

รายงานการวิจัยฉบับที่ 128 เรื่อง

การบริหารจัดการและประเมินโครงการเพื่อ
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

(Project Management and Evaluation for Health Behavior

Modification of the Hospitals in Bangkok Metropolis)

คณะผู้วิจัย

ผศ.ดร.อังคินันท์	ฉันทระก่าแหง
อ.ทัศน	ทองภักดี
นายวรธรรม์	เนตรทิพย์
ภญ.พัชร	ทองจันทร์

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รายงานฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2553

คำนำ

“การบริหารจัดการและประเมินโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร” เป็นลักษณะโครงการวิจัยเชิงประเมินผล ที่สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว) ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร (สปสช.) คณะผู้ดำเนินโครงการได้ใช้องค์ความรู้ทางพฤติกรรมศาสตร์เป็นหลักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนและบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโดยมีสถานพยาบาล จำนวน 12 แห่ง ที่มีที่ตั้งอยู่ในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานครที่ร่วมจัดการบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางกายและจิตใจ และจากการประเมินโครงการดังกล่าวนี้ ได้ผลยืนยันอย่างชัดเจนว่าสถานพยาบาลที่จัดบริการและประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้ประยุกต์แนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์ในเรื่อง การปรับพฤติกรรม มาเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้านของตนเอง หรือ 3 Self ประกอบด้วย ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self-efficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพ (Self-regulation) และการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) ทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้ดีขึ้น

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ จึงใคร่ขอขอบพระคุณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร (สปสช.) และผู้บริหารของ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว) ที่ได้ให้การสนับสนุน สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ให้ดำเนินโครงการนี้มาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ขอขอบพระคุณคณะผู้ดำเนินโครงการทุกท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผศ.ดร.อังสินันท์ อินทรกำแหง หัวหน้าคณะผู้ดำเนินโครงการและคณะทำงาน ที่ได้บริหารจัดการโครงการนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลงานวิจัยเรื่องนี้จะ เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อไป

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพินทร์ ขุขม)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

**รายงานสรุปผล การดำเนินงานโครงการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
ของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร**

(Result Report of Managing Program for Health Behavior

Modification of Hospitals in Bangkok Metropolis)

อังคินันท์ อินทรกำแหงและคณะ

บทสรุปผู้บริหาร

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงประเมิณผลโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ประเมินผลการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครตามกรอบแนวคิด CIPP Model และ Logic Model 2) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองของผู้เข้าร่วมโครงการของสถานพยาบาลที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ 3) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัด ได้แก่ ค่า BMI ไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต จำนวนการสูบบุหรี่ และค่าต่าง ๆ ตามที่แต่ละโครงการกำหนดของผู้เข้าร่วมโครงการของสถานพยาบาลที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ 4) เพื่อศึกษาปัจจัยด้านความพึงพอใจต่อโครงการ และด้านพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ที่มีต่อภาวะโภชนาการ และ 5) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้เป็นการบริหารจัดการและประเมินผลโครงการที่ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาล ที่ให้บริการในเขตกรุงเทพมหานคร ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2552 – มกราคม 2553 จำนวน 12 หน่วยงานรวม 21 โครงการ โดยกลุ่มตัวอย่าง ผู้รับบริการ เป็นผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงต่อโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง รวม 2,970 คน เครื่องมือที่ใช้ในประเมินโครงการเป็นแบบสอบถามประมาณค่า 4 ระดับรวม 21 ข้อและแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างพัฒนามาจากแนวคิดการประเมินโครงการ CIPP Model และ Logic Model โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหัวหน้าโครงการ 21 คน กลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ 21 คนและผู้เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 84 คน และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-efficacy) แบบสอบถามการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-regulation) แบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.73 -0.85 ผลการวิจัย พบว่า

1. ระหว่างดำเนินโครงการ พบว่า ผลการนิเทศและประเมินความเป็นไปได้ที่จะดำเนินโครงการได้สำเร็จโดยรวมทั้ง 4 ด้านคือ ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ จาก

ความคิดเห็นของ 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มผู้เข้ารับบริการ (คะแนนเฉลี่ย 3.64) และกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ (คะแนนเฉลี่ย 3.69) มีความคิดเห็นสอดคล้องกันโดยรวมว่าอยู่ในระดับดีมาก ส่วนความคิดเห็นของหัวหน้าโครงการตนเองพบว่า อยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.50)

2. ภายหลังการเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน(การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. หลังจากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีค่าตัวชี้วัดด้านชีวเคมี ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ค่าความดันโลหิตบน (Systolic) ค่าความดันโลหิตล่าง (Diastolic) ค่ารอบเอววัดเป็นนิ้ว ค่ารอบเอวหารสะโพก (WHR) ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันสะสมในร่างกาย ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ลดลง และค่าคะแนนคุณภาพชีวิต สูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ภายหลังการเข้าร่วมโครงการ พบว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการที่มีภาวะโภชนาการต่ำ ($BMI \leq 25.00$) มีพฤติกรรมกำกับการกำกับตนเอง และมีการดูแลสุขภาพของตนเอง สูงกว่า กลุ่มที่มีภาวะโภชนาการสูง ($BMI > 25.00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการที่มีภาวะโภชนาการต่ำ ($BMI \leq 25.00$) มีความพึงพอใจต่อโครงการมากกว่ากลุ่มที่มีภาวะโภชนาการสูง ($BMI > 25.00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้เข้าร่วมโครงการที่มีภาวะโภชนาการต่ำ ($BMI \leq 25.00$) มีการรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มที่มีภาวะโภชนาการสูง ($BMI > 25.00$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ปัจจัยที่ทำให้โครงการสำเร็จ ประกอบด้วย เงินทุนสนับสนุนจาก สปสช. ผู้บริหารและคณะทำงานมีความตั้งใจ ให้ความสำคัญ และ ผู้เข้าร่วมโครงการมีความพยายาม ตระหนักในปัญหา และเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง มีการประชาสัมพันธ์ ทัวถึง มีวิทยากร ที่มีความเชี่ยวชาญ รูปแบบกิจกรรมมีความหลากหลาย เหมาะสมกับวัยและความต้องการของผู้เข้าร่วมโครงการ สัมพันธภาพที่ดีระหว่าง ทีมงานและผู้เข้าร่วมโครงการ การได้รับโอกาสและองค์ความรู้ทางพฤติกรรมศาสตร์จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

6. ปัญหาอุปสรรค ได้แก่ ผู้เข้าร่วมโครงการ มีความหลากหลาย บางคนติดภารกิจส่วนตัว บางคนยังไม่เห็นความสำคัญ มีโรคประจำตัว ผู้จัดอาจดูแลไม่ทั่วถึง อุปสรรคในการติดต่อสื่อสาร และติดตามผู้เข้าร่วมโครงการ ขาดการ ประชาสัมพันธ์ ต่อเนื่อง ต้องใช้วิทยากรเป็นทีมสหวิทยากรจำนวนมาก มีปัญหาในการบันทึกโปรแกรม BPPDS

7. ข้อเสนอแนะ ได้แก่ ควรมีการดำเนิน การติดตามผู้เข้าร่วมโครงการ ต่อเนื่อง ควรมีการคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการที่ต้องการปรับพฤติกรรมจริง มีเจ้าหน้าที่ดูแลเฉพาะที่สูงอายุหรืออ่านออกเขียนไม่ได้ ควรตั้งชมรมจัดทำเครือข่ายมีทำเนียบรุ่น ควรผลักดันให้โรงพยาบาลนำแนวคิด 3 Self ไปใช้ทั่วถึง ควรอนุมัติงบประมาณเร็วขึ้น ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้น

Result Report of Managing Program for Health Behavior Modification of Hospitals in Bangkok Metropolis

Ungsinun Intarakamhang and others

Executive Summary

The objectives of this evaluative research were 1) to evaluate managing program for health behavior modification base on principles of PROMISE Model and 3 Self, 2) to explore the outcomes of supervision and evaluation for health behavior modification programs conducted by the participated hospital in Bangkok area, according to the program indicators, 3) to compare behavior change and biochemical indicators between before and after program completion, and 4) to study factors affecting program success and barrier to the program implementation. Totally, 21 health behavior modification programs conducted by 12 hospitals in Bangkok area; these were managed and evaluated during May, 2009 – January, 2010. The sample was 2,970 outpatients, inpatients and unhealthy lifestyle people who were at risk for metabolic diseases. Three study instruments were 1) a 21-item questionnaire, in forms of a 4-point rating scale, 2) a structured interviewing form based on CIPP Model and Logic Model to collect data from 3 groups of respondents, including 21 program leaders, 21 commanders of program leaders, and 84 clients, and 3) health behavior questionnaires for assessing 3 Self including self-efficacy, self-regulation, and self-care. The reliability of this 3 Self questionnaires was between 0.73 and 0.85. Research findings as follows:

1. During program implementation, it was found that results of evaluation from supervision about the feasibility for program success based on CIPP Model revealed that opinions on the context, input, process, and product were at the good to very good level in total among 3 groups of respondents; including program leaders, commanders of program leaders, and clients.

2. After participating in the program, health behaviors of the participants (in self-efficacy, self-regulation, and self-care) were statistically significant higher than before their participation at 0.05 level.

3. After participating in the program, the participants had a better change according to the program indicators which were as follows: BMI, systolic blood pressure, diastolic blood pressure, waist, waist to hip ratio, FBS, Cholesterol, HbA1c, and poor

quality of life were statistically significant lower than those before participating in the program at 0.05 level .

4. After participating in the program, participants in lower BMI mean group were not statistically significant higher self-efficacy than in higher BMI mean group. But, were statistically significant higher self-regulation, self-care and satisfaction about attending the program than in higher BMI mean group at 0.05 level.

5. Factors affecting program success consisted of budget from the National Health Security Office (NHSO), intention of provider team and administrators, willingness of clients, awareness in their health problems of clients, expertly instructors, strong staff cooperation, interesting and various activities, continuing information, good relationship, guidelines about behavior change learned from the Srinakharinwirot University (SWU).

6. Barriers to the program implementation included dropping out of clients during the program because of busy, illness and unawareness in their health problems, low communicate and follow up, insufficient of budget and multidiscipline of instructors, discontinuity of public relation about program, and problem of recording BPPDS database program.

7. Suggestions based on the program evaluation were: the program should be continually implemented and follow up the clients, selected clients in their health problems truthfully, enough staffs in taking care the elders and do not read and write, the BPPDS program should be improved in order to suitably support, should set network of clients or good health groups, push concept of 3 Self to distribute in other hospitals, and promoted participation community in health behavior modification activities.

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1: บทนำ	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
ขอบเขตการศึกษา	6
กรอบแนวคิดในการประเมินผลโครงการ	10
กรอบการดำเนินโครงการบริหารจัดการและประเมินผลโครงการ	11
นิยามปฏิบัติการ	12
สมมติฐานการวิจัย	14
บทที่ 2: เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	15
สถานการณ์ภาวะสุขภาพของคนไทย	15
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเทคนิคการพัฒนาสุขภาพ	31
ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	41
การบริหารจัดการและประเมินโครงการตาม CIPP Model	51
การประเมินโครงการแบบ 360 องศา และ Logic Model	56
แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ 3Self และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	60
แนวคิดการบริหารและการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	
ด้วยหลัก PROMISE และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	85
บทที่ 3: วิธีดำเนินการวิจัย	107
กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	108
วิธีการประเมินและบริหารโครงการ	109
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและบริหารโครงการ	113
การเก็บรวบรวมข้อมูล	118
การวิเคราะห์ข้อมูล	119
แผนการดำเนินโครงการ	120
บทที่ 4: ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	121
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป	122
ตอนที่ 2 ผลการประเมินโครงการตามกรอบแนวคิด CIPP Model และ Logic Model	124
ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 SELF	144
ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบตัวชี้วัดด้านชีวเคมี	147
ตอนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มภาวะโภชนาการต่างกัน	150

สารบัญ - ต่อ -

	หน้า
บทที่ 5: สรุปและข้อเสนอแนะ	158
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	164
ตอนที่ 2 ผลการนิเทศและประเมินโครงการ	164
ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self	165
ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบตัวชี้วัดทางสุขภาพด้านอื่นๆ	166
ตอนที่ 5 ปัจจัยด้านความพึงพอใจ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ที่มีต่อภาวะโภชนาการ	166
ตอนที่ 6 สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรค	167
ตอนที่ 7 สรุปแนวคิดในการประเมินผลและบริหารจัดการโครงการ	174
เอกสารอ้างอิง	175



สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนการตายอย่างหายขาดด้วยโรคความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง เบาหวาน ปี 2539-2548	16
2 อัตราตายอย่างหายขาดต่อประชากร 100,000 คน ด้วย โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน ในภาพรวมของประเทศ ปี พ.ศ. 2540 - 2550	16
3 ร้อยละของเยาวชน แม่บ้าน คนงาน ที่มีพฤติกรรมบริโภคอาหารอย่างสม่ำเสมอปี.ศ.2539	23
4 แสดงจำนวน และค่า BMI เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามช่วงอายุและเพศ	25
5 แสดงจำนวนและค่า BMI เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาค	25
6 สรุปผลการสำรวจภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคอ้วน เบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่สำคัญในประชากรอายุ 17-74 ปี เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550	26
7 อัตราความชุก (ร้อยละ) ของประชากรที่มีอายุ 15-74 ปี ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคใน 12 เดือนที่ผ่านมา ของกรุงเทพมหานครและระดับประเทศ พ.ศ. 2550	27
ตารางในบทที่ 4	
1 ความถี่ และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐและเอกชน	122
2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของคะแนนความคิดเห็นของกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการที่มีต่อโครงการในด้านบริบททั่วไป ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์	125
3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของคะแนนความคิดเห็นของกลุ่มหัวหน้าโครงการที่มีต่อโครงการในด้านบริบททั่วไป ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์	128
4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของคะแนนความคิดเห็นของกลุ่มผู้บังคับบัญชาที่มีต่อโครงการในด้านบริบททั่วไป ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์	131
5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n = 2,970)	145
6 สัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n=2,970)	145

สารบัญตาราง – ต่อ -

ตาราง	หน้า
ตารางในบทที่ 4	
7 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการกำกับตนเองของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n=2,970)	146
8 สัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนการกำกับตนเองที่ เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n=2,970)	146
9 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n=2,967)	146
10 สัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนการดูแลสุขภาพของตนเองที่ เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n=2,967)	147
11 ผลการเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ	147
12 สัดส่วนของผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 1,718)	148
13 ผลการเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตบน (Systolic) ของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ	148
14 สัดส่วนของผู้ที่มีค่าความดันโลหิตบน (Systolic) ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 1,111)	148
15 ผลการเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตล่าง (Diastolic) ของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ	149
16 สัดส่วนของผู้ที่มีค่าความดันโลหิตล่าง (Diastolic) ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ(n = 1,111)	149
17 ผลการเปรียบเทียบค่ารอบเอววัดเป็นนิ้วของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ	150
18 สัดส่วนของผู้ที่มีค่ารอบเอววัดเป็นนิ้ว ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n=197)	150
19 ผลการเปรียบเทียบค่ารอบเอวหารสะโพก (WHR) ของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ	150
20 สัดส่วนของผู้ที่มีค่ารอบเอวหารสะโพก (WHR)ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 152)	151

สารบัญตาราง – ต่อ -

ตาราง	หน้า
ตารางในบทที่ 4	
21 ผลการเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิต (SF – 36)ของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ	151
22 สัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนคุณภาพชีวิต (SF-36) ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 80)	151
23 ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ	152
24 สัดส่วนของผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือด ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 304)	152
25 ผลการเปรียบเทียบระดับไขมันสะสมในร่างกายของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ	152
26 สัดส่วนของผู้ที่มีระดับไขมันสะสมในร่างกาย ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 152)	153
27 ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ	153
28 สัดส่วนของผู้ที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 100)	154
29 ผลการเปรียบเทียบจำนวนบุหรี่ยี่สิบต่อวัน (มวน) ของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ	154
30 สัดส่วนของผู้ที่มีจำนวนบุหรี่ยี่สิบต่อวัน (มวน) ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 59)	154
31 ผลการเปรียบเทียบระดับไขมันในเลือดของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ	155
32 สัดส่วนของผู้ที่มีระดับไขมันในเลือด ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 53)	155
33 จำนวนและร้อยละของคนที่มีความพึงพอใจต่อโครงการในระดับต่างๆ	155
34 ผลการเปรียบเทียบเปรียบเทียบ การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มที่มีภาวะ โภชนาการสูงและต่ำภายหลังเข้าร่วมโครงการ	156
35 ผลการเปรียบเทียบเปรียบเทียบการกำกับตนเองระหว่างกลุ่มที่มีภาวะ โภชนาการสูงและต่ำภายหลังเข้าร่วมโครงการ	156
36 ผลการเปรียบเทียบเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพของตนเองระหว่างกลุ่มที่มีภาวะ โภชนาการสูงและต่ำภายหลังเข้าร่วมโครงการ	157
37 ผลการเปรียบเทียบเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อโครงการระหว่างกลุ่มที่มีภาวะ โภชนาการสูงและต่ำภายหลังเข้าร่วมโครงการ	157

สารบัญภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการประเมินผลโครงการ	10
2 กรอบการดำเนินโครงการบริหารจัดการและประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร	11
3 อัตราป่วยของประชาชนไทยด้วยโรคเรื้อรังที่สำคัญ ปี 2546 – 2550	16
4 อัตราการป่วยและตายของโรคหัวใจขาดเลือด ปี พ.ศ. 2541-2550	20
5 อัตราการป่วยและตายของโรคเบาหวานปี พ.ศ. 2541-2550	21
6 อัตราการป่วยและตายของโรคความดันโลหิตสูงปี พ.ศ. 2541-2550	22
7 ปริมาณการบริโภคน้ำตาลทราย ภายในประเทศ พ.ศ. 2526 – 2544	24
8 ความชุกของผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนและผู้ที่มีอ้วน จำแนกตามปี	24
9 อัตราการป่วยและตายของโรคหลอดเลือดสมองปี พ.ศ. 2541-2550	28
10 อัตราการเข้ารักษาแผนกผู้ป่วยนอกจากภาวะแปรปรวนทางจิตพฤติกรรมพ.ศ.2526-2543	30
11 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค	45
12 โครงสร้างของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน	49
13 องค์ประกอบหลักของการประเมินตามรูปแบบ	52
14 สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ ตามการประเมินแบบ CIPP	56
15 การประเมิน 360 องศาแบบมุ่งเน้นผลการปฏิบัติงานและบุคคลสำคัญที่ให้อข้อมูล	58
16 การประเมินทีมงานแบบ 360 องศา	58
17 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	61
18 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	62
19 แสดงถึงลักษณะของกระบวนการใช้ตัวแบบ	63
20 การกำกับตนเอง	71
21 กระบวนการปรับปรุงเป้าหมาย	76
22 แสดงกรอบความคิดในการวัดผลสัมฤทธิ์ของงาน	89
23 ขั้นตอนการพัฒนาระบบการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์	90
24 สรุปองค์ประกอบในการวัดผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงาน	92



บทที่

I

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในปัจจุบันอยู่ในความสนใจภาคส่วนต่างๆ อย่างต่อเนื่องและมีทิศทางว่าจะเพิ่มขึ้นอยู่ตลอดเวลา เพราะฐานความคิดหลักของสังคมเปลี่ยนไปจากเดิมที่เคยเชื่อว่าการพัฒนาทางเศรษฐกิจจะเป็นฐานของการพัฒนาในทุกด้านๆ มาเป็นการมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ การเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการเป็นคนเก่ง คนดี และการเป็นคนที่มีความสุขในการดำเนินชีวิต (ดุษฎี สรวงจันทร์ , 2545) แต่ในปัจจุบันปัญหาด้านสุขภาพอนามัย และโภชนาการหรือพฤติกรรมสุขภาพ 3อ ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ในกลุ่มบุคคลช่วงอายุต่างๆ และยังพบว่า มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน ดังผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2552 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ , 2552) พบว่า กลุ่มเยาวชนและคนในวัยทำงานมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในแต่ละวันที่ไม่เหมาะสมเป็นจำนวนมาก เมื่อพิจารณาแยกในประเด็นการรับประทานอาหารพบว่า กลุ่มคนที่มีอายุช่วง 6 – 24 ปี รับประทานอาหารกลุ่มไขมันสูงมากถึงร้อยละ 20.00 รับประทานอาหารว่าง ขนมกรุบกรอบ ที่ไม่มีสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายมากถึงร้อยละ 49.10 ดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลมและเครื่องดื่มที่มีรสหวานมากถึงร้อยละ 34.10 กลุ่มคนวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 25 – 59 ปี รับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อ ซึ่งถือว่าไม่ถูกหลักโภชนาการมากถึงร้อยละ 8.40 ประชาชนส่วนใหญ่นิยมรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมัน เช่น ผัด ทอด ซึ่งเป็นกลุ่มอาหารที่เพิ่มปริมาณไขมันให้กับร่างกายมากถึงร้อยละ 48.5 มีความนิยมรับประทานอาหารจานด่วนตามแบบตะวันตก หรือ Fast Food มากถึงร้อยละ 85.80

นอกจากนี้ พฤติกรรมการดื่มสุราและสูบบุหรี่ของ ประชาชนทั่วไปในระหว่างเดือน สิงหาคม - ตุลาคมในปี พ.ศ. 2550 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ยังพบว่าประชาชนที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่มากถึง 10.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21.2 ของประชาชนทั่วประเทศ และพบว่าเพศชายสูงกว่าเพศหญิงมากถึง 22 เท่า คิดเป็นร้อยละ 41.70 เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มคนอายุ 15 – 24 ซึ่งเป็นกลุ่ม

นักเรียนนักศึกษาพบว่า มีผู้สูบบุหรี่มากถึงร้อยละ 12.10 และในกลุ่มเยาวชนเริ่มสูบบุหรี่ ตอนอายุโดยเฉลี่ย 16 ปี แล้วสูบบุหรี่มากถึงวันละ 10.30 มวน สาเหตุส่วนใหญ่ของการสูบบุหรี่เพราะว่าอยากลองและเพื่อนชวนสูบ ในกลุ่มคนทำงานที่มีอายุ ระหว่าง 25 – 50 ปี ในกลุ่มที่สูบบุหรี่อยู่เป็นประจำยังไม่ลดลง จากการสำรวจความคิดเห็นพบว่ามาตรการรณรงค์ผ่านสื่อโทรทัศน์ สื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ ไม่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ของคนกลุ่มนี้เท่าที่ควร เมื่อทำการศึกษาถึงพฤติกรรมการออกกำลังกาย ลังภายในปี พ.ศ. 2550 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) พบว่า ประชาชนที่มีอายุ 15 – 24 ปีออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพียงร้อยละ 29.3 ซึ่งนับว่าน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมด และประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกาย และยังมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมเฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มนักกีฬา และเยาวชนเพียงเท่านั้นและ ยังขาดความรู้ความเข้าใจถึงผลกระทบระยะยาวของการไม่ออกกำลังกาย

เมื่อพิจารณาถึงปัญหาสถานการณ์โรคภัยต่างๆ ที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของกลุ่มบุคคลวัยต่างๆ พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง ภาวะอ้วนของบุคคลวัยต่างๆ และการติดบุหรี่ จากการศึกษาสถานการณ์สภาวะสุขภาพของคนไทย โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย (2549) ในประเด็นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงพบว่า เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ซึ่งคนที่มีความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้นทุก 10 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 จากการสำรวจในประเทศไทยพบว่า กลุ่มคนที่มีอายุน้อยมีโอกาสที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงในผู้ชายสูงกว่าผู้หญิงเล็กน้อย แต่เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจะมีโอกาสเสี่ยงเท่ากัน และจากการสำรวจในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป พบว่า คนที่อยู่ในเขตเมืองมีโอกาสที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนที่อยู่ในเขตชนบท และเป็นที่น่าตกใจว่าในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนี้มีมากถึงร้อยละ 78.60 ที่ยังไม่ได้รับการตรวจรักษาและมีการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ

สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานนับเป็นโรคเรื้อรังอีกชนิดหนึ่งที่พบมากในกลุ่มประชากรไทย ทำให้แต่ละปีประเทศต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมากในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากสถิติในช่วงตั้งแต่ พ.ศ. 2538 จนถึง พ.ศ. 2551 พบว่า อัตราการตายโรคเบาหวานสูงขึ้นตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2551 พบอัตราการตายโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 12.3 ซึ่งนับได้ว่าอยู่ในอัตราส่วนที่ค่อนข้างสูง (อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ, 2552) และสถานการณ์โรคอ้วนในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา พบว่าประชากรไทยมีอุบัติการณ์โรคอ้วนเพิ่มขึ้นถึง 130.6 % และจากงานวิจัยที่สำรวจเยาวชนอายุ 3-11 ปี ประมาณ 10,000 คน พบว่า เยาวชนไทยมีปัญหาเรื่องอ้วนมากถึง 13.6 % ซึ่งคาดว่าตัวเลขจริงน่าจะสูงกว่านี้ สาเหตุสำคัญที่คนไทยอ้วนมากขึ้นเพราะการบริโภคอาหารมากเกินไป ขาดการออกกำลังกาย (สมบุญรัตน์ รุ่งพรชัย, 2552)

จากข้อมูลสถิติเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ของประชาชนทั่วไปชี้ให้เห็นชัดเจนว่า ทั้งในกลุ่มเยาวชน กลุ่มคนทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า

ยังไม่เห็นความสำคัญของการดูแลเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ายังไม่รู้ตัวว่าอยู่ในภาวะเสี่ยงหรือยังอยู่ในวัยที่แข็งแรง ร่างกายยังมีความพร้อมและสมบูรณ์ แต่ในขณะที่วัยเด็กหรือวัยรุ่นไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพก็จะส่งผลต่อสุขภาพเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่ได้ง่ายขึ้น เช่น ปัญหาโรคอ้วน ปัญหาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ดังนั้นแนวทางในการป้องกันปัญหาที่ดีที่สุดก็คือ การป้องกันตนเอง การดูแลสุขภาพตั้งแต่เริ่มต้น โดย สร้างเสริมลักษณะนิสัยและพฤติกรรมด้านสุขภาพให้เหมาะสม ตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพด้วยแนวทาง 3อ (ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ดี) การงดเหล้าบุหรี่ เป็นต้น ทั้งนี้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้ต่อเนื่องนั้น อังคินันท์ อินทรกำแหง (2552) ได้นำเสนอแนวทางการปรับพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ด้วยหลัก PROMISE เพื่อเป็นแนวทางให้ บุคคลและหน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ปรับพฤติกรรมสุขภาพของ ตนเองและประชาชนทั่วไป ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ประกอบด้วย 1) Self-care หมายถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง 2) Self-regulation หมายถึง การกำกับ พฤติกรรมสุขภาพ ตนเอง และ 3) Self-efficacy หมายถึงความ เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ที่จะปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้นได้ ด้วยตนเอง ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพนี้จะส่งผลให้ตัวชีวิต ผลลัพธ์ด้านสุขภาพอื่นๆ ทั้งกายภาพและชีวภาพของร่างกาย เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นได้อย่างต่อเนื่องและถาวร ซึ่งการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ 3Self สามารถนำหลักการ PROMISE มาใช้ในการสร้างชุดกิจกรรมและบริหารจัดการโครงการ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ประกอบด้วย 1) P – Positive reinforcement คือ หลักการเสริมแรงทางบวกให้แก่ผู้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ 2) R – Result base management คือ หลักการบริหารจัดการของผู้จัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของงาน 3) O – Optimism คือ ผู้จัดกิจกรรมและผู้รับการปรับพฤติกรรมมีการมองโลกในแง่ดี 4) M – Motivation คือ ผู้จัดกิจกรรมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้รับการปรับพฤติกรรมให้เริ่มต้นและดำเนินการต่อเนื่อง 5) I – Individual or Client center คือ ผู้จัดกิจกรรมต้องจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นหลัก และ 5) S – Self – esteems คือ หลักการเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง ให้ผู้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง

การดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครอยู่ในความสนใจของหน่วยงานต่างๆ จากการศึกษาในปี พ.ศ. 2551 ที่ผ่านมาของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ซึ่งได้รับงบประมาณจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร มอบหมายให้ดำเนินการบริหารจัดการและประเมินโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานในเขตกรุงเทพมหานคร โดยจัดอบรมให้หน่วยงานต่างๆ นำแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3Self ด้วยหลัก PROMISE ไปใช้ในการ สร้างชุดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และวัดผลตามตัวชี้วัดรวม จำนวน 32 โครงการ ซึ่งพบว่า ตัวชี้วัดด้านสุขภาพต่างๆ ของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ค่าBMI ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด และการสูบบุหรี่ต่อวัน เป็นต้น มีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วม

โครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการประเมินโครงการ ตามแนวคิดชิป (CIPP Model) ของสต๊อฟฟีลด์และชินคฟิลด์ (Stufflebleam & Shinkfield, 2007: 334 – 346) พบว่ากลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ และ กลุ่มผู้บังคับบัญชา เห็นว่า ปัจจัยด้านบริบทของโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต อยู่ในระดับดีมาก ตลอดจนผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจ อยู่ในระดับมากคิดเป็นคะแนนร้อยละ 76.16 และพบว่าปัจจัยที่ทำให้การบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประสบความสำเร็จ คือ มีงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร การสนับสนุนทรัพยากรจากหน่วยงาน ต้นสังกัด นโยบายของหน่วยงานให้การสนับสนุนชัดเจน ได้รับความรู้และแนวทางการบริหารโครงการและแนวทาง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก พฤติกรรมศาสตร์จาก สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผู้บังคับบัญชาและหัวหน้าโครงการ ให้การสนับสนุน วิทยากรในโครงการมีความสามารถ ทำงานเข้มแข็งให้ความร่วมมือ ดี ได้แลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกับเพื่อน ร่วมงานและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้รับบริการตระหนักในปัญหาสุขภาพตนเองและเชื่อมั่นในบุคลากรการแพทย์ รูปแบบกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพน่าสนใจ และในการจัดกิจกรรม 5 ครั้งอย่างต่อเนื่องนับเป็นการย้ำความเข้าใจ การสร้างแรงจูงใจด้วยการให้รางวัล ต่างๆ การเปิดช่องทางสื่อสารให้สะดวก การสร้างพลังให้เห็นคุณค่าในตนเอง การประยุกต์ใช้เทคนิคและทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่หลากหลาย และการคิดว่าเป็นโอกาสของการที่ได้ทำบุญ ทำให้จิตใจเบิกบาน ส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินโครงการ ได้แก่ งบประมาณน้อยกว่าที่จ่ายจริงและเบิกได้ล่าช้า โปรแกรมฐานข้อมูล BPPDS ยังมีข้อจำกัด ผู้เข้าร่วมโครงการยังคงใช้ชีวิตแบบเดิม มีแบบฟอร์มหลายใบทำให้ผู้รับบริการรู้สึกสับสน คณะทำงานมีจำนวนน้อยและระยะเวลามีจำกัด (อังคินันท์ อินทรกำแหง และคณะ, 2552)

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ จากสภาพปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ ที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ ที่ไม่ถูกต้องยังคงเกิดขึ้นในอีกหลายกลุ่มประชากรในสังคมไทย และ จากข้อมูลเชิงสถิติข้างต้นพบว่า โดยส่วนใหญ่แล้วยัง พบปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ที่จำเป็นอย่างยิ่งต้องได้รับการปรับเปลี่ยน และเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเป็นภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพต่อไปในอนาคต และในปี พ.ศ.2552 นี้ ทางสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ยังคงได้รับทุนสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร เพื่อให้ ดำเนินงานด้านการบริหารจัดการและประเมินโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 21 โครงการ ให้สามารถดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ 30 ที่ไม่ถูกต้องโดยจัดอบรมให้หน่วยงานสถานพยาบาลนำหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ด้วยหลัก PROMISE ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยและ กลุ่มเสี่ยงโรคต่างๆ เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด การติดบุหรี่ เป็นต้น และเพื่อให้ทั้ง 21 โครงการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้มีการประเมินโครงการ โดยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมินแบบ

ซีป (CIPP Model) และการประเมินแบบ 360 องศา ตลอดจนนำวิธีวิทยาการประเมินในเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพมาใช้ในการประเมินครั้งนี้ด้วย ซึ่งในแต่ละโครงการได้ทำการประเมินโครงการจากผู้ที่เกี่ยวข้อง 3 ฝ่าย ได้แก่ หัวหน้าโครงการ ผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ และผู้เข้าร่วมโครงการ และได้ทำการประเมินตั้งแต่ ปัจจัยด้านบริบทของโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต และประเมินตามแนวคิด รูปแบบเหตุผล (Logic Model) เพื่อประเมินตัวชี้วัดผลลัพธ์สุดท้าย เช่น ค่า BMI ค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในเลือด ค่าไขมันในเลือด เป็นต้น เพื่อให้การดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้รับการติดตาม และประเมินอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ เพื่อที่จะได้นำผลการประเมินดังกล่าวมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาการจัดโครงการให้มีประสิทธิภาพต่อไป ตลอดจนนำข้อมูลที่ได้มา เป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดกิจกรรมหรือโครงการเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานตนเอง เป็นแบบอย่างให้กับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด และเป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชน กลุ่มและชุมชนดูแลสุขภาพตนเองและผู้อื่นได้อย่างถูกต้องต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ที่อยู่ในภาวะป่วยหรืออยู่ใน กลุ่มเสี่ยง ต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และโรคเบาหวาน ได้เข้าร่วมกิจกรรม ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ
2. เพื่อพัฒนาทักษะการบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพให้กับ สถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ในการ ทำกิจกรรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3Self และ PROMISE เพื่อที่จะสามารถนำทักษะดังกล่าวไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ประชาชน ทั่วไป ที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อประเมิน ผลการดำเนิน โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงาน สถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครตามกรอบแนวคิด CIPP Model และ Logic Model
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพ ตนเอง ของ ผู้เข้าร่วมโครงการของ สถานพยาบาล ที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ
3. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลง ของตัวชี้วัด ได้แก่ ค่า BMI ไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด ค่า ความดันโลหิต จำนวนการสูบบุหรี่ และค่าต่างๆ ตามที่แต่ละโครงการกำหนด ของผู้เข้าร่วมโครงการ ของสถานพยาบาล ที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ
4. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านความพึงพอใจต่อโครงการ และด้านพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ที่มีผลต่อ ภาวะโภชนาการ

5. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงของหน่วยงานสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประชาชนที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ซึ่งจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ ตามมา เช่น พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นต้น จะทำให้เกิดผลดีด้านสุขภาพของประชาชน ตามหลักการป้องกันโรคของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนสามารถเป็นต้นแบบด้าน พฤติกรรมสุขภาพที่ดี ขยายผลให้กับครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และประชาชนทั่วไปต่อไป

2. หน่วยงานสถานพยาบาล ที่ดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ ประชาชน กลุ่มเสี่ยงในครั้งนี้ จะได้เครือข่าย ผู้ให้การปรับพฤติกรรมสุขภาพจะส่งผลให้เกิดการแลกเปลี่ยนความร่วมมือ แลกเปลี่ยนทรัพยากร ระหว่างกันและกัน ซึ่งเป็นผลดีในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพต่อไปในอนาคต

3. ทำให้หน่วยงานสถานพยาบาลที่ไม่ได้ดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในครั้งนี้ เกิดความตระหนัก มีความสนใจในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ตามหลัก PROMISE ให้กับบุคลากรในหน่วยงานตนเองและผู้อื่น

4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ได้เครือข่ายการเสริมสร้าง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานด้านสุขภาพในอนาคต เกิดภาคีความร่วมมือที่กว้างขวางมากขึ้นส่งผลให้การดำเนินโครงการด้านสุขภาพในระยะยาวมี ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในขอบเขตที่กว้างขวางมากขึ้น

หน่วยงานที่นำผลการวิจัยเชิงประเมินไปใช้

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร
2. หน่วยงานสถานพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาล สถาบันด้านสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานคร
3. หน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของ ประชาชนทั่วไป ได้แก่ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลในเขตจังหวัดต่าง ๆ

ขอบเขตการศึกษา

1. หน่วยงานที่ดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ สถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครที่ได้รับ งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานครให้ไปดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ด้วยหลัก PROMISE ภายใต้การนิเทศและประเมินโครงการ ของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรี

นครินทร์วิโรฒใน ปี พ.ศ. 2552 จำนวน 12 หน่วยงาน รวมทั้งสิ้น 21 โครงการ ได้แก่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลหนองจอก โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ โรงพยาบาลสิรินธร และโรงพยาบาลลาดกระบัง หน่วยงานละ 1 โครงการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 2 โครงการ โรงพยาบาลซังฮี โรงพยาบาลเลิดสิน หน่วยงานละ 3 โครงการ และโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 5 โครงการ ซึ่งแต่ละโครงการจะดำเนินงานในรูปคณะกรรมการอย่างน้อย 3 คน ตลอดจนมีที่ปรึกษาที่เป็นนักวิชาการในสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยดำเนินกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับกลุ่มเป้าหมาย เป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม อย่างน้อย 5 ครั้งในช่วงระยะเวลา 4-7 เดือน ตามข้อกำหนดของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ให้ได้ผลตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ในข้อเสนอโครงการของแต่ละโครงการที่สอดคล้องกับบริบทและปัญหาสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

2. ผู้เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ ประชาชนไทยซึ่งเป็นผู้ป่วยหรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นต้น ได้เข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากหน่วยงานสถานพยาบาล ที่มีที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร ในปีงบประมาณ 2552 จำนวน 21 โครงการ รวมผู้เข้าร่วมโครงการซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายทั้งสิ้น 2,970 คน

3. ผู้ให้ข้อมูลในการประเมิน ได้แก่ ตามแนวคิดการประเมินโครงการแบบ 360 องศา มีกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลในการประเมินและรับการนิเทศจำนวน 3 กลุ่ม ประกอบด้วย

3.1 กลุ่มหัวหน้าโครงการ ได้แก่ ผู้ที่ทำหน้าที่เป็น หัวหน้าโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อ บริหารและ จัดกิจกรรมให้กับกลุ่ม ผู้ป่วยและประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร จำนวน 21 โครงการๆ ละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 21 คน

3.2 กลุ่มผู้บังคับบัญชา ได้แก่ หัวหน้างาน โดยตรงของ หัวหน้าโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับ ทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร จำนวน 21 โครงการๆ ละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 21 คน

3.3 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ ประชาชนไทยซึ่งเป็นผู้ป่วยหรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดัน โลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นต้น ที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในโครงการในช่วงที่เข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพครั้งที่ 2 – 4 ของหน่วยงานสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร จำนวน 21 โครงการๆ ละ 4 คน รวมทั้งสิ้น 84 คน

4. ขอบเขตในการประเมิน การประเมินโครงการครั้งนี้ได้นำกรอบการประเมินแบบซิป (CIPP MODEL) ตามแนวคิดของ สตัฟเฟิลบีมและชินคฟิลด์ (Stufflebeam & Shinkfield, 2007) และโลจิกโมเดล (Logic Model) มีขอบเขตการประเมินโครงการดังนี้

4.1 บริบททั่วไปของโครงการ (Context) ได้แก่ สภาพแวดล้อมโดยทั่วไปของโครงการ ความสอดคล้องกับปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน ความเพียงพอของคณะทำงาน แนวคิดในการจัดกิจกรรม ความต้องการจำเป็นในการจัดกิจกรรม แนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จ ความสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน การสนับสนุนจากผู้บริหาร

4.2 ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ ความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์ สถานที่จัดกิจกรรม การเตรียมเอกสารประกอบโครงการ การเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่ การให้ข้อมูลสนับสนุนเพิ่มเติมต่อ ผู้เข้าร่วมโครงการ ศักยภาพของหัวหน้าโครงการและทีมงาน การเตรียมวิธีการประเมินโครงการ หลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการ ความเหมาะสมของกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

4.3 กระบวนการ (Process) ได้แก่ การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในโครงการ การเอาใจใส่ติดตาม ผู้เข้าร่วมโครงการ ความสามารถของวิทยากร กิจกรรมที่เน้นการปฏิบัติ วิธีการประเมินโครงการที่เหมาะสม การใช้หลัก PROMISE ในการบริหารโครงการ การแสดงบทบาทผู้นำของหัวหน้าโครงการ การเป็นต้นแบบพฤติกรรมสุขภาพ การแก้ปัญหาระหว่างการดำเนินโครงการ กำลังใจจากผู้บังคับบัญชา การให้คำแนะนำจากผู้บังคับบัญชา การสนับสนุนทรัพยากรจากผู้บังคับบัญชา การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมจากผู้บังคับบัญชา

4.4 ผลผลิต (Product) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ 3Self ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย ความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การบันทึกสมุดสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง การบรรลุตามเป้าหมายของโครงการ การสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพ การเพิ่มขึ้นของทักษะการบริหารโครงการสุขภาพของคณะทำงาน ตลอดจนผู้บังคับบัญชามีความพึงพอใจ การสร้างชื่อเสียงให้หน่วยงาน การสร้างประโยชน์ให้กับชุมชนรอบข้าง

4.5 ผลลัพธ์ระยะสั้น (Outcome) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการตามที่แต่ละโครงการได้กำหนดไว้ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าBMI ไขมันในเลือด ค่าความดันโลหิต การออกกำลังกายสม่ำเสมอ รอบเอวลดลง การรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ เป็นต้น

4.6 ผลลัพธ์ระยะยาว (Result) ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อหน่วยงาน ความพึงพอใจของผู้บริหาร ต่อโครงการและการให้บริการ หน่วยงานได้รับการยอมรับจากผู้รับบริการ ความต้องการของผู้รับบริการที่จะเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่หน่วยงานสถานพยาบาลจัดให้ อีกในโอกาสต่อไป และความต้องการของหน่วยงานที่จะดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

5. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่

5.1 แบบสอบถาม (Questionnaire) แบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) เพื่อสอบถาม

บริบทของโครงการ ปัจจัย นำเข้า กระบวนการ และผลผลิต จาก กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชา และกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ

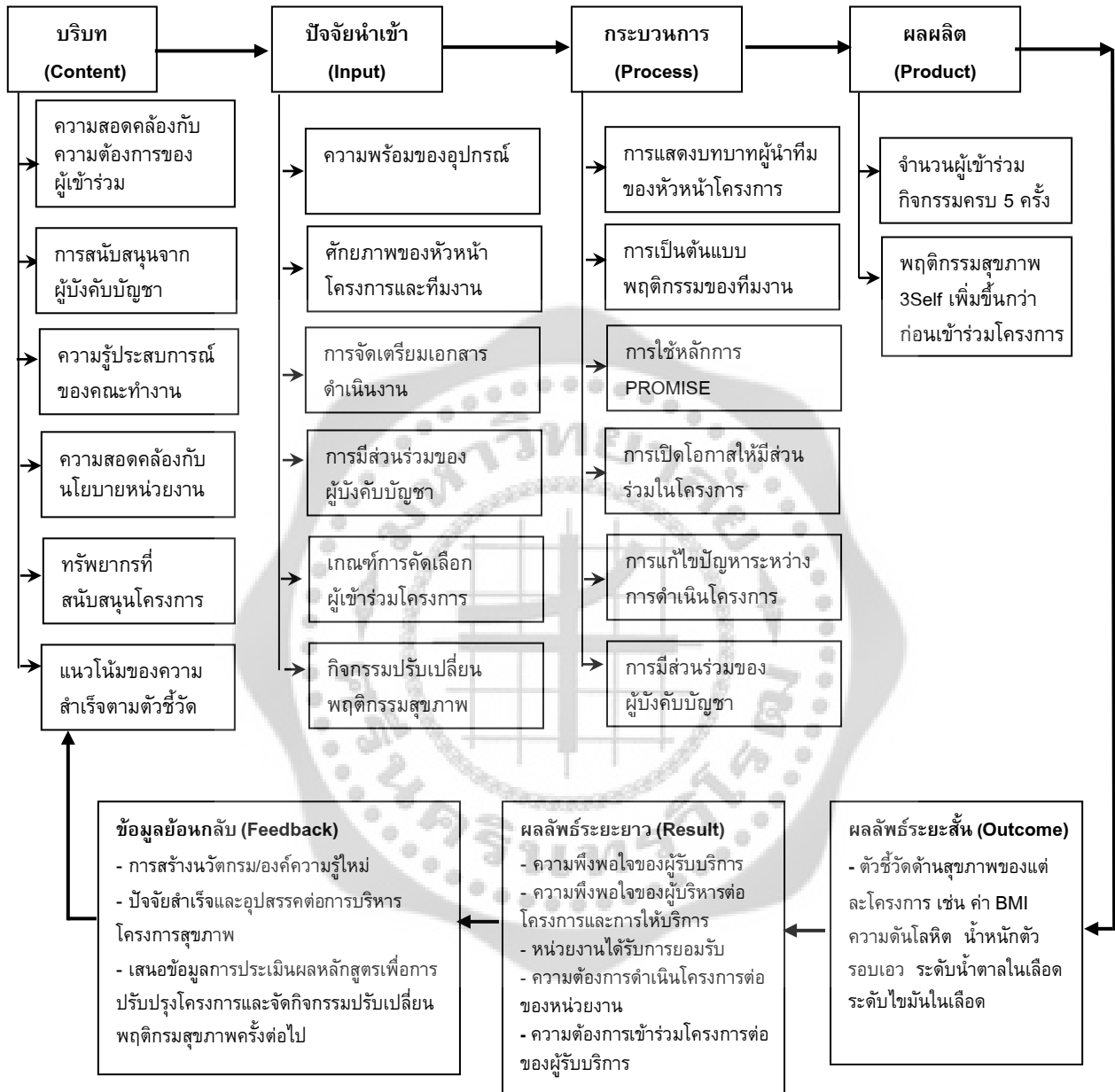
5.2 แบบสัมภาษณ์ (Interview Guide) เป็นแบบสอบถามแบบมีโครงสร้างเพื่อสอบถามในด้าน บริบทของโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตและผลลัพธ์ เพื่อใช้สอบถามความคิดเห็นที่มีต่อโครงการจากกลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชา และกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ

6. ตัวชี้วัดความสำเร็จของการประเมินโครงการ การประเมินครั้งนี้ได้นำวิธีการประเมินแบบผสมผสาน (Mix Method) มาใช้ในการประเมินตัวชี้วัดของโครงการ

6.1 ตัวชี้วัดในเชิงปริมาณ ได้แก่ กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชา และกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการมีการให้คะแนนระดับความพึงพอใจในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์ของโครงการอยู่ในระดับมากคิดเป็น ร้อยละ 70 ขึ้นไปจากผู้ให้คะแนนทั้งหมด และตัวชี้วัดด้านสุขภาพของ ผู้เข้าร่วมโครงการ ตามที่แต่ละโครงการได้กำหนดไว้ เช่น ภายหลังสิ้นสุดโครงการ ผู้เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ระดับน้ำตาลในเลือด ค่า BMI ไขมันในเลือด ค่าความดันโลหิต รอบเอว จำนวนการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับที่ลดลงหรือเป็นปกติกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

6.2 ตัวชี้วัดในเชิงคุณภาพ ได้แก่ กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชา และกลุ่มหัวหน้าโครงการ โดยส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่าการสามารถตอบสนอง ต่อปัญหาและความต้องการของตนเองและหน่วยงานได้ มีผลให้ผู้เข้าร่วมโครงการ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้นได้ ตลอดจนโครงการเป็นประโยชน์ต่อประชาชนไทยแท้จริง

7. กรอบแนวคิดในการประเมินผลโครงการ



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประยุกต์จากแนวคิดชิปโมเดล (CIPP Model) และโลจิกโมเดล (Logic Model)

8. กรอบการดำเนินโครงการบริหารจัดการและประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดตามหลัก PROMISE และ 3Self สำหรับการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

นิยามปฏิบัติการ

1. การบริหารจัดการและประเมินโครงการ หมายถึง การดำเนินงาน ของสถาบันวิจัย พฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ร่วมกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขตพื้นที่ (กรุงเทพมหานคร) ในด้านการกิจที่ครอบคลุมเรื่องการกำหนด ขอบเขตเป้าหมายของโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Target) การกำหนดหน้าที่ของหัวหน้าโครงการที่ให้บริการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ (Authority) การวางแผน (Planning) การประสานงาน (Coordinating) การบริหาร งบประมาณ (Budgeting) การติดตามประเมินผลโครงการ (Evaluation) และการรายงาน (Reporting) และในการประเมินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหน่วยงานที่ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของประชาชน ใช้แนวคิดรูปแบบประเมิน CIPP และ Logic Model เป็นเครื่องมือในการนิเทศ และ ติดตามประเมินผลสำเร็จของโครงการ

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำใดๆ ที่มีการประยุกต์หลักการแห่ง พฤติกรรม หรือหลักการเรียนรู้ เพื่อมุ่งกระทำ ให้บุคคลเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมตนเองที่นำไปสู่ เป้าหมายของการมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ที่ดีโดยอาศัยการสนับสนุนจากบุคคล สังคมและ สภาพแวดล้อมที่จัดกระทำขึ้นให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและในการวัดต้องเน้นที่พฤติกรรมที่ สามารถสังเกตเห็นได้หรือวัดได้เป็นสำคัญและในการศึกษาครั้งนี้วัดจากพฤติกรรมสุขภาพ 3Self และ ตัวชี้วัดผลทางบวกในด้านสุขภาพ

3. กลุ่มเสี่ยง หมายถึง ประชาชนคนไทยที่ผ่านการ ประเมินตาม แบบคัดกรองความเสี่ยงของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ และได้รับการประเมินจากหน่วยงานผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมว่า เป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ที่เป็นผลมาจาก พฤติกรรมสุขภาพไม่ดีที่รุนแรงตามมาได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรค ความดัน โลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน หรือภาวะโภชนาการเกิน โรคเครียด ดิบบูหรี่หรือแอลกอฮอล์ เป็นต้น พร้อมทั้งสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จากหน่วยงาน เครือข่ายของ สปสช. รวมอย่างน้อย 5 ครั้ง ในช่วง 4- 7 เดือนที่มีการจัดโครงการ

4. ภาวะโภชนาการ หมายถึง เป็นภาวะน้ำหนักที่ผู้เข้าร่วมโครงการภายหลังสิ้นสุดโครงการ มีภาวะโภชนาการเกินเพิ่มขึ้น ลดลงหรือเท่าเดิม โดย ภาวะน้ำหนักหรือภาวะโภชนาการนั้น วัดจากค่า ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index - BMI) ที่มาจากการคำนวณด้วยสูตร น้ำหนักตัวใช้หน่วยเป็น กิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงที่ใช้หน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง และถ้าพบว่า ค่าดัชนีมวลกายของเพศหญิง และวัยรุ่น 23 กก./ม²ขึ้นไป และเพศชายวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ 25 กก./ม²ขึ้นไป แสดงว่ามีน้ำหนักเกิน หรือมีภาวะโภชนาการเกินหรืออ้วน

5. พฤติกรรมสุขภาพ 3Self หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกัน รักษาควบคุมสุขภาพตนเองให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติสุข โดยการมีสุขภาพ ร่างกายจิตใจอารมณ์ที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี ในด้านสุขภาพ ในการวัดพฤติกรรมสุขภาพครั้งนี้วัดจาก ลักษณะทางจิตและพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพ (Self-efficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง (Self-regulation) และการดูแลสุขภาพตนเองได้ด้วย (Self-care) รายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1 การรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ว่าตนเองมีความเชื่อมั่นที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเอง ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ และคนที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะมีความ อดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด และวัดจากแบบสอบถาม การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง จำนวน 5 ข้อ มีมาตรวัด 4 ระดับ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .73 โดยให้คะแนนจาก ระดับความเป็นจริงที่ปรากฏของพฤติกรรมตนเอง จากจริงมากให้ 4 คะแนน ถึง ไม่จริง ให้ 1 คะแนน และผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง สูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า

5.2 การกำกับตนเอง หมายถึง การแสดงออกถึงการกระทำ ของผู้เข้าร่วมโครงการในการสังเกตด้วยตนเองถึง พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายและวางแผนในการกระทำที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อาจกระทำด้วยการจดบันทึก การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง กระตุ้นเตือนตนเองให้กระทำอย่างต่อเนื่องให้บรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดีตามที่ตนเองได้ตั้งเป้าหมายไว้ และวัดจากแบบสอบถาม การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง จำนวน 5 ข้อ มีมาตรวัด 4 ระดับ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80 โดยให้คะแนนจาก ระดับความเป็นจริงที่ปรากฏของพฤติกรรมตนเอง จากจริงมากให้ 4 คะแนน ถึง ไม่จริง ให้ 1 คะแนน และผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่ามีการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง สูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า

5.3 การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดก็ตามของผู้ เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่ได้เริ่มปฏิบัติด้วยตนเองในด้านการ เข้ารับการตรวจสุขภาพเป็นประจำ การแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และความเครียด รวมถึงการพักผ่อนโดยมี จุดมุ่งหมายเพื่อดำรงรักษาชีวิตให้มีภาวะสุขภาพและความ เป็นอยู่ที่ดีของตน เป็นการกระทำอย่างมีแบบแผนเป็นขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีการกระทำอย่าง มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ร่างกาย จิตใจ และพัฒนาการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นไปถึงเป้าหมายของแต่ละบุคคล วัดจากแบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 7 ข้อ มีมาตรวัด 4 ระดับ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 โดยให้คะแนนจาก ระดับความเป็นจริงที่ปรากฏของพฤติกรรมตนเอง จากจริงมากให้ 4 คะแนน ถึง ไม่จริง ให้ 1 คะแนน และผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า

6. การจัดกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามรูปแบบ PROMISE หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของหัวหน้าโครงการหรือผู้จัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมที่ อาจเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มหรือทั้งสองอย่างรวม อย่างน้อย จำนวน 5 ครั้ง ที่เน้นการปรับเปลี่ยน

PROMISE

พฤติกรรมทั้งภายในและภายนอก หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านจิตลักษณะ และพฤติกรรม การแสดงออกทางกายของกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ โดยให้อยู่ในขอบข่ายเนื้อหาที่มาจากฐานแนวคิดอยู่ในขอบข่ายอย่างใดอย่างหนึ่งใน 3 Self คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (Self-care) มีการกำกับตนเอง (Self-regulation) ให้มีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่องได้ด้วยความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) และผู้ให้บริการควรให้บริการแก่ผู้รับบริการโดยคำนึงถึงหลักปฏิบัติตามหลัก PROMISE คือ การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) บริหารจัดการโครงการด้วยหลักการบริหารตามผลสัมฤทธิ์ของงาน (Result based management) ให้มองโลกแง่ดี (Optimism) มีการสร้างแรงจูงใจ (Motivation) ให้ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Individual or client center) หลักการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองแก่ผู้รับบริการ (Self-esteem) โดยสามารถใช้เทคนิควิธีการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่หลากหลาย ไล่ได้ เช่น การฝึกอบรม การให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม การให้คำแนะนำและกำกับพฤติกรรม การมีตัวแบบ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสาธิต การเข้าค่าย การฝึกปฏิบัติการด้านการออกกำลังกาย การนั่งสมาธิ เป็นต้น และควรส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายช่วยเหลือกันเอง และดูแล สุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง ได้เพื่อความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป

สมมติฐานการวิจัย

1. ผลการนิเทศและประเมินโครงการตามรูปแบบการประเมิน CIPP Model คือ ปัจจัยด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ ทุกโครงการ อยู่ในระดับดีขึ้นไป ทั้งในกลุ่มการรับรู้ของหัวหน้าโครงการ ผู้เข้าร่วมโครงการ และผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ
2. ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก PROMISE Model มีผลให้ ผู้เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรม สุขภาพ 3 Self (การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง) ดีขึ้นกว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ
3. ผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละหน่วยงานมีการเปลี่ยนตัวชี้วัดทางชีวเคมี เช่น ค่า BMI น้ำหนักตัว รอบเอว ไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต และค่าต่างๆ ตามที่แต่ละโครงการกำหนดดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ
4. ภายหลังการเข้าร่วมโครงการ ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะโภชนาการ(ค่าBMI)ต่ำ จะมีความพึงพอใจต่อโครงการ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self สูงกว่า ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะโภชนาการ(ค่าBMI)สูง
5. ทราบถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

PROMISE



บทที่

2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเชิงประเมิณครั้งนี้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบผสมผสาน (Mixed Method) โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อ การบริหารจัดการ กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนิน โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของ สถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ให้กับกลุ่มเป้าหมายที่ประกอบด้วย นักเรียน นักศึกษา บุคลากร และประชาชน ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน ดิบบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งล้วนมีปัจจัยสำคัญมาจากการมี พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ในการทบทวนเอกสารในบทนี้ได้นำเสนอไว้ตามหัวข้อดังต่อไปนี้

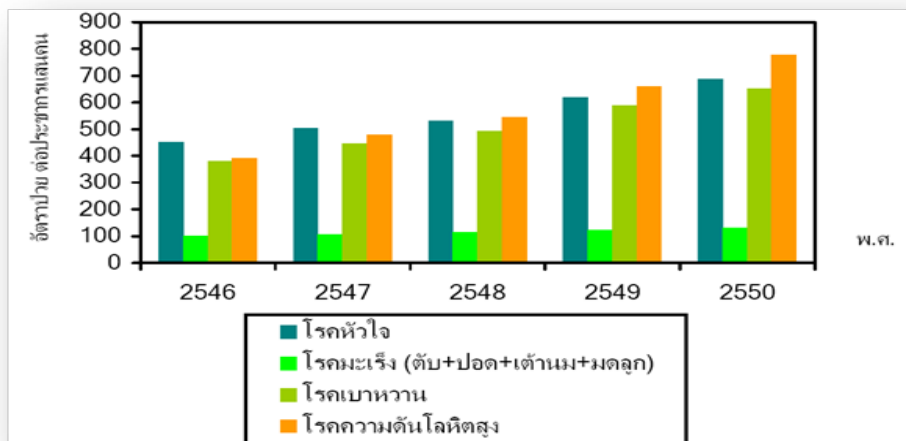
1. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของคนไทย
2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเทคนิคการพัฒนาสุขภาพ
3. ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
4. การบริหารจัดการและประเมินโครงการ ตาม CIPP Model และ Logic Model
5. การประเมินโครงการแบบ 360 องศา
6. พฤติกรรมสุขภาพ 3 Self
7. แนวคิดการบริหารและการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยหลัก

PROMIS Model และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของคนไทย

ปัจจุบันปัญหาโรคเรื้อรังกำลังเป็นภัยสุขภาพที่สำคัญของคนไทย เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นโรคที่เมื่อเริ่มเป็นแล้วมักไม่หายขาดจะต้องให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้ลุกลามจนเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเป็นอันตรายรุนแรงได้ จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าประชาชนไทยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้นเรื่อย ๆ โรคเรื้อรังที่พบมากในคนไทย ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคอ้วน จากข้อมูล ปี 2540 ถึงปี 2550 จะเห็นว่าอัตราป่วยของคนไทยที่เกิดจากโรคดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ดังภาพประกอบ 3

PROMISE



ภาพประกอบ 3 อัตราป่วยของประชาชนไทยด้วยโรคเรื้อรังที่สำคัญ ปี 2546 - 2550

ที่มา : สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

และเมื่อพิจารณา สรุปสถิติจำนวนการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง (HT) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และโรคเบาหวาน (DM) และอัตราตายอย่างหยابต่อประชากร ดังแสดงในตาราง 1 และ 2

ตาราง 1 จำนวนการตายอย่างหยาบด้วย โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน ปี 2539-2548

	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
HT	3,053	2,054	2,029	2,987	3,403	3,912	3,213	3,402	2,491	2,452
Stroke	6,297	5,962	4,283	6,631	8,260	11,309	13,427	18,332	19,265	15,719
DM	5,265	4,512	4,837	7,000	7,558	8,173	7,383	6,663	7,665	7,371

ที่มา : สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รวบรวมโดย : กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

ตาราง 2 อัตราตายอย่างหยาบต่อประชากร 100,000 คน ด้วย โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน ในภาพรวมของประเทศ ปี พ.ศ. 2540 - 2550

	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550
HT	3.4	3.3	4.9	5.5	6.3	5.1	5.4	4.0	3.94	3.8	3.6
Stroke	10.1	7	10.8	13.4	18.2	21.5	29.1	30.8	25.27	20.6	20.6
DM	7.5	7.9	11.4	12.2	13.2	11.8	10.6	12.3	11.85	12.0	12.2

ที่มา : สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รวบรวมโดย : กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

PROMISE

จะเห็นได้ว่าอัตราป่วยของประชาชนไทยด้วยโรคเรื้อรัง มีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้นเนื่องมาจากสาเหตุสำคัญของวิถีการดำเนินชีวิตของคนไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปที่นำมาสู่ปัญหาสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงนั้นมาจากพัฒนาการอันนำมาซึ่งความสะดวกสบายที่ทำให้พฤติกรรมชีวิต และลักษณะนิสัยการรับประทานอาหาร รวมถึงพันธุกรรมเปลี่ยนแปลงไป และจากระบบอุตสาหกรรมที่พัฒนาก้าวหน้าได้ทำลายสมดุลธรรมชาติดั้งเดิมลง นำไปสู่พิษภัยต่อสุขภาพ ซึ่งมีรายงานวิจัยทางสุขภาพที่ระบุว่า ในรอบสิบปีที่ผ่านมา มนุษย์บริโภคน้ำตาลเพิ่มขึ้นถึงสามเท่า มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารบางประเภทซ้ำๆ กันสม่ำเสมอ และออกกำลังกายน้อยลง อัตราคนเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น ที่สำคัญคือคนส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวว่ามีอาการของโรคเหล่านี้ หลายประเทศจึงตื่นตัวต่อการรับมืออย่างเร่งด่วน ให้เรื่องของสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด การกำหนดนโยบายสาธารณะจึงเกิดขึ้นมิใช่จำกัดอยู่เพียงแค่เป็นภาระของรัฐ หรือกระทรวงสาธารณสุขอีกต่อไป ทุกฝ่ายทั้งภาครัฐ เอกชน นักวิชาการ และประชาชนร่วมเรียนรู้และแก้ไขปัญหาาร่วมกัน และสิ่งสำคัญที่สุดคือ การปลูกฝังมุมมองให้รับรู้ร่วมกันว่า "สุขภาพะ" ไม่ใช่แค่เรื่องของความเจ็บป่วยทั้งของตนเองและครอบครัว ตัวสุขภาพที่ดี จะต้องสร้างความสุขเชื่อมโยงถึงกัน คือการช่วยเหลือเกื้อกูล และพึ่งพาอาศัยแบบองค์รวมของทุกคนในสังคม (อำพล จินดาวัฒนะ, 2551) ดังนั้น คนไทยต้องปฏิบัติ วิถีคิด และความเชื่อใหม่ว่า "สุขภาพคือ เรื่องของคนทุกคน ไม่ใช่เพียงเรื่องของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล หรือการเจ็บไข้ได้ป่วยตามความเข้าใจเดิม ๆ แต่เป็นเรื่องของคน ที่ช่วยกันสร้างความเข้าใจและการปฏิบัติที่ถูกต้องด้วย "การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ" ซึ่งเป็นการปรับวิถีชีวิตด้านสุขภาพของบุคคลนั่นเอง

ในการนำเสนอ องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคิดและกลวิธีในการดำเนินกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และการติดบุหรี่ ด้วยความเข้าใจและเห็นความสำคัญกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพของคนไทย

ที่ผ่านมาประเทศไทย ได้มีการสำรวจสภาวะสุขภาพของคนไทยทั่วประเทศ โดยการตรวจร่างกาย (National health examination survey) มาแล้ว 3 ครั้ง โดยครั้งแรกในปี พ.ศ.2534 ครั้งที่ 2 ในปี พ.ศ.2539 และครั้งที่ 3 ในปี พ.ศ.2547 จากการสำรวจดังกล่าว พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังของคนไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นโดยโรคอ้วนเพิ่มจากร้อยละ 20 เป็น 25 และ 34 ตามลำดับ ส่วนโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.1 เป็น 8.1 และ 10.2 และจากการสำรวจครั้งล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2547 พบคนไทยเป็นโรคอ้วน 13 ล้านคน อ้วนลงพุง 12 ล้านคน เป็นโรคเบาหวาน 3 ล้านคน เป็นโรคความดันโลหิตสูง 10 ล้านคน ไขมันในเลือดสูง 7 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ทั้งการสูบบุหรี่และการดื่มสุราในผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้น (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551)

ปัจจุบันสถานการณ์สุขภาพคนไทย พบว่าโรคที่เกิดจากพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่เหมาะสมเริ่มมีอัตราเพิ่มขึ้น เช่น กลุ่มโรคไม่ติดต่อ และกลุ่มการบาดเจ็บเพิ่มขึ้น เป็นต้น ซึ่ง

PROMISE

คณะทำงานศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทย ได้ทำการศึกษาผลกระทบของ ปัจจัยเสี่ยง ต่อปัญหาภาระโรคในประเทศไทย พ.ศ. 2547 พบว่า คนไทยมีความสูญเสียปีสุขภาวะ อันเนื่องมาจาก ปัจจัยเสี่ยงทั้งสิ้นเท่ากับ 9.2 ล้านปีต่อประชากร 100,000 คน คนไทยมีความสูญเสียปีสุขภาวะใน เพศ ชาย 5.3 ล้านปี และเพศหญิง 3.9 ล้านปี และมีปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อภาระโรคในปี 2547 เพิ่มขึ้นจากปี 2542 โดยมีความแตกต่างกัน ระหว่างเพศชายและเพศหญิงพบว่า เพศชายมีลำดับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกายภาวะอ้วน โคเลสเตอรอลสูง การรับประทานผักและผลไม้ น้อย ยาเสพติดและขาดออกกำลังกาย ในขณะที่เพศหญิง มีลำดับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ ความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกายภาวะอ้วน โคเลสเตอรอลสูง ขาดออก กำลังกาย การสูบบุหรี่ การรับประทานผักและผลไม้ น้อย และดื่มแอลกอฮอล์ (คณะทำงานจัดทำภาระ โรคและปัจจัยเสี่ยง ของประเทศไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างป ระเทศ, 2549 อ้างใน ปาณบดี เอกะจัมปะกะและรุจิรา ทวีรัตน์ , 2551) พิจารณาสถานการณ์ของโรคและปัจจัยเสี่ยงที่เป็นผล เนื่องมาจาก พฤติกรรมสุขภาพของคนไทย ปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และการสูบบุหรี่ ปัจจัยเสี่ยงรอง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ขาดการเคลี่ ื่อนไหวออกกำลัง การดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณมากสม่ำเสมอ การบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล และภาวะเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ ภาวะ เครียดเรื้อรัง (ศูนย์ข้อมูลควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ , 2551) ทั้งนี้โรคเบาหวานเป็นสาเหตุ ให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมา เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเส้น เลือด โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ

ในประเทศไทย มีรายงานจากแพทย์หญิงฉายศรี สุพรศิลป์ชัย ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า คนไทยตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเฉลี่ย 30 คน ต่อวัน มีอัตราตายจากกลุ่มโรคนี้ติดอันดับ 1 ใน 3 มาโดยตลอดที่สำคัญได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรค หัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง และในปี 2545 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองเป็น จำนวน 32,903 คน และเพิ่มสูงขึ้นเป็นจำนวน 92,733คนในปี 2546 และจากหลักฐานพบว่า แนวโน้ม ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะพบมากขึ้นในกลุ่มที่มีอายุน้อยลง ซึ่งสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ไว้ดังนี้

- คนไทยประมาณ 10 ล้านคนมีภาวะความดันโลหิตสูงขึ้น
- คนไทยกินผักและผลไม้ น้อยมากไม่เพียงพอต่อการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
- คนไทยประมาณร้อยละ 21 มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ
- คนไทยประมาณ 3.2 ล้านคนเป็นเบาหวาน
- คนไทยประมาณร้อยละ 15 มีความชุกของภาวะไขมันในเลือดสูงมากกว่า 240 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์
- คนไทยประมาณร้อยละ 15 ที่มีรอบเอวเกิน 32 นิ้วในผู้หญิงและ 36 นิ้วในผู้ชาย จะอยู่ในภาวะ เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

มีการจำแนกสถานการณ์ของโรคและปัจจัยเสี่ยงอันเนื่องมาจาก พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องไว้ ดังต่อไปนี้ (นายศรี สุพรศิลป์ชัย, 2545)

1.1 สถานการณ์กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด

PROMISE

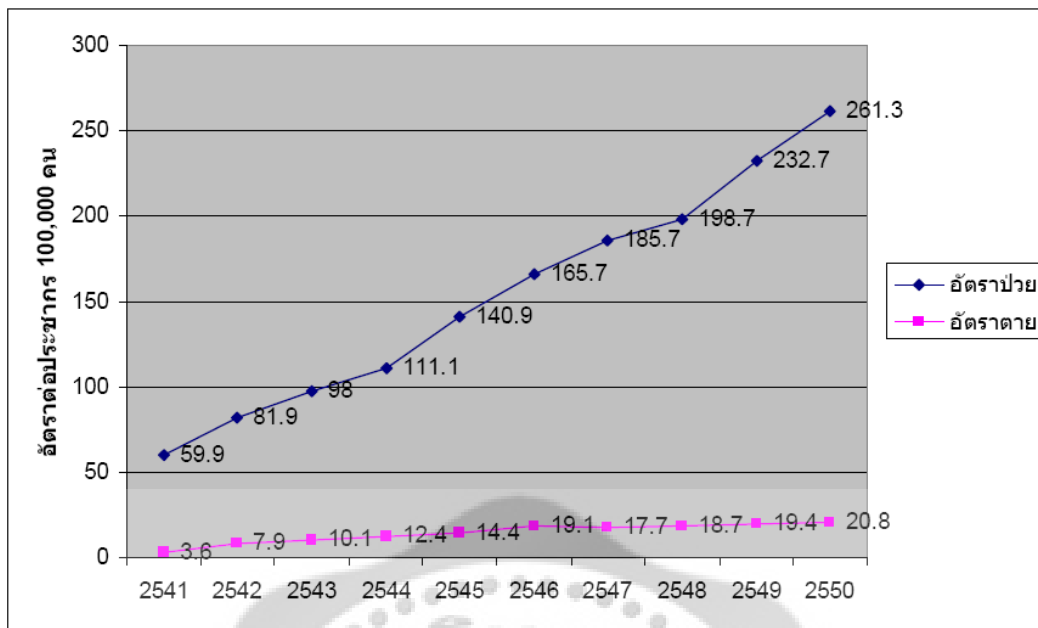
สาเหตุการป่วยและการตายที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศเป็นอันดับ 2 ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อุดตันหรือหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ เบาหวาน และอ้วน (Murray CJL.,1996; WHO, 2002 อังนิน อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2550) ดังเช่นการศึกษาของ ปิยะมิตร ศรีธรา (2546) ได้เปรียบเทียบความชุกของปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534-2535 ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540 และ Inter ASIA พ.ศ. 2543-2544 พบว่า แนวโน้มของปัจจัยเสี่ยงทั้งภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ล้วนมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยเฉพาะในเขตเมืองซึ่งปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว เกิดจากพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมในด้านความเครียด พฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมส่วนหนึ่ง

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2552) ได้รายงานอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2544 – 2548 พบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับสองของประเทศไทย สาเหตุที่สำคัญเกิดจากการเสื่อมของผนังหลอดเลือดแดงทำให้หลอดเลือดแดงเกิดการแข็งตัว (Atherosclerosis) ส่งผลโดยตรงต่อการตีบหรืออุดตัน ของหลอดเลือดแดงที่อวัยวะสำคัญของร่างกาย ได้แก่ หัวใจ สมอง ไตและ อวัยวะส่วนปลายอื่น ๆ สิ่งสำคัญคือโรคหัวใจและหลอดเลือดทำให้เกิดโรคที่เป็นสาเหตุการป่วยและการตายอันดับแรกของประเทศซึ่งได้แก่โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ/อุดตัน หรือหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke)ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดคือความดันโลหิตสูง(Hypertension) ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ เบาหวาน อ้วน นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจสู่ระบบทุนนิยม ก่อให้เกิดภาวะความเครียดในสังคมซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองเมื่อพิจารณาอัตราการตายจำแนกรายภาคของประเทศ ในช่วง พ.ศ. 2544 – 2548 พบว่าภาคกลางเป็นภาคที่มีอัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดสูงสุด และสูงกว่าอัตราการตายรวมทั้งประเทศ

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541-2550 พบว่าสถิติการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นเล็กน้อยและอัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจขาดเลือดสูงขึ้นทุกปี

ในปี พ.ศ. 2550 สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานสถิติกว่าอัตราป่วยของผู้ป่วย ที่อาศัยอยู่ในภาคกลางป่วยเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากที่สุด รองลงมาได้แก่ภาคเหนือ ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีอัตราการป่วย เป็น 380.5,274.2, 271.1 และ 164.6 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ ดังภาพประกอบ 4

PROMISE



ภาพประกอบ 4 อัตราการป่วยและตายของโรคหัวใจขาดเลือด ปี พ.ศ. 2541-2550

ที่มา : การสำรวจศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย สถานการณ์ นโยบาย และเครือข่ายความร่วมมือ. (2552). คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

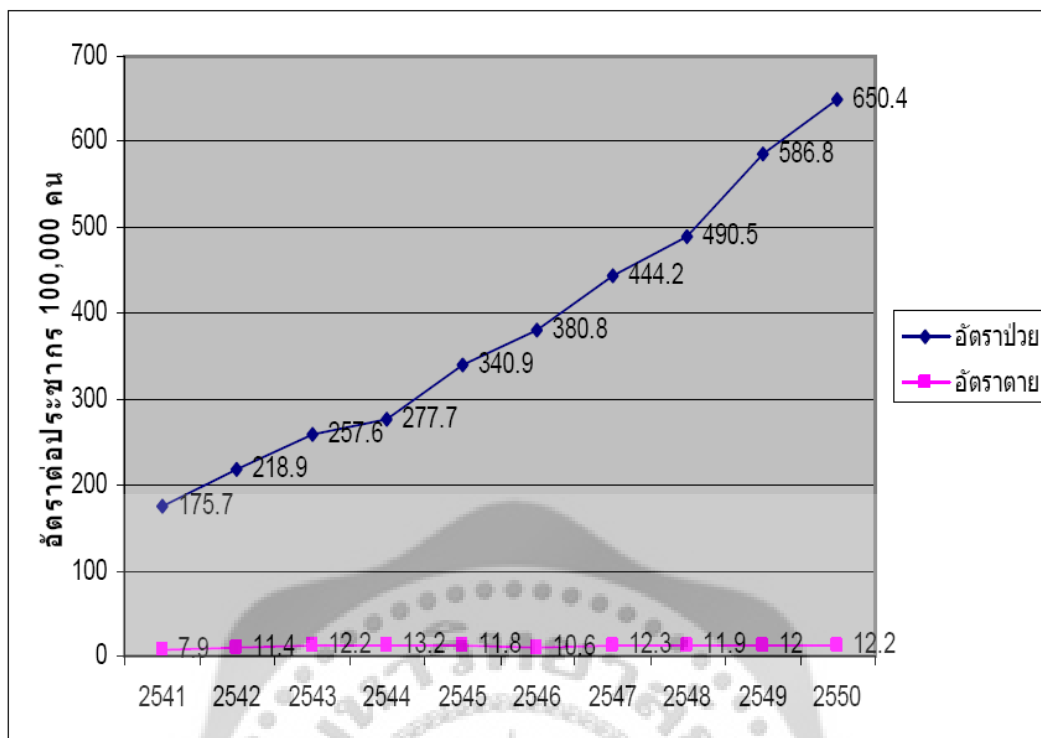
สรุปได้ว่า อัตราป่วยและตายจากโรคหัวใจขาดเลือดมีแนวโน้มค่อยๆ เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ ประเทศไทยก้าวสู่ยุคของการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาของการเกิดโรคหัวใจจากภาวะหัวใจรูห์มาติก (เกิดการติดเชื้อ) สู่การเกิดโรคหัวใจจากภาวะหลอดเลือดมีการแข็งตัวได้ (Atherosclerotic)

1.2 สถานการณ์เบาหวาน

โรคเบาหวานจัด เป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ เนื่องจากมีความสัมพันธ์ทางพยาธิสภาพของการเกิดโรคที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงต่อหลอดเลือดต่างๆ ทั้งหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม อัตราเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541-2550 พบว่าสถิติการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานคงที่ แต่อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยโรคเบาหวานสูงขึ้นทุกปี และในปี พ .ศ. 2550 สถิติจากสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าอัตราป่วยของผู้ป่วยในภาคกลางป่วยเป็นโรคเบาหวานสูงสุด รองลงมาได้แก่ภาคเหนือ ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยมีอัตราการป่วยเป็น คือ 764.1, 612.7, 611.7 และ 605.5 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ และจากการสำรวจภาวะน้ำตาลในเลือดของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปที่ระบุโดยแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ .ศ. 2550 พบว่าจำนวนเพศหญิงที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนเพศชายดังภาพประกอบ 5

PROMISE



ภาพประกอบ 5 อัตราการป่วยและตายของโรคเบาหวานปี พ.ศ. 2541-2550

ที่มา : การสำรวจศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย สถานการณ์นโยบาย และเครือข่ายความร่วมมือ. (2552). คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อัตราการตายด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นสูงที่สุดในปี พ.ศ. 2544 เท่ากับ 13.2 หรือคิดเป็นประมาณ 1.5 เท่าของปีพ.ศ. 2539 แต่มีแนวโน้มลงเป็น 10.7 ในปีพ.ศ. 2546

นอกจากนี้ในการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะเบาหวานร้อยละ 10.8 หรือคิดเป็นจำนวน 5.32 ล้านคน โดยเพิ่มขึ้นเกินกว่า 1.5 เท่า เมื่อเทียบกับปีพ.ศ. 2540 นอกจากนี้ กลุ่มที่มีภาวะเบาหวานซึ่งรู้ตัวว่าเป็นเบาหวานเพียงร้อยละ 54.33 และเข้ารับการรักษายาบาลเพียงร้อยละ 48.54

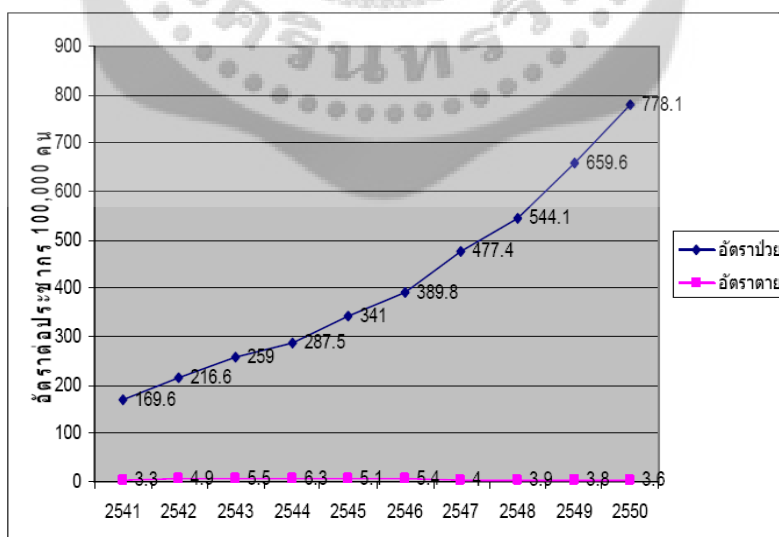
1.3 สถานการณ์ความดันโลหิตสูง

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของคนไทยโดยพบว่า อัตราตายต่อประชากร 100,000 คน ด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงที่สุดในปีพ.ศ. 2544 เท่ากับ 6.3 และมีแนวโน้มลดลงในปีพ.ศ. 2545 เท่ากับ 5.1 แต่กลับสูงขึ้นอีกในปีพ.ศ. 2546 เท่ากับ 5.4 และลดลงเหลือ 3.9 ต่อประชากรแสนคน ในปีพ.ศ. 2547 จากการสำรวจ สภาวะสุขภาพอนามัยของคนไทยครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540 พบว่า ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง สำหรับผู้ใหญ่วัยทำงานและสูงอายุ (ใช้เกณฑ์ความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิก มากกว่า หรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท) เท่ากับ 6,447,601 คน โดยสองในสามอยู่ในวัยทำงาน (4,587,442 คน) หนึ่งในสามอยู่ในวัยสูงอายุ (1,719,639 คน) ส่วนน้อยอยู่ในวัยเด็ก (140,220 คน)ในการสำรวจสภาวะสุขภาพ

PROMISE

อนามัยของ คนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความดันโลหิตสูงร้อยละ 16.3 หรือ คิดเป็นจำนวน 7.95 ล้านคน นอกจากนี้จากสถิติ พ.ศ.2538-2547 ดังกล่าว แม้จะพบว่าสถานการณ์การตายจากภาวะความดันโลหิตสูงโดยตรงไม่สูงมากนัก แต่ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุหลักของการตาย และการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือดและโรคไต จากรายงานการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยง โรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2547-2548 ของศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ ด้านภาวะสุขภาพโรคเรื้อรังสำคัญพบว่า ความชุกของประชากรที่ได้รับการบอกจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น จาก 7.92 เป็น 8.31 แสนคนและมีการประมาณการว่า ประชากรได้รับการบอกว่าเป็น ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นราว 108,622 คน จากปีพ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2548 สอดคล้องกับการประมาณการประชากร ที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตสูง ในรอบปีพ.ศ. 2549 ที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นเป็น 970,972 คน และความชุกของการได้รับการบอกว่าเป็นความดันโลหิตสูงพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และช่วงอายุสูงขึ้นไปจะมีความชุกเพิ่มขึ้นตามลำดับ

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541-2550 พบว่าสถิติการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่เพิ่มขึ้น แต่อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี และในปี พ.ศ. 2550 สถิติจากสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข รายงานอัตราผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีที่อยู่อาศัยในภาคกลางสูงสุดและรองลงมาคือ ภาคใต้ ภาคเหนือและ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีอัตราการป่วยเป็น 998.4, 885.7, 879.9 และ 520.1 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2550 ที่ทำการตรวจวัดความดันโลหิตของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปพบว่าประชาชนภาคกลางเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่สุดและเพศหญิงเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชายประมาณ 2 เท่า ดังภาพประกอบ 6



ภาพประกอบ 6 อัตราการป่วยและตายของโรคความดันโลหิตสูงปี พ.ศ. 2541-2550

ที่มา : การสำรวจศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย สถานการณ์นโยบาย และเครือข่ายความร่วมมือ. (2552). คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

