำได้ผ่านการพัฒนาสติ อันเป็นองค์ประกอบสำคัญซึ่งจะเอื้อต่อการพัฒนาองค์ประกอบอื่น ๆ อันได้แก่ ความเข้าใจในไตรลักษณ์ การมีความหมายในชีวิตและความเมตตากรุณา นอกจากนี้ การพัฒนาความหมายในชีวิตและความเมตตากรุณายังสามารถทำได้ผ่านโปรแกรมทางจิตวิทยาต่าง ๆ ตามที่กล่าวมาก่อนหน้า โดยสรุป แนวทางใน

การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผ่านการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณสามารถทำได้ตามแนวทางต่อไปนี้

1) การพัฒนาสติ สามารถทำได้ผ่านทั้งกระบวนการทางพระพุทธศาสนาและกระบวนการทางจิตวิทยา ซึ่งเอื้อให้บุคคลพัฒนาความสามารถของตนในการตื่นตัวต่อการรับรู้ การรับสัมผัส ทั้งทางความคิด อารมณ์ความรู้สึกตามที่เกิดขึ้นจริงด้วยการยอมรับ ไม่ประเมินตัดสินหรือเติมแต่ง ผ่านการกำหนดรู้จิตของตนเองและการควบคุมจิตให้เป็นกลาง โดยสามารถพัฒนาสติได้ผ่านโปรแกรมกลุ่มทางจิตวิทยาการปรึกษาหรือจิตบำบัดที่เกี่ยวข้องหรือเลือกใช้นำเทคนิคจากโปรแกรมเหล่านี้ไปใช้พัฒนา

2) การพัฒนาความเข้าใจในไตรลักษณ์ สามารถทำได้ผ่านทั้งกระบวนการทางพระพุทธศาสนา ผ่านการฝึกอานาปานสติหรือสติปัฏฐาน และกระบวนการทางจิตวิทยา โดยใช้สติเป็นจุดเริ่มต้นในการเรียนรู้ทำความเข้าใจตนเองและปรากฏการณ์ต่างๆ อย่างไม่ตัดสินตีความ ไม่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง อันจะนำมาซึ่งความเข้าใจในความทุกข์และความเปลี่ยนแปลงอันเป็นธรรมชาติของชีวิต พร้อมทั้งลดความยึดมั่นในตัวตน ส่งผลให้ดำรงชีวิตได้ตามหลักไตรลักษณ์ราบรื่นกลมกลืนกับธรรมชาติยิ่งขึ้น

3) การพัฒนาความหมายในชีวิต สามารถทำได้ผ่านการส่งเสริมให้บุคคลได้คิดใคร่ครวญทบทวนถึงสิ่งที่ตนเองตระหนักถึงคุณค่าหรือสะท้อนค่านิยม (value) ในการดำเนินชีวิตของตนเอง เกิดการกลั่นกรองให้เกิดความชัดเจนในค่านิยมแห่งตนนั้น พัฒนาความมั่นคงในการยืนหยัดเลือกและดำเนินชีวิตบนพื้นฐานค่านิยมดังกล่าว และยึดเอาค่านิยมนั้นเป็นแรงขับเคลื่อนในการดำรงชีวิต ซึ่งการพัฒนานี้สามารถทำได้ผ่านการฝึกฝนด้วยตัวบุคคลเองหรือผ่านบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและจิตบำบัดที่เกี่ยวข้อง อาทิ การปรึกษาเชิงจิตวิทยาและจิตบำบัดแนวอัตภาวะนิยมแบบแสวงหาความหมาย (Logotherapy: Victor Frankl, 1984) หรือแนวการยอมรับและพันธะสัญญา (Acceptance and Commitment Therapy: ACT, Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006) นอกจากนั้นการมีสติยังสามารถช่วยพัฒนาความเชื่อทางจิตวิญญาณและนำไปสู่การพัฒนาความหมายในชีวิตได้อีกด้วย (Greeson, 2011)

4) การพัฒนาความเมตตากรุณา สามารถทำได้ผ่านการฝึกสติเป็นเบื้องต้น ผนวกกับการพัฒนาการร่วมรู้สึกกับผู้อื่น (Walsh, 2005) อันจะเอื้อให้เกิดความเห็นอกเห็นใจเกิดความเชื่อมโยงเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน อันเป็นที่มาของความเมตตาพร้อมที่จะบรรเทาทุกข์ผู้อื่นขึ้น (Aspy & Proeve, 2017) ซึ่งการพัฒนานี้สามารถทำได้ผ่านการฝึกฝนด้วยตัวบุคคลเองหรือผ่านบริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและจิตบำบัดที่เกี่ยวข้อง อาทิ การปรึกษาเชิงจิตวิทยาและจิตบำบัดแนวมุ่งเน้นความเมตตากรุณา (compassion-focused therapy, CFT; Gilbert, 2010)

การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผ่านปัจจัยทางจิตวิทยาซึ่งมีบทบาทเป็นตัวแปรส่งผ่านในความสัมพันธ์ที่สุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณมีกับพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงถึงบทบาทที่ปัจจัยทางจิตวิทยามีในฐานะตัวแปรส่งผ่านในความสัมพันธ์ที่สุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณมีกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยปัจจัยทางจิตวิทยาเหล่านี้ครอบคลุมถึงปัจจัยด้านความคิดอันได้แก่ ความหวังและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านอารมณ์อันได้แก่ความสงบในจิตใจ และปัจจัยด้านสังคมอันได้แก่ความเชื่อมโยงทางสังคม

การส่งเสริมและประยุกต์ใช้ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความคิดในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

