

The Transmission of Learning from the Participants of NCDs–Health PsyCap Enhancement Program to their Families: Individual and Family Level of Analysis

Vitanya Vanno¹

Received: April 18, 2022 – Revised: July 9, 2022 – Accepted: July 30, 2022

Abstract

Psychological capital or PsyCap was studied as a group-level variable. However, group-level PsyCap was merely studied in the work and educational context. This research aimed to extend the study of group-level PsyCap to the health context. The objectives of this research were to compare the score of NCDs-related health PsyCap of family members (individual-level) and those in family (group-level or family-level) before and after the program participants transmit the learning received from the NCDs-health PsyCap enhancement program to their family. The participants included 20 program participants who responsible for transmitting the learning to their family, 26 program participants' family members, and 21 family of program participants. The manipulated variable was the transmission of learning based on the learning transmission plan and the dependent variable was the NCDs-related health PsyCap. The instruments were the learning transmission plan and the NCDs-Health PsyCap Scale. The one-group pretest-posttest design was used in this study. The within-group interrater reliability statistic (rwg) and intraclass correlation coefficients: ICC(1) and ICC(2) were calculated to justify aggregating individual-level data to the group-level. Individual-and group-level data were analyzed by using paired samples t-test. Findings showed that the score of overall NCDs-related health PsyCap of the program participants' family members (individual-level) and those in family of program participants (group-level or family-level) were increased at the statistically significant level of .01

Keywords: Health PsyCap, Non-Communicable Diseases, Enhancement Program, Group-Level Variables, Data-Aggregation

Acknowledgement: This research is a part of research project of “Non-communicable disease-related health psychological capital enhancement program: The development and evaluation of program, and the transmission of learning from program participants to their families”. This research received financial support from the income budget of Faculty of Humanities, Srinakharinwirot University (Fiscal year 2020)

¹ *Corresponding Author*, Program of Psychology, Faculty of Humanities, Srinakharinwirot University, Bangkok, 10110, Thailand. Email: vitanya@g.swu.ac.th

การถ่ายทอดการเรียนรู้ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้าง ทุนจิตวิทยาต้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังสู่ครอบครัว: การวิเคราะห์ข้อมูลระดับบุคคล และระดับครอบครัว

วิธัญญา วัฒนโธ¹

รับบทความต้นฉบับ: 18 เมษายน 2565 – รับบทความแก้ไข: 9 กรกฎาคม 2565 – ตอบรับการตีพิมพ์: 30 กรกฎาคม 2565

บทคัดย่อ

ทุนจิตวิทยาได้รับการศึกษาในฐานะของตัวแปรระดับกลุ่ม แต่เป็นการศึกษาในบริบทการทำงานและการศึกษาเท่านั้น การวิจัยครั้งนี้ขยายการศึกษาทุนจิตวิทยาในระดับกลุ่มไปสู่บริบทสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบทุนจิตวิทยาต้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสมาชิกครอบครัว (ระดับบุคคล) และของครอบครัว (ระดับกลุ่มหรือครอบครัว) ก่อนและหลังการถ่ายทอดการเรียนรู้ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทุนจิตวิทยาต้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสู่ครอบครัว ผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้เข้าร่วมโปรแกรม 20 คน ซึ่งทำหน้าที่ถ่ายทอดการเรียนรู้สู่ครอบครัว สมาชิกครอบครัวของผู้เข้าร่วมโปรแกรม 26 คน และครอบครัวของผู้เข้าร่วมโปรแกรม 20 ครอบครัว ตัวแปรจัดกระทำ คือ การถ่ายทอด การเรียนรู้ตามแผนการถ่ายทอด ตัวแปรตาม คือ ทุนจิตวิทยาต้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แผนการถ่ายทอดการเรียนรู้และมาตรวัดทุนจิตวิทยาต้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การวิจัยนี้ใช้แบบแผนการทดลองกลุ่มเดียววัดสองครั้ง ผู้วิจัยคำนวณค่าสหสัมพันธ์ภายในกลุ่มและสหสัมพันธ์ภายในชั้นประเภท ICC(1) และ ICC(2) เพื่อตรวจสอบเงื่อนไขการรวมค่าข้อมูลระดับบุคคลให้เป็นระดับกลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลระดับบุคคลและระดับกลุ่มใช้การทดสอบทีแบบจับคู่ ผลวิจัย พบว่า ทุนจิตวิทยาต้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวมของสมาชิกครอบครัว และของครอบครัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: ทุนจิตวิทยาต้านสุขภาพ, กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, โปรแกรมเสริมสร้าง, ตัวแปรระดับกลุ่ม, การรวมค่าข้อมูล

กิตติกรรมประกาศ: บทความวิจัยเรื่องนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องโปรแกรมเสริมสร้างทุนจิตวิทยาต้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรม และการถ่ายทอดการเรียนรู้จากผู้เข้าร่วมโปรแกรมสู่ครอบครัว ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากงบประมาณเงินรายได้คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

¹ ผู้รับผิดชอบบทความหลัก, สาขาวิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพฯ 10110
อีเมล: vitanya@g.swu.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาวิจัย

ตัวแปรจิตวิทยาจำนวนหนึ่งได้รับการศึกษาในฐานะของตัวแปรระดับกลุ่ม (group-level variables) เช่น การรับรู้ความสามารถร่วม (collective efficacy) (Awuor et al., 2022; Olsson et al., 2017) หรือความเหนียวแน่นของกลุ่ม (group cohesion) (Gross et al., 2021) ซึ่งนักวิจัยมักจะวัดตัวแปรระดับกลุ่มโดยวิธีรวมค่าข้อมูล (aggregation method) ด้วยการรวมค่าข้อมูลระดับบุคคลเพื่อวัดประเมินตัวแปรระดับกลุ่ม (Kirkman et al., 2001) โดย Chan (1998) นำเสนอโมเดลการรวมค่าข้อมูลไว้ 5 โมเดล แต่โมเดลความสอดคล้องโดยตรง (direct consensus model) และโมเดลความสอดคล้องแบบเปลี่ยนจุดอ้างอิง (referent-shift consensus model) มักจะใช้กับตัวแปรจิตวิทยา ซึ่งทั้งสองโมเดลจะรวมหรือเฉลี่ยคะแนนจากตัวแปรระดับขั้นต่ำกว่าเพื่อแสดงค่าตัวแปรในระดับขั้นสูงกว่า (Chan, 1998) โดยข้อคำถามตามโมเดลความสอดคล้องโดยตรงจะใช้ตนเองเป็นจุดอ้างอิง แต่โมเดลความสอดคล้องแบบเปลี่ยนจุดอ้างอิงจะใช้กลุ่มเป็นจุดอ้างอิง (Van Mierlo et al., 2009) ทั้งนี้ความเห็นพ้องภายในกลุ่มนับเป็นเงื่อนไขสำคัญของการรวมค่าข้อมูลตามแนวทางของสองโมเดลนี้จึงต้องตรวจสอบความเห็นพ้องภายในกลุ่มก่อนตัดสินใจรวมค่าข้อมูลระดับบุคคลให้เป็นระดับกลุ่ม ซึ่งการตรวจสอบนี้เหมาะสมกับธรรมชาติของตัวแปรจิตวิทยาระดับกลุ่มที่มีลักษณะร่วม (shared properties) ที่จะอุบัติขึ้นจากประสบการณ์หรือคุณลักษณะทางจิตของสมาชิกแต่ละคน เช่น เจตคติ ค่านิยม การรับรู้ อารมณ์ความรู้สึก การรู้คิด หรือพฤติกรรม และพัฒนาขึ้นผ่านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างกันของสมาชิกกลุ่ม (Morgeson & Hofmann, 1999) โดยลักษณะร่วมนี้จะบ่งชี้หรือตรวจสอบได้จากความเห็นพ้องภายในกลุ่ม (Kozlowski & Klein, 2000)