PROMISE

1.4 สถานการณ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

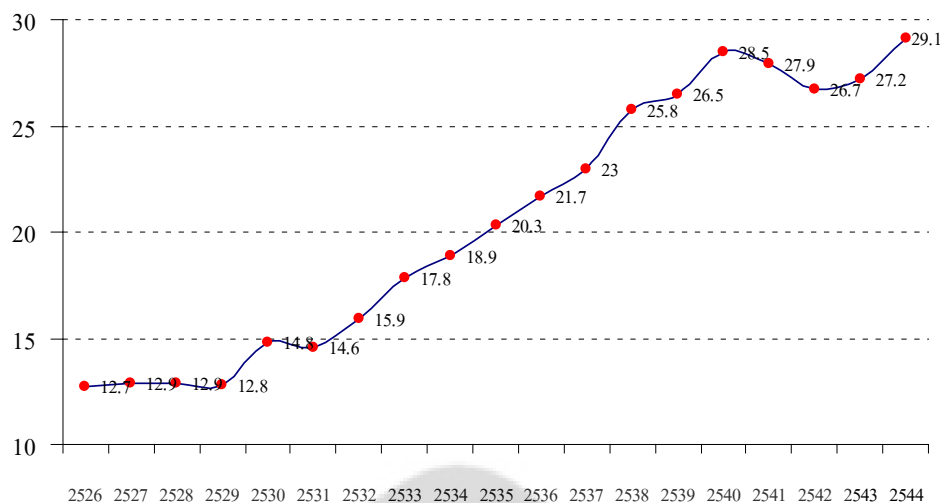
การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของภาวะเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ร่วมกับกระแสวัฒนธรรมตะวันตกส่งผลรับประทานอาหารมากเกินความต้องการโดยไม่ได้สมดุล อาหารที่ไม่สมดุลคืออาหารที่ประกอบด้วย ไขมันและน้ำตาลสูง มีใยอาหารน้อย ประกอบกับการไม่ออกกำลังกายและสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปมีอิทธิพลต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคเมรั้ง โรคความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดอุดตันในสมอง และโรคเบาหวาน เป็นต้น โรคเหล่านี้ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยที่สมควร และเป็นภาระให้กับสังคมในการดูแลสุขภาพ (ประณีต ผ่องแผ้ว, 2539:78-79 อ้างใน อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2550: 17) และการสำรวจของ ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ (2539) พบว่า เยาวชน แม่บ้าน และคนงานในโรงงาน มีการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพโดยขาดการคำนึงถึงประโยชน์ และคุณค่าทางโภชนาการ โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่ประกอบด้วย แป้งและน้ำตาลเป็นหลัก สอดคล้องกับข้อมูลอัตราการบริโภคน้ำตาลต่อคนที่เพิ่มสูงขึ้นกว่าเท่าตัวจาก 12.7 กิโลกรัม/คน/ปี ในปีพ.ศ.2526 เป็น 29.1 กิโลกรัม/คน/ปี ใน พ.ศ. 2544 ดังแสดงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ในตาราง 3 และการบริโภคน้ำตาล ดังภาพประกอบ 7

ตาราง 3 ร้อยละของเยาวชน แม่บ้าน คนงาน ที่มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอย่างสม่ำเสมอปีพ.ศ.2539

พฤติกรรมกรรมการบริโภค อาหารสม่ำเสมอ	เยาวชน		แม่บ้าน		คนงานในโรงงาน	
	กรุงเทพฯ	ภูมิภาค	กรุงเทพฯ	ภูมิภาค	กรุงเทพฯ	ภูมิภาค
บริโภคอาหารที่มีกากใยสูง	36.0	35.2	35.3	38.7	40.9	34.0
ไม่บริโภคอาหารที่มีไขมันสูง	17.1	14.6	16.0	17.0	14.3	12.7
บริโภคอาหารเสริม	23.2	11.6	28.3	12.2	29.3	13.1

ที่มา : ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ(2539).การศึกษาพฤติกรรมและเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ในกลุ่มเยาวชน แม่บ้าน และคนงานในโรงงาน

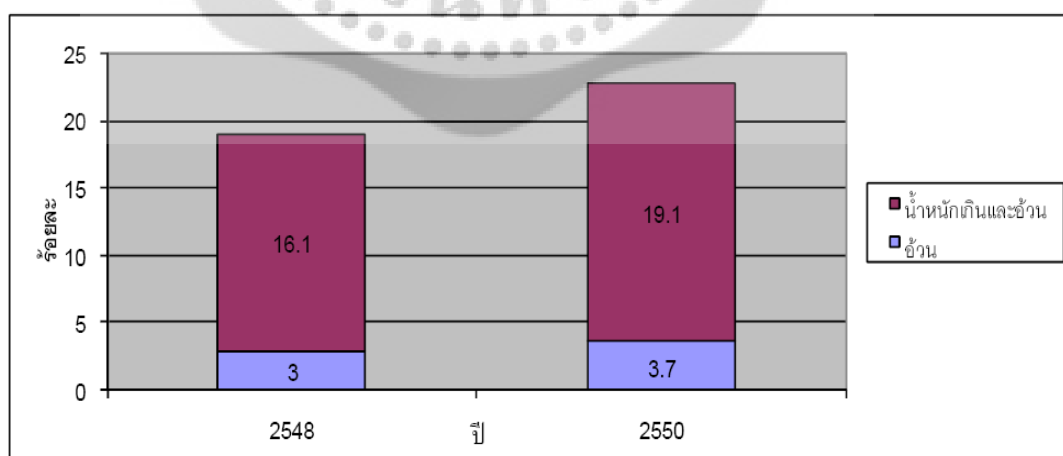
PROMISE



ภาพประกอบ 7 ปริมาณการบริโภคน้ำต่อคนต่อวัน ภายในประเทศ พ.ศ. 2526 – 2544

ที่มา : ศูนย์บริหารการผลิต สำนักงานคณะกรรมการอ้อย และน้ำตาลทราย

นอกจากนี้ ยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร รนอบบ้าน อาหารสำเร็จรูป โดยหาซื้อจากร้านค้า หรือแผงลอยมากขึ้น โดยพบว่า คนไทยส่วนใหญ่ ซื้ออาหารปรุงสำเร็จจากร้านค้าสูงสุด รองลงมา คือ ตลาดสดและพ่อค้าเร่อาหารเหล่านี้นอกจากจะไม่ได้คุณค่ายังมีปริมาณแคลอรีสูงและราคาแพง ก่อให้เกิด ปัญหาโภชนาการ เช่น โรคอ้วน ปิศาจไขมันในเลือดสูงมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสถิติซึ่งได้รายงานไว้ในปี พ.ศ. 2550 มีผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 19.1 และผู้ที่มีน้ำหนักเกิน 3.7 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2548 ที่พบผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 16.1 และผู้ที่มีน้ำหนักเกิน 3.0 และมีรายงานว่าเพศหญิงมีน้ำหนักเกินและอ้วนกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 4.7 และ 2.7 ตามลำดับดังภาพประกอบ 8



ภาพประกอบ 8 ความชุกของผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนและผู้ที่มีน้ำหนักเกิน จำแนกตามปี

ที่มา : รายงานประจำปี 2551. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

PROMISE

นอกจากนี้ รายงานการสำรวจของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี 2543 ร้อยละของเด็กนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน เท่ากับ 13.6 และในปีพ.ศ. 2544 ในประชากรวัยสูงอายุ พบว่ามีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 23.9 ส่วนการสำรวจในปีพ.ศ. 2545 พบว่าร้อยละของประชากรวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน เท่ากับ 10.22 ประชากรวัยทำงานมีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 29.2

เมื่อพิจารณาเกณฑ์ในการจำแนกภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วน จากค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index - BMI) พบว่า ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างอายุ 15-74 ปี ทั้งประเทศเฉลี่ยเท่ากับ 22.7 กก./ม² เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายสูงกว่าเพศชาย และช่วงอายุ 45-54 ปี มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายสูงสุด (23.7 กก./ม²) และช่วงอายุ 15-24 ปี ต่ำสุด (20.7 กก./ม²) ดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงจำนวน และค่า BMI เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามช่วงอายุและเพศ

ช่วงอายุ/เพศ	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ค่า BMI เฉลี่ย	จำนวน	ค่า BMI เฉลี่ย	จำนวน	ค่า BMI เฉลี่ย
15-24	4447	21.1	3858	20.2	8305	20.7
25-34	4958	22.4	4626	22.2	9584	22.3
35-44	5522	23.0	5877	23.6	11399	23.3
45-54	4358	23.2	4593	24.2	8951	23.7
55-64	5383	22.9	4662	24.1	10045	23.5
65-74	2943	22.2	2529	23.0	5472	22.6
รวม	27611	22.5	26145	22.9	53756	22.7

ที่มา : รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ.(2550). กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

และเมื่อพิจารณาตามภาค พบว่า กลุ่มตัวอย่างในระดับภาค ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายสูงสุดใน กรุงเทพมหานคร รองลงมาภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉลี่ยเหนือ และภาคใต้ ดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงจำนวนและค่า BMI เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาค

พื้นที่	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	ค่า BMI เฉลี่ย
กรุงเทพมหานคร	1505	23.2
ภาคกลาง	19952	22.9
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	12864	22.5
ภาคเหนือ	12858	22.6
ภาคใต้	6577	22.4

ที่มา : รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ.(2550). กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

PROMISE

เมื่อเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงความชุก ของภาวะอ้วน โรคความดันโลหิตสูง และ เบาหวาน ระหว่างปี พ.ศ.2548 และ2550 มีความแตกต่างที่เห็นได้ชัดดังตาราง 6 และ 7

ตาราง 6 สรุปผลการสำรวจภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคอ้วน เบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่สำคัญในประชากรอายุ 17-74 ปี เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550

ความชุก(ร้อยละ)/ค่าเฉลี่ยของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงโรคที่สำคัญ	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2550	การเปลี่ยนแปลง	
			เพิ่มขึ้น	ลดลง
1. ภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน				
- ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน(BMI $\geq$ 25 กก./ม. ²)	16.1 (7.3 ล้านคน)	19.1 (8.8 ล้านคน)	3 (1.5 ล้านคน)	-
- ผู้ที่มีภาวะอ้วน (BMI $\geq$ 30 กก./ม. ²)	3.0 (1.4 ล้านคน)	3.7 (1.7 ล้านคน)	0.7 (0.3 ล้านคน)	-
- ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว (นิ้ว)ในประชากรชาย	31.8 นิ้ว	31.9 นิ้ว	0.1 นิ้ว	-
- ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว (นิ้ว)ในประชากรหญิง	30.2 นิ้ว	30.6 นิ้ว	0.4 นิ้ว	-
2. ความดันโลหิตสูง				
- ผู้ที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน 1 ปีที่ผ่านมา ในประชากรอายุ 40-74 ปี	77.3 (16.3 ล้านคน)	78.1 (17.2 ล้านคน)	0.8 (0.9 ล้านคน)	-
- ผู้ที่เคยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบอกว่ามีความดันโลหิตสูงหรือเป็นโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15-74 ปี	8.3 (3.7 ล้านคน)	9.4 (4.3 ล้านคน)	1.1 (0.6 ล้านคน)	-
- ผู้ที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตทุกเดือนในประชากรที่มีความดันโลหิตสูงอายุ 15-74 ปี	52.8	50.2	-	2.6
- จำนวนครั้งเฉลี่ยที่ประชากรที่มีความดันโลหิตสูงอายุ 15-74 ปี ไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อรับการรักษาใน 1 ปีที่ผ่านมา	6.5	6.8	0.3	-
3. โรคเบาหวาน				
- ความชุกของผู้ที่ได้รับการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อหาโรคเบาหวานภายใน 1 ปีที่ผ่านมา ในประชากรอายุ 40-74 ปี	49.6 (10.5 ล้านคน)	55.6 (12.1 ล้านคน)	6.0 (1.6 ล้านคน)	-
- ความชุกของผู้ที่เคยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบอกว่าเป็นโรคเบาหวานในประชากรอายุ 5-74 ปี	3.7 (1.6 ล้านคน)	3.9 (1.8 ล้านคน)	0.2 (0.2 ล้านคน)	-

PROMISE

ความชุก(ร้อยละ)/ค่าเฉลี่ยของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงโรคที่สำคัญ	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2550	การเปลี่ยนแปลง	
			เพิ่มขึ้น	ลดลง
- ความชุกของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานได้รับการตรวจเลือดหาระดับน้ำตาลทุกครั้ง	57.0 (0.8 ล้านคน)	46.8 (0.7 ล้านคน)	-	10.2 (0.1 ล้านคน)
- จำนวนครั้งเฉลี่ยที่ประชากรอายุ 15-74 ปีที่เป็นโรคเบาหวานไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อรับการรักษาใน 1 ปีที่ผ่านมา	8.0	8.1	0.1	-

ที่มา : รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ. (2550). ศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

ตาราง 7 อัตราความชุก (ร้อยละ) ของประชากรที่มีอายุ 15-74 ปี ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคใน 12 เดือนที่ผ่านมา ของกรุงเทพมหานครและระดับประเทศ พ.ศ. 2550

	(BMI $\geq$ 25 กก./ม. ²)	(BMI $\geq$ 30 กก./ม. ²)	เส้นรอบเอวเกิน	ความดันโลหิตสูง	น้ำตาลในเลือดสูง	โรคหลอดเลือดสมอง
ทั่วประเทศ	19.1	3.7	21.1	75.5	51.3	1.1
เพศ						
- ชาย	16.8	2.7	9.7	68.8	44.5	1.3
- หญิง	21.3	4.7	32.2	81.5	57.3	0.9
กรุงเทพฯ	25.9	6.0	25.0	71.2	52.8	1.0

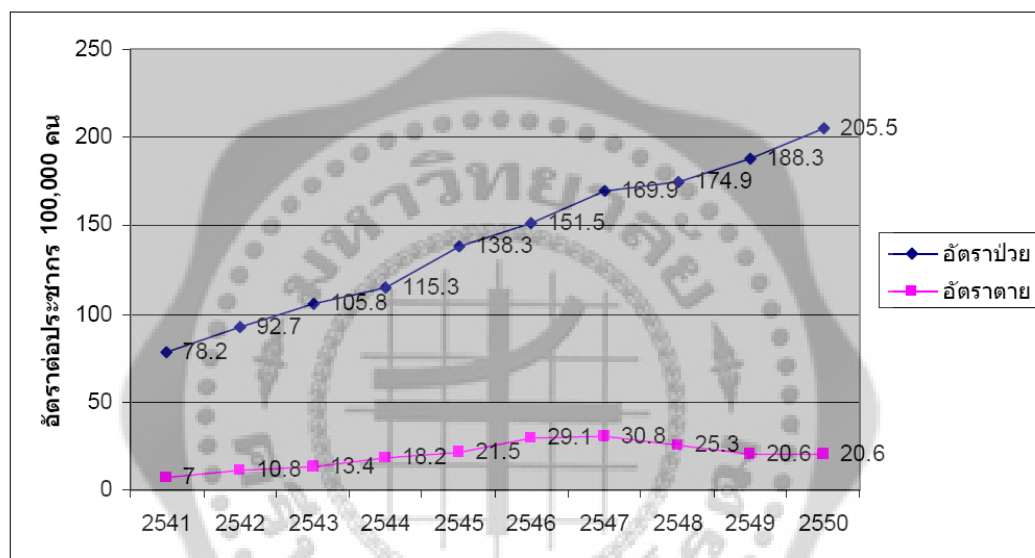
ที่มา : รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ. (2550). ศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

1.5 สถานการณ์กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในคนไทยเรียกอัมพาต แต่ถ้าผู้ป่วยรายใดมีอาการไม่รุนแรงยังพอขยับได้เรียกโรคอัมพฤกษ์ โรคหลอดเลือดสมองแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ โรคหลอดเลือดสมองแตกและโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่มักพบมากในผู้ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอาการ แขนขาชาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งทันที พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ หรือฟังไม่เข้าใจทันทีทันใด เดินเซ เวียนศีรษะทันทีทันใด ตามองเห็นภาพซ้อน หรือมีตมัวข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด ปัจจัยเสี่ยงที่พบและสามารถควบคุมได้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความอ้วน และการสูบบุหรี่ และถ้าคนไทยยังมีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้แน่นอนว่าโรคหลอดเลือดสมองจะมี แนวโน้มยังคงอยู่ ดังแสดงอัตรายอดอย่างหยาบจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2544 – 2547 หลังจากนั้น มีแนวโน้มลดลง ในปี 2548 ในภาพรวมทั้งประเทศ

PROMISE

จากสถิติการเสียชีวิตและการป่วยนั้นถึงแม้สถิติการเสียชีวิตของโรคหลอดเลือดสมองจะมีแนวโน้มคงที่แต่พบว่าอัตราการป่วยในโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี และในปี พ.ศ. 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติได้รายงานอัตราผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีที่อยู่อาศัยในภาคกลางสูงสุด รองลงมาคือ ภาคเหนือ ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยมีอัตราการป่วยเป็น 262.2, 241.9, 230.9 และ 134.2 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ และสถิติจากสำนันโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดในสมองในเพศชายมากกว่าเพศหญิงโดยคิดเป็นร้อยละ 32.6 และ 24.9 ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2548 มีรายงานว่าจำนวนประชากรกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงที่สุด รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 55-64 ปีดังภาพประกอบ 9



ภาพประกอบ 9 อัตราการป่วยและตายของโรคหลอดเลือดสมองปี พ.ศ. 2541-2550

ที่มา : การสำรวจศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย สถานการณ์นโยบาย และเครือข่ายความร่วมมือ. (2552). คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อัตราตายปรับฐานจากโรคหลอดเลือดสมองใน พ.ศ. 2548 พบว่า ภาคกลางเป็นภาคที่มีอัตราตาย จากโรคนี้สูงสุด และสูงกว่าอัตรา ตายรวมทั้งประเทศ รวมทั้งในทุก กลุ่มอายุ รองลงมาคือ ภาคเหนือ ซึ่งมีอัตราตายปรับฐานจากโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าอัตราตายรวมเล็กน้อย และในภาพรวมทั้งประเทศ การตายจากโรคหลอดเลือด เริ่มพบในกลุ่มอายุ 30 ปี ขึ้นไป และพบสูงสุดในกลุ่มอายุ 70-79 ปี หลังจากนั้น จึงเริ่มลดลง ซึ่งรูปแบบนี้พบ ได้ในภาคกลางและภาคใต้ สำหรับ ภาคเหนือ จะพบการตายสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี หลังจากนั้นจึงเริ่มลดลง ในขณะที่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จะพบการตายจาก โรคนี้ใกล้เคียงกันในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี

สรุปได้ว่า อัตราตายอย่างหยาบและอัตราตายปรับฐานจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มลดลงทั้งในภาพรวมประเทศและระหว่างภาค ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเกิดจากการมีมาตรการในการป้องกัน

PROMISE

ควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ ความสำคัญกับการคัดกรอง ความดันโลหิตสูง ซึ่งเกิดจากความร่วมมือทั้งภาครัฐและ เอกชน แต่ทั้งนี้ ควรให้ความใส่ใจกับภาคกลาง ที่ยังพบการตายจากโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าอัตรารวมทั้งประเทศอยู่มาก

1.6 สถานการณ์การสูบบุหรี่

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2544 พบว่า ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวันประมาณ 10.6 ล้านคน หรือร้อยละ 22.5 อย่างไรก็ตาม เมื่อดูจากสถิติย้อนหลังนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2519-2544 พบว่าอัตราผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีแนวโน้มลดลงมาโดยตลอด จากปีพ.ศ. 2534 –2544

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 37.71หรือคิดเป็นจำนวน 18.6 ล้านคน

โรคที่เกิดจาก พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่สำคัญ คือ ถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง และมะเร็งปอดก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอัตราการสูบบุหรี่ที่มากขึ้น โดยแต่ละปีคนไทยเสียชีวิตจากโรคที่สูบบุหรี่ปีละประมาณ 42,000 คนหรือวันละ 115 คนหรือชั่วโมงละ 6 คน (ประกิจ วาที่สาธกกิจ มูลนิธิธรรมาภรณ์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ อ้างถึงใน อังศิรินทร์ อินทรกำแหง , 2550: 19) ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคร้าย ได้แก่ ร้อยละ 90 ของผู้ชายที่ป่วยเป็นมะเร็งปอด ร้อยละ 82 ของผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียง และร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารล้วนเป็นสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ทั้งสิ้น

1.7 สถานการณ์บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในสังคมไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น กล่าวคือ พ.ศ.2543 คนไทยบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวเท่า กับ 13.59 ลิตร สูงเป็นอันดับ 5 ของโลก โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจนในช่วง 10 ปี เกือบ 1 เท่า เมื่อเทียบกับปีพ.ศ. 2533 ที่คนไทยบริโภคเฉลี่ยต่อหัวเพียง 7.46 ลิตร จากการสำรวจของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2546 พบว่า คนไทยดื่มสุรา 18.61 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 35.5 ของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มที่บริโภคส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยทำงานชายอายุ 25-44 ปี จำนวน 7.84 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 74.6 ของประชากรเพศชายวัยเดียวกัน และมีแนวโน้มว่า กลุ่มวัยรุ่นชายมีอัตราการบริโภคเพิ่มขึ้น โดยเพศชายวัย 11-19 ปี บริโภคจำนวน 1.06 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21.2 ของประชากรกลุ่มเดียวกันและพบกลุ่มหญิงวัย 15-19 ปี บริโภคเพิ่มขึ้นเกือบ 6 เท่า คือ จากร้อยละ 1.0 เป็นร้อยละ 5.6 ในช่วง พ.ศ.2539-2546

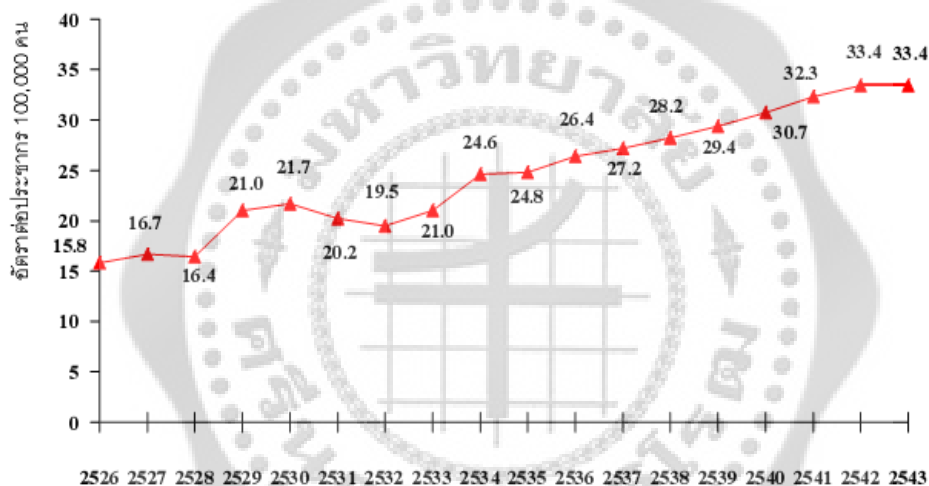
จากการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 60.89 หรือคิดเป็นจำนวน 30 ล้านคน ส่วนผู้ที่ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์เลยตลอดชีวิตมีร้อยละ 39.11 หรือคิดเป็นจำนวน 19.3 ล้านคน การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อย่างไม่ถูกต้อง (คือบริโภคปริมาณมากสม่ำเสมอ) และขาดความรับผิดชอบทั้งต่อตัวเองและผู้อื่น เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคและการบาดเจ็บ ได้แก่ โรคหัวใจและ

PROMISE

หลอดเลือด ความดันโลหิตสูง อัมพาตจากหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก ตับอักเสบตับแข็ง มะเร็ง
อวัยวะต่างๆ เช่น ตับ กระเพาะอาหาร การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ภาวะซึมเศร้า และอุบัติเหตุจากรถ
 ฯลฯ

1.8 สถานการณ์เกี่ยวกับสุขภาพจิต

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตและโรค
ประสาทมีแนวโน้มมากขึ้น โดยเฉพาะอัตราการเข้าพักรักษาด้วยโรคจิตและโรคจากความแปรปรวนทาง
จิต เพิ่มขึ้นในช่วง พ.ศ. 2539 – 2544 โดยเฉพาะภายหลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจพบอัตราการเข้ารักษา
จากภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรมเพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจาก 30.7 ต่อประชากรแสนคนใน
พ.ศ. 2540 เป็น 33.4 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2543 ดังแสดงภาพประกอบ 10 อัตราการเข้า
รักษาแผนกผู้ป่วยนอกจากภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม พ.ศ. 2526-2543



ภาพประกอบ 10 อัตราการเข้ารักษาแผนกผู้ป่วยนอกจากภาวะแปรปรวนทางจิตพฤติกรรม พ.ศ. 2526-2543

ที่มา: รายงานผู้ป่วยนอก สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

สรุปได้ว่า ในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มี
ประสิทธิภาพได้นั้น ควรเริ่มต้นด้วยความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญและความรุนแรงของปัญหา
สุขภาพคนไทย ในภาพกว้างระดับประเทศเพื่อ การศึกษาเจาะลึกในกลุ่มเสี่ยงเฉพาะที่ต้องการพัฒนาให้
สอดคล้องกับปัญหาสาเหตุ มีความตระหนักในความต้องการ และความเชื่อมั่นในความสามารถปรับ
พฤติกรรมสุขภาพ ของตนเอง บุคคลและกลุ่มได้ และจากรายงานสถานการณ์ดังกล่าว พบว่า คนไทยมี
แนวโน้มจะพบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เป็นภาระต่อเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและกระทบ
ต่อการใช้ชีวิตในสังคม โดยส่วนบุคคลและในระดับประเทศนับเป็น การสูญเสียทรัพยากรบุคคลและ
สูญเสียคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ยังเป็นโอกาสดีที่โรคและปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ สามารถป้องกันและแก้ไขได้ ถ้า
ตระหนักในปัญหาสุขภาพเหล่านี้แล้ว ผู้เขียนจึงขอเชิญชวนให้คนไทยทุกคน หันมาใส่ใจสุขภาพตนเอง

PROMISE

และร่วมลงมือกระทำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง พร้อมขยายผลแก่บุคคลรอบข้างเพื่อสุขภาพที่ดีของพวกเราต่อไป

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเทคนิคการพัฒนาสุขภาพ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ดำเนินการโดยหน่วยงานทุกโครงการเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มไม่ใช่เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นรายบุคคลแนวคิดหลักที่อธิบายถึงกระบวนการได้ดีและเป็นที่ยอมรับพบว่าเป็นแนวคิดที่มาจากพื้นฐานทฤษฎี 2 ส่วน ส่วนที่หนึ่ง คือ แนวคิดการปรับพฤติกรรม (Behavior modification) ตามหลักพฤติกรรมศาสตร์ ส่วนที่สองคือ ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change theory)