ความหวังเป็นกระบวนการทางความคิดที่บุคคลมีต่อการไปถึงเป้าหมายของตนเอง (Snyder, 2002) โดยความหวังจะส่งผลให้บุคคลเกิดความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะค้นหาวิธีการนำพาตนเองไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ โดยความเชื่อนี้จะก่อทำให้บุคคลเกิดพลังขับเคลื่อนในการก้าวไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ และมีโอกาสในการบรรลุเป้าหมายนี้เพิ่มขึ้น ดังนั้น เมื่อบุคคลมีความหวัง บุคคลจะมีแนวโน้มกระทำพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย

สำหรับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ในงานวิจัยนี้หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถในการกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ (Perceived self - efficacy) การรับรู้นี้จะส่งผลต่อพฤติกรรมต่างๆ ทั้งที่เกี่ยวข้องกับการตั้งเป้าหมาย การรับรู้ความยากง่ายใน

การทำตามเป้าหมายที่ได้วางไว้ และความมุ่งมั่นในการทำตามเป้าหมายนั้นๆ ยิ่งบุคคลรับรู้สมรรถภาพแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น ก็จะมีแนวโน้มกระทำพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย

ในเชิงจิตวิทยานั้น การพัฒนาความหวังและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้น สามารถทำได้ผ่านการเพิ่มความสำเร็จในการกระทำตามเป้าหมายพฤติกรรมสุขภาพที่ได้วางไว้ อันจะนำมาซึ่งการแผ่ขยายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (Bandura, 1986) และการเพิ่มความหวังในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ กล่าวคือ ยิ่งบุคคลประสบความสำเร็จในการทำพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นเพียงใด บุคคลจะมีความหวังและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

ดังนั้น นักจิตวิทยา นักวิชาการหรือผู้ปฏิบัติงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพควรส่งเสริมให้บุคคลตั้งเป้าหมายในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของตนอย่างสมเหตุผล ไม่ยากจนเกินไป มีการจัดลำดับความยากง่ายอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากเป้าหมายที่บรรลุได้ง่ายกว่าก่อนที่จะตั้งเป้าหมายที่บรรลุได้ยาก อันจะเป็นการเพิ่มโอกาสให้บุคคลประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ควรเสริมแรงและสนับสนุนให้บุคคลตระหนักถึงความสำเร็จที่ผ่านมาในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของตน พร้อมเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการทำตามเป้าหมาย ผ่านการวางแผนการกระทำพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบ สมจริงและง่ายต่อการปฏิบัติตาม พร้อมคิดหาแนวทางรับมือหากแผนนั้นไม่เป็นไปตามที่กำหนดไว้ เพื่อลดความย่อท้อ สูญเสียกำลังใจ และการเพิ่มแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพผ่านการแสดงถึงความเชื่อมโยงของพฤติกรรมนั้นกับความหมายในชีวิตของบุคคล

การส่งเสริมและประยุกต์ใช้ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านอารมณ์ความรู้สึกในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

สำหรับปัจจัยทางจิตวิทยาด้านอารมณ์ความรู้สึกในที่นี้หมายถึงความสงบภายในจิตใจของบุคคล ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงอารมณ์ความรู้สึกทางบวก ความผ่อนคลาย และความสงบ โดยความสงบภายในจิตใจนี้สะท้อนให้เห็นถึงภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการยอมรับไม่ควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ รวมถึงความรู้สึกเชื่อมั่นใน

สิ่งต่างๆ รอบตัว (Roberts และ Aspy, 1993) เมื่อบุคคลมีความสงบภายในจิตใจ บุคคลจะก้าวผ่านความคิดและอารมณ์ความรู้สึกทางลบ ที่ไม่เอื้อต่อการกระทำเพื่อพฤติกรรมสุขภาพ

ดังนั้น นักจิตวิทยา นักวิชาการหรือผู้ปฏิบัติงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพควรส่งเสริมให้บุคคลพัฒนาความสงบภายในจิตใจ เพื่อควบคุมจิตใจตนเองต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ไม่ตีโพยตีพาย เมื่อต้องเผชิญกับความท้าทายหรือความยากลำบากในการกระทำหรือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ โดยความสงบภายในจิตใจสามารถพัฒนาโดยการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ โดยการฝึกสติเพื่อเพิ่มการรับรู้สิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริงและลดการตัดสินตีความ รวมทั้งการส่งเสริมให้บุคคลพัฒนาความเข้าใจในไตรลักษณ์อันเป็นกฎธรรมชาติ อันจะเอื้อให้บุคคลเกิดความสงบภายในจิตใจ พร้อมต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ

การส่งเสริมและประยุกต์ใช้ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความอารมณ์ความรู้สึกในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

สำหรับปัจจัยทางจิตวิทยาด้านสังคมในที่นี้หมายถึงความเชื่อมโยงทางสังคม ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ของบุคคลว่าตนเองมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับผู้อื่นและสังคม ส่งผลให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองได้รับความรักและการยอมรับจากผู้อื่น เกิดการรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายในสังคม (Cobb, 1976) อันจะเอื้อต่อการที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความพร้อมในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพยิ่งขึ้น ทั้งในแง่ของการได้รับข้อมูลข่าวสาร ทรัพยากรที่ช่วยสนับสนุนการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว และกำลังสนับสนุนทางจิตใจให้แก่บุคคลในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ

ดังนั้น นักจิตวิทยา นักวิชาการหรือผู้ปฏิบัติงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพควรคำนึงการสนับสนุนการสร้างเครือข่ายทางสังคม และการส่งเสริมให้บุคคลเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มสังคม ซึ่งอาจทำได้ผ่านการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะกลุ่มหรือหมู่คณะ และการเปิดโอกาสให้บุคคลได้แสดงออกถึงความรู้สึก นึกคิดต่อการทำพฤติกรรมสุขภาพผ่านกิจกรรมกลุ่มต่างๆ อาทิ เช่นกลุ่มการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและจิตบำบัด เพื่อส่งเสริมความเชื่อมโยงทางสังคมอันจะเอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนั้น ยังอาจเพิ่มความเชื่อมโยงทางสังคมผ่านการพัฒนาความเมตตากรุณาดังที่กล่าวถึงในข้างต้นได้