ทุนจิตวิทยาหรือทุนจิตวิทยาเชิงบวก (psychological capital หรือ positive psychological capital หรือ PsyCap) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self efficacy) การมองโลกในแง่ดี (optimism) ความหวัง (hope) และการฟื้นพลัง (resilience) (Luthans et al., 2007) เป็นตัวแปรจิตวิทยาที่มีการศึกษาในฐานะของตัวแปรระดับกลุ่มโดยวิธีรวมค่าข้อมูล แต่การศึกษาก่อนหน้านั้นเป็นการศึกษาในบริบทการทำงาน (Chen et al., 2021; Clapp-Smith et al., 2009; Mathe et al., 2017; Megeirhi et al., 2018; Walumbwa et al., 2011; Wu & Chen, 2018) และการศึกษา (Vanno et al., 2015) เท่านั้น การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาทุนจิตวิทยาในบริบทสุขภาพหรือเรียกว่า “ทุนจิตวิทยาด้านสุขภาพ (health PsyCap)” โดยจะศึกษาทุนจิตวิทยาด้านสุขภาพระดับบุคคลและระดับกลุ่ม (individual-level and group-level health PsyCap) ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ด้านสุขภาพ กล่าวคือเป็นการศึกษา “ทุนจิตวิทยาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับบุคคลและระดับครอบครัว (NCDs-related health PsyCap at individual-level and family-level)” โดยทุนจิตวิทยาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับครอบครัววัดได้ด้วยการรวมค่าข้อมูลทุนจิตวิทยาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสมาชิกครอบครัวแต่ละคนให้เป็นข้อมูลระดับกลุ่มหรือระดับครอบครัว การวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการขยายขอบเขตการศึกษาตัวแปรทุนจิตวิทยาระดับกลุ่มไปสู่บริบทสุขภาพที่จะช่วยเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับตัวแปรทุนจิตวิทยาในฐานะของตัวแปรระดับกลุ่มในบริบทที่มีความหลากหลายมากขึ้น

สำหรับทุนจิตวิทยาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ เช่นเดียวกับทุนจิตวิทยาแบบดั้งเดิมได้รับการนิยามว่าเป็น “การประเมินเชิงบวกต่อสถานการณ์ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และความเป็นไปได้ที่จะประสบความสำเร็จด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากการใช้ความพยายาม และความพากเพียรจากแรงจูงใจ” (วิชัย วัฒน, 2564) ทุนจิตวิทยาประเภทนี้เป็นคุณลักษณะหรือทรัพยากรทางจิตวิทยาที่มีความสำคัญต่อบุคคลเป็นอย่างมาก เนื่องจากปัจจุบัน

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือกลุ่มโรค NCDs (Non-Communicable Diseases) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและประเทศไทย ทั้งจำนวนการเสียชีวิต และภาระโรคโดยรวม (กรมควบคุมโรค, 2560) โดยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรือเสียชีวิตด้วยอายุต่ำกว่า 70 ปี ของคนไทยประกอบด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง (กรมควบคุมโรค, 2560) ดังนั้น หากบุคคลได้รับการเสริมสร้างทุนจิตวิทยาต้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก็น่าจะทำให้เกิดคุณลักษณะทางจิตวิทยาอันพึงประสงค์ที่จะส่งผลดีต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องจากผลการวิจัยเชิงประจักษ์ พบว่า ทุนจิตวิทยาต้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของบุคคล ทั้งดัชนีมวลกาย (BMI) (Harms et al., 2017; Luthans et al., 2013) และระดับคอเลสเตอรอล (Harms et al., 2017) นอกจากนี้ เมื่อบุคคลที่ได้รับการเสริมสร้างทุนจิตวิทยาต้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถ่ายทอดการเรียนรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างทุนจิตวิทยาประเภทนี้ไปสู่สมาชิกครอบครัวของตนเองก็น่าจะช่วยให้สมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ เกิดคุณลักษณะทางจิตวิทยา อันพึงประสงค์ที่จะส่งผลดีต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ซึ่งจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อครอบครัวในภาพรวมมากขึ้นสอดคล้องกับทฤษฎีระบบ (system theory) ที่ได้อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบหนึ่งของระบบ (เช่น สมาชิกครอบครัว) จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงระบบ (ครอบครัว) และสมาชิกทุกคนของครอบครัว (Ryan & Sawin, 2009) การถ่ายทอดการเรียนรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างคุณลักษณะอันพึงประสงค์ด้านสุขภาพจากสมาชิกครอบครัวคนหนึ่งไปสู่สมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ซึ่งอธิบายได้ตามแนวทางของทฤษฎีระบบจึงทำให้เกิดประโยชน์ในวงกว้างมากขึ้น และยังช่วยสนับสนุนกลยุทธการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ซึ่งทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (individual and family self-management theory) อธิบายว่าการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวจะช่วยป้องกันหรือทำให้ความเจ็บป่วยบรรเทาหรือเอื้อต่อการจัดการการควบคุมสุขภาพที่มีความซับซ้อนในแนวทางที่จะสะท้อนถึงคุณค่าของบุคคลและครอบครัว (Ryan & Sawin, 2009)

การวิจัยครั้งนี้จึงสนใจศึกษาว่าเมื่อสมาชิกครอบครัวได้รับการถ่ายทอดการเรียนรู้จากผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทุนจิตวิทยาต้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแล้ว สมาชิกครอบครัวจะมีทุนจิตวิทยาต้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดีขึ้นหรือไม่? อย่างไร? ซึ่งการศึกษาส่วนนี้จะเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลระดับบุคคล และเมื่อสมาชิกครอบครัวที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทุนจิตวิทยาต้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถ่ายทอดการเรียนรู้ไปสู่สมาชิกครอบครัวของตนเองแล้ว ทุนจิตวิทยาต้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของครอบครัวดีขึ้นหรือไม่? อย่างไร? ซึ่งการศึกษาส่วนนี้จะเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลระดับกลุ่มหรือระดับครอบครัว การวิจัยนี้จึงนับว่าเป็นประโยชน์ทั้งในแงุ่มุมวิชาการที่จะช่วยเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาตัวแปรจิตวิทยาในฐานะของตัวแปรระดับกลุ่มที่มีการวิเคราะห์ข้อมูลระดับกลุ่มด้วยวิธีรวมค่าข้อมูลระดับบุคคลเข้าด้วยกัน ซึ่งในที่นี้คือตัวแปรทุนจิตวิทยาที่ได้รับการขยายขอบเขตความสนใจไปสู่บริบทสุขภาพ และการวิจัยครั้งนี้ยังเป็นประโยชน์ต่อการเสริมสร้างคุณลักษณะหรือทรัพยากรทางจิตวิทยาที่จะเป็นประโยชน์ต่อการช่วยลดความเสี่ยงหรือบรรเทาความเจ็บป่วยจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้กับบุคคลและครอบครัวที่จะนำไปสู่การสร้างสังคมที่มีประชากรสุขภาพดี ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้กับครอบครัว สังคม และประเทศชาติได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบทุนจิตวิทยาต้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสมาชิกครอบครัว (ระดับบุคคล) ก่อนและหลังได้รับการถ่ายทอดการเรียนรู้จากผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้าง