2.1 แนวคิดการปรับพฤติกรรมตามหลักพฤติกรรมศาสตร์

การปรับพฤติกรรม ตามหลักพฤติกรรมศาสตร์ เป็นกลวิธีที่นำหลักการแห่งพฤติกรรม (Behavior principles) มาประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบโดยใช้หลักการเรียนรู้ตามทฤษฎีต่าง ๆ เช่น ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำมาใช้ในการปรับพฤติกรรม โดยทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant conditioning theory) พัฒนาโดยนักจิตวิทยาชาวอเมริกันชื่อ สกินเนอร์ (B.F Skinner) มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคล เป็นผลสืบเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลที่ได้รับ (Consequence) ที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมนั้น และผลสืบเนื่องที่ได้รับว่ามี 2 ประเภท คือ 1) ผลสืบเนื่องที่เป็นการเสริมแรง (Reinforce) ผลที่ได้รับทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่นั้นมีอัตราการกระทำเพิ่มขึ้น และ 2) ผลสืบเนื่องที่เป็นการลงโทษ (Punisher) ผลที่ได้รับซึ่งส่งผลให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำนั้นยุติลง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549: 32) การปรับพฤติกรรมจึงเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมที่ค่อนข้างใหม่สำหรับประเทศไทย ในช่วงเริ่มแรก ใช้เป็นกลวิธีการรักษาหรือเรียกว่า พฤติกรรมบำบัดสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติโดยนักจิตวิทยาเป็นผู้ให้การบำบัด แต่ต่อมา มีการนำมาใช้และเผยแพร่กันอย่างจริงจังในงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีปกติสุข จากหลักฐานเอกสารที่ปรากฏ พบว่าการปรับพฤติกรรมในประเทศไทย เริ่มเกิดขึ้นเมื่อ ปี พ.ศ.2517 โดยเป็นปริญญานิพนธ์ของนิสิตบัณฑิตศึกษา ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 3 ราย และในปี พ.ศ.2523 เป็นการศึกษาค้นคว้าด้านการปรับพฤติกรรมและเผยแพร่ให้เป็นที่รู้จักกันโดย สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.1.1 ความเชื่อพื้นฐานตามหลักพฤติกรรมศาสตร์

นักปรับพฤติกรรม ตามแนวทางพฤติกรรมศาสตร์ มีความเชื่อพื้นฐานในการดำเนินการปรับพฤติกรรม 2 ประการ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) คือ

1. พฤติกรรมปกติกับพฤติกรรมผิดปกติ พัฒนามาจากหลักการเดียวกัน คือจากหลักการเรียนรู้ แต่ทั้งนี้ต้องไม่รวมถึงพฤติกรรมที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายและระบบประสาท

PROMISE

2. พฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้โดยหลักการเรียนรู้เช่นเดียวกัน และในปัจจุบัน จากคำว่า การปรับพฤติกรรม (Behavior modification) และ พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) เป็นคำที่ใช้ในความหมาย “การปรับพฤติกรรม” หมายถึง การประยุกต์ของกระบวนการของทฤษฎีการวางเงื่อนไขผลกรรม (Operant conditioning) ในขณะที่ “พฤติกรรมบำบัด” หมายถึง การประยุกต์ใช้วิธีการของทฤษฎีการวางเงื่อนไขสิ่งเร้า (Classical conditioning) (O, Leary & Wilson, 1987:1) แต่ มิคุลัส (Mikulas, 1978: 2) ได้แยกคำทั้งสองนี้ไว้ว่า การปรับพฤติกรรม เป็นกระทำของบุคคลทั่วไป แต่ในวงการของนักจิตวิทยาคลินิก (Clinical setting) จะใช้คำว่า พฤติกรรมบำบัด

2.1.2 คุณสมบัติของกระบวนการปรับพฤติกรรม

มิคุลัส (Mikulas, 1978: 9-12) ได้กล่าวถึงคุณสมบัติของการปรับพฤติกรรมไว้ 5 ประการ ดังนี้

1. การปรับพฤติกรรมไม่เน้นอดีต (Ahistorical) หมายความว่า การปรับพฤติกรรมไม่สนใจมากนักว่า บุคคลมาจากไหน และปัญหาเกิดมาอย่างไรในอดีต แต่จะให้ความสนใจพฤติกรรมของบุคคล ณ ที่นี้และขณะนี้ (Here and now) เป็นสำคัญ คือ สนใจว่าปัจจัยใดในขณะนั้นก่อให้เกิดและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในปัจจุบัน แต่ข้อมูลในอดีตจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับพฤติกรรมในกรณีที่มีข้อมูลนั้นเป็นสิ่งที่ช่วยให้นักปรับพฤติกรรมทราบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

2. การปรับพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้การตีตรา หลีกเลี่ยงการจัดประเภทบุคคล และการใช้คำบางคำ เช่น “อปกติ” ทั้งนี้เพราะการตีตราและการจัดประเภทบุคคล อาจจะมีประโยชน์ในเชิงการบริหารและการสื่อสาร และอาจช่วยแนะว่าตัวแปรใดที่ควรพิจารณาในระหว่างการประเมินพฤติกรรม แต่การ ตีตราและการจัดประเภทบุคคลไม่เป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์พฤติกรรมมากนัก ตรงกันข้ามการตีตราบุคคลอาจจะเป็นการทำลายบุคคล (คนที่ถูกตีตราว่าเป็นคนอย่างไร อาจจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรม ไม่เป็นปกติ เช่นนั้นก็ได้อีก เช่น คนที่ถูกตีตราว่าเป็นคน อ้วนแล้วพฤติกรรมของเขาอาจเปลี่ยนแปลงไป อ้วนมากยิ่งขึ้นก็ได้) นอกจากนี้ การตีตราหรือการจัดประเภทบุคคล อาจจะทำให้ นักปรับพฤติกรรมมองข้ามพฤติกรรมที่เป็นแบบฉบับของ บุคคลนั้น คำว่า “อปกติ” “เปียงเบน” และคำว่า “ความเจ็บป่วยทางจิต” คำเหล่านี้เป็นภาวะสันนิษฐาน (construct) ซึ่งบุคคลในแต่ละวัฒนธรรมให้นิยามไม่ตรงกันพฤติกรรมอย่างหนึ่งอาจถือว่าเป็น พฤติกรรมปกติในสังคมหนึ่ง แต่อาจเป็น พฤติกรรมปกติในอีกสังคมหนึ่งก็ได้ เช่น เด็กพูดโต้แย้งผู้ใหญ่ในสังคมตะวันตกถือว่าเป็นพฤติกรรมปกติ เป็นการกล้าแสดงออก แต่ในสังคมไทยส่วนใหญ่ยังไม่ยอมรับอาจถือว่าเป็นพฤติกรรมที่ขาดสัมมาคารวะเป็นสิ่งที่ไม่ควรประพฤติ

3. การปรับพฤติกรรมเป็นเรื่องเข้าใจได้ (Sensible) หมายความว่า ในการปรับพฤติกรรมบางโปรแกรม สามารถอธิบายให้ผู้รับการปรับพฤติกรรม ครู ผู้ปกครอง ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องเข้าใจได้ โดยที่พวกเขาเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องรู้รูปแบบเชิงทฤษฎีและคำนิยามเฉพาะใด ๆ ก็ได้ (เพราะการปรับพฤติกรรม เป็นกระบวนการที่มีความชัดเจนสามารถเข้าใจได้ง่าย) การให้เหตุผลและทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องได้ จะทำให้ได้รับความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องเหล่านั้นเป็นอย่างดีในการดำเนินการปรับพฤติกรรม

PROMISE

4. ความสัมพันธ์ระหว่างนักปรับพฤติกรรมกับผู้รับการปรับพฤติกรรมไม่จำเป็นต้องเป็นความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว (One-to-one relationship) นั้นหมายความว่า ในการปรับพฤติกรรมนั้น ไม่ใช่เฉพาะนักปรับพฤติกรรมเพียงคนเดียวเท่านั้นที่สามารถปรับพฤติกรรมของบุคคลได้ และการปรับพฤติกรรมก็ไม่จำกัดว่าจะต้องดำเนินการปรับพฤติกรรมของผู้รับการปรับพฤติกรรมเป็นรายบุคคล ในการปรับพฤติกรรมสามารถฝึกใครก็ตาม เช่น ครู ผู้ปกครองหรือผู้เกี่ยวข้องอื่นใดให้สามารถใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมไปปรับผู้อื่นก็ได้ และการปรับพฤติกรรมบางอย่างสามารถทำเป็นกลุ่มพร้อมกันได้

5. ในการปรับพฤติกรรมสามารถฝึกบุคคลให้ปรับพฤติกรรมของตนเองได้ เทคนิคที่ใช้ส่วนใหญ่ ได้แก่ เทคนิคการควบคุมตนเอง (Self-control) การกำกับตนเอง (Self-regulation) ซึ่งเป็นวิธีการปรับพฤติกรรมที่ฝึกให้บุคคลปรับพฤติกรรมของตนเองด้วยตนเอง เทคนิคการควบคุมตนเองเป็นเทคนิคที่ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย แต่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเป็นอย่างมาก บุคคลสามารถเรียนรู้ทักษะการควบคุมตนเองจากแหล่งต่าง ๆ ได้ เช่น จากผู้ใกล้ชิด จากนิตยสารจากตำรา จากคลินิก จากโทรทัศน์ หรือจากการให้คำปรึกษาและการฝึก เป็นต้น

2.1.3 ความหมายของการปรับพฤติกรรม

ระยะแรกนักวิชาการส่วนใหญ่จะให้ความหมายของการปรับพฤติกรรมบนพื้นฐานการเรียนรู้ ดังเช่น ความหมายของการปรับพฤติกรรม ตามที่ ชัยพร วิชาวุธ และ ชีระพร อูวรรณโณ (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2552 อ้างอิงจาก ไม่ปรากฏผู้แต่ง, 2552) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การปรับพฤติกรรมเป็นการประยุกต์หลักการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ส่วน มิคุลัส (Mikulas, 1978:2) ได้ให้ความหมายของการปรับพฤติกรรมไว้ว่า การปรับพฤติกรรม คือ การประยุกต์หลักการพฤติกรรมที่ได้จากการทดลองเพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรม ซึ่งก็คล้ายๆ กับความหมายที่ คาลิช (Kalish, 1981 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549: 3) ให้ไว้ว่าการปรับพฤติกรรม หมายถึง การนำเอาหลักพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม วอลป์ (Wolpe, 1969) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการใช้ผลที่ได้จากการทดลอง หลักการเรียนรู้ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่ไม่เหมาะสมให้เหมาะสมขึ้น โอเลอรี่และวิลสัน (O'leary & Wilson, 1987) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้และข้อค้นพบจากจิตวิทยาการทดลอง เพื่อใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์

สรุปได้ว่า การปรับพฤติกรรม หมายถึง การประยุกต์หลักการ แห่งพฤติกรรม หรือหลักการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรม โดยเน้นที่ พฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้ หรือวัดได้เป็นสำคัญและในการศึกษาครั้งนี้ วัดจากพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน คือ การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง (Self efficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self regulation) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (Self care)

2.1.4 หลักการแห่งพฤติกรรม

คาลิช (Kalish, 1981 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2526) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นหลักการที่ครอบคลุมทั้งแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ การวางเงื่อนไข และแนวคิดทางจิตวิทยา

PROMISE

ต่างๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์เข้ามาประยุกต์ใช้ได้ และแนวคิดของการใช้หลักการแห่งพฤติกรรมมาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แบ่งออกเป็นสองกรณี คือ

1. กรณีที่สามารถควบคุมสภาพแวดล้อมได้ สามารถจัดกระทำโดยการเปลี่ยนแปลงที่พฤติกรรมโดยตรง นักปรับพฤติกรรมใช้ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไข จัดการกับพฤติกรรมโดยตรง ด้วยการควบคุมสภาพแวดล้อมต่างๆ ให้ได้

2. กรณีที่ไม่สามารถควบคุมสภาพแวดล้อม สามารถจัดกระทำโดยการเปลี่ยนที่ความรู้สึก (Feeling) ซึ่งส่งผลทำให้พฤติกรรมเปลี่ยน หรือ จัดกระทำโดยเปลี่ยนที่ความรู้คิด (Cognitive) ซึ่งส่งผลทำให้พฤติกรรมเปลี่ยน ซึ่งตามหลักการแห่งพฤติกรรมเชื่อว่า ความรู้สึก ความรู้คิด และพฤติกรรมมีผลซึ่งกันและกัน การเปลี่ยนพฤติกรรมอาจจะเปลี่ยนได้ที่ความรู้สึกหรือความรู้คิด ซึ่งจะส่งผลทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการควบคุมสภาพแวดล้อม

2.1.5 การปรับพฤติกรรมในปัจจุบัน

การปรับพฤติกรรมมีประวัติความเป็นมาอันยาวนานบนพื้นฐานของหลายแนวคิด หลังจากปี ค.ศ. 1970 ความนิยมเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม พื้นฐานแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ ได้รับความนิยมนลดลง ทั้งนี้การปรับพฤติกรรมจะมีปัญหาเกี่ยวกับการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง จนทำให้ดูเหมือนไม่ครอบคลุมพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ประกอบกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาบางพฤติกรรม ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขไม่สามารถอธิบายหรือจัดวางเงื่อนไขให้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น พฤติกรรมภายในซึ่งประกอบด้วยความคิด ความรู้สึก เป็นต้น ด้วยเหตุนี้จึงเป็นโอกาสให้นักจิตวิทยากลุ่มปัญญานิยมเข้ามามีส่วนในการพัฒนาเทคนิคการปรับพฤติกรรม ซึ่งผู้นำของนักจิตวิทยากลุ่มนี้ได้แก่ Albert Bandura เป็นผู้ที่เสนอแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ซึ่งแนวคิดในกลุ่มนี้ได้รับความนิยมอย่างมากในช่วงทศวรรษที่ 1980 และได้มีการพัฒนาเทคนิคการปรับพฤติกรรมต่างๆ มากมาย นอกจากนี้ปัจจุบันยังได้มีการนำเอาแนวคิดของการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเข้ามาใช้ในการพัฒนาด้วย ซึ่งรู้จักกันในนามของการป้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback) (ประทีป จินวี, 2540)

สามารถสรุปได้ว่า ในการปรับพฤติกรรมของบุคคล ควรคำนึงถึงลักษณะวิธีการดังต่อไปนี้

1. เน้นที่พฤติกรรมเฉพาะเจาะจงเฉพาะกลุ่มเสี่ยง
2. เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลโดยผ่านกระบวนการเรียนรู้
3. ต้องมีการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ชัดเจน
4. ต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลเป็นสำคัญ
5. การศึกษาแนวโน้มจะเน้นที่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเท่านั้น
6. เน้นความเป็นมนุษย์ของบุคคล โดยไม่มีการบังคับใดๆ ทั้งสิ้น
7. เทคนิคต่างๆ ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเป็นเทคนิคที่มีประสิทธิภาพ แต่การนำไปใช้จำเป็นต้องคำนึงถึงข้อดีและข้อจำกัด ตลอดจนเกณฑ์การใช้เทคนิคเหล่านั้นให้รอบคอบด้วย
8. การปรับพฤติกรรมจะเน้นการใช้วิธีการทางบวกมากกว่าวิธีการลงโทษ
9. วิธีการปรับพฤติกรรมสามารถใช้ได้อย่างเหมาะสมตามลักษณะปัญหาของแต่ละบุคคล

PROMISE

แนวทางในการปรับพฤติกรรม 3Self ตามหลัก PROMISE ทั้ง 17 ครั้งนี้ ได้ประยุกต์หลักหลักการปรับพฤติกรรมตามแนวทางพฤติกรรมศาสตร์ในครั้งนี้มาใช้ เช่น การให้ความสำคัญของมนุษย์ การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายไว้ให้ชัดเจน ใช้วิธีการเสริมแรงทางบวก และให้ความสำคัญกับกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น

ข้อควรคำนึงในการปรับพฤติกรรมทั้งนี้ การปรับพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ทำได้ยากและต้องอาศัยเวลา เทคนิคที่เหมาะสม พฤติกรรมที่อาจจะปรับได้ เช่น เป็นพฤติกรรมที่เพิ่งเกิดขึ้นปัจจุบัน เป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหาไม่รุนแรง และก็เป็นเฉพาะบางคนเท่านั้นที่จะสามารถปรับพฤติกรรมได้ และการนำไปใช้ก็ต้องระมัดระวังอย่างมาก ดังต่อไปนี้

1. สิทธิของบุคคล
2. ในการปรับพฤติกรรม ผู้ใช้หรือให้บริการปรับพฤติกรรมจะต้องระลึกเสมอว่า ตนเองมีความรู้ในเรื่องการปรับพฤติกรรมดีพอหรือยัง การนำเทคนิคต่างๆ ไปใช้ จะต้องเตรียมรับมือกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นอย่างไร
3. จะต้องคำนึงว่าการปรับพฤติกรรมนิยมที่จะเลือกใช้เทคนิคการเสริมแรงหรือปรับเพื่อเสริมสร้าง พฤติกรรม หรือเพิ่มพฤติกรรม ซึ่งอาจเกิดปัญหาต่างๆ หรือปัญหาทางอารมณ์ตามมาได้
4. ผู้ปรับพฤติกรรมควรคำนึงถึงประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้ถูกปรับพฤติกรรมหรือผู้รับบริการปรับพฤติกรรมเพื่ออยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข
5. การนำการปรับพฤติกรรมไปใช้ควรนำไปพัฒนาพฤติกรรมที่พึงประสงค์กับสังคมและคำนึงถึงเรื่องจริยธรรมเป็นสิ่งสำคัญ

2.1.6 ตัวอย่างเทคนิคการปรับพฤติกรรม

การปรับพฤติกรรมตามหลักพฤติกรรมศาสตร์ที่มีการประยุกต์ใช้แนวคิดที่หลากหลายเข้าด้วยกันมีนักวิชาการนำไปใช้ในการปรับพฤติกรรมหลายท่าน ยกตัวอย่างเช่น งานปรับพฤติกรรมของ จุฑารัตน์ กิตติเชมากร (จุฑารัตน์ กิตติเชมากร , 2550) ที่ได้ใช้ เทคนิค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในกรณีวิเคราะห์รายบุคคล (Single case) จุดประสงค์เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการออกกำลังกายให้เพิ่มขึ้นจนสม่ำเสมอ โดยเริ่มจากพฤติกรรมที่ จะศึกษา ว่าควรจะกำหนดนิยามของพฤติกรรมเป้าหมายให้ชัดเจนก่อน ในที่นี้เราจะศึกษาเรื่องของการออกกำลังกาย โดยนิยาม การออกกำลังกาย ว่า การเคลื่อนไหวร่างกายให้มีจังหวะเหมาะสม เป็นการฝึกซ้อมให้ร่างกายแทบทุกส่วนได้มีความคล่องว่องไว พร้อมกับการได้แรงงานด้วย ได้แก่ การว่ายน้ำ โดยวัดจากเวลาที่ว่ายน้ำ ตั้งแต่ 30 นาทีขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง และการวิ่ง โดยวัดจากการวิ่ง ตั้งแต่ 30 นาทีอย่างต่อเนื่อง เป็นประจำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เราจะใช้ออกกำลังกายในช่วงเวลา หลังเลิกงาน คือ เวลา 18.00 – 21.00 น. ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ของสัปดาห์ โดยสถานที่ใช้คือ สระว่ายน้ำในบริเวณหมู่บ้านที่พักอาศัย และบริเวณรอบๆหมู่บ้าน สวนสาธารณะจากนั้นก็ จะ เริ่มการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม ใช้การสังเกตแบบเข้าไปมีส่วนร่วม (Participated observation) โดยการบันทึกแบบความถี่ (Frequency recording) การสังเกตและบันทึกพฤติกรรม เป็นการบันทึก จำนวนครั้งของการเกิดพฤติกรรมเป้าหมายในช่วงเวลาที่กำหนด ในกรณีศึกษานี้ เป็นการสังเกตความถี่ (จำนวนครั้ง) ใน

PROMISE

การออกกำลังกาย ซึ่งกำหนดวันและเวลาในการออกกำลังกาย ในการเก็บข้อมูลโดยการบันทึกจำนวนครั้งของการออกกำลังกายโดยจะต้องเก็บอย่างต่อเนื่อง (Continuous assessment) โดยดูจากความสม่ำเสมอของพฤติกรรม ซึ่งเก็บเป็นฐานข้อมูลเบื้องต้น (Baseline) เพื่อดูแนวโน้มของพฤติกรรม ดูความสม่ำเสมอของการเกิดพฤติกรรม (Stability of performance) โดยข้อมูลในช่วงนี้ สามารถนำมาอธิบายการเกิดพฤติกรรม และสามารถนำข้อมูลมาทำนายการเกิดพฤติกรรมในอนาคต ซึ่งนำมาเขียนกราฟเพื่อให้เกิดความชัดเจนเมื่อเราพิจารณาข้อมูลแล้วพฤติกรรมการออกกำลังกาย (พฤติกรรมที่พึงประสงค์) มีแนวโน้มที่จะลดลงซึ่งจุดประสงค์ในการปรับพฤติกรรมครั้งนี้เราต้องการเพิ่มพฤติกรรมการออกกำลังกาย ให้เพิ่มขึ้นจนคงที่สม่ำเสมอจากนั้น จึงออกแบบโปรแกรมในการปรับพฤติกรรมเลือกเทคนิคในการปรับพฤติกรรม ที่จะนำมาใช้ให้เหมาะสมและควรคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลตามลักษณะของปัญหา เมื่อพิจารณาแล้วว่า ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ถูกสังเกตเหมาะกับการให้การเสริมแรงประเภทใด จึงจะสามารถมีอิทธิพลต่อการเพิ่มพฤติกรรมเป้าหมายได้ เนื่องจากผู้ถูกสังเกตและผู้สังเกตเป็นคนใกล้ชิดและสามารถอยู่ร่วมกันในช่วงเวลาที่กำหนด จากการศึกษาลักษณะนิสัยในระดับหนึ่ง พบว่า ไม่ว่าผู้ถูกสังเกตจะทำกิจกรรมอะไรก็ตาม เขาจะมีความมั่นใจและกล้าที่จะทำกิจกรรมนั้นโดยจะต้องมีเพื่อนร่วมทำกิจกรรม นั้นๆ ผู้ถูกสังเกตจะมีสีหน้าดีใจ แสดงอาการดีใจด้วยการยิ้ม แสดงท่าทาง เมื่อมีคนชื่นชม และเข้าใจและสนใจในสิ่งที่เขาทำ หรือในเรื่องที่เขาเล่า ประสบอยู่ ดังนั้นผู้สังเกตจึงวางแผนว่าจะใช้เทคนิคใดในการเพิ่มพฤติกรรมเป้าหมายโดยตัดสินใจว่าเลือกใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมด้วยการเสริมแรงทางบวก(Positive reinforcement) โดยใช้ การเสริมแรงทางสังคม (Social reinforcement) โดยการเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) หมายถึง การเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมเป้าหมายอันเป็นผลเนื่องมาจากการได้รับสิ่งเร้าบางอย่างหลังจากที่บุคคลแสดงพฤติกรรมเป้าหมายแล้ว และการเสริมแรงทางสังคม (Social reinforcement) หมายถึง การแสดงออกโดยใช้คำพูดหรือท่าทาง กับบุคคลหลังจากที่บุคคลแสดงพฤติกรรมแล้วอันมีผลทำให้บุคคลนั้น แสดงพฤติกรรมเป้าหมายเพิ่มขึ้นหรือทำให้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ ก่อนที่จะเสนอเงื่อนไข ผู้สังเกตก็พยายามให้ข้อมูลและกล่าวเสนอชี้แนะ ในเรื่องของการออกกำลังกาย ว่ามีประโยชน์ เพื่อสุขภาพกายและจิตใจ และในเรื่องของเวลาในการออกกำลังกายนั้นสามารถทำได้หลังเลิกงาน และวันที่ไม่มีเรียน เมื่อผู้สังเกตเลือกเทคนิคโดยใช้การเสริมแรงทางสังคม นั่นก็คือ ผู้สังเกตเสนอเงื่อนไขว่า จะไปร่วมทำกิจกรรม คือ การออกกำลังกายกับผู้ถูกสังเกต และเขาก็ยินดีและเขาก็เริ่มสนใจกับเงื่อนไขนี้ หลังจากนั้น เราจะเริ่มดำเนินการตามโปรแกรม เราจะไปออกกำลังกายตามโปรแกรมที่เราวางแผนเอาไว้ข้างต้น เพราะพอถึงวันและเวลาที่ กำหนดเราก็รู้ว่าวันนี้จะต้องไปว่ายน้ำ หรือไม่ว่าวันไหนอากาศไม่เอื้ออำนวย เช่น เรื่องของอากาศหนาว เป็นต้น เราก็จะออกกำลังกายโดยการวิ่งรอบ ๆ หมู่บ้าน ซึ่งหลังจากออกกำลังกายทุกๆ ครั้ง คือ หลังจากอาบน้ำแต่งตัวเสร็จ ควรพูดคุยกับผู้รับการปรับพฤติกรรม ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย บางก็ให้คำชมที่เขาสามารถทำกิจกรรมที่เราร่วมกันกำหนดขึ้นมาได้อย่างมีความสุข ซึ่งระหว่างการพูดคุยหรือมีคำชมต่าง ๆ กับความรู้สึกยินดี กับกิจกรรมที่เราทำ ซึ่งในแต่ละครั้งของการออกกำลังกาย ผู้ถูกสังเกตเองก็มีความกระตือรือร้นขึ้นและขอให้ มาออกกำลังกายเป็นเพื่อนอีกในครั้งต่อไป ซึ่งแสดงให้เห็น

PROMISE

เห็นว่า เขาเองก็เต็มใจและอยากที่จะทำกิจกรรมนั้นจริง ๆ คำชมทุก ๆ ครั้งหลังจากออกกำลังกายทันที นั่นก็คือ ตัวเสริมแรงทางสังคม (Social reinforcers) ในกรณีนี้ผู้สังเกตไปเป็นเพื่อนไปออกกำลังกายและให้คำชื่นชม (เช่น ดุสดชื่นดี แจ่มใส คล่องตัวขึ้นนะ เห็นไม่ออกกำลังกายทำให้รู้สึกสดชื่น ดุดีนะ) การยิ้ม แสดงท่าทางที่ภูมิใจ แสดงความรู้สึกดีกับการที่เขาออกกำลังกาย ฯลฯ ซึ่งการออกกำลังกายตามโปรแกรมเพื่อสุขภาพนี้ มีอุปสรรคอยู่ที่สภาพอากาศ และเวลาที่จำกัด

ข้อควรสังเกต ตัวเสริมแรงที่ใช้ได้ผลสำเร็จ เนื่องมาจากลักษณะของผู้ถูกสังเกตเองต้องการอยู่แล้ว ซึ่งสังเกตได้จากความกระตือรือร้น หลังจากที่เขาได้รับคำชมเชยว่า เมื่อออกกำลังกายแล้วทำให้ดูสดชื่น และเมื่อมีคนให้ความสนใจเกี่ยวกับการออกกำลังกาย เขาก็จะแนะนำและชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย และผลกรรมที่เขาได้รับคือ ร่างกายมีความคล่องแคล่วขึ้น การทำงานได้นานขึ้น น้อยย้าลง แจ่มใส สดชื่น อารมณ์ดี ฯลฯ และผู้ถูกปรับพฤติกรรมเป็นคนที่ชวนเพื่อนไปออกกำลังกายอีกในครั้งต่อไป ซึ่งจะเห็นว่า การปรับพฤติกรรมในกรณีนี้ ผู้ถูกสังเกต ก็ยังคงต้องอาศัยการเสริมแรง คือ การมีเพื่อนไปออกกำลังกายทุกครั้ง และการให้ความสนใจหาข่าวสารใหม่ เล็กๆน้อยมาเล่าให้ฟัง ฯ

ส่วนปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น ระหว่างการดำเนินการตามแผน ก็จะเป็นในเรื่องของเวลา ซึ่งถ้าวันไหนเราออกจากที่ทำงานช้ากว่าปกติ ก็จะทำให้ออกกำลังกายได้น้อยลงแต่ก็จะพยายามออกกำลังกายให้ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งในเรื่องของภูมิอากาศ ในช่วงที่ให้การเสริมแรงนั้น เป็นช่วงเวลาที่มียามอากาศหนาวสลับอากาศร้อน ทำให้การออกกำลังกายโดยการว่ายน้ำสลับกับการวิ่งรอบ ๆ หมู่บ้านแทน และสิ่งหนึ่งที่เกิดจาก หลังการออกกำลังกายคือทำให้รับประทานอาหารค่ำลง ซึ่งมีผลทำให้นอนดีขึ้น