กล่าวโดยสรุป แนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผ่านปัจจัยทางจิตวิทยาด้านต่างๆ สามารถทำได้ตามแนวทางต่อไปนี้

1) ส่งเสริมการตั้งเป้าหมายและแผนการกระทำพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบจากง่ายไปสู่ยาก

2) การเสริมแรงและการส่งเสริมให้บุคคลตระหนักรู้ถึงความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

4) การวางแผนสำรอง หากแผนการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่วางไว้ไม่เป็นไปตามกำหนดที่วางไว้ไว้

5) การเชื่อมพฤติกรรมสุขภาพกับความหมายในชีวิต

6) การพัฒนาความสงบในจิตใจผ่านการฝึกสติและความเข้าใจในไตรลักษณ์

7) การส่งเสริมการพัฒนาเครือข่ายทางสังคม และการส่งเสริมให้บุคคลเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มสังคมผ่านการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะกลุ่มหรือหมู่คณะ และการเปิดโอกาสให้บุคคล ได้แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดต่อการทำพฤติกรรมสุขภาพผ่านกิจกรรมกลุ่มต่างๆ และการฝึกความเมตตากรุณาประกอบด้วยทั้งนี้ นักจิตวิทยา นักวิชาการหรือผู้ปฏิบัติงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สามารถนำสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณมาส่งเสริมปัจจัยทางจิตวิทยาด้านต่างๆ อาทิ การใช้สติในการรับรู้อย่างเท่าทันถึงอารมณ์ความคิดและพฤติกรรมที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการทำตามเป้าหมายหรือแผนการในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนั้น การส่งเสริมให้บุคคลได้นำความเข้าใจในไตรลักษณ์มาทำความเข้าใจความเปลี่ยนแปลง และการไม่คงอยู่ของความคิดและอารมณ์ ความรู้สึกที่มีจนส่งผลกระทบต่อปัจจัยทางจิตวิทยาในข้างต้น นอกจากนั้น การเชื่อมโยงปัจจัยเหล่านี้กับความหมายในชีวิตของบุคคลยังมี ยังจะเอื้อต่อการพัฒนาปัจจัยทางจิตวิทยาทั้งสามด้านนี้ด้วย

ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัยนี้

1) ถึงแม้ว่าการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโมเดลเชิงสาเหตุของสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิต

วิญญาณ และพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีปัจจัยทางจิตวิทยาด้านความคิด อารมณ์และสังคม เป็นตัวแปรส่งผ่าน ถึงแม้จะใช้การวิเคราะห์ข้อมูลขั้นสูง แต่การอนุมานเหตุและผลมีข้อจำกัดตามรูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อหาความสัมพันธ์ ดังนั้นการอนุมานเหตุและผลควรคำนึงถึงข้อจำกัดดังกล่าว

2) ในการศึกษาวิจัยนี้คณะผู้วิจัยใช้แบบสอบถามทางจิตวิทยาในรูปแบบการประเมินตนเอง ดังนั้นอาจเกิดข้อผิดพลาดในการให้ข้อมูล อาทิ เช่นการตอบเพื่อตอบสนองตามความต้องการหรือความคาดหวังของสังคมได้ รวมทั้งการไม่สามารถสะท้อนถึงภาวะสันฐานที่ศึกษาในครั้งนี้ได้สมบูรณ์

3) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แทบทั้งหมดเป็นบุคคลทั่วไปที่ส่วนใหญ่ ไม่มีปัญหาทางสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพแบบปกติ ดังนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถอนุมานผลไปกลุ่มประชากรที่มีปัญหาทางสุขภาพหรือกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม อาทิ เช่น ผู้ติดสุราเรื้อรัง หรือผู้สูบบุหรี่เรื้อรังได้

4) ในการศึกษาวิจัยนี้การกำหนดคำจำกัดความของสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณกำหนดจากการทบทวนวรรณกรรมของคำจำกัดความที่หลากหลาย และพฒนาให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรไทย ดังนั้นผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถอนุมานไปสู่กลุ่มประชากรอื่นได้

5) ในการศึกษาวิจัยนี้ปัจจัยทางจิตวิทยา กำหนดจากภาวะสันฐานเฉพาะความหวังและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ (ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านการคิด) ความสงบภายในจิตใจ (ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านอารมณ์) และความเชื่อมโยงทางสังคม (ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านสังคม) แต่อย่างไรก็ตามปัจจัยทางจิตวิทยามีภาวะสันฐานอื่น ๆ อีก ดังนั้นการนำเอาผลการศึกษานี้ไปใช้ควรคำนึงความจำกัดนี้ด้วย

6) ในการศึกษาวิจัยนี้การกำหนดภาวะสันฐานพฤติกรรมสุขภาพมุ่งเน้นเฉพาะไปที่กิจกรรมทางกายและพฤติกรรมเนื่อยนิ่งเท่านั้น ยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ที่ควรคำนึงถึงประกอบด้วย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยในอนาคต

1) เพื่อทราบถึงเหตุและผลของสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ ปัจจัยทางจิตวิทยา ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ชัดเจนมากขึ้น การศึกษาในอนาคตควรใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบการทดลอง

2) การศึกษาในอนาคต นอกเหนือจากการใช้แบบสอบถามทางจิตวิทยา ควรใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลในลักษณะอื่น อาทิ เช่นนาฬิกาบันทึกการเดิน หรือการเคลื่อนไหว การตรวจเลือด เป็นต้น