2. เพื่อเปรียบเทียบทุนจิตวิทยา ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของครอบครัว (ระดับกลุ่มหรือระดับครอบครัว) ก่อนและหลังจากผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ ถ่ายทอดการเรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมสู่ครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แบบแผนการทดลองกลุ่มเดียววัดสองครั้ง (the one-group pretest-posttest design) โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย (1) ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทุนจิตวิทยา ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง 20 คน ซึ่งเป็นนิสิตชั้นปีที่ 4 สาขาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่เป็นอาสาสมัครกลุ่มทดลองที่จะเข้าร่วมโปรแกรม และจะถ่ายทอดการเรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมสู่ครอบครัวของตนเอง (2) สมาชิกครอบครัวของผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ 26 คน ซึ่งจะใช้สำหรับกรวิเคราะห์ข้อมูลระดับบุคคล และ (3) ครอบครัวของผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ 20 ครอบครัว ซึ่งจะใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลระดับกลุ่ม โดยแต่ละครอบครัวจะประกอบด้วยผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ และสมาชิกครอบครัวของผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ

ตัวแปรวิจัย ประกอบด้วยตัวแปรจัดกระทำ คือ การถ่ายทอดการเรียนรู้ตามแผนการถ่ายทอด ตัวแปรตาม คือ ทุนจิตวิทยา ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสมาชิกครอบครัว (ระดับบุคคล) และของครอบครัว (ระดับกลุ่มหรือระดับครอบครัว) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความหวัง และการฟื้นฟูพลัง

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

(1) แผนการถ่ายทอดการเรียนรู้

แผนการถ่ายทอดการเรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทุนจิตวิทยา ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ (1) แผนการถ่ายทอดการเรียนรู้จากกิจกรรม 1 การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการสร้างการรับรู้และความตระหนักเกี่ยวกับสถานะและพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง (2) แผนการถ่ายทอดการเรียนรู้จากกิจกรรม 2 การตั้งเป้าหมายด้านสุขภาพ (3) แผนการถ่ายทอดการเรียนรู้จากกิจกรรม 3 การสร้างความคาดหวังและฝึกอธิบายสาเหตุด้านสุขภาพเชิงบวก (4) แผนการถ่ายทอดการเรียนรู้จากกิจกรรม 4 การสร้างความเชื่อมั่นด้านสุขภาพ (5) แผนการถ่ายทอดการเรียนรู้จากกิจกรรม 5 การสร้างขีดความสามารถเพื่อเอาชนะปัญหา ด้านสุขภาพ และ (6) แผนการถ่ายทอดการเรียนรู้จากกิจกรรม 6 การสร้างแนวทางเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและครอบครัว

ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะเข้าร่วมกิจกรรม 6 กิจกรรมของโปรแกรมเสริมสร้างฯ ซึ่งพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยโมเดลการแทรกแซงทุนจิตวิทยา (Luthans et al., 2006) ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Ryan & Sawin, 2009) และทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน (Ryan, 2009) โดยจะเข้าร่วมกิจกรรม 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ (เวลารวมประมาณ 18 ชั่วโมง) และเมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละกิจกรรม ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะเขียนแผนการถ่ายทอดการเรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมไปสู่ครอบครัวโดยมุ่งเน้นการตอบสนองต่อวัตถุประสงค์สำคัญของกิจกรรมในโปรแกรมบนพื้นฐานของความเหมาะสมและความเฉพาะเจาะจงกับสมาชิกครอบครัวของตนเอง รวมทั้ง ความเป็นไปได้ที่จะดำเนินการกับสมาชิกครอบครัวภายในเวลาประมาณ 2 เดือน และมุ่งเน้นการส่งเสริมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไว้ในการทำงานที่ประจำวันหรือกิจวัตรประจำวันของครอบครัว

ตัวอย่างแผนการถ่ายทอดการเรียนรู้จากกิจกรรม 1 ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะให้ความรู้เกี่ยวกับ NCDs แก่สมาชิกครอบครัวผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น การชมวิดีโอหรือเว็บไซต์ความรู้เกี่ยวกับ NCDs หรือเล่าความรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมให้สมาชิกครอบครัวฟัง โดยจะใช้ช่วงเวลาที่อยู่ด้วยกันเปิดวิดีโอให้ความรู้ และอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมหรือนิสัยของสมาชิกครอบครัวที่จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อ NCDs หรือจากกิจกรรม 2 ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางตั้งเป้าหมายที่ดีตามหลัก SMART Goals ที่ได้เรียนรูมาจากการเข้าร่วมโปรแกรม และทำให้สมาชิกครอบครัวเห็นความสำคัญของการตั้งเป้าหมายด้านสุขภาพ พร้อมกับเชิญชวนให้ตั้งเป้าหมายด้านสุขภาพ และคิดวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพ รวมทั้งคิดถึงปัญหาอุปสรรคที่จะขัดขวางการบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพเพื่อค้นหาวิธีการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาอุปสรรคเหล่านี้ร่วมกัน เป็นต้น

(2) มาตรการทุนจิตวิทยาต้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

มาตรวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากมาตรวัดทุนจิตวิทยาต้านสุขภาพของวิธัญญา วัฒนโธ (2561) ด้วยการปรับข้อคำถามบางข้อให้เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น “ท่านเชื่อมั่นว่าสามารถป้องกันตนเองจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ได้” ปรับปรุงเป็น “ท่านเชื่อมั่นว่าสามารถป้องกันตนเองจาก “กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ได้” และ “ท่านคิดว่าถ้าท่านดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดีแล้วโอกาสที่จะเจ็บป่วยก็จะลดลง” ปรับปรุงเป็น “ท่านคิดว่าถ้าท่านดูแลสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดีแล้วโอกาสที่จะเจ็บป่วยจาก “กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ก็จะลดลง” และสร้างข้อคำถามเพิ่มเติมตามนิยามเชิงปฏิบัติการที่ได้พัฒนาขึ้น ผลการทดลองใช้มาตรวัดกับตัวอย่างวิจัยที่มีความคล้ายกับตัวอย่างวิจัยจริง 80 คน พบว่า ค่าความเที่ยง (reliability) แบบความสอดคล้องภายใน (internal consistency method) เมื่อวิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ของมาตรวัดทั้งฉบับเท่ากับ .950 และขององค์ประกอบการรับรู้ความสามารถของตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความหวัง และการฟันฝ่า ทเท่ากับ .930 .857 .855 และ .900 ตามลำดับ

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการขอใบรับรองจริยธรรมการวิจัยสำหรับโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ได้รับใบรับรองหมายเลข SWUEC/E-354/2562 และการดำเนินการทดลองตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการวิจัยแก่อาสาสมัครที่จะเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทุนจิตวิทยาต้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อให้ตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่ โดยเน้นเรื่องการรักษาข้อมูลจากการวิจัยเป็นความลับ การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์เชิงวิชาการที่จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลเมื่ออาสาสมัครยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วจึงให้ลงลายมือชื่อในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย (informed consent form)

2. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ จะเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนการจัดกิจกรรมของโปรแกรม 6 กิจกรรม (เข้าร่วมกิจกรรม 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ เวลาประมาณ 18 ชั่วโมง) โดยจะต้องเขียนแผนการถ่ายทอดการเรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมไปสู่สมาชิกครอบครัวของตนเองเมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละกิจกรรม

3. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมตอบมาตรวัดทุนจิตวิทยาต้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด โดยคะแนนนี้จะเป็คะแนนก่อนการทดลองของผู้เข้าร่วมโปรแกรม (pre-test) หรือคะแนนก่อนการถ่ายทอดการเรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมสู่ครอบครัว ซึ่งจะใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลระดับกลุ่ม

4. ผู้วิจัยขอให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการวิจัยแก่สมาชิกครอบครัวของตนเองเพื่อให้ตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่ โดยเน้นเรื่องการรักษาข้อมูลจากการวิจัยเป็นความลับ การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์เชิงวิชาการที่จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล เมื่อสมาชิกครอบครัวยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วจึงให้ลงลายมือชื่อในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

5. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมให้สมาชิกครอบครัวตอบมาตรฐานจิตวิทยา ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อวัดทุนจิตวิทยา ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนการทดลอง (pre-test)

6. ผู้เข้าร่วมโปรแกรมนำแผนการถ่ายทอดการเรียนรู้ที่ได้พัฒนาขึ้นระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมไปใช้หรือถ่ายทอดสู่สมาชิกครอบครัวของตนเองเป็นเวลาประมาณ 2 เดือน โดยระหว่าง 2 เดือนนี้ ผู้วิจัยจะสอบถาม กำกับติดตาม ให้ความช่วยเหลือ และให้คำปรึกษาแก่ผู้เข้าร่วมโปรแกรม กรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามแผนการถ่ายทอดการเรียนรู้หรือต้องการความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ

7. เมื่อสิ้นสุดการดำเนินการตามแผนการถ่ายทอดการเรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมสู่ครอบครัว ผู้เข้าร่วมโปรแกรม และสมาชิกครอบครัวของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ตอบมาตรฐานจิตวิทยา ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อวัดทุนจิตวิทยา ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลังการทดลอง (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลระดับบุคคล

ผู้วิจัยคำนวณค่าเฉลี่ยคะแนนทุนจิตวิทยา ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสมาชิกครอบครัว (ระดับบุคคล) ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทุนจิตวิทยา ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังการทดลองด้วยการทดสอบทีแบบจับคู่ (paired samples t-test) เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1

2. การวิเคราะห์ข้อมูลระดับกลุ่มหรือระดับครอบครัว

2.1 ผู้วิจัยตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลก่อนรวมค่าข้อมูลของสมาชิกแต่ละคนจากครอบครัวเดียวกันเข้าด้วยกันเพื่อทำให้ข้อมูลระดับบุคคลเป็นข้อมูลระดับกลุ่มหรือระดับครอบครัวด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficients, ICC) ประเภท ICC(1) และ ICC(2) เพื่อตรวจสอบความเที่ยงระหว่างผู้ให้คะแนน (interrater reliability) และคำนวณค่าสหสัมพันธ์ภายในกลุ่ม (r_{wg}) เพื่อตรวจสอบความเห็นพ้องระหว่างผู้ให้คะแนน (interrater agreement, IRA) โดยใช้โปรแกรมอาร์ เวอร์ชัน 3.5.3 และใช้ Package Multilevel/nlme/MASS เพื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นประเภท ICC(1) และ ICC(2) และค่าสหสัมพันธ์ภายในกลุ่ม (r_{wg})

2.2 คำนวณค่าเฉลี่ยคะแนนทุนจิตวิทยา ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับกลุ่มหรือระดับครอบครัวที่ได้จากสมาชิกครอบครัวแต่ละคนก่อนการทดลองและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนทุนจิตวิทยา ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของครอบครัวก่อนการทดลองกับหลังการทดลองด้วยการทดสอบทีแบบจับคู่เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2

ผลการวิจัย ผลการวิจัยแบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ทุนจิตวิทยา ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสมาชิกครอบครัวที่ได้รับการถ่ายทอดการเรียนรู้จากผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ : การวิเคราะห์ข้อมูลระดับบุคคล

ผู้วิจัยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทุนจิตวิทยา ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวมของสมาชิกครอบครัวก่อนและหลังจากได้รับการถ่ายทอดการเรียนรู้จากผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ ด้วยการทดสอบทีแบบจับคู่ (paired t test) พบว่า ก่อนการทดลองสมาชิกครอบครัวของผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนทุนจิตวิทยา ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวมเท่ากับ 4.188 และ 0.378 ($M = 4.188, SD = 0.378$) และหลังการทดลองสมาชิกครอบครัวของผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนทุนจิตวิทยา ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวมเท่ากับ 4.417 และ 0.395 ($M = 4.417, SD = 0.395$) เมื่อทดสอบนัยสำคัญของความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่า ทุนจิตวิทยา ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 2.821, p < .01$)

เมื่อพิจารณาคะแนนรายองค์ประกอบ พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนองค์ประกอบการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนการทดลองเท่ากับ 4.055 และ 0.545 ($M = 4.055, SD = 0.545$) และหลังการทดลองเท่ากับ 4.275 และ 0.517 ($M = 4.275, SD = 0.517$) และเมื่อทดสอบนัยสำคัญของความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 1.778, p < .05$) ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนองค์ประกอบ การมองโลกในแง่ดี ก่อนการทดลองเท่ากับ 4.301 และ 0.353 ($M = 4.301, SD = 0.353$) และหลังการทดลองเท่ากับ 4.596 และ 0.427 ($M = 4.596, SD = 0.427$) และเมื่อทดสอบนัยสำคัญของความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่า การมองโลกในแง่ดีหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 3.859, p < .01$) ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนองค์ประกอบความหวังก่อนการทดลองเท่ากับ 3.962 และ 0.495 ($M = 3.962, SD = 0.495$) และหลังการทดลองเท่ากับ 4.308 และ 0.446 ($M = 4.308, SD = 0.446$) และเมื่อทดสอบนัยสำคัญของความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่า ความหวังหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 3.350, p < .01$) ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนองค์ประกอบการฟื้นฟูพลังก่อนการทดลองเท่ากับ 4.418 และ 0.442 ($M = 4.418, SD = 0.442$) และหลังการทดลองเท่ากับ 4.500 และ 0.434 ($M = 4.500, SD = 0.434$) แต่เมื่อทดสอบนัยสำคัญของความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่า การฟื้นฟูพลังหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .832, p > .05$) ผลวิเคราะห์แสดงไว้ในตาราง 1

ตาราง 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนทุนจิตวิทยาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสมาชิกครอบครัว (ระดับบุคคล) ก่อนและหลังได้รับการถ่ายทอดการเรียนรู้จากผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ (n = 26)

ทุนจิตวิทยาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	การทดสอบ	M	SD	t	p
(1) ทุนจิตวิทยาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวม	หลังการทดลอง	4.417	0.395	2.821**	.005
	ก่อนการทดลอง	4.188	0.378		
(2) องค์ประกอบการรับรู้ความสามารถของตนเอง	หลังการทดลอง	4.275	0.517	1.778*	.044
	ก่อนการทดลอง	4.055	0.545		
(3) องค์ประกอบการมองโลกในแง่ดี	หลังการทดลอง	4.596	0.427	3.859**	.001
	ก่อนการทดลอง	4.301	0.353		
(4) องค์ประกอบความหวัง	หลังการทดลอง	4.308	0.446	3.350**	.002
	ก่อนการทดลอง	3.962	0.495		
(5) องค์ประกอบการฟื้นฟูพลัง	หลังการทดลอง	4.500	0.434	.832	.207
	ก่อนการทดลอง	4.418	0.442		

หมายเหตุ *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$), **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$), การทดสอบแบบหนึ่งทาง

ตอนที่ 2 ทุนจิตวิทยาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของครอบครัวจากการถ่ายทอดการเรียนรู้ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ สู่ครอบครัว : การวิเคราะห์ข้อมูลระดับกลุ่มหรือระดับครอบครัว

ผู้วิจัยตรวจสอบเงื่อนไขการรวมค่าข้อมูลที่ได้มาจาก 20 ครอบครัว (สมาชิกครอบครัว 2 คน จำนวน 16 ครอบครัว และสมาชิกครอบครัว 3 คน จำนวน 4 ครอบครัว) โดยนำคะแนนทุนจิตวิทยาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ และของสมาชิกครอบครัวของผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ 20 ครอบครัวมาวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ภายในกลุ่ม (r_{wg}) เพื่อตรวจสอบความเห็นพ้องระหว่างผู้ให้คะแนน (สมาชิกครอบครัวแต่ละคน) (interrater agreement, IRA) และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficients, ICC) ประเภท ICC(1) และ ICC(2) เพื่อตรวจสอบความเที่ยงระหว่างผู้ให้คะแนน (สมาชิกครอบครัวแต่ละคน) (interrater reliability) พบว่า ค่าเฉลี่ยของค่าสหสัมพันธ์ภายในกลุ่ม (r_{wg}) ของการทดสอบก่อนการทดลองเท่ากับ .961 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นประเภท ICC(1) และ ICC(2) ของการทดสอบก่อนการทดลองเท่ากับ .305 และ .503 ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยของค่าสหสัมพันธ์ภายในกลุ่ม (r_{wg}) ของการทดสอบหลังการทดลองเท่ากับ .957 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นประเภท ICC(1) และ ICC(2) ของการทดสอบหลังการทดลองเท่ากับ .237 และ .416 ตามลำดับ ผลวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของค่าสหสัมพันธ์ภายในกลุ่ม (r_{wg}) ของคะแนนทุนจิตวิทยาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งการทดสอบก่อนการทดลองและหลังการทดลองผ่านเกณฑ์ .70 ซึ่งสะท้อนว่าคะแนนสอดคล้องกันระดับสูง (Bliese, 2000) คะแนนทุนจิตวิทยาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงสามารถรวมค่าข้อมูลจากระดับบุคคลให้เป็นระดับกลุ่มหรือระดับครอบครัวได้ เนื่องจากกลุ่ม (ครอบครัว) มีแนวโน้มของการรับรู้ร่วมกัน (James et al., 1993) ส่วนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นประเภท ICC(1) ซึ่ง Snijders et al. (1999 อ้างถึงใน สุพัตรา สุกุลศรีประเสริฐ, 2560) ระบุว่าควรจะมีมากกว่า .05 ก็พบว่าผ่านเกณฑ์เช่นกันทั้งการทดสอบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ส่วนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นประเภท ICC(2) ของการทดสอบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง แม้ว่าจะต่ำกว่าเกณฑ์ .70 ที่ได้กำหนดขึ้นโดย

Bliese (2000) แต่ก็ยังอยู่ในช่วงคะแนน .40 - .75 ที่เป็นช่วงคะแนนระดับพอใช้ได้ (Fleiss, 1986) โดยค่า ICC(2) นั้น Klein and Kozlowski (2000) อธิบายว่าจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนสมาชิกกลุ่ม ซึ่งเมื่อพิจารณาข้อมูลจากการวิจัยนี้ จะเห็นได้ว่าจำนวนสมาชิกกลุ่มหรือสมาชิกครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ คือ จำนวนสมาชิก 2 - 3 คน เท่านั้นจึงทำให้ค่า ICC(2) ต่ำกว่าเกณฑ์ได้ ผลการตรวจสอบเงื่อนไขการรวมค่าข้อมูลแสดงไว้ในตาราง 2

ตาราง 2 การตรวจสอบเงื่อนไขการรวมค่าข้อมูลคะแนนทุนจิตวิทยา ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับบุคคลให้เป็นระดับกลุ่มหรือระดับครอบครัว

	ค่าเฉลี่ยของ ค่าสหสัมพันธ์ภายในกลุ่ม (r_{wg})	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ภายในชั้น (ICC)	
		ICC(1)	ICC(2)
การทดสอบก่อนการทดลอง (pretest)	.961	.305	.503
การทดสอบหลังการทดลอง (posttest)	.957	.237	.416

ผู้วิจัยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทุนจิตวิทยา ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวมของครอบครัวก่อนและหลังจากผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ ถ่ายทอดการเรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมสู่ครอบครัว ด้วยการทดสอบทีแบบจับคู่ (paired t test) พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทุนจิตวิทยา ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวมของครอบครัวก่อนการทดลองเท่ากับ 4.242 และ 0.247 ($M = 4.242$, $SD = 0.247$) และหลังการทดลองเท่ากับ 4.408 และ 0.265 ($M = 4.408$, $SD = 0.265$) เมื่อทดสอบนัยสำคัญของความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่า ทุนจิตวิทยา ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 3.496$, $p < .01$)

เมื่อพิจารณาคะแนนรายองค์ประกอบ พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน องค์ประกอบ การรับรู้ความสามารถของตนเองของครอบครัวก่อนการทดลองเท่ากับ 4.105 และ 0.313 ($M = 4.105$, $SD = 0.313$) และหลังการทดลองเท่ากับ 4.274 และ 0.311 ($M = 4.274$, $SD = 0.311$) เมื่อทดสอบนัยสำคัญของความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองของครอบครัวหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.766$, $p < .05$) ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของคะแนนองค์ประกอบ การมองโลกในแง่ดีของครอบครัวก่อนการทดลองเท่ากับ 4.353 และ 0.257 ($M = 4.353$, $SD = 0.257$) และหลังการทดลองเท่ากับ 4.588 และ 0.295 ($M = 4.588$, $SD = 0.295$) เมื่อทดสอบนัยสำคัญของความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่า การมองโลกในแง่ดีของครอบครัวหลังการทดลองสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 4.680$, $p < .001$) ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของคะแนนองค์ประกอบ ความหวังของครอบครัวก่อนการทดลองเท่ากับ 4.088 และ 0.272 ($M = 4.088$, $SD = 0.272$) และหลังการทดลองเท่ากับ 4.244 และ 0.303 ($M = 4.244$, $SD = 0.303$) เมื่อทดสอบนัยสำคัญของความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่า ความหวังของครอบครัวหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.313$, $p < .05$) ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน องค์ประกอบ การฟื้นฟูพลังของครอบครัวก่อนการทดลองเท่ากับ 4.417 และ 0.321 ($M = 4.417$, $SD = 0.321$) และ หลังการทดลองเท่ากับ 4.530 และ 0.349 ($M = 4.530$, $SD = 0.349$) แต่เมื่อทดสอบนัยสำคัญของความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ย พบว่า การฟื้นฟูพลังของครอบครัวหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.430$, $p > .05$) ผลการวิเคราะห์แสดงไว้ในตาราง 3