สรุปได้ว่า หลักการปรับพฤติกรรมตามแนวทางพฤติกรรมศาสตร์เป็นวิธีการปรับพฤติกรรมที่มาจากพื้นฐานทางความเชื่อที่ว่า การอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยหรือสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง แต่การอธิบายจะต้องนำแนวคิดที่หลากหลายมาบูรณาการกันเพื่อทำให้การอธิบายพฤติกรรมมีความสมบูรณ์มากที่สุด ในการปรับพฤติกรรมของบุคคลก็เช่นเดียวกันไม่สามารถที่จะนำวิธีการใด หลักการ อย่างใดอย่างหนึ่งมาใช้ได้จะต้องมีการบูรณาการแนวคิด วิธีการ ให้เหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มที่จะทำการปรับพฤติกรรม ตลอดจนทำความเข้าใจเกี่ยวกับบริบทรอบข้าง ของกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้เข้าใจก่อนเริ่มดำเนินการปรับพฤติกรรม

2.2 ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change theory)

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change theory) หรือขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่เป็นแนวหลักในการอธิบายลำดับขั้นตอนของการปรับพฤติกรรมของกลุ่มเยาวชนและประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ดำเนินการโดยหน่วยงาน เป็นทฤษฎีของ โปรชกาและ ดิคลีเมนเท่ (Prochaska & DiClemente, 1983) ที่มีโครงสร้างขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงเป็นหัวใจหลักในการอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องไม่ใช่เป็นเพียงเหตุการณ์หนึ่งๆ เท่านั้น ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจึงเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

PROMISE

เริ่มจากขั้นที่ไม่สนใจปัญหาไปจนถึงขั้นลงมือปฏิบัติ เพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขไปสู่พฤติกรรมใหม่ (ดาร์นี สืบจากดี, 2552) ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ นับเป็นโครงสร้างหนึ่งของรูปแบบทรานส์ ทิ โอเรทิกคอล (Thanstheoretical model: TTM) ซึ่งประกอบด้วยโครงสร้างที่สำคัญ 5 ประการ คือ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Processes of change) การเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของพฤติกรรม (Decision balance) ความมั่นใจในความสามารถของตัวเอง (Self-efficacy) และระดับความเคยชิน/สิ่งล่อใจ (Habit strenge/temptation) (Kelly, 2008: 149; กนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล, 2549: 24-26) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะขอกล่าวถึงเฉพาะขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเท่านั้น

เริ่มต้น โปรชากาและ ดิคลีเมนเท่ (Prochaska & DiClemente, 1983) ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการศึกษาผู้ป่วยติดบุหรี่ และได้มีการประยุกต์ ทฤษฎีดังกล่าวเพื่อการค้าำปรึกษาแนะแนวเพื่อการเลิกบุหรี่ ซึ่งได้ผลสำเร็จเป็นอย่างดี ต่อมานักวิจัยจึงได้นำทฤษฎี Stage of Change ไปประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมที่มีปัญหาอื่นๆ เช่น การติดแอลกอฮอล์ เป็นต้น หรือแม้แต่การส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การฝึกสติ การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ เป็นต้น (Horneffer-Ginter, 2008: 352)

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แบ่งออกเป็น 6 ระดับ ดังนี้ (ดาร์นี สืบจากดี, 2552; พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

1. ขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation) เป็นขั้นที่บุคคลยังไม่ตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ไม่รับรู้ไม่ใส่ใจต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตน อาจเป็นเพราะไม่ได้รับรู้ข้อมูลถึงผลกระทบของพฤติกรรมนั้น เช่น คนส่วนใหญ่มักไม่ค่อยรู้ข้อมูลความสัมพันธ์ของการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและสุขภาพ หรือบางคนไม่รู้เรื่องความเสี่ยงของ การสูบบุหรี่ เป็นต้น เมื่อคนเราไม่รับรู้ข้อมูลหรือขาดข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับปัญหาของพฤติกรรมก็จะไม่เอาใจใส่หรือสนใจต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น อาจจะมีคำถามว่า “...ก็ฉันชอบสูบบุหรี่ ...ทำไมต้องเลิกสูบด้วยล่ะ ” หรืออาจเป็นเพราะเบื่อกที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองและคิดว่าไม่สามารถเปลี่ยนได้ บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้มักจะหลีกเลี่ยงที่จะอ่าน พุดคุยหรือคิดเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง ทฤษฎีการปรับพฤติกรรมอื่นมักจะมองการแสดงออกในลักษณะนี้ว่าเป็นการต่อต้านหรือขาดแรงจูงใจหรือไม่มีความพร้อม สำหรับ Stage of change แล้วถือว่าเป็นโอกาสที่ ผู้ช่วยเหลือจะหาวิธีการต่างๆ มาใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล ในขั้นนี้บุคคลจำเป็นต้องได้รับข้อมูลสะท้อนกลับ ได้รับความรู้ความเข้าใจโดยเน้นสิ่งที่เป็นข้อเท็จจริง เป็นเหตุเป็นผล เป็นกลาง ไม่ชี้นำหรือขู่ให้กลัว

2. ขั้นลังเลใจ (Contemplation) เป็นขั้นที่บุคคลมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะเวลาอันใกล้นี้ มีความตระหนักถึงข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ก็ยังคงกังวลกับข้อเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยเช่นกัน การชั่งน้ำหนักกระหว่างการลงทุนกับกำไรที่จะได้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาจทำให้เกิดความลังเลใจอย่างมากจนทำให้บุคคลต้องติดอยู่ในขั้นนี้เป็นเวลานาน เหมือนกับการผัดวันประกันพรุ่ง (Behavioral procrastination) จึงยังไม่พร้อมที่จะ

PROMISE

เปลี่ยนแปลงในทันที ในขั้นนี้ควรมีการพูดคุยถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมเก่าและใหม่ เปิดโอกาสให้ได้ ชั่งน้ำหนัก และอาจมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องได้ด้วย

3. ขั้นตัดสินใจและเตรียมตัว (Preparation) เป็นขั้นที่บุคคลตั้งใจว่าจะลงมือปฏิบัติในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเร็วๆ นี้ (ภายใน 1 เดือน) เมื่อตัดสินใจแล้วว่า จะเปลี่ยนพฤติกรรมใดของตน อย่างเช่น เลิกบุหรี่ ลดน้ำหนัก หรือออกกกำลังกาย บางคนอาจวางแผนว่าจะทำอะไรบ้าง เช่น เข้าร่วมฟังการบรรยายเรื่องสุขภาพ ขอคำปรึกษา พูดคุยกับแพทย์ ค้นคว้าข้อมูลหรือซื้อหนังสือ เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมตนเองมาอ่าน กำหนดวันที่จะเริ่มเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น บุคคลที่อยู่ใน ขั้นนี้ควรมีทางเลือกในการเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้เขาตัดสินใจเลือกเอง และส่งเสริมศักยภาพใน การกระทำของเขา

4. ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นขั้นที่บุคคลลงมือปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 4 - 6 เดือน โดยสังเกต จากการกระทำที่ปรากฏให้เห็น สำหรับ Stage of change แล้ว การลงมือปฏิบัติ เป็นเพียง 1 ใน 6 ของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเท่านั้น ฉะนั้นพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปอาจไม่นับว่าเป็นขั้นลงมือ ปฏิบัติ (action) ได้ทั้งหมด เพราะพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะต้องบรรลุตามข้อกำหนดที่ผู้เชี่ยวชาญหรือ เจ้าหน้าที่วิชาชีพเห็นด้วยว่าเพียงพอที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงได้ อย่างเช่น

4.1 การสูบบุหรี่ - การลดจำนวนบุหรี่ที่สูบ หรือการเปลี่ยนมาสูบบุหรี่ที่มีทาร์และ นิโคตินต่ำ ถือว่าเป็นขั้นลงมือปฏิบัติ แต่ในปัจจุบันนี้มีข้อสรุปเป็นมติว่า การหยุดสูบบุหรี่เท่านั้นที่ถือว่าเป็น ขั้นลงมือปฏิบัติ

4.2 การควบคุมน้ำหนัก - จะต้องได้รับแคลอรีจากไขมันน้อยกว่า 30 % ต่อวัน นอกจากนี้ยังถือว่า การเฝ้าระวังการกลับไปเสพยา (Relapse) ถือเป็นเรื่องสำคัญในขั้นลงมือปฏิบัตินี้ ด้วย บุคคลในขั้นนี้ควรได้รับการส่งเสริมให้ลงมือกระทำตามวิธีการที่เขาเลือกอย่างต่อเนื่อง โดยช่วย หาทางขจัดอุปสรรค และให้กำลังใจแก่เขา

5. ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) เป็นขั้นที่บุคคลกระทำพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่องเกิน กว่า 6 เดือน โดยที่ยังคงทำกิจกรรมที่เป็นการป้องกันการกลับไป เสพยาของตนต่อไป แม้จะไม่เข้มข้น เท่ากับในขั้นลงมือปฏิบัติก็ตาม ในขั้นนี้ตัวกระตุ้นเร้าต่างๆ จะลดอิทธิพลลงและมีความเชื่อมั่นว่าตน สามารถเปลี่ยนแปลงได้ต่อไปเพิ่มขึ้น ระยะนี้ถือว่าเป็นการสร้างความมั่นคงของพฤติกรรมจนกลายเป็นนิสัยใหม่ โดยที่บุคคลจะต้องทำพฤติกรรม ใหม่ที่พึงประสงค์นี้ได้อย่างสม่ำเสมอ เหมือนกับว่ามันเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันโดยไม่จำเป็นต้องเตรียมตัวไว้ล่วงหน้าอีกแล้ว บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้ควรมีการ ป้องกันการกลับไปเสพยา โดยการดำเนินชีวิตที่สมดุลอย่างมีคุณค่า มีการจัดการกับชีวิตประจำวันได้ดี บริหารเวลาอย่างเหมาะสม ดูแลสุขภาพตนเอง และอื่นๆ อาจมีคำถามว่า “...นานเท่าไรสิ่งที่กระทำ จะกลายเป็นนิสัยใหม่ได้...” ทั้งนี้ขึ้นกับการกระทำนั้นเป็นพฤติกรรม ที่เกี่ยวข้องกับอะไร ถ้าหาก พฤติกรรมใหม่เป็นการใช้ประตูเปิด- ปิดอัตโนมัติ ก็น่าที่จะกลายเป็นนิสัยใหม่ ได้ใน 2 - 3 วัน ถ้า พฤติกรรมใหม่นั้นเป็นการใช้ไหมขัดฟันทุกวันก็อาจต้องใช้เวลา 6-8 สัปดาห์ที่จะทำให้กลายเป็นนิสัยได้

PROMISE

และถ้าหากพฤติกรรมใหม่คือการเอาชนะภาวะเสพติดให้ได้ อย่างเช่นการเลิกสูบบุหรี่ ก็ต้องใช้เวลาเป็นปีๆ กว่าที่จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาด

6. การกลับไปมีปัญหซ้ำ (Relapse) คือการที่บุคคลนั้นถอยกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิมก่อนที่จะเปลี่ยนแปลงอีก โดยที่บุคคลจะนำพาตนเองไปสู่สถานการณ์เสี่ยง การปล่อยให้ตนเองมีภาวะอารมณ์จิตใจที่เปราะบาง ไม่สามารถจัดการกับความอยากได้ ประมาทเลินเล่อ จนผลลัพธ์กลับไปมีพฤติกรรมเดิมบ้างหรือกลับไปมีปัญหซ้ำหรือเสพติดอย่างเต็มตัว หากบุคคลมีการกลับไปเสพติดควรจะต้องดึงเขากลับเข้าสู่เส้นทางการเปลี่ยนพฤติกรรมให้เร็วที่สุด มีการให้กำลังใจ ให้การเสริมแรง มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา มีการสรุปบทเรียนเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำอีก และมุ่งมั่นในการเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป

โดยปกติคนทั่วไปไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้อยู่ในระดับ Maintenance ได้สำเร็จ ตั้งแต่ครั้งแรกที่เริ่มลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การเลิกสูบบุหรี่มักต้องอาศัยความพยายามมากกว่า 3-4 ครั้งขึ้นไปกว่าจะสามารถเลิกบุหรี่ได้เด็ดขาดนานกว่า 6 เดือน การกลับมาของพฤติกรรมเดิมหรือการเลื่อนระดับต่ำลงนั้นมักเกิดขึ้นได้บ่อย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเพิ่มระดับสูงขึ้นเรื่อยๆ นั้นอาจเกิดขึ้นได้แต่พบน้อยมาก การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่วนมากมักเป็นแบบรูปเกลียว (Spiral model) คือมีการถอยหลังของ Stage of change ในบางครั้งก่อนจะเลื่อนระดับขึ้นขึ้นสูงและถอยกลับอีกครั้ง บางครั้งการถอยกลับนี้อาจทำให้ผู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดความอายหรือความทุกข์จากความล้มเหลวที่เกิดขึ้น จนอาจหมดกำลังใจและต่อต้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในบางกรณีอาจถอยกลับไปอยู่ในระดับไม่สนใจปัญหาและจะอยู่ในระดับนั้นเป็นเวลานานกว่าปกติ แต่พบว่าส่วนมากร้อยละ 85 มักไม่มีการถอยกลับไปอยู่ในระดับไม่สนใจปัญหา และส่วนใหญ่ของการถอยกลับของระดับขึ้น มักทำให้ผู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ข้อคิดในการวางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จในครั้งต่อไป (กนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล, 2549) แม้ว่าทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีหลายระดับ แต่ประเด็นสำคัญของทฤษฎีนี้อยู่ที่การจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับระดับขั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล (Horneffer-Ginter, 2008: 352) อย่างไรก็ตาม มีการเสนอแนะว่าความสำคัญของทฤษฎีนี้ไม่ได้อยู่ที่การนำเสนอรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบุคคลในแต่ละระดับขั้น แต่อยู่ที่การนำเสนอกลยุทธ์หรือวิธีการต่างๆ ไปที่ควรใช้เมื่อให้คำปรึกษากับผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง (Lenio, 2552: 82)

2.2.1 งานวิจัยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ในประเทศไทยมีงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่มาก ตัวอย่างงานวิจัย เช่น พิสัมัย จารุชาลิต (2538) ศึกษาประสิทธิผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของหญิงมีครรภ์ ซึ่งประยุกต์มาจากทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยจัดกิจกรรมสุขศึกษาอย่างเป็นระบบให้ สอดคล้องกับกระบวนการความคิดของบุคคลนั้นๆ กลุ่มตัวอย่าง คือหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 124 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 62 คน กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 62 คน ได้จัดกิจกรรมตามโปรแกรม ที่กำหนดไว้ในกลุ่มทดลองเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่ม

PROMISE

ทดลองมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ และการป้องกันโรคเอดส์ ทักษะต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การจัดโปรแกรมทางสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการนำแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาใช้ จำแนกกลุ่มเป้าหมายและกำหนดกิจกรรมสุขศึกษามีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ในทางที่ดีขึ้น

สำหรับในต่างประเทศ มีงานวิจัยทางด้านสุขภาพหลายเรื่องที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งในภาพรวมพบว่าทฤษฎีนี้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลายประเภท เช่น พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ พฤติกรรมการเลิกเสพยาโคเคอิน พฤติกรรมการลดน้ำหนัก พฤติกรรมการลดอาหารไขมัน พฤติกรรมทางเพศที่ถูกต้อง พฤติกรรมการใช้เข็มกันฉีดยา พฤติกรรม การออกกำลังกาย พฤติกรรม การตรวจเต้านม พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา และพฤติกรรมการพบแพทย์ เป็นต้น โดยมีการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่หลากหลาย ซึ่งผลการศึกษามากมายพบว่าสนับสนุนประสิทธิผลของทฤษฎีดังกล่าว (Lenio, 2552; Zimmermam, Olsen, & Bosworth, 2000; Basta, reece, & Wilson, 2008; Woody, DeCristofaro, & Carlton, 2008) ตัวอย่างงานวิจัยเช่น การศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิผลของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ติดยาที่ฉีดเข้าเส้น (Intravenous drug users: IDU's) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงของการแพร่เชื้อเอชไอวี (Lenio, 2552) ผลการศึกษาพบว่า ทฤษฎีนี้มีประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานกับผู้ติดยา ที่ฉีดเข้าเส้น ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้วิจัยได้เสนอแนะว่า การแยกผู้ติดยาที่ฉีดเข้าเส้นซึ่งบุคลากรทาง แพทย์ต้องทำงานด้วยออกเป็นระดับขั้นตามทฤษฎี ทำให้พยาบาลมีความเข้าใจแรงจูงใจของพวกเขา มากขึ้น รวมทั้งสามารถใช้ระดับขั้นในการประเมินว่ากระบวนการทางสังคม และสิ่งแวดล้อมใดบ้างที่มี ผลกระทบต่อพวกเขา ณ เวลานั้น ตัวอย่างเช่น ถ้าพบว่าผู้ป่วยที่ติดยาต้องการรักษาด้วยยาและไม่มี ความตั้งใจหรือความพยายามที่จะเลิกใช้ยา (ยังไม่สนใจปัญหา) พยาบาลก็จะไม่ให้การรักษาด้วยยา แต่ จะมุ่งเน้นไปที่พฤติกรรมอื่นๆ แทน เช่น พฤติกรรม การป้องกันเชื้อเอชไอวี เป็นต้น

3. ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีหลายทฤษฎี ซึ่งในบทนี้ขอนำเสนอทฤษฎีที่ใช้กัน แพร่หลาย ได้แก่ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) แนวคิดเกี่ยวกับความ เชื่ออำนาจภายใน- นอกตนด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม (Social suport) (บึงอร จงทรัพย์, 2549: 27-36) และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการ ปฏิบัติของมนุษย์ในเรื่องของสุขภาพอนามัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้จะคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล โดยที่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคล

PROMISE

เกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น โดยบุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไปขึ้นกับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม การได้รับการเอาใจใส่สนใจและอื่นๆ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526: 171)

โรเซนสต็อก ฮอคบวม คิเกลส์ และลีเวนทอล (Rosenstock; Hochbaum; Kegeles; & Leventhal, 1950 อ้างใน สมบูรณ์ ขอสกุล และ สรวงศ์ภักดิ์ ดวงคำสวัสดิ์, 2535) เป็นบุคคลกลุ่มแรกที่ได้ทำการศึกษาและนำเสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พมาใช้ในการอธิบายปัญหา สาธารณสุข ซึ่งแนวคิดในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีสนามชีวิตของ เคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin, 1951 อ้างใน สมบูรณ์ ขอสกุล และ สรวงศ์ภักดิ์ ดวงคำสวัสดิ์, 2535) โดยนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ของบุคคลจะเป็น ตัวบ่งชี้พฤติกรรมที่บุคคลเข้าใจหรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และหลีกเลี่ยงในสิ่งที่ตนไม่พึงปรารถนา

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคลโดยอธิบายพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคล เมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974: 330 อ้างใน บังอร ฉางทรัพย์, 2549) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยง ต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องเช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บป่วยและความอาย เป็นต้น

3.1.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรค

เบคเกอร์และไมแมน (Becker; & Maiman, 1975: 12) ได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมนอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (สมบูรณ์ ขอสกุล และ สรวงศ์ภักดิ์ ดวงคำสวัสดิ์, 2535)

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการทำตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อ ในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรค ด้วยการปฏิบัติตาม เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ไม่เหมือนกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ หรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ (Becker; Drachman; & Kirscht, 1974: 205-216 อ้างใน บังอร ฉางทรัพย์, 2549)

2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ

PROMISE

เสียชีวิต ความยากลำบาก และการใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผล
กระทบกระเทือนฐานะทางสังคม โดยการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้น แม้ว่าบุคคลจะ
รับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตก
กังวลต่อความรุนแรงเกินไป ก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำ
ได้ เจนซ์และเบคเกอร์ (Janz; & Becker, 1984: 44) สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
ระหว่างปี ค.ศ. 1974 ถึง 1984 พบว่าการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค สามารถอธิบาย ทำนาย
พฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 85 แต่ทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคได้เพียงร้อยละ 36

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits) การรับรู้ประโยชน์
ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค
โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หาย
หรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดี
ข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ดีกว่าให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจ
ในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตาม
คำแนะนำด้วย นอกจากนี้ เจนซ์และเบคเกอร์ (Janz; & Becker, 1984: 44) ได้สรุปผลการศึกษาแบบ
แผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือ
ในการรักษาโรคของผู้ป่วยมากกว่าพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การ
คาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ
ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการ
ตรวจพิเศษ ทำให้เกิดความเจ็บปวดไม่สบายหรือการมารับบริการหรือการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย
ขัดกับอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรม
อนามัย บุคคลจึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับ อุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ดังนั้นการ
รับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วยจึงสามารถใช้ทำนาย
พฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาได้

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) แรงจูงใจ หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่างๆ ที่
เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น
ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และการ
ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกภายใน
ครอบครัว เจ้าหน้าที่ หรือหัวหน้าชุมชน เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค
แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติ
กิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปจะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความ
ร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

PROMISE

6. ปัจจัยร่วม (Modifying factor) ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่นที่นอกเหนือองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชากร โครงสร้าง ทักษะคติ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนในด้านต่างๆ ที่เป็นตัวแปรทางพฤติกรรมสังคม ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค

ทั้งนี้แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคได้มีการศึกษาและงานวิจัยเป็นจำนวนมากทั้งนักสังคมวิทยาและนักจิตวิทยาสังคม ในรูปแบบการศึกษาเรื่องปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม ทักษะคติ การรับรู้บุคคล ความสัมพันธ์ของการตอบสนองของบุคคลกับปัจจัยด้านอื่นๆ โดยมีกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมที่ทำงานในหน่วยงานของกระทรวง สาธารณสุขในประเทศสหรัฐอเมริกา มีความสนใจว่าทำไมบุคคลจึงหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค เช่น การรับรู้ภูมิคุ้มกันโรค หรือการตรวจสุขภาพและศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีจุดมุ่งหมายของสังคม (Lewinian theory of goal setting) ซึ่งเป็นทฤษฎีสนามพลังงานของเลวิน ซึ่งตั้งสมมุติฐานไว้ว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมตามอิทธิพล 2 ปัจจัย คือ 1) การคำนึงถึงคุณค่าของสิ่งที่เป็นเป้าหมายเฉพาะ 2) การคาดคะเนเกี่ยวกับการปฏิบัติที่จะดำเนินไปสู่เป้าหมายนั้นๆ นั่นคือบุคคลจะแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ตราบเท่าที่การปฏิบัตินั้นๆ มีค่าบวก และมีค่ามากกว่า ความยากลำบากในการปฏิบัติ โดยบุคคลจะต้องรู้สึกว่ารอคอยความตนเองสามารถป่วยเป็นโรคนั้นได้ หรือโรคนี้มีความรุนแรงและตนเองมีพลังต่อต้านโรคได้ กล่าวได้ว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคเมื่อมีองค์ประกอบดังนี้ (Becker; & Maiman, 1975: 3-24)

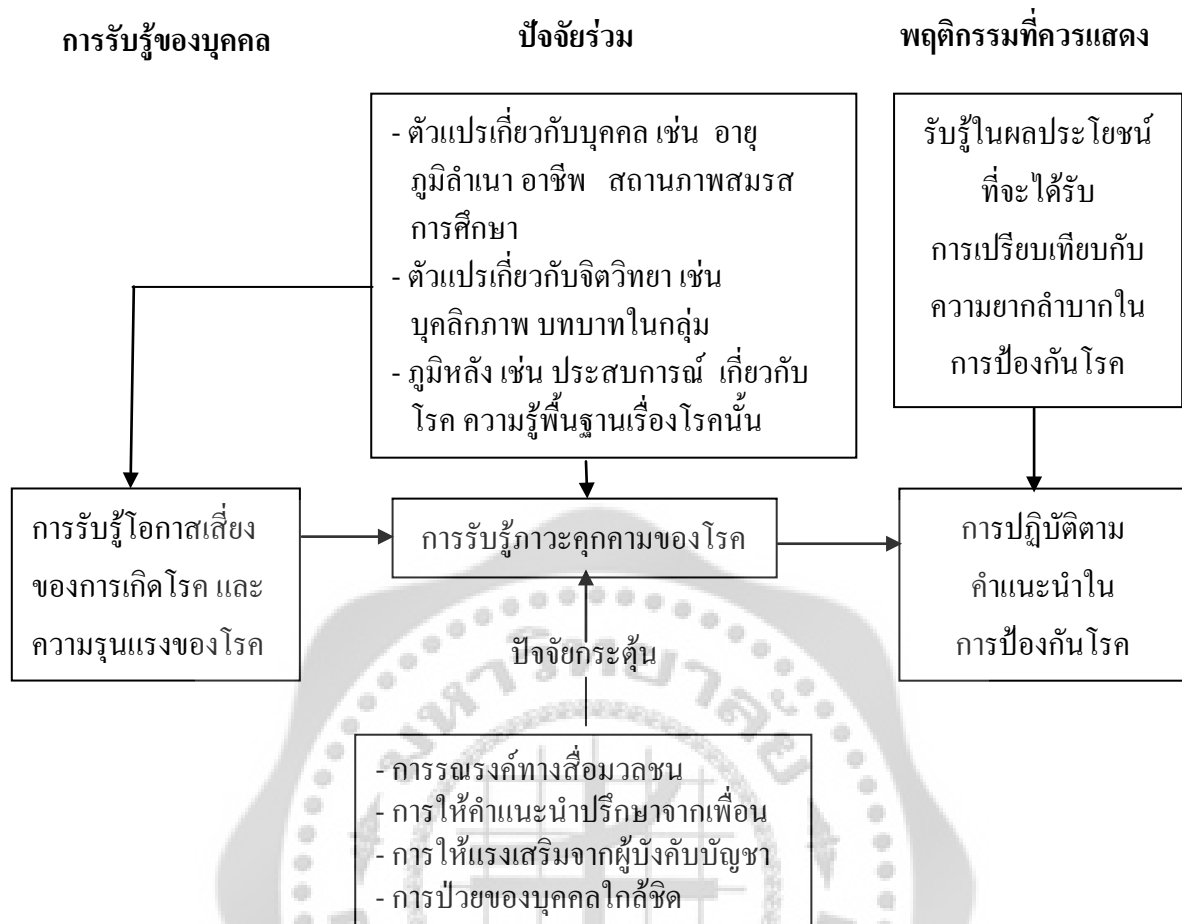
1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take action) เป็นความพร้อมด้านจิตใจของบุคคลที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยการตัดสินใจจากการรับรู้สภาวะคุกคามของโรค ซึ่งก็ขึ้นกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค

2. การคาดคะเนของบุคคลต่อการมีพฤติกรรม ถึงความสะดวกและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และผลที่จะได้รับเพื่อลดความรุนแรงของโรค ซึ่งก็คือ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติและการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน ซึ่งบุคคลพิจารณาได้ตรงต่อจากสภาวะทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และค่าใช้จ่ายต่างๆ

3. ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติ อาจเป็นปัจจัยกระตุ้นจากภายนอก เช่น อาการเจ็บป่วยต่างๆ หรือเป็นปัจจัยด้านการรับรู้ เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

กล่าวคือความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วยการรับรู้ถึงความพร้อม และความเป็นไปได้ในการมีพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมป้องกันโรค ร่วมกับปัจจัยร่วมภายในและปัจจัยชักนำจากภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติ ดังภาพประกอบ 11

PROMISE



ภาพประกอบ 11 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค
ที่มา Becker, M.H.; & Maiman, L., (1975, January). *Medical Care*, 13(1),12.