3) ในการศึกษาครั้งต่อไปควรขยายกลุ่มตัวอย่างไปที่กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพทางกาย อาทิ เช่น ผู้ติดสุรา เรื้อรัง หรือผู้สูบบุหรี่เรื้อรัง

4) ในอนาคตควรศึกษาเปรียบเทียบสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้กับคำจำกัดความของสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณในวัฒนธรรมอื่น ๆ

5) การศึกษาในอนาคต ควรคำนึงถึงปัจจัยทางจิตวิทยา อื่น ๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางปัญญา ศาสนาและจิตวิญญาณ และพฤติกรรมสุขภาพ อาทิ เช่นความภาคภูมิใจในตนเอง หรือปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น

6) ในอนาคตควรขยายขอบเขตภาวะสันฐานพฤติกรรมสุขภาพไปยังพฤติกรรมอื่น ๆ อาทิ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารสุขภาพ หรือพฤติกรรมการนอน

รายการอ้างอิง

คณะกรรมการสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข .2539. นโยบายการสุขศึกษาแห่งชาติ. โรงพิมพ์ กองสุขศึกษา, กรุงเทพฯ.

จุมพล พูลภัทรชีวิต. (2546). สู่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณ. *วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 32*(1), 131-144

ปิยะมาศ ยินดีสุข. (2548). การศึกษาเพื่อพัฒนาสุขภาวะทางจิตวิญญาณของนักเรียนโรงเรียนวิถีพุทธ. ดุษฎีนิพนธ์ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).

พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต). (2546) *พุทธธรรม*. มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

พุทธทาสภิกขุ. (2545). *นิพพานสำหรับทุกคน.* กรุงเทพฯ: สุขภาพใจ

วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก, 2*(3), 27-35

สุขจันทร์ พงษ์ประไพ. (2012). บทบาทแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูในศตวรรษที่ 21 จากการบรรยายโดย ศ. นพ. ประเวศ วะสี. *Journal of Thai Rehabilitation Medicine, 22*(2), 37-37.

สุปรียา ตันสกุล. (2550). ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ : แนวทางการดำเนินงานในงานสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ. *วารสารสุขศึกษา, 30*(105), 4-15.

เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม พรพันธุ์ บุณยรัตพันธุ์ (2549) *พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนไทย รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขอนามัยของประชากรไทยโดยการตรวจร่าง ครั้งที่ 3 ปี พ.ศ. 2546-2547.* สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย.

References

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*(2), 179-211.

Albarracin, D., Johnson, B. T., Fishbein, M., & Muellerleile, P. A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: a meta-analysis. *Psychological Bulletin, 127*(1), 142-161.

Aspy, D. J., & Proeve, M. (2017). Mindfulness and Loving-Kindness Meditation: Effects on Connectedness to Humanity and to the Natural World. *Psychological Reports, 120*(1), 102–117. https://doi.org/10.1177/0033294116685867

Baer, R. A., & Krietemeyer, J. (2006). Overview of mindfulness-and acceptance-based treatment approaches. *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications.* Amsterdam: Elsevier.

Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment, 11*(3), 191-206.

Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., ... & Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment, 15*(3), 329-342.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191-215.

Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology, 4*(3), 359-373.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. Macmillan.

Berg, C. J., Ritschel, L. A., Swan, D. W., An, L. C., & Ahluwalia, J. S. (2011). The role of hope in engaging in healthy behaviors among college students. *American Journal of Health Behavior, 35*(4), 402-415.

Bettman, J. R. (1970). Information processing models of consumer behavior. *Journal of Marketing Research, 7*(3), 370-376.

Bhikkhu, B. (2001). *Middle length sayings of the Buddha: A new translation of the Majjihima Nikaya.* Sri Lanka: Buddhist Publication Society.

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... & Devins, (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 230-241.

Bøen, H., Dalgard, O. S., & Bjertness, E. (2012). The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: A cross sectional study. *BMC geriatrics, 12*(1), 12-27.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(4), 822-848.

Cameron, D. S., Bertenshaw, E. J., & Sheeran, P. (2018). Positive affect and physical activity: Testing effects on goal setting, activation, prioritisation, and attainment. *Psychology & Health, 33*(2), 258-274.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5),

300-314.

Conner, M., & Norman, P. (2002). Health behaviors. *Health psychology, 8*, 1-37.

Curry, L. A., Snyder, C. R., Cook, D. L., Ruby, B. C., & Rehm, M. (1997). Role of hope in academic and sport achievement. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*(6), 1257.

Davis, D. M., & Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy, 48*(2), 198.

De Beurs, E., Beekman, A., Geerlings, S., Deeg, D., Van Dyck, R., & Van Tilburg, W. (2001). On becoming depressed or anxious in late life: Similar vulnerability factors but different effects of stressful life events. *The British Journal of Psychiatry, 179*(5), 426-431.

Dolan, S. L., Martin, R. A., & Rohsenow, D. J. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive Behaviors, 33*(5), 675-688.

Ellison, C. W. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology, 11*(4), 330-338.

Feldman, D. B., & Sills, J. R. (2013). Hope and cardiovascular health-promoting behaviour: Education alone is not enough. *Psychology & Health, 28*(7), 727-745.

Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J. P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 29*(3), 177.

Fongkerd, Pookitsana, Tangjirawattan, Tantalanukul. (2018). Factors influencing health

promoting behaviors of Thai adolescents. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 29*(3), 196-209.

Frankl, V. E. (1984). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy.* New York: Simon & Schuster.

Gerber, W. (1986). *Living with equanimity, zest, and fulfillment by applying the wisdom of the world's greatest thinkers.* Lanham, Maryland: University Press of America.