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนทุนจิตวิทยาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของครอบครัว (ระดับกลุ่มหรือระดับครอบครัว) ก่อนและหลังจากผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ ถ่ายทอดการเรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมสู่ครอบครัว (n = 20)

ทุนจิตวิทยาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับ						
กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	การทดสอบ	M	SD	t	p	
(1) ทุนจิตวิทยาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวม	หลังการทดลอง	4.408	0.265	3.496**		.002
	ก่อนการทดลอง	4.242	0.247			
(2) องค์ประกอบการรับรู้ความสามารถของ ตนเอง	หลังการทดลอง	4.274	0.311	2.766*		.012
	ก่อนการทดลอง	4.105	0.313			
(3) องค์ประกอบการมองโลกในแง่ดี	หลังการทดลอง	4.588	0.295	4.680***		.000
	ก่อนการทดลอง	4.353	0.257			
(4) องค์ประกอบความหวัง	หลังการทดลอง	4.244	0.303	2.313*		.032
	ก่อนการทดลอง	4.088	0.272			
(5) องค์ประกอบการฟื้นฟูพลัง	หลังการทดลอง	4.530	0.349	1.430		.169
	ก่อนการทดลอง	4.417	0.321			

หมายเหตุ *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p < .05), **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p < .01), การทดสอบแบบหนึ่งทาง

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ตรวจสอบการจัดกระทำ (manipulation check) เพื่อตรวจสอบว่าเมื่อสิ้นสุดช่วงของการถ่ายทอดการเรียนรู้ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทุนจิตวิทยาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสู่ครอบครัวแล้ว ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ ซึ่งทำหน้าที่ถ่ายทอดการเรียนรู้สู่สมาชิกครอบครัวของตนเอง และสมาชิกครอบครัวของผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้รับการพัฒนาตามหัวข้อ/วัตถุประสงค์ของกิจกรรมของโปรแกรมเป็นอย่างไร? โดยวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า คะแนนการได้รับการพัฒนาตามหัวข้อ/วัตถุประสงค์ของกิจกรรมที่มี 19 รายการอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.370 - 4.022 (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ทุนจิตวิทยาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวมของสมาชิกครอบครัว (ระดับบุคคล) และของครอบครัว (ระดับกลุ่มหรือระดับครอบครัว) เพิ่มขึ้นหลังจากผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ ถ่ายทอดการเรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทุนจิตวิทยาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสู่ครอบครัว ซึ่งน่าจะมีสาเหตุมาจากผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์ และออกแบบกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมเสริมสร้างฯ เพื่อเสริมสร้างองค์ประกอบต่าง ๆ ของทุนจิตวิทยาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไว้อย่างชัดเจนบนพื้นฐานของแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยโมเดลการแทรกแซงทุนจิตวิทยา (Luthans et al., 2006) ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Ryan & Sawin, 2009) และทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน (Ryan, 2009) โดยกิจกรรมในโปรแกรมเสริมสร้างฯ จะมีกิจกรรมหลักสำหรับการเสริมสร้าง แต่ละองค์ประกอบของทุนจิตวิทยาด้านสุขภาพโดยเฉพาะแล้วยังมีกิจกรรมรองที่จะช่วยเสริมสร้างแต่ละองค์ประกอบของทุนจิตวิทยาด้านสุขภาพด้วยทำให้องค์ประกอบต่าง ๆ ได้รับการเสริมสร้างผ่านกิจกรรมหลักและกิจกรรมรองหลายกิจกรรม ซึ่งเมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ เกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ของแต่ละกิจกรรมแล้วก็ได้กำหนดแผนการถ่ายทอดการเรียนรู้สู่ครอบครัวของตนเอง โดยมุ่งเน้น

การตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ของกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมด้วยการส่งเสริมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกครอบครัวผ่านการทำหน้าที่ประจำวันหรือชีวิตประจำวันของสมาชิกครอบครัว ซึ่งการประยุกต์กิจกรรมด้านสุขภาพให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันนี้มีความสอดคล้องกับทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ซึ่งสนับสนุนให้รวมพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพไว้ในการทำหน้าที่ประจำวันของบุคคลและครอบครัว (Ryan & Sawin, 2009) สมาชิกครอบครัวของผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ จึงได้รับการถ่ายทอดการเรียนรู้ในลักษณะของการประยุกต์กับการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของตนเองหรือบูรณาการให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันจึงน่าจะเป็นสาเหตุทำให้สมาชิกครอบครัวที่ได้รับการถ่ายทอดการเรียนรู้จากผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ ตามแนวทางนี้มีทุนจิตวิทยาต้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวมเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ ยังเลือกใช้หรือออกแบบการถ่ายทอดการเรียนรู้ได้ตามความต้องการ ความถนัดหรือความชอบส่วนบุคคล โดยพิจารณาตามความเหมาะสมและความเฉพาะเจาะจงกับสมาชิกครอบครัวของตนเอง ตลอดจนสิ่งสนับสนุน และข้อจำกัดต่าง ๆ ของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เปรียบเทียบกับความชอบส่วนบุคคล ความเป็นเหตุผลที่มีความหมายส่วนบุคคล ทรัพยากรที่มีอยู่ กฎเกณฑ์และขอบเขตของครอบครัว และยังเป็นการแทรกแซงที่มีบุคคลและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถ ความยืดหยุ่นผูกพัน และความปรารถนาของบุคคลและครอบครัวที่จะจัดการตนเองตามที่ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวได้อธิบายไว้ในข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎี (Ryan & Sawin, 2009) กล่าวคือ ปัจจัยต่าง ๆ ข้างต้นนี้จะช่วยทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ และสมาชิกครอบครัวของผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ มีความสามารถ มีความยืดหยุ่นผูกพัน และมีความปรารถนาที่จะจัดการตนเองด้านสุขภาพเมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ ถ่ายทอดการเรียนรู้สู่สมาชิกครอบครัวของตนเองแล้วจึงทำให้สมาชิกครอบครัว (ระดับบุคคล) มีทุนจิตวิทยาต้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวมเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ การถ่ายทอดการเรียนรู้ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ สู่สมาชิกครอบครัวทำให้เกิดกิจกรรมด้านสุขภาพร่วมกันระหว่างสมาชิกครอบครัวผ่านการทำหน้าที่ประจำวันหรือการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งการทำกิจกรรมด้านสุขภาพร่วมกันของสมาชิกครอบครัวทำให้สมาชิกแต่ละคนได้รับการเสริมสร้างทุนจิตวิทยาต้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไปด้วยกัน รวมทั้ง ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ ซึ่งเป็นสมาชิกครอบครัว คนหนึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ถ่ายทอดการเรียนรู้สู่ครอบครัวของตนเองก็ทำให้ได้รับการพัฒนาตามหัวข้อการเรียนรู้ที่ได้ถ่ายทอดไปสู่สมาชิกครอบครัวของตนเองเพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้น เมื่อรวมค่าข้อมูลคะแนนทุนจิตวิทยาต้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสมาชิกครอบครัวทุกคนเข้าด้วยกัน ทั้งจากผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ ซึ่งทำหน้าที่ถ่ายทอดการเรียนรู้ และสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ซึ่งเป็นผู้ได้รับการถ่ายทอดการเรียนรู้ จึงทำให้ทุนจิตวิทยาต้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวมของครอบครัว (ระดับกลุ่มหรือระดับครอบครัว) เพิ่มขึ้นเช่นกัน