3.2 แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน - นอกตนด้านสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจภายใน- นอกตนด้านสุขภาพ มีวิวัฒนาการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) สร้างขึ้นโดยนักจิตวิทยาชาวอเมริกันชื่อ รอตเตอร์ (Rotter, 1966: 1-25 อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และสวีน สุวรรณ, 2532) โดยกล่าวว่า พฤติกรรมของมนุษย์เกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และอธิบายถึงความเชื่ออำนาจภายใน- นอกตน ว่าเกิดขึ้นเป็นขั้นตอน ตามการคาดหวังจากพฤติกรรมที่กระทำ โดยเขาได้กล่าวไว้ 2 ลักษณะคือ บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน หมายความว่า บุคคลนั้นเชื่อหรือรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนว่าเป็นผลมาจากการกระทำหรือจากความสามารถของตน ส่วนบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน หมายความว่า บุคคลนั้นเชื่อหรือรับรู้เหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลภายนอกตนที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น โชค เคราะห์ ความบังเอิญ หรืออิทธิพลของผู้อื่นบนันดาลให้เป็นไป

ความเชื่ออำนาจภายใน- นอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยหรือด้านสุขภาพ เป็นอีก มโนทัศน์หนึ่งที่สามารถอธิบายพฤติกรรมร่วมมือของบุคคลในการมีพฤติกรรมแสวงหาความรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรค บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน มักเชื่อว่า การมีสุขภาพดีเป็นผลมาจาก

PROMISE

การกระทำของตนเอง เพราะฉะนั้นจึงมีพฤติกรรมอนามัยไปในทิศทางบวก กล่าวคือ จะเป็นบุคคลที่สนใจ เอาใจใส่ต่อสุขภาพเป็นอย่างดี ขวนขวายแสวงหาความรู้อยู่เสมอ รู้จักบริการด้านสุขภาพอนามัย ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างมีเหตุผล ซึ่งตรงข้ามกับบุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตน ซึ่งมักเชื่อว่าการจะมีสุขภาพดีหรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับโชค เคราะห์ และชะตากรรม เพราะฉะนั้นจึงเป็นบุคคลที่เฉื่อยชา ไม่กระตือรือร้น และไม่สนใจใฝ่หาความรู้ จะแสดงพฤติกรรมอนามัยในการป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม (Strickland, 1978: 1192-1211)

นอกจากนี้ สตริกแลนด์ (Strickland, 1978) ยังกล่าวสรุปถึงความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน ในลักษณะต่างๆ ได้แก่ การต่อต้านการคล้อยตาม อิทธิพลของสังคม การค้นหาข้อมูลและการทำงานตามภารกิจ ความสำเร็จและความสามารถ และพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนจะเริ่มพัฒนาจากเด็กไปจนเป็นผู้ใหญ่ โดยความเชื่ออำนาจภายในตนมีมากขึ้นตามอายุ แต่ละต่ำลงในวัยชรา และยังขึ้นกับปัจจัยอื่น ได้แก่ สภาพสิ่งแวดล้อม ฐานะทางเศรษฐกิจ และประสบการณ์ที่สะสม ดังนั้นการอบรมเลี้ยงดูจากบิดามารดาจึงมีอิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนของบุตร นอกจากนี้ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน ยังเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตอีกด้วย

แนวความคิดเรื่องความเชื่ออำนาจการควบคุม เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก มีงานวิจัยเป็นจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน จะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และสวิง สุวรรณ, 2532: 100) นอกจากนี้การศึกษาของเคนเนดีและคณะ (Kennedy; Probart; & Dorman, 1991: 319-329) พบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะแสวงหาข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพได้ นอกจากนี้จากการวิจัยของเนเม็ค (Nemeck, 1990: 117-236) สรุปว่าส่วนที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายในตนทางสุขภาพ และค่านิยมสุขภาพ จะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ ส่วนซินด์เลอร์ – เวอร์เนท และไวส์ (Zindler-Wernet; & Weiss, 1987: 160-179) ศึกษาพบว่าพฤติกรรม การป้องกันโรคสามารถทำนายได้ด้วยความเชื่ออำนาจใน- นอกตนด้านสุขภาพ (บังอร ฉางทรัพย์, 2549)

แกรนดอลล์ และเลซี (Crandall; & Lacey, 1972: 1123-1131) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน- นอกตน กับตัวแปรต่างๆ พบว่าความเชื่ออำนาจภายใน- นอกตน มีความสัมพันธ์กับลำดับการเกิด ขนาดครอบครัว และชนชั้นทางสังคม นอกจากนี้คาร์เมน (Carment, 1974: 45-60) พบว่า วัฒนธรรมและประเพณีมีส่วนเกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายใน- นอกตน

จอห์นสัน เฟ็งจาด (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน- นอกตนและปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการศึกษา ได้นำแบบวัดของกรรณิการ์ กันธรักษา ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตน เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตนด้านสุขภาพหลายมิติของวอลส์ตันและคนอื่นๆ ด้านละ 6 ข้อ พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่ง

PROMISE

ภาวะสุขภาพ และนำแบบวัดของ กรรณิการ์ กันธรักษา มาดัดแปลงใช้ในหญิงอาชีพพิเศษ พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่พบว่าความเชื่ออำนาจ ความบังเอิญมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วน ทรศนีย์ วงศ์บา (2537: 63) ทำการศึกษาในกลุ่มทหารเกณฑ์ กองทัพบกที่ 3 ค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช ค่ายสมเด็จพระเอกาทศรถ และค่ายสมเด็จพระมโหฬารโลกนาถ จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 300 คน พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

จากงานเอกสารและวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดึงนำเสนอข้างต้น เห็นว่าความเชื่ออำนาจภายใน - นอก ตนด้านสุขภาพเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะพฤติกรรมทางด้านการป้องกันโรคเป็นอย่างมาก แนวคิดนี้นับได้ว่ามีประโยชน์ต่อการปรับพฤติกรรมกลุ่มเป็นอย่างยิ่ง ในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในครั้งนี้ทางสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ได้ถ่ายทอด องค์ความรู้ไปยังกลุ่มผู้จัดกิจกรรมทั้ง 17 โครงการ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้เข้าร่วมโครงการและเป็นการสนับสนุนให้การดำเนินโครงการประสบความสำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้

3.3 การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

สมบุรณ์ ขอสกุล และสรศักดิ์ ด้วงคำสวัสดิ์ (2535: 43) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับจากการสนับสนุนทางสังคมได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นกลุ่มคน จึงเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี การสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

แคพเพลน โรบินสัน และเฟรนช์ (Caplan; Robinson; & French, 1976: 39-42) ได้ให้คำจำกัดความว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่คุณจะได้รับโดยตรงจากกลุ่มบุคคล อาจเป็นข่าวสาร สิ่งของ/แรงงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

เฮาส์ (House, 1981) ได้แบ่งประเภทพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย
2. การสนับสนุนในการให้ประเมินผล (Appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed back) การเห็นพ้องให้การรับรอง (Affirmation)
3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูล ข่าวสาร (Informational support) เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) ตักเตือนให้คำปรึกษา (Advice) การให้ข่าวสาร
4. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

PROMISE**3.3.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคม**

สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น ได้แก่ เครือข่ายทางสังคม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ลักษณะเป็นองค์กร และเป็นเครือข่ายเฉพาะบุคคล โดยลักษณะเป็นองค์กร ได้แก่ กลุ่มคนทำงาน หรือกลุ่มให้บริการ เป็นเครือข่ายที่ประกอบด้วยกลุ่มบุคคลมารวมกันมีเป้าหมายเดียวกัน มีการ กิจเกี่ยวข้องกัน ส่วนเครือข่ายส่วนบุคคล เป็นความสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อผู้อื่น เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือชุมชน เป็นต้น โดยสมจิต หนูเจริญกุลและคณะ (2543) ได้กล่าวถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5 แหล่งคือ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้อง แหล่งจากกลุ่มเพื่อน แหล่งสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ แหล่งให้การดูแลจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ และจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ โดย บราวน์ และแมค เอลรีน (Brown, 1986: 4-9; Mac Elveen, 1987: 319-337 อ้างใน บังอร ฉางทรัพย์, 2549) มีความเห็นสอดคล้องกันว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญรองลงมา ได้แก่ กลุ่มญาติพี่น้องและเพื่อน อย่างไรก็ตามความต้องการของบุคคลในการส่งเสริมสุขภาพ เพนเดอร์ (Pender, 1987: 396) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ประการ ประการแรกได้แก่ ด้านสนับสนุน (Support) หมายถึงการกระทำ หรือพฤติกรรมที่ช่วยให้ผู้รับการสนับสนุนบรรลุวัตถุประสงค์ และสามารถตอบสนองความต้องการต่างๆ เช่น สิ่งของ กำลังใจ ความรักความอบอุ่น ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ประการที่สองด้านการแนะนำ (Advice) เป็นการให้ข้อมูล หรือการแนะนำต่างๆ ซึ่งทำให้ผู้รับ นำกลับมาพิจารณาว่าตนจะทำอย่างไร จึงจะบรรลุตามจุดมุ่งหมาย (บังอร ฉางทรัพย์, 2549)

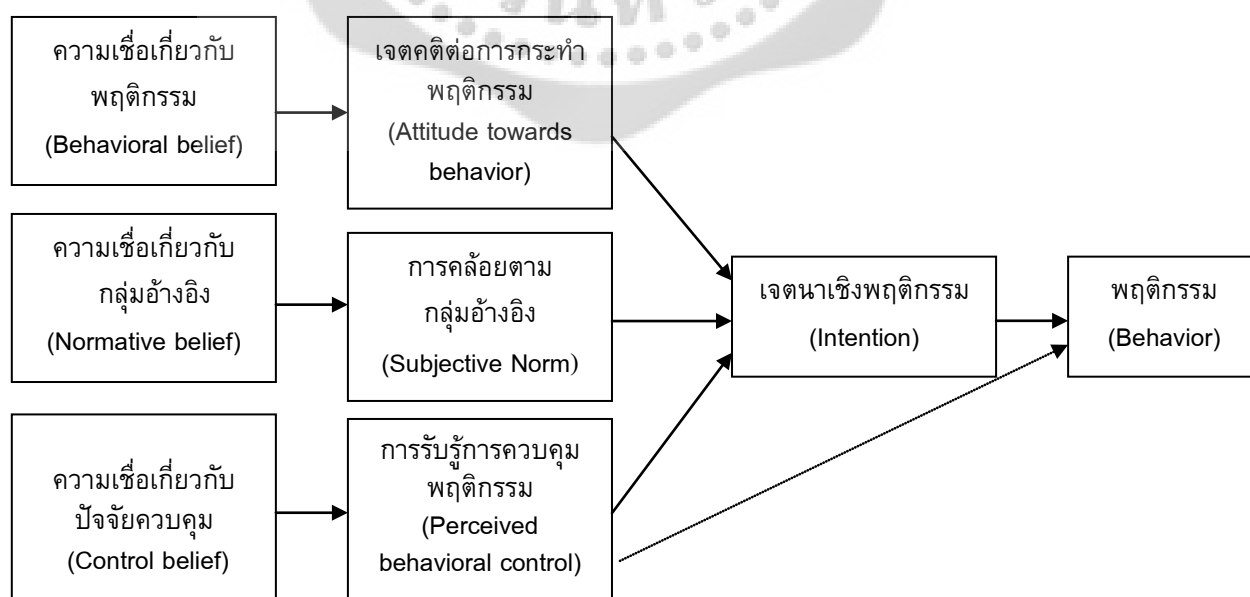
การศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมนั้น มีการศึกษาโดยคอบบ์และแคสเซล (Cobb, 1976: 300-313; Cassel, 1974: 471-482) พบว่าผู้ป่วยวัณโรค ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมหรือถูกตัดขาดจากเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ การศึกษาระบาดวิทยายังพบว่า คนที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม จะเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะของการติดโรคได้ง่ายเนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อ และมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงอีกด้วย

คอบบ์ (Cobb, 1976: 300-313) และแลงลี (Langlie, 1977: 244-260) ได้รายงานการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจร่างกายเป็นประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

จะเห็นได้ว่า มีรายงานการศึกษามากมายที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อสุขภาพ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพอนามัยของบุคคล โดยที่อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัว ว เพื่อน และเพื่อนบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น นอกจากนี้การได้รับการบริการจากแพทย์ /พยาบาลสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้มากกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนน้อย ผลจากการขาดการสนับสนุนทางสังคมทำให้สภาวะจิตใจของบุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้มีผลกระทบต่อการผลิตฮอร์โมนของร่างกายและในที่สุดทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง จึงทำให้เกิดโรคได้ง่ายและเจ็บป่วยบ่อยและมีอัตราตายสูงกว่าบุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

PROMISE**3.4 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน**

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) เป็นทฤษฎีส่วนขยายของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของไอเซน และฟิชไบน์ (Ajzen and Fishbein, 1980) เนื่องจากข้อจำกัดของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลที่ว่า พฤติกรรมทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การควบคุมของเจตนาเชิงพฤติกรรมอย่างสมบูรณ์ (Complete volition control) เจตนาเชิงพฤติกรรมถูกสมมติว่าเป็นปัจจัยด้านแรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ดังนั้น เจตนาเชิงพฤติกรรมจึงเป็นตัวทำนายว่าพฤติกรรมจะเกิดขึ้นหรือไม่ กล่าวคือ ถ้าบุคคลยังมีความตั้งใจมากเพียงใด ก็จะมี ความพยายามในการกระทำมากขึ้นเพียงนั้น แต่ในความเป็นจริงแล้ว มีพฤติกรรมหลายอย่างที่ไม่ได้อยู่ภายใต้การควบคุมของเจตนาอย่างสมบูรณ์ (Incomplete volition control) เพราะการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ต้องอาศัยปัจจัยอื่นที่มีใช้ปัจจัยด้านแรงจูงใจร่วมอยู่ด้วย เช่น ทรัพยากร และโอกาส (ได้แก่ เวลา เงิน ทักษะ ความร่วมมือจากผู้อื่น) ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนจึงได้เพิ่มตัวแปรการรับรู้ การควบคุมพฤติกรรม ซึ่งเป็นตัวกำหนดทั้งเจตนาที่จะกระทำพฤติกรรมและการกระทำพฤติกรรมนั้น นอกจากนี้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนยังกล่าวว่า การกระทำพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากความเชื่อ 3 ประการ ได้แก่ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมโดยผ่านเจตคติต่อพฤติกรรม 2) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง ส่งผลต่อพฤติกรรมโดยผ่านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และ 3) ความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยควบคุม ส่งผลต่อพฤติกรรมโดยผ่านการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ดังนั้น ตามทฤษฎีนี้ความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมจะขึ้นอยู่กับ เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมโดยผ่านเจตนาเชิงพฤติกรรม และขึ้นอยู่กับเจตนาเชิงพฤติกรรมและการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรม ทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมต่างๆ (Ajzen, 1991: 181 – 183; Ajzen, 2002: 1) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนแสดง ดังภาพประกอบ 12



ภาพประกอบ 12 โครงสร้างของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 2002: 1)

PROMISE**3.4.1 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับพฤติกรรมสุขภาพ**

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายว่าสามารถทำนายและอธิบายพฤติกรรมสุขภาพได้ดี ตัวอย่างเช่น โกดินและคอก (Courneya et al, 2000: 301 cited Godin and Kok, 1996) ได้สรุปงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการทำนายพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลัง จำนวน 18 เรื่อง พบว่า เจตนา และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังได้ร้อยละ 36 นอกจากนี้ เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของเจตนา ในการกระทำพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังได้ร้อยละ 42 แฮกเกอร์และคณะ (Hagger et al, 2002: 3-32) ได้สังเคราะห์งานวิจัยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการศึกษาพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังทั้งในเด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่ จำนวน 72 เรื่อง ซึ่งพบผลการศึกษาในทำนองเดียวกัน สำหรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนสามารถอธิบายความแปรปรวนของเจตนาในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ และพฤติกรรมบริโภคอาหารได้ร้อยละ 31 – 77 และร้อยละ 9 – 46 ตามลำดับ (Masalu, 2001: 435-45; Backman et al, 2002: 184-93; Conner et al, 2002: 194-201; Baker et al, 2003: 189-98; Bogers et al, 2004: 157-66; Nejad et al, 2004 : 2099-131)

4. การบริหารจัดการและการประเมินโครงการ ตาม CIPP Model

การบริหาร (Administration) – มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน “Administatrae” หมายถึงช่วยเหลือ (Assist) หรืออำนวยความสะดวก (Direct) และความหมายดั้งเดิมของคำว่า Administer หมายถึง การติดตามดูแลสิ่งต่าง ๆ ส่วน การจัดการ (Management) นิยมใช้ในภาคเอกชนหรือภาคธุรกิจซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งเพื่อมุ่งแสวงหากำไร (Profits) หรือกำไรสูงสุด (Maximum profits) สำหรับผลประโยชน์ที่จะตกแก่สาธารณะถือเป็นวัตถุประสงค์รองหรือเป็นผลพลอยได้ (By product) เมื่อเป็นเช่นนี้ จึงแตกต่างจากวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งหน่วยงานภาครัฐที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้บริการสาธารณะทั้งหลาย (Public services) แก่ประชาชน การบริหารภาครัฐทุกวันนี้หรืออาจเรียกว่า การบริหารจัดการ (Management administration) เกี่ยวข้องกับภาคธุรกิจมากขึ้น เช่น การนำแนวคิดผู้บริหารสูงสุด (Chief Executive Officer) หรือ ซีอีโอ (CEO) มาปรับใช้ในวงราชการ การบริหารราชการด้วยความรวดเร็ว การลดพิธีการที่ไม่จำเป็น การลดขั้นตอนการปฏิบัติราชการ และการจูงใจด้วยการให้รางวัลตอบแทน เป็นต้น

การบริหาร บางครั้งเรียกว่า การบริหารจัดการหมายถึง การดำเนินงาน หรือการปฏิบัติงานใด ๆ ของหน่วยงานหรือบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับคน สิ่งของและหน่วยงาน โดยครอบคลุมเรื่องต่าง ๆ เช่น 1) การบริหารนโยบาย (Policy) 2) การบริหารอำนาจหน้าที่ (Authority) 3) การบริหารคุณธรรม (Morality) 4) การบริหารที่เกี่ยวข้องกับสังคม (Society) 5) การวางแผน (Planning) 6) การจัดองค์การ (Organizing) 7) การบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Staffing) 8) การอำนวยความสะดวก (Directing) 9) การ

PROMISE

ประสานงาน(Coordinating)10) การรายงาน (Reporting) และ 11) การงบประมาณ (Budgeting) เป็นการนำ “กระบวนการบริหาร” หรือ “ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการบริหาร” ที่เรียกว่า แพมส์-โพสคอร์บ (PAMS-POSDCoRB) แต่ละตัวมาเป็นแนวทางดำเนินงานนอกจากนี้ การบริหาร ยังหมายถึง การดำเนินงาน หรือ การปฏิบัติงานใด ๆ ของหน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับ คน สิ่งของ และหน่วยงาน โดยครอบคลุมเรื่องต่าง ๆ เช่น (1) การบริหารคน (Man) (2) การบริหารเงิน (Money) (3) การบริหารวัสดุอุปกรณ์ (Material) (4) การบริหารงานทั่วไป (Management) (5) การบริหารการให้บริการประชาชน(Market) (6) การบริหารคุณธรรม (Morality) (7) การบริหารข้อมูลข่าวสาร (Message) (8) การบริหารเวลา (Minute) และ (9) และการบริหารการวัดผล(Measurement) เช่นนี้ เป็นการนำ “ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการบริหาร” ที่เรียกว่า 9M นั้นเอง (วิรัช วิรัชนิภาวรรณ 2551: ออนไลน์)

สรุปได้ว่า การบริหารจัดการมีแนวคิดมาจากธรรมชาติของ บุคคลและสังคมซึ่งจะต้องอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม โดยจะต้องมีผู้นำกลุ่มและมีแนวทาง การดำเนินงาน หรือวิธีการควบคุมดูแลกันภายในกลุ่ม เพื่อให้เกิดความสุขและความสงบเรียบร้อย ซึ่งอาจเรียกว่า ประธานหรือผู้บริหารจัดการโครงการ โดยมีจุดเน้นแตกต่างกันไปบ้าง ที่ครอบคลุมถึง การดำเนินงาน การปฏิบัติงาน แนวทาง (Guideline) วิธีการ (Method) หรือมรรควิธี (Means) หน่วยงาน หรือ บุคลากรที่นำมาใช้ในการบริหารโครงการหรือปฏิบัติงาน ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ เพื่อนำไปสู่จุดหมายปลายทาง (Goal) หรือการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นกว่าเดิม

4.1 การประเมินโครงการตามรูปแบบ CIPP Model

สตัฟเฟิลบีมและชินคฟิลด์ (Stufflebleam & Shinkfield, 2007) ได้เสนอวิธีการประเมินที่รู้จักกันเป็นอย่างดีในวงการการศึกษาที่เรียกว่า รูปแบบการประเมินแบบ CIPP (CIPP Model) ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของการประเมินประเภท Systematic Decision-Oriented Evaluation (SD Models) เน้นการใช้วิธีเชิงระบบเพื่อการสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อผู้เกี่ยวข้องสำหรับการตัดสินใจในเชิงบริหาร ระบบการประเมินแบบ CIPP เกิดขึ้นประมาณปลาย ปี ค.ศ. 1960 ซึ่งถูกนำมาใช้ในการพัฒนาโครงการของโรงเรียนในสหรัฐอเมริกา ซึ่งรูปแบบซีป (CIPP Model) เป็นตัวย่อของการประเมินโครงการ ตามตัวอักษร 4 ตัว คือ C: context หรือ บริบท I: Input หรือ ข้อมูลป้อนเข้า P: process หรือ กระบวนการ และ P: product หรือ ผลผลิต

4.1.1 หลักการของการประเมินตามรูปแบบ CIPP

รูปแบบการประเมินแบบ CIPP มีขึ้นเพื่อให้ผู้บริหารรับรู้ข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินและปรับปรุงโครงการ และทำให้การใช้ทรัพยากร เวลา และเทคโนโลยี ตอบสนองต่อความต้องการ ได้รับผลประโยชน์ด้วยความเหมาะสมและเที่ยงธรรม ด้วยรูปแบบของ CIPP เอื้อต่อการปรับปรุงโครงการ และเป็นหลักการที่เป็นประชาธิปไตย ดังนั้นผู้ประเมินและผู้รับบริการสามารถที่จะ

1. มีความเข้าใจและได้รับผลประโยชน์อย่างถูกต้องและเหมาะสม
2. มีความชัดเจนในความต้องการในการบริการ หรือปรับปรุงโครงการ
3. ได้รับข้อมูลการใช้โครงการที่ออกแบบ เพื่อสนองความต้องการหรือจากการบริการอื่นๆ

PROMISE

4.การประเมินช่วยแนะแนวทางในการบรรลุเป้าหมายของโครงการ

5.การประเมินข้อดี คุณค่า ความสำคัญ และความตรงจุดของบริการต่าง ๆ

รูปแบบ CIPP ยังมีหลักสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การปรับปรุงแก้ไข การประเมินจะทำหน้าที่ในระยะยาวเพื่อกระตุ้น คำจูน และช่วยเหลือในการปรับปรุงโครงการ ระบบจะทำหน้าที่กระตุ้นให้ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า นอกจากนี้ระบบนี้ยังช่วยให้ผู้ประเมินเรียนรู้บทเรียน ต่าง ๆ ที่ได้จากความพยายามที่ล้มเหลวและที่ประสบผลสำเร็จอีกด้วย นอกจากนี้รูปแบบ CIPP ยังเน้นที่จะประเมินด้วยความจริง โดยใช้หลักทฤษฎีที่ถูกต้องทางศีลธรรม พิจารณาตามความเป็นจริง หรือสิ่งที่เป็นอย่างจริง ไม่ใช่หรือเป็นไปตามความรู้สึกส่วนบุคคล เพื่อนำไปสู่ข้อสรุปบนพื้นฐานของความเท่าเทียม และสามารถโต้แย้งได้ในกรณีต่างๆ

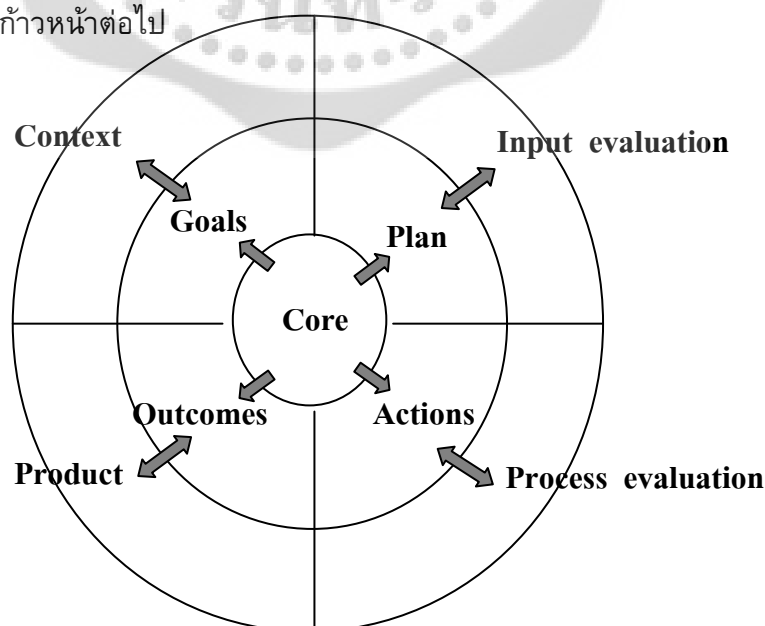
องค์ประกอบหลักของการประเมินแบบ CIPP คือ “คุณค่า” ซึ่งถูกกำหนดจากกลุ่มคนหรือสังคมนั้นๆ ระบบนี้จะทำให้ผู้ประเมินและผู้รับบริการสามารถบ่งชี้และเข้าใจคุณค่าที่ใช้เป็นรากฐานสำคัญของการประเมินในเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้ ดังนั้นการประเมินทั้ง 4 ประเภท จะมีคุณค่า เป็นแกนกลาง ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินกับโครงการได้ดังนี้

1.การกำหนดเป้าหมาย เป็นตัวตั้งคำถามของการประเมินทางบริบท การประเมินทางบริบทก็จะเป็นตัวจัดหาข้อมูลเพื่อพิสูจน์และปรับปรุงเป้าหมายที่กำหนด

2. การปรับปรุงแผนดำเนินการ เป็นตัวตั้งคำถามของการประเมินข้อมูลป้อนเข้า การประเมินข้อมูลป้อนเข้าจะเป็นสิ่งที่ใช้ตัดสินแผนดำเนินการและทิศทางเพื่อแผนดำเนินการมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.การปฏิบัติการตามโครงการ เป็นตัวตั้งคำถามของการประเมินกระบวนการ และจะเป็นสิ่งที่ตัดสินกิจกรรมต่าง ๆ และให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติของบุคลากร

4.ผลลัพธ์ / ผลผลิต จากการปฏิบัติ เช่น การประสบความสำเร็จ เป็นตัวกำหนดถึงการประเมินผลลัพธ์ / ผลผลิต การประเมินทางผลลัพธ์ / ผลผลิต ก็จะเป็นเครื่องตัดสินผลลัพธ์จากการปฏิบัติการ เพื่อจะพัฒนาไปสู่ความก้าวหน้าต่อไป



ภาพประกอบ 13 องค์ประกอบหลักของการประเมินตามรูปแบบ CIPP (Stufflebeam & Shinkfield, 2007: 333)

PROMISE**4.1.2 องค์ประกอบของรูปแบบการประเมินแบบ CIPP**

ดังที่กล่าวข้างต้นว่า รูปแบบการประเมินผลแบบ CIPP ประกอบด้วย การประเมิน 4 ประเภท คือ บริบท ข้อมูลนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต/ผลลัพธ์ รายละเอียด (Stufflebleam & Others, 1977: 218-239; Stufflebleam & Shinkfield, 2007: 334 – 346) ดังนี้