Gilbert, P. (2010). *Compassion-focused Therapy: Distinctive features.* London: Routledge.

Goldstein, J., & Kornfield, J. (1987). *Seeking the heart of wisdom.* Boston, MA: Shambala.

Gomez, R., & Fisher, J. W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences, 35*(8), 1975-1991.

Grabovac, A. D., Lau, M. A., & Willett, B. R. (2011). Mechanisms of mindfulness: A Buddhist psychological model. *Mindfulness, 2*(3), 154-166.

Greeson, J. M., Webber, D. M., Smoski, M. J., Brantley, J. G., Ekblad, A. G., Suarez, E. C., & Wolever, R. Q. (2011). Changes in spirituality partly explain health-related quality of life outcomes after Mindfulness-Based Stress Reduction. *Journal of Behavioral Medicine, 34*(6), 508-518.

Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (2003). Mindfulness: Method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 161-165.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*(1), 1-25.

Hinton-Nelson, M. D., Roberts, M. C., & Snyder, C. R. (1996). Early adolescents exposed to violence: Hope and vulnerability to victimization. *American Journal of Orthopsychiatry, 66*(3), 346-353.

Jackson, E. S., Tucker, C. M., & Herman, K. C. (2007). Health value, perceived social support, and health self-efficacy as factors in a health-promoting lifestyle. *Journal of American College Health, 56*(1), 69-74.

Kabat-Zinn, J. (1996). Mindfulness meditation: What it is, What it isn't, and it's role in health care and medicine (pp. 161-169). In Haruki, Y., Ishii, Y., &Suzuki, M. *Comparative and psychological study on meditation.* Netherlands: Eburon.

Kadden, R. M., & Litt, M. D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors, 36*(12), 1120-1126.

Kelsey, K. S., DeVellis, B. M., Gizlice, Z., Ries, A., Barnes, K., & Campbell, M. K. (2011). Obesity, hope, and health: Findings from the HOPE works community survey. *Journal of Community Health, 36*(6), 919-924.

Kitreerawutiwong, N., & Mekrungrongwong, S. (2016). Factors influencing health behavior among elderly living in the community. *The Public Health Journal of Burapha University, 11*(1), 63-74.

Kreitzer, M. J., Gross, C. R., Waleekhachonloet, O. A., Reilly-Spong, M., & Byrd, M. (2009). The brief serenity scale: A psychometric analysis of a measure of spirituality and well-being. *Journal of Holistic Nursing, 27*(1), 7-16.

Lee, R. M., & Robbins, S. B. (1995). Measuring belongingness: The social connectedness and the social assurance scales. *Journal of Counseling Psychology, 42*(2), 232-241.

Lin, H. R., & Bauer-Wu, S. M. (2003). Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: An integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing, 44*(1), 69-80.

Maddux, J. E., Brawley, L., & Boykin, A. (1995). *Self-efficacy and healthy behavior. In self-efficacy, adaptation, and adjustment*. Springer, Boston, MA.

Maslow, A. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review, 50*(4), 370-396.

Pajares, F., & Miller, M. D. (1994). Role of self-efficacy and self-concept beliefs in mathematical problem solving: A path analysis. *Journal of Educational Psychology, 86*(2), 193-203.

Payutto, P. A. (1998). *A dictionary of Buddhist terms*. Bangkok: Mahachulalongkorn University.

Payutto, P. A. (2012). *Buddha's Style of Teaching [Buddha withee nai karnsone]*(DV Kanlaya, Trans.). Vientiane, Laos: Buddhism for Development Project & Dokket.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 19*(3), 276-288.

Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 18*(3), 250-255.

Roberts, K. T., & Whall, A. (1996). Serenity as a goal for nursing practice. *Journal of Nursing Scholarship, 28*(4), 359-364.

Roberts, K.T., & Aspy, C.B. (1993). Development of the Serenity Scale. *Journal of Nursing Measurement 1*(2):145-164.

Roberts, K.T., & Fitzgerald, L. (1991). Serenity: Caring with perspective. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 5*(2), 127-141.

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1994). The health belief model and HIV risk behavior change. *Preventing AIDS*. Boston, MA: Springer.

Rothberger, S. M. (2017). A Qualitative examination of hope and physical activity in the no limits running program. *International Journal of Kinesiology in Higher Education, 2*(2), 54-65.

Scioli, A., Scioli-Salter, E. R., Sykes, K., Anderson, C., & Fedele, M. (2016). The positive contributions of hope to maintaining and restoring health: An integrative, mixed-method approach. *The Journal of Positive Psychology, 11*(2), 135-148.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Semple, R. J., Grodnitzky, G. R., Apter, M. J., & Horan, J. J. (2004). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression: A new approach to preventing relapse.* New York: Guilford Publication.

Snyder, C. R., Feldman, D. B., Taylor, J. D., Schroeder, L. L., & Adams III, V. H. (2000). The roles of hopeful thinking in preventing problems and enhancing strengths. *Applied and Preventive Psychology, 9*(4), 249-269.

Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., ... & Harney, P. (1991). The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*(4), 570-585.

Snyder, C. R., Rand, K. L., & Sigmon, D. R. (2002). Hope theory. *Handbook of positive psychology.* Oxford: Oxford University Press.

Snyder, C. R., Shorey, H. S., Cheavens, J., Pulvers, K.M., Adams, V. H., III, & Wiklund, C. (2002). Hope and academic success in college. *Journal of Educational Psychology, 94*(4), 820-826.

Steger, M. F. (2013). Experiencing meaning in life: Optimal functioning at the nexus of well-being, psychopathology, and spirituality. In The *Human quest for meaning*. Abindon, UK: Routledge.

Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology, 53*(1), 80-93.