สำหรับผลการวิจัยเกี่ยวกับองค์ประกอบย่อยของทุนจิตวิทยาต้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า องค์ประกอบการรับรู้ความสามารถของตนเอง การมองโลกในแง่ดี และความหวังของ สมาชิกครอบครัว (ระดับบุคคล) และของครอบครัว (ระดับกลุ่มหรือระดับครอบครัว) เพิ่มขึ้นหลังจากผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ ถ่ายทอดการเรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมสู่ครอบครัว แต่ไม่พบว่าองค์ประกอบการฟื้นฟูพลังของสมาชิกครอบครัว (ระดับบุคคล) เพิ่มขึ้นหลังจากผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ ถ่ายทอดการเรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมสู่ครอบครัวซึ่งน่าจะมีสาเหตุมาจากคะแนนองค์ประกอบการฟื้นฟูพลังของสมาชิกครอบครัวก่อนได้รับการถ่ายทอดการเรียนรู้จากผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ อยู่ในระดับสูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับองค์ประกอบอื่น ๆ คือ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.418 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน จึงทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนองค์ประกอบการฟื้นฟูพลังของสมาชิก

ครอบครัวเพิ่มขึ้นได้อีกเพียงเล็กน้อยหลังได้รับการถ่ายทอดการเรียนรู้จากผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ ประกอบกับสมาชิกครอบครัวของผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ อาจจะยังไม่ได้รับการพัฒนาดตามหัวข้อที่ใช้เพื่อเสริมสร้างการฟื้นฟูพลังมากนักโดยพิจารณาจากการตรวจสอบผลการจัดกระทำในหัวข้อที่ใช้เพื่อเสริมสร้างการฟื้นฟูพลัง ได้แก่ “การประเมินระดับผลกระทบ และระดับการควบคุมการหยุดชะงักของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่จะช่วยป้องกันหรือลดความเสี่ยงจากความเจ็บป่วยจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” “การระบุวิธีปฏิบัติหรือการโต้ตอบของตนเองต่อการหยุดชะงักของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” และ “แนวทางปฏิบัติหรือการโต้ตอบต่อการหยุดชะงักของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนที่ได้รับการประเมินโดยสมาชิกครอบครัวของผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ อยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น โดยมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M = 3.013$) เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยคะแนนจากหัวข้อที่ใช้เพื่อเสริมสร้างองค์ประกอบอื่น ๆ จากข้อมูลข้างต้นนี้จึงน่าจะเป็นสาเหตุทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนองค์ประกอบฟื้นฟูพลังของสมาชิกครอบครัวของผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากได้รับการถ่ายทอดการเรียนรู้จากผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ นอกจากนี้ก็ไม่พบว่าองค์ประกอบฟื้นฟูพลังของครอบครัว (ระดับกลุ่มหรือระดับครอบครัว) เพิ่มขึ้นหลังจากผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ ถ่ายทอดการเรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมสู่ครอบครัวเช่นกัน ซึ่งน่าจะมีสาเหตุมาจากคะแนนองค์ประกอบฟื้นฟูพลังของครอบครัวก่อนได้รับการถ่ายทอดการเรียนรู้อยู่ในระดับสูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับองค์ประกอบอื่น ๆ คือ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.417 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน จึงทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนองค์ประกอบฟื้นฟูพลังของครอบครัวเพิ่มขึ้นได้อีกเพียงเล็กน้อยประกอบกับสมาชิกครอบครัวที่ได้รับการถ่ายทอดการเรียนรู้จากผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ อาจจะได้รับการพัฒนาดตามหัวข้อที่ใช้เพื่อเสริมสร้างองค์ประกอบฟื้นฟูพลังไม่มากนักตามข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนผลการตรวจสอบการจัดกระทำในหัวข้อที่ใช้เสริมสร้างองค์ประกอบฟื้นฟูพลังที่อยู่ในระดับต่ำสุดตามที่ได้อภิปรายไว้ข้างต้น และเมื่อนำคะแนนองค์ประกอบฟื้นฟูพลังจากสมาชิกครอบครัวมารวมเข้าด้วยกันเพื่อทำให้เป็นคะแนนระดับกลุ่มหรือระดับครอบครัวจึงทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนองค์ประกอบฟื้นฟูพลังของครอบครัวเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. การถ่ายทอดหรือส่งต่อทุนจิตวิทยาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากสมาชิกครอบครัวคนหนึ่งไปสู่สมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ตามแนวทางที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแนวทางที่มีประสิทธิผลแต่ควรเพิ่มเติมหรือค้นหาวิธีการที่จะช่วยพัฒนาการตีกรอบและการโต้ตอบต่อการหยุดชะงักของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างองค์ประกอบฟื้นฟูพลังของสมาชิกครอบครัวมากขึ้น
2. การวิจัยครั้งนี้ขยายผลการเสริมสร้างทุนจิตวิทยาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังผ่านการถ่ายทอดการเรียนรู้จากผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ สู่ครอบครัวของตนเอง การวิจัยครั้งต่อไปอาจจะให้สมาชิกครอบครัวที่สนใจจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมเสริมสร้างฯ เพื่อทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ในโปรแกรมโดยตรงแทนการรับการถ่ายทอดการเรียนรู้จากผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างฯ ที่เป็นสมาชิกครอบครัวของตนเอง ซึ่งอาจจะทำให้ได้ข้อค้นพบเกี่ยวกับผลการเสริมสร้างที่มีความแตกต่างจากการวิจัยครั้งนี้
3. การวิจัยครั้งนี้วัดทุนจิตวิทยาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของครอบครัวด้วยวิธีการรวมค่าข้อมูลระดับบุคคลให้เป็นระดับกลุ่มหรือระดับครอบครัวตามโมเดลความสอดคล้องโดยตรง (direct consensus model) ซึ่งวัดทุนจิตวิทยาด้วยข้อคำถามที่ใช้ตัวบุคคลเป็นจุดอ้างอิง เช่น “ท่านเชื่อมั่นว่าสามารถ

◆ การถ่ายทอดการเรียนรู้ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างทุนจิตวิทยาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสู่ครอบครัว : การวิเคราะห์ข้อมูลระดับบุคคลและระดับครอบครัว

ป้องกันตนเองจาก “กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ได้” การวิจัยครั้งต่อไปควรใช้วิธีรวมค่าข้อมูลระดับบุคคลให้เป็นระดับกลุ่มหรือระดับครอบครัวตามโมเดลความสอดคล้องแบบเปลี่ยนจุดอ้างอิง (referent-shift consensus model) ซึ่งวัดทุนจิตวิทยาด้วยข้อคำถามที่ใช้กลุ่มหรือครอบครัวเป็นจุดอ้างอิง เช่น “ครอบครัวของท่านเชื่อมั่นว่าสามารถป้องกันตนเองจาก “กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ได้”