Tart, C. T. (1975). Introduction. In C. T. Tart (Ed.), *Transpersonal Psychologies* (pp. 3–7). New York: Harper and Row.

Van Cappellen, P., Rice, E. L., Catalino, L. I., & Fredrickson, B. L. (2018). Positive affective processes underlie positive health behaviour change. *Psychology & Health, 33*(1), 77-97.

Van Deurzen, E. (2007). Existential therapy. *Dryden's Handbook of Individual Therapy*. New York: Sage.

Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness—the Freiburg mindfulness inventory (FMI). *Personality and Individual Differences, 40*(8), 1543-1555.

Whitfield, C. L. (1984). Stress management and spirituality during recovery; A Transpersonal approach. Part I. Becoming. *Alcoholism Treatment Quarterly, 1*(1), 3-54

Walsh, R. A. (2008). Mindfulness and empathy. *Mindfulness and the therapeutic relationship.* New York: Guilford Press.

ภาคผนวก

ตัวอย่างแบบวัดที่ใช้ในงานวิจัยนี้

ตอนที่ 1: แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตรงตามความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี 2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

3. ส่วนสูง .....เซนติเมตร 4. น้ำหนัก.....กิโลกรัม

5. ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....

6. ท่านรับรู้ว่าตนเองเคร่งครัดในการปฏิบัติตนตามหลักศาสนาหรือความเชื่อที่ท่านยึดถือเพียงใด **(โปรดวงกลมล้อมรอบตัวเลข)**

ไม่เคร่งครัดเลย	ไม่ค่อยเคร่งครัด	ปานกลาง	ค่อนข้างเคร่งครัด	เคร่งครัดอย่างยิ่ง
1	2	3	4	5

7. ข้อคำถามต่อไปนี้เกี่ยวกับโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

___ ไม่เคยมี	___ เบาหวาน	___ หัวใจ
___ มะเร็ง	___ หลอดเลือดสมอง (อัมพฤต/อัมพาต)	___ ภูมิแพ้/หอบหืด
___ ไต	___ ไขมันในหลอดเลือด	___ ไขข้อเสื่อม/ปวดหลัง-เข่า
___ โรคเกาต์	___ โรคพิษสุราเรื้อรัง	___ ความดันโลหิตสูง

ตัวอย่างแบบสอบถามความหมายในชีวิต

โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้อย่างระมัดระวัง แล้วระบุว่าท่านมีประสบการณ์ในแต่ละข้อเกิดขึ้นบ่อยครั้งเพียงใด โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

1 = ไม่ตรงเลย *2 = ไม่ตรงเป็นส่วนใหญ่* *3 = ค่อนข้างไม่ตรง*

4 = ตรงและไม่ตรงพอๆ กัน *5 = ค่อนข้างตรง* *6 = ตรงเป็นส่วนใหญ่*

7 = ตรงอย่างยิ่ง

ข้อคำถาม	ไม่ตรงเลย 1	ไม่ตรงเป็นส่วนใหญ่ 2	ค่อนข้างไม่ตรง 3	ตรงและไม่ตรงพอๆ กัน 4	ค่อนข้างตรง 5	ตรงเป็นส่วนใหญ่ 6	ตรงอย่างยิ่ง 7
1. ฉันเข้าใจถึงความหมายในชีวิตของตนเอง							
2. ชีวิตของฉันมีเป้าหมายชัดเจน							
3. ฉันรับรู้ได้ว่าสิ่งใดทำให้ชีวิตของฉันมีความหมาย							

ตัวอย่างแบบสอบถามสติ

ขอให้ท่านอ่านข้อคำถามด้านล่างต่อไปนี้ และพิจารณาประสบการณ์ของตัวท่าน ***<u>ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึง ณ ปัจจุบัน</u>*** *เกิดขึ้นบ่อยครั้งเพียงใด ซึ่งคำตอบของท่านไม่มีผิด และไม่มีถูก โดยใช้เกณฑ์ดังนี้*

1 = เกิดขึ้นน้อยมาก *2 = เกิดขึ้นบางครั้งบางคราว* *3 = เกิดขึ้นบ่อยครั้ง* *4 = เกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา*

ข้อคำถาม	เกิดขึ้นน้อยมาก 1	เกิดขึ้นบางครั้งบางคราว 2	เกิดขึ้นบ่อยครั้ง 3	เกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา 4
1. ฉันเปิดรับประสบการณ์ต่าง ๆ ด้วยใจที่อยู่กับปัจจุบัน				
2. ฉันรับรู้ตัวเองทุกขณะ ไม่ว่าจะเป็นตอนที่รับประทานอาหาร ทำอาหาร ทำความสะอาด หรือพูดคุย				
3. ฉันอยู่กับประสบการณ์ต่าง ๆ ด้วยใจที่เป็นปัจจุบันขณะ				
4. ฉันยอมรับกับประสบการณ์ที่ไม่เป็นสุขได้				

ตัวอย่างแบบสอบถามความเมตตากรุณา

โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้อย่างระมัดระวัง แล้วระบุว่าตรงกับตัวท่านมากเพียงใด โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

1 = แทบจะไม่ตรงเลย 2 = ตรงน้อย 3 = ตรงเป็นบางครั้ง 4 = ตรงบ่อย 5 = แทบจะตรงเสมอ

ข้อคำถาม	แทบจะไม่ตรงเลย 1	ตรงน้อย 2	ตรงเป็นบางครั้ง 3	ตรงบ่อย 4	แทบจะตรงเสมอ 5
1. ฉันไม่ค่อยรู้สึกอะไร เวลาที่มีใครร้องไห้เสียใจอยู่ตรงหน้า					
2. บางครั้งที่มีคนมาเล่าปัญหาให้ฟัง ฉันรู้สึกเฉยๆ ไม่แคร์อะไร					
3. ฉันไม่มีอารมณ์ร่วม เวลาที่เห็นใครกำลังเจ็บปวดทุกข์ใจ					
4. ฉันให้ความสนใจตั้งใจฟัง เวลามีใครมาเล่าเรื่องอะไรให้ฟัง					
5. เวลามีใครมาเล่าเรื่องโศกเศร้าเสียใจให้ฟัง ฉันรู้สึกห่างเหินไม่มีอารมณ์ร่วมไปด้วย					