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมควบคุมโรค. (2560). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564). กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. <http://thaincd.com/2016/mission/activity-detail.php?id=13065&tid=31,15&gid=1-015-005>

วิธัญญา วัฒน. (2561). การพัฒนามาตรวัดทุนจิตวิทยาด้านสุขภาพสำหรับคนไทย. คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

วิธัญญา วัฒน. (2564). โปรแกรมเสริมสร้างทุนจิตวิทยาด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : การพัฒนาและประเมินผลโปรแกรม และการถ่ายทอดการเรียนรู้จากผู้เข้าร่วมโปรแกรมสู่ครอบครัว. คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

สุพัตรา สกฤตศรีประเสริฐ. (2560). ปัจจัยเชิงเหตุและผลของรูปแบบการกินอาหารของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนปลาย : การวิเคราะห์แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์หุระดับ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทชั้นปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ภาษาอังกฤษ

Awuor, N. O., Weng, C., & Militar, R. (2022). Teamwork competency and satisfaction in online group project-based engineering course: The cross-level moderating effect of collective efficacy and flipped instruction. *Computers & Education*, 176, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2021.104357>

Bliese, P. D. (2000). Within-group agreement, non-independence, and reliability: Implications for data aggregation and analysis. In K. J. Klein & S. W. J. Kozlowski (Eds.), *Multilevel theory, research, and methods in organizations: Foundations, extensions, and new directions* (pp. 349-381). Jossey-Bass.

Chan, D. (1998). Functional relations among constructs in the same content domain at different levels of analysis: A typology of composition models. *Journal of Applied Psychology*, 83(2), 234-246.

Chen, C. C., Wang, Y., Chen, S. J., Fosh, P., & Wang, R. (2021). High commitment work system and firm performance: Impact of psychological capital and environmental uncertainty. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 59(1), 132-151. <https://doi.org/10.1111/1744-7941.12246>

Clapp-Smith, R., Vogelgesang, G. R., & Avey, J. B. (2009). Authentic leadership and positive psychological capital the mediating role of trust at the group level of analysis. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 15(3), 227-240. <https://doi.org/10.1177%2F1548051808326596>

- Fleiss, J. L. (1986). The design and analysis of clinical experiments. John Wiley & Sons.
- Gross, C., Debus, M. E., Ingold, P. V., & Kleinmann, M. (2021). Too much self-promotion! How self-promotion climate relates to employees' supervisor-focused self-promotion effectiveness and their work group's performance. *Journal of Organizational Behavior*, 42(8), 1042-1059. <https://doi.org/10.1002/job.2547>
- Harms, P. D., Vanhove, A., & Luthans, F. (2017). Positive projections and health: An initial validation of the implicit psychological capital health measure. *Applied Psychology*, 66(1), 78-102.
- Kirkman, B. L., Tesluk, P. E., & Rosen, B. (2001). Assessing the incremental validity of team consensus ratings over aggregation of individual-level data in predicting team effectiveness. *Personnel Psychology*, 54(3), 645-667. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2001.tb00226.x>
- Klein, K. J., & Kozlowski, S. W. (2000). From micro to meso: Critical steps in conceptualizing and conducting multilevel research. *Organizational Research Methods*, 3 (3) , 2 1 1- 2 3 6 . <http://dx.doi.org/10.1177/109442810033001>
- Kozlowski, S. W. J., & Klein, K. J. (2000). A multilevel approach to theory and research in organizations: Contextual, temporal, and emergent processes. In K. J. Klein & S. W. J. Kozlowski (Eds.), *Multilevel theory, research, and methods in organizations: Foundations, extensions, and new directions* (pp. 3-90). Jossey-Bass.
- Luthans, F., Avey, J. B., Avolio, B. J., Norman, S. M., & Combs, G. M. (2006). Psychological capital development: Toward a micro-intervention. *Journal of Organizational Behavior*, 27(3), 387-393.
- Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. Oxford University Press.
- Luthans, F., Youssef, C. M., Sweetman, D. S., & Harms, P. D. (2013). Meeting the leadership challenge of employee well-being through relationship PsyCap and Health PsyCap. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 20(1), 118-133.
- Mathe, K., Scott-Halsell, S., Kim, S., & Krawczyk, M. (2017). Psychological capital in the quick service restaurant industry: A study of unit-level performance. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 41(7), 823-845. <https://doi.org/10.1177%2F1096348014550923>
- Megeirhi, H. A., Kilic, H., Avci, T., Afsar, B., & Abubakar, A. M. (2018). Does team psychological capital moderate the relationship between authentic leadership and negative outcomes: An investigation in the hospitality industry, *Economic Research-Ekonomiska Istraživanja*, 31(1), 927-945. <https://doi.org/10.1080/1331677X.2018.1442234>
- Morgeson, F. P., & Hofmann, D. A. (1999). The structure and function of collective constructs: Implications for multilevel research and theory development. *Academy of Management Review*, 24(2), 249-265. <https://doi.org/10.5465/amr.1999.1893935>

- Olsson, G., Låftman, S. B., & Modin, B. (2017). School collective efficacy and bullying behaviour: A multilevel study. *International journal of environmental research and public health*, 14(12), 1607. <https://doi.org/10.3390/ijerph14121607>
- Ryan, P. (2009). Integrated theory of health behavior change: Background and intervention development. *Clinical Nurse Specialist CNS*, 23(3), 161-172.
- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*, 57(4), 217-225.
- van Mierlo, H., Vermunt, J. K., & Rutte, C. G. (2009). Composing group-level constructs from individual-level survey data. *Organizational Research Methods*, 12(2), 368-392. <https://doi.org/10.1177/2F1094428107309322>
- Vanno, V., Kaemkate, W., & Wongwanich, S. (2015). Effect of group-level positive psychological capital on group effectiveness of Thai students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 171, 1309-1314. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.246>
- Walumbwa, F. O., Luthans, F., Avey, J. B., & Oke, A. (2011). Authentically leading groups: The mediating role of collective psychological capital and trust. *Journal of Organizational Behavior*, 32(1), 4-24. <https://doi.org/10.1002/job.653>
- Wu, C. M., & Chen, T. J. (2018). Collective psychological capital: Linking shared leadership, organizational commitment, and creativity. *International Journal of Hospitality Management*, 74, 75-84. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2018.02.003>

Translated Thai References

- Department of Disease Control. (2017). Five-year national strategic plan for the non-communicable disease prevention and control (2017-2021). Department of Disease Control, Ministry of Public Health. <http://thaincd.com/2016/mission/activity-detail.php?id=13065&tid=31,15&gid=1-015-005>
- Sakulsriprasert, S. (2017). Antecedents and consequences of eating styles among female high school students: Multilevel structural equation modeling [Unpublished doctoral dissertation]. Srinakharinwirot University.
- Vanno, V. (2018). The development of health psychological capital scale for Thai populations. Faculty of Humanities, Srinakharinwirot University.
- Vanno, V. (2021). Non-communicable disease-related health psychological capital enhancement program: The development and evaluation of program, and the transmission of learning from program participants to their families. Faculty of Humanities, Srinakharinwirot University