ตัวอย่างแบบสอบถามความเข้าใจในไตรลักษณ์

แบบสอบถามชุดนี้ ประกอบไปด้วยข้อคำถาม ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ ความคิดและความรู้สึกต่าง ๆ ของท่าน โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและระบุว่าข้อความดังกล่าวตรงกับตัวท่าน หรือประสบการณ์ของท่านมากน้อยเพียงใด โดยคำตอบไม่มีข้อผิดข้อถูก ขอให้ท่านตอบข้อคำถามตามจริงมากกว่าความคิดหรือความต้องการที่ท่านปรารถนาให้เป็น โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

0 = ไม่ตรงกับประสบการณ์ของท่านเป็นอย่างยิ่ง ***1 = ตรงกับประสบการณ์ของท่านเล็กน้อย***

2 = ตรงกับประสบการณ์ของท่านปานกลาง ***3 = ตรงกับประสบการณ์ของท่านค่อนข้างมาก***

4 = ตรงกับประสบการณ์ของท่านมาก ***5 = ตรงกับประสบการณ์ของท่านตลอดเวลา***

ข้อคำถาม	ไม่ตรงเป็นอย่างยิ่ง 0	ตรงเล็กน้อย 1	ตรงปานกลาง 2	ตรงค่อนข้างมาก 3	ตรงมาก 4	ตรงตลอดเวลา 5
1. ฉันยอมรับได้อย่างสงบว่าความทุกข์ทางกาย เป็นส่วนหนึ่งของการเป็นมนุษย์						
2. ฉันยอมรับได้อย่างหมดใจ ว่าความทุกข์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เป็นเรื่องปกติตามธรรมชาติ						

3. ฉันมีประสบการณ์ และยอมรับได้ว่าความทุกข์ที่เกิดขึ้นกับฉันและคนที่ฉันรักนั้น เกิดจากเงื่อนไขตามเวลา						
4. ฉันตระหนักรู้ว่าความทุกข์เกิดขึ้นจากใจฉันที่ไม่สงบ						
5. ฉันมีประสบการณ์ว่าความทุกข์ที่เกิดขึ้นกับฉันหลายๆ ครั้ง เพราะฉันพยายามควบคุมสิ่งต่าง ๆ ให้คงอยู่เหมือนเดิม						

ตัวอย่างแบบสอบถามความหวัง

แบบสอบถามชุดนี้ ประกอบไปด้วยข้อคำถาม ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ ความคิดและความรู้สึกต่าง ๆ ของท่าน โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและระบุว่าข้อความดังกล่าวตรงกับตัวท่าน หรือประสบการณ์ของท่านมากน้อยเพียงใด โดยคำตอบไม่มีข้อผิดข้อถูก

1 = ไม่ตรงอย่างแน่นอน *2 = ไม่ตรงเป็นส่วนใหญ่* *3 = ตรงและไม่ตรงพอๆ กัน*

4 = ตรงเป็นส่วนใหญ่ *5 = ตรงอย่างแน่นอน*

ข้อคำถาม	ไม่ตรงอย่างแน่นอน 1	ไม่ตรงเป็นส่วนใหญ่ 2	ตรงและไม่ตรงพอๆ กัน 3	ตรงเป็นส่วนใหญ่ 4	ตรงอย่างแน่นอน 5
1. ถ้าฉันตกในสถานการณ์ลำบาก ฉันจะคิดหาทางออกได้หลายทาง					
2. ณ ตอนนี้ ฉันทำตามเป้าหมายที่ฉันวางไว้อย่างกระตือรือล้น					
3. มีหลายวิธีที่จะช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ที่ฉันกำลังเผชิญอยู่ได้					
4. ขณะนี้ ฉันมองว่าตัวเองค่อนข้างประสบความสำเร็จ					
5. ฉันนึกหาวิธีต่างๆ ที่จะพาฉันไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ได้					
6. ในตอนนี้ ฉันกำลังบรรลุเป้าหมายที่วางไว้					

ตัวอย่างแบบสอบถามความเชื่อมโยงทางสังคม

โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้อย่างระมัดระวัง แล้วระบุว่าข้อความดังกล่าวตรงกับตัวท่านเพียงใด โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง *2 = ไม่เห็นด้วย* *3 = เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยเท่ากัน*

4 = เห็นด้วย *5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง*

ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1	ไม่เห็นด้วย 2	เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยเท่ากัน 3	เห็นด้วย 4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5
1. ฉันรู้สึกแปลกแยกจากโลกรอบตัว					
2. แม้เมื่ออยู่กับผู้คนที่ฉันรู้จัก แต่ฉันก็ไม่ได้รู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับพวกเขา					
3. ฉันรู้สึกห่างเหินกับคนอื่นๆ					
4. ฉันไม่มีความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับเพื่อนฝูง					
5. ฉันไม่ผูกพันกับใคร					

ตัวอย่างแบบสอบถามความสงบภายในจิตใจ

โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้อย่างระมัดระวัง แล้วระบุว่าใน 1 เดือน ที่ผ่านมา ท่านมีประสบการณ์ในแต่ละข้อเกิดขึ้นบ่อยครั้งเพียงใด โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

1 = ไม่เคยเกิดขึ้นเลย *2 = ไม่ค่อยเกิดขึ้น* *3 = เกิดขึ้นบางครั้ง*

4 = เกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย *5 = เกิดขึ้นเสมอ*

ข้อคำถาม	ไม่เคยเกิดขึ้นเลย 1	ไม่ค่อยเกิดขึ้น 2	เกิดขึ้นบางครั้ง 3	เกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย 4	เกิดขึ้นเสมอ 5
1. ฉันรับรู้ถึงความสบายใจ ความแข็งแกร่งและความมั่นคงภายในจิตใจตัวเอง					
2. แม้จะอยู่ในช่วงเวลาที่มีปัญหา ฉันก็ยังรู้สึกถึงความแข็งแกร่งภายในจิตใจตนเอง					
3. ฉันเชื่อว่าเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตมีเหตุผลที่มาที่ยิ่งใหญ่และละเอียดอ่อนกว่าที่ฉันจะรับรู้ได้ในตอนนี้					
4. ฉันมองเห็นแง่มุมดีๆ ในเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกันฉัน แม้เมื่อเหตุการณ์นั้นจะทำให้ฉันรู้สึกเจ็บปวดใจก็ตาม					
5. ฉันรู้สึกถึงความสงบภายในจิตใจตนเอง					

ตัวอย่างแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ

กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้วระบุว่า ท่านมีความมั่นใจเพียงใดในเรื่องต่อไปนี้

1 = ไม่มั่นใจเลย *2 = ค่อนข้างไม่มั่นใจ* *3 = มั่นใจและไม่มั่นใจพอๆ กัน*

4 = ค่อนข้างมั่นใจ *5 = มั่นใจมากที่สุด*

ข้อคำถาม	ไม่มั่นใจเลย 1	ค่อนข้างไม่มั่นใจ 2	มั่นใจและไม่มั่นใจพอๆ กัน 3	ค่อนข้างมั่นใจ 4	มั่นใจมากที่สุด 5
1. แม้ว่าจะต้องใช้เวลานานก็ตาม ฉันมั่นใจว่าฉันจะสามารถเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ จนฉันมีนิสัยกินอาหารที่มีประโยชน์สม่ำเสมอได้					
2. แม้ว่าจะต้องพยายามหลาย ๆ ครั้งก็ตาม แต่สุดท้ายฉันมั่นใจว่าฉันจะเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ได้ จนฉันมีนิสัยเลือกทานอาหารที่มีประโยชน์ได้					
3. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ จนฉันมีนิสัยกินอาหารที่มีประโยชน์ แม้ว่าฉันจะต้องปรับมุมมอง-ความคิดเกี่ยวกับโภชนาการ-การกินทั้งหมดก็ตาม					

ตัวอย่างแบบสอบถามการมีกิจกรรมทางกาย

ขอให้ท่านให้ข้อมูลที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์ต่อไปนี้ในการตอบข้อคำถาม

1= ไม่เคยเลย *2= นาน ๆ ครั้ง* *3= ปานกลาง*

4= บ่อยครั้ง *5 = สม่ำเสมอ*

ลำดับ	กิจกรรมที่ทำในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคยเลย 0 วัน	นานๆ ครั้ง 1-2 วัน	ปานกลาง 3-4 วัน	บ่อยครั้ง 5-6 วัน	สม่ำเสมอ 7 วัน
1	**กิจกรรมทางกายในการทำงาน** หมายถึง กิจกรรมที่ใช้การเคลื่อนไหว ออกแรง หรือใช้พละกำลังของร่างกาย ทั้งที่ได้รับหรือไม่ได้รับค่าจ้าง ไม่ว่าจะเป็นเพื่อการศึกษา/ฝึกอบรม, งานบ้าน/กิจกรรมในครัวเรือน การทำงานเกษตรกรรมการประมง หรือการหางาน เป็นต้น					
1.1	ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านทำกิจกรรมทางกาย**ระดับหนัก**ที่ต้องเคลื่อนไหว ออกแรง หรือใช้พละกำลังของร่างกายอย่างหนัก จนทำให้หายใจแรง อัตราการ					

	เต้นของหัวใจเต้นเร็วขึ้นอย่างมาก จนรู้สึกเหนื่อยหอบ เช่น การยกหรือแบกของหนักๆ ขุดดิน หรือก่อสร้าง (ไม่นับรวมการเดินหรือปั่นจักรยาน) **เป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 10 นาที**					
1.2	ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านทำงานที่เป็นกิจกรรมทางกาย**ระดับปานกลาง** ซึ่งทำให้หายใจเร็วขึ้นพอควร แต่ไม่ถึงกับมีอาการหอบ **เป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 10 นาที**					

ตัวอย่างแบบสอบถามพฤติกรรมเนื่อยนิ่ง

โปรดทบทวนว่า**<u>ในแต่ละวัน</u>**ท่านทำกิจกรรมต่อไปนี้โดยเฉลี่ยนานเท่าไร (โปรดระบุให้ละเอียดที่สุดเท่าที่จะทำได้)		
ในแต่ละวัน ท่านนั่ง/นอนอ่านหนังสือประเภทต่างๆ โดยเฉลี่ยนานเท่าใด	__ ชั่วโมง	___ นาที
ในแต่ละวัน ท่านนั่งทำงาน/นั่งเรียน/นั่งทำการบ้าน/นั่งทำรายงาน/นั่งทำงานอื่นๆ ทุกชนิดโดยเฉลี่ยนานเท่าใด	__ ชั่วโมง	___ นาที
ในแต่ละวัน ท่านนั่งคุย/นั่งประชุมโดยเฉลี่ยนานเท่าใด	__ ชั่วโมง	___ นาที
ในแต่ละวัน ท่านนั่ง/นอนดูโทรทัศน์โดยเฉลี่ยนานเท่าใด	__ ชั่วโมง	___ นาที