1. การประเมินบริบท (Context evaluation: C) เป็นการประเมินข้อมูลพื้นฐานโดยเน้นในด้านความสัมพันธ์ที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อม เพื่อหาเหตุผลที่ใช้ในการกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการฝึกอบรม รวมถึงการหาความจำเป็นในการฝึกอบรมเป็นการประเมินก่อนเริ่มโครงการ เพื่อกำหนดทิศทางและวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม ซึ่งการประเมินบริบทมีจุดประสงค์ ดังนี้

- 1.1 เพื่อให้คำนิยามบริบทที่มีความเกี่ยวข้อง
- 1.2 ระบุจำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด และประเมินความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย
- 1.3 จัดหาโอกาสที่จะตอบสนองความต้องการ
- 1.4 วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากความต้องการ
- 1.5 ตรวจสอบเป้าหมายโครงการว่าตอบสนองความต้องการจากการประเมินได้หรือไม่

วิธีการประเมินบริบท ใช้ในการวิเคราะห์ระบบ การสำรวจ การตรวจสอบเอกสาร การ วิเคราะห์ข้อมูลขั้นที่สอง การพิจารณา การตรวจสอบสัมภาษณ์ การทดสอบวินิจฉัย และการใช้เทคนิคเดลฟิ (Delphi technique) ซึ่งการประเมินบริบทจะใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะแวดล้อมของโครงการ ได้แก่

- 1.1 เป้าหมายเกี่ยวกับความต้องการร่วมกันและการใช้โอกาส
- 1.2 การลำดับความสำคัญก่อนหลังของการจัดสรรเวลาและทรัพยากร
- 1.3 จุดประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาเพื่อการเปลี่ยนแปลง
- 1.4 การกำหนดมาตรฐานในการตัดสินผลลัพธ์

2. การประเมินข้อมูลป้อนเข้า (Input evaluation: I) เป็นการตรวจสอบความพร้อม ความเหมาะสม และความพอเพียงของปัจจัยต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์ทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดกับทรัพยากรที่มีอยู่ และเป็นทางเลือกที่มีโอกาสทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการได้มากที่สุด ข้อมูลที่ได้นำไปประกอบการตัดสินใจว่าจะใช้ทรัพยากรให้ตรงกับเป้าหมายของโครงการฝึกอบรมได้ดีที่สุดอย่างไร ซึ่งการประเมินข้อมูลป้อนเข้ามีจุดประสงค์ เพื่อกำหนดและประเมินศักยภาพของระบบ แผนการของโครงการ การวางรูปแบบขั้นตอนกระบวนการ เพื่อดำเนินการให้เป็นไปตาม กลยุทธ์ งบประมาณ และตารางเวลาที่กำหนดไว้ สำหรับวิธีการประเมินข้อมูลป้อนเข้า คือ การจัดทำรายการ และวิเคราะห์ทรัพยากรบุคคล และสิ่งของ แผนการแก้ไขปัญหา และการจัดรูปแบบกระบวนการ ตามหลักความสัมพันธ์ การปฏิบัติใช้จริง ทฤษฎี และเศรษฐศาสตร์ ซึ่งการประเมินข้อมูลป้อนเข้าจะนำมาใช้เพื่อเลือกแหล่งสนับสนุน กลยุทธ์การแก้ไขปัญหา และการจัดรูปแบบกระบวนการ กล่าวคือ เพื่อจัดโครงสร้างการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินการ จัดสรรงบประมาณ และเวลาของการทำกิจกรรมในโครงการ และเป็นพื้นฐานให้กับการตัดสินใจเรื่องการบรรลุเป้าหมาย

PROMISE

3. การประเมินกระบวนการ (Process evaluation: P) เป็นการประเมิน เพื่อตรวจสอบว่า โครงการได้ดำเนินไปตามกระบวนการที่กำหนดไว้ได้ตามวัตถุประสงค์หรือไม่ หาข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการ ที่จะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา แก้ไข ปรับปรุง ให้การดำเนินการในช่วงต่อไปมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เป็นประโยชน์อย่างมากต่อการค้นหาจุดเด่นหรือจุดแข็ง (Strengths) และจุดด้อย (Weakness) ของนโยบาย/แผนงาน/โครงการ ซึ่งมักจะไม่สามารถศึกษาได้ภายหลังจากการสิ้นสุดโครงการแล้ว มีบทบาทในการปรับปรุงการดำเนินงานโครงการฝึกอบรมโดยตรง เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ไปยังผู้ดำเนินการฝึกอบรม และหากพบว่ามีปัญหาอุปสรรคจะได้ปรับปรุงแก้ไขได้ ซึ่งการประเมินกระบวนการมีจุดประสงค์ ดังนี้

3.1 เพื่อระบุและทำนายข้อผิดพลาดในการจัดรูปแบบและการบรรลุเป้าหมาย

3.2 จัดหาข้อมูลเพื่อการตัดสินใจล่วงหน้าก่อนการปฏิบัติการ

3.3 เก็บบันทึกและตัดสินใจกรรมและขั้นตอนการดำเนินการต่างๆ

โดยมีวิธีการประเมินกระบวนการ มีดังนี้

3.1 ควบคุมอุปสรรคสำคัญที่อาจเกิดขึ้นในการปฏิบัติและเฝ้าระวังอุปสรรคที่ไม่ได้คาดไว้

3.2 รับรู้ข้อมูลเฉพาะเพื่อการตัดสินใจของโครงการ

3.3 อธิบายขั้นตอนกระบวนการที่เกิดขึ้นจริง

3.4 ดำเนินการเรื่องการปฏิสัมพันธ์และการสังเกตการณ์การปฏิบัติการของเจ้าหน้าที่

โครงการและบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ซึ่งการประเมินกระบวนการจะช่วยให้บรรลุเป้าหมายและเกิดการเปลี่ยนแปลงการจัดรูปแบบและกระบวนการของโครงการ โดยส่งผลต่อการควบคุมและเก็บบันทึกข้อมูลของขั้นตอนการดำเนินการจริง และนำมาใช้ตีความเป็นผลสรุปต่อไป

4. การประเมินผลผลิต (Product evaluation: P) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการ หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้ รวมทั้งพิจารณาในประเด็นของการยุบเลิก ขยาย หรือปรับเปลี่ยนโครงการ แต่การประเมินผลแบบนี้มีได้ให้ความสนใจต่อเรื่องผลกระทบ (Impact) และผลลัพธ์ (Outcomes) ของนโยบาย / แผน / โครงการเท่าที่ควร การประเมินลักษณะนี้เป็นการประเมินผลที่เกิดขึ้นโดยเทียบกับวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่กำหนด เป็นการวัดและแปลความหมายเกี่ยวกับการบรรลุถึงวัตถุประสงค์ ดังนั้นการประเมินผลผลิตจึงมีจุดประสงค์ เพื่อรวบรวมคำอธิบายและคำตัดสินของผลงานที่ออกมา และ เชื่อมโยงผลนั้นเข้ากับ จุดประสงค์ เนื้อหา ปัจจัยป้อนและกระบวนการ และเพื่อตีความข้อดี คุณค่า ความสำคัญของแผนการประเมิน สำหรับการประเมินผลผลิต ทำได้โดยรวบรวมความคิดเห็นจากผู้ให้การสนับสนุนและวัดผลงานทั้งทางด้านคุณภาพและปริมาณ ซึ่งการประเมินนี้จะถูกใช้เป็นปัจจัยในการดำเนินการต่อ ยกเลิก หรือปรับปรุงโครงการ และแสดงถึงผลกระทบทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ เปรียบเทียบกับแผนที่วางไว้ด้วย

ตัวอย่างการจำแนกประเภทตัวชี้วัดวัดตามรูปแบบการประเมินแบบ CIPP ซึ่งพิจารณาจากลักษณะของสิ่งที่ได้รับการประเมิน เช่น

1. ตัวชี้วัดบริบท (Context) พิจารณาได้จากสิ่งต่างๆ ดังนี้

PROMISE

- 1.1 สภาวะแวดล้อมของ ก่อนมีโครงการพบว่าเป็นปัญหา
- 1.2 ความจำเป็น หรือความต้องการขณะนั้น และอนาคต
- 1.3 ความเข้าใจร่วมกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการ
2. ตัวชี้วัดข้อมูลนำเข้า (Input) พิจารณาได้จากสิ่งต่างๆ ดังนี้
 - 2.1 ความชัดเจนของวัตถุประสงค์โครงการ
 - 2.2 ความพร้อมของทรัพยากร เช่น งบประมาณ คน วัสดุอุปกรณ์ เวลา กฎระเบียบ
 - 2.3 ความเหมาะสมของขั้นตอนระหว่างปัญหา สาเหตุของปัญหา และกิจกรรม
3. ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process) พิจารณาได้จากสิ่งต่างๆ ดังนี้
 - 3.1 การตรวจสอบกิจกรรม เวลา และทรัพยากรของโครงการ
 - 3.2 ความยอมรับของประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการในพื้นที่
 - 3.3 การมีส่วนร่วมของประชาชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการ
 - 3.4 ภาวะผู้นำในโครงการ
4. ตัวชี้วัดผลผลิต (Product) พิจารณาได้จากสิ่งต่าง ๆ ดังนี้
 - 4.1 อัตราการมีงานทำของประชาชนที่ยากจน
 - 4.2 รายได้ของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ
 - 4.3 ความพึงพอใจของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ
5. ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcomes) พิจารณาได้จากสิ่งต่าง ๆ ดังนี้
 - 5.1 คุณภาพชีวิตของตนเอง และครอบครัวตามเกณฑ์มาตรฐาน
 - 5.2 การไม่อพยพย้ายถิ่น
 - 5.3 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน
6. ตัวชี้วัดผลกระทบ (Impact) พิจารณาได้จากสิ่งต่าง ๆ ดังนี้
 - 6.1 ผลกระทบทางบวก / เป็นผลที่คาดหวังจากการมีโครงการ
 - 6.2 ผลกระทบทางลบ / เป็นผลที่ไม่คาดหวังจากโครงการ

ด้วยรูปแบบการประเมินแบบ CIPP (CIPP Model) เน้นการประเมินเชิงระบบเพื่อให้ได้ข้อสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจ ซึ่งสามารถสรุปและแบ่งประเภทของการตัดสินใจออกเป็น 4 ประเภท ดังภาพประกอบ 14 (Stufflebleam & Others, 1971: 62)

PROMISE

สารสนเทศ

สูง	ตัดสินใจเพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขเพียงบางสิ่ง (Homeostasis) แต่ยังรักษาสภาพเดิมๆไว้ได้ เพียงแต่เปลี่ยนเพื่อยกระดับคุณภาพ	ตัดสินใจเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างสิ้นเชิง (Metamorphism) ต้องได้รับข้อมูลมากพอที่จะมั่นใจเปลี่ยนโครงสร้างทั้งระบบ แต่เกิดขึ้นค่อนข้างยาก	
ต่ำ	ตัดสินใจเพื่อปรับปรุงและพัฒนา (Incrementalism) มุ่งหวังให้เกิดการพัฒนา แต่มีข้อมูลน้อย อาจอาศัยข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญเพิ่มเติมประกอบการตัดสินใจ	ตัดสินใจเพื่อดูผลและโอกาสของการเปลี่ยนแปลง (Neomobilism) โดยอาศัยแนวคิดใหม่มาทดลองใช้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างสูง	
น้อย	ระดับการเปลี่ยนแปลง		มาก

ภาพประกอบ 14 สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ ตามการประเมินแบบ CIPP

5. การประเมินโครงการแบบ 360 องศา และ Logic Model

การประเมินโครงการหรือการประเมินผลการดำเนินงานแบบ 360 องศา เป็นการประเมินที่เน้นความโปร่งใส นำมาใช้เพื่อลดความเอนเอียงของการประเมินจากหัวหน้างานฝ่ายเดียว โดยบุคคลที่มีบทบาทในการประเมินผลงานของผู้ปฏิบัติงาน แบบ 360 องศา ได้แก่ ผู้บังคับบัญชาโดยตรง ผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงานที่อยู่ในระดับเดียวกัน การประเมินตนเอง และกาประเมินโดยผู้ให้บริการ นับได้ว่าเป็นกลยุทธ์ขององค์กรต่าง ๆ ในการบริหารงาน และการประเมินโครงการ ของภาครัฐ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน เพื่อเน้นการพัฒนา กิจกรรม ทักษะ ความสามารถเฉพาะ ที่จะส่งผลต่อเนื่องไปสู่ความสำเร็จขององค์กร โดยกระบวนการประเมินผลงานแบบ 360 องศา สามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ขั้นตอน (ดนัย เทียนพุฒ, 2547)

1. การวางแผน (Planning)
2. การทดลองนำร่องเพื่อพัฒนาระบบ (Piloting)
3. การนำแผนมาปฏิบัติ (Implementation)
4. ข้อมูลป้อนกลับจากผลการปฏิบัติงาน (Feedback)
5. การทบทวน/ตรวจสอบอีกครั้งหนึ่ง (Review)

แม้ในปัจจุบัน ข้อสรุปเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ที่ดีที่สุดเพื่อการประยุกต์ใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา ยังไม่สามารถหาข้อยุติได้ เพราะนักวิชาการหลายท่านต่างมีความเห็นเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการประยุกต์ใช้แตกต่างกันออกไป อย่างไรก็ดีตาม ผู้วิจัยสามารถสรุปวัตถุประสงค์ของการประยุกต์ใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา ได้ 3 ประการ คือ 1) เพื่อการพัฒนา 2) เพื่อการตัดสินใจเชิงบุคลากร 3) เพื่อการพัฒนาและเพื่อการตัดสินใจเชิงบุคลากรร่วมกัน โดยในแต่ละวัตถุประสงค์ของการประยุกต์ใช้ นั้น ได้มีนักวิชาการและผลการศึกษาซึ่งสนับสนุนแนวคิดดังกล่าวพบสรุปได้ว่าจากแนวคิดของนักวิชาการได้ว่า บรูตัสและเดเรเยส (Brutus. & Derayeh, 2002)

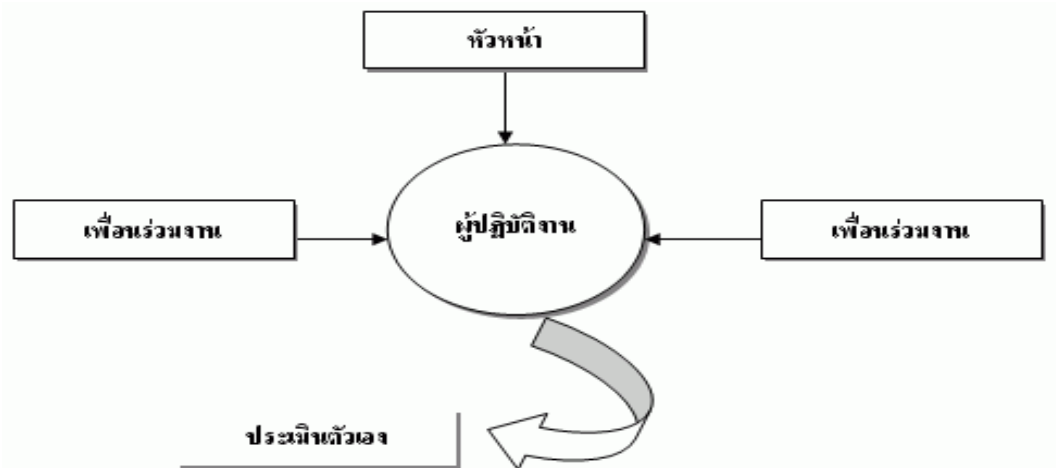
PROMISE

ทำการศึกษาพบว่า องค์การธุรกิจส่วนใหญ่ในประเทศแคนาดามากถึงร้อยละ 73 มีการใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา เพื่อวัตถุประสงค์การพัฒนา เช่นเดียวกับผลการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างองค์การในประเทศสหราชอาณาจักร (Mabey, 2001) และกลุ่มตัวอย่าง 43 องค์การระดับโลกในสหรัฐอเมริกาของ (Rogers, Rogers, & Metlay 2002) ที่ต่างพบว่า ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา นิยมใช้เพื่อวัตถุประสงค์การพัฒนาเป็นสำคัญ นอกจากนี้ การศึกษาของ ซิสทิส (Zentis, 2007) ยังได้รายงานไว้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีระดับความพึงพอใจต่อการใช้งานระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา เพื่อวัตถุประสงค์การพัฒนาสูงกว่าการใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา เพื่อการตัดสินใจเชิงบุคลากร (Zentis, 2007)

สำหรับประเทศไทยนั้น ผลการศึกษาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการประเมินให้ผลสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่ว่า องค์การไทยที่มีการประยุกต์ใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา ต่างเห็นว่า ควรนำระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา มาใช้เพื่อวัตถุประสงค์พัฒนามากกว่าใช้เพื่อการตัดสินใจเชิงบุคลากร (มณูญ ศิวารมย์, 2542; ศตพัฒน์ ทิพย์สมบุรณ์, 2549; สำนักงาน ก.พ., 2550) อย่างไรก็ตาม ยังมีนักวิชาการบางท่าน ที่เห็นแย้งว่า การประยุกต์ใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา จะบังเกิดประโยชน์สูงสุดก็ต่อเมื่อนำมาใช้เพื่อการประเมินผลการปฏิบัติงานและการบริหารการสืบทอดตำแหน่งขององค์การ (Fleenor & Brutus, 2001; Lepsinger & Lucia, 2001) ด้าน Cynthia McCauley กลับเห็นว่า ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา สามารถให้ได้ทั้ง 2 เป้าหมาย トラบใดที่ผู้บริหารยังเห็นประโยชน์ การมีวัฒนธรรมองค์การที่สนับสนุน และที่สำคัญ การประเมินนั้นมีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ (Bracken, Dalton, Jako, McCauley, & Pollman, 1997)

5.1 กลุ่มเป้าหมายในการใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา

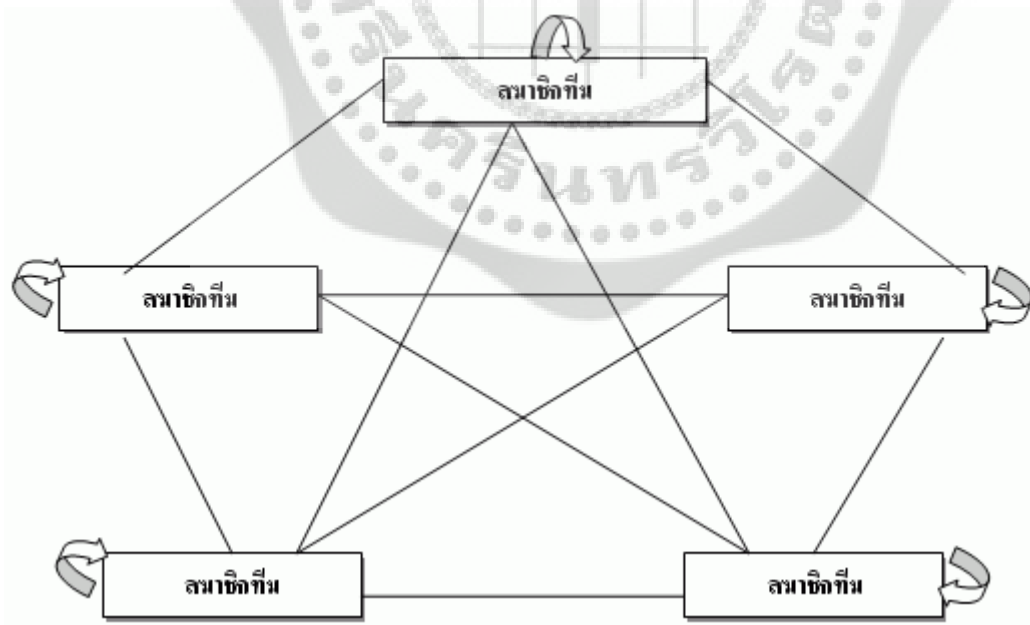
โรเจอร์ และคณะ (Rogers, Rogers, & Metlay 2002) กล่าวว่า แต่เดิมแล้ว ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา ถูกนำใช้กับกลุ่มนักบริหารที่มีศักยภาพสูง (High potential executives) ขององค์การ สอดคล้องกับความเห็นของ (Goldsmith & Underhill, 2001) ที่เห็นว่า เป้าหมายของระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา ถูกนำไปใช้เพื่อการพัฒนาภาวะผู้นำของนักบริหารขององค์การ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ (Brutus & Derayeh, 2002) ที่พบว่า องค์การในประเทศแคนาดานั้นร้อยละ 61 ได้ประยุกต์ใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา กับตำแหน่งระดับบริหารเป็นสำคัญเป้าหมายของการประยุกต์ใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา ยังอาจรวมถึง การมุ่งพัฒนาสมาชิกในทีมงาน (Hallam, 2001: 289-300) บ้างยังหวังผลให้บังเกิดในระดับมหภาค คือ การมุ่งพัฒนาองค์การและการบริหารความเปลี่ยนแปลงขององค์การ ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับพนักงานทุกระดับและระบบทุกระบบภายในองค์การ (Church, Waclawski, & Burke, 2001: 301-317) ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบทุกด้านดังนั้นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจึงจำเป็นที่จะต้องครอบคลุมกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการทั้งหมด ดังภาพประกอบ 15 ที่แสดงถึงบุคคลสำคัญในการให้ข้อมูล

PROMISE

ภาพประกอบ 15 การประเมิน 360 องศาแบบมุ่งเน้นผลการปฏิบัติงาน

ที่มา : [://www.siamhrm.com/?name=chapter&file=read&max=104](http://www.siamhrm.com/?name=chapter&file=read&max=104)

ในขณะเดียวกันเรายังจะพบว่า การดำเนินโครงการในปัจจุบันทั้งในหน่วยงานของภาครัฐและเอกชน ต่างมุ่งเน้นการทำงานในรูปแบบของทีมงานมาใช้เพื่อให้ เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ส่งผลให้สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในทีมเปลี่ยนไปจากการทำงานในรูปแบบประจำ ในการทำงานเป็นทีมจึงจำเป็นต้องมีการประเมินที่ครบทุกด้านทั้ง 360 องศาเช่นกัน ดังภาพประกอบ 16



ภาพประกอบ16 การประเมินทีมงานแบบ 360 องศา

ที่มา : [://www.siamhrm.com/?name=chapter&file=read&max=107](http://www.siamhrm.com/?name=chapter&file=read&max=107))

PROMISE

สรุปได้ว่า การประเมินโครงการตามแนวทาง 360 องศาจึงจำเป็นที่จะต้องดำเนินการเก็บข้อมูลจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องจะทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถอธิบายความสำเร็จและเป็นข้อ มูลย้อนกลับได้ ในการประเมินโครงการครั้งนี้ได้นำรูปแบบดังกล่าวมาใช้ในการประเมินโดยทำการประเมินจากหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้ เข้าร่วมโครงการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกลุ่มผู้บังคับบัญชา จะทำให้ได้ข้อมูลย้อนกลับและข้อสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินและบริหารจัดการโครงการครั้งต่อไป

5.2 ประโยชน์ของระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผลการดำเนินงานด้วยระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา ทำให้ได้ทัศนะที่หลากหลายในการประเมิน ผลการดำเนินงาน มากยิ่งขึ้น และถือเป็นการเปิดโอกาสให้มีการวิพากษ์วิจารณ์เชิงสร้างสรรค์ ทั้งยังเป็นการชี้ให้เห็นจุดบกพร่อง และการระบุจุดเด่นของคณะกรรมการดำเนินงาน (Roongrernsuke & Cheosakul, 2002, มนูญ ศีวารมย์, 2542; จุฑาทิพย์ ภารพบ, 2547; ศตพัฒน์ ทิพย์สมดี, 2549; ศูนย์สรรหาและเลือกสรร สำนักงาน ก.พ., 2550) อีกทั้ง ผลย้อนกลับที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงภาวะผู้นำของผู้รับการประเมินและพร้อมทั้งการปรับปรุงระดับความพึงพอใจของผู้ได้รับข้อมูลย้อนกลับ (Zentis, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับงานของ ลูทาน และคณะ (Luthan, Peterson & Suzanne, 2003) ที่ได้รายงานว่า ผลย้อนกลับที่ได้จะมี ส่วนปรับปรุงระดับความพึงพอใจ ระดับความผูกพัน (commitment) และยังคงความตั้งใจในการลาออกให้แก่พนักงาน ทั้งยังมีส่วนในการปรับปรุงผลการดำเนินงานขององค์กรอีกด้วย นอกจากนี้ ประโยชน์อีกประการหนึ่งของการประยุกต์ใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา คือ การสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างพนักงานที่ร่วมกิจกรรมในการประเมิน และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างพนักงานกับ ผู้บังคับบัญชาอีกด้วย ทำให้มีการสื่อสารที่ดี มีความเชื่อมั่นระหว่างกัน เกิดความร่วมมือร่วมใจกัน ทั้งยังสร้างจิตสำนึกในการมองประโยชน์ส่วนรวมร่วมกันมากขึ้น (Mabey, 2001, ศตพัฒน์ ทิพย์สมดี, 2549; วินัย จันทรเทศ, 2549)

5.3 แนวคิดการประเมินแบบ Logic Model

รูปแบบโลจิกหรือรูปแบบเหตุผล (Logic Model) หมายถึง รูปแบบที่ประยุกต์ขึ้นเพื่อประเมินลำดับขั้นตอนการทำงาน ที่ สามารถให้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ องค์ประกอบของตัวแบบนี้ถูกกำหนดขึ้นและนำมาประยุกต์ใช้โดย แพนคราท์ซ (Pankratz, 2008: Online) เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า มีลักษณะองค์ประกอบของตัวแบบคล้ายกับ 2 แบบแรก ประกอบด้วย เป้าหมาย (Goals) ทรัพยากร หรือปัจจัยนำเข้า (Inputs or resources) กิจกรรมหรือกระบวนการ (Activities or process) ส่วน Fieischman และ Williams (1996) ได้อธิบายว่าตัวแบบที่นำมาใช้ประเมินโครงการเมื่อรวมความสำคัญของปัจจัยต่าง ๆ เข้าด้วยกันแล้ว พบว่าการประเมินโครงการอาจใช้เพียง 2 ตัวแบบ คือ การประเมิน กระบวนการ (Process evaluation) และการประเมินผลลัพธ์ (Outcomes evaluation) ซึ่งจะครอบคลุมสิ่งที่ ต้องการประเมินได้ เพราะตัวแบบการประเมิน “กระบวนการ” ได้รวมเอาปัจจัยด้านสภาวะแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง กับโครงการ และปัจจัยนำเข้าอื่นเข้าไว้ด้วย อีกทั้งการกำหนดวัตถุประสงค์

PROMISE

การประเมินบางโครงการก็สามารถนำ “ผลผลิต” มาเป็นปัจจัยองค์ประกอบของ “ผลลัพธ์” ได้ หรือผู้ประเมินอาจนำ “ผลผลิต” มาใช้เป็นปัจจัย กระบวนการเพื่อวัดผลสำเร็จของโครงการได้ (ศิริรัตน์ ชุณหคล้าย, 2551: ออนไลน์)

โมเดลการประเมินรูปแบบเหตุผล (Logic Model) ถูกประยุกต์ขึ้นใช้เพื่อประเมินลำดับขั้นตอนการทำงานหรือกระบวนการทำงานที่สามารถให้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการได้ และในภาพรวมองค์ประกอบของรูปแบบเหตุผล (Logic Model) มีความคล้ายคลึงกับตัวแบบการประเมินแบบชิป (CIPP model) และตัวแบบการประเมินแบบ IPO (Input – Process – Output) มีองค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินเป้าหมาย (Goals) ทรัพยากร หรือปัจจัยนำเข้า (Inputs or resources) กิจกรรมหรือกระบวนการ (Activities or process) ผลลัพธ์ ระยะสั้น (Short-term outcomes) และผลลัพธ์ระยะยาว (Long - term outcomes / performance) (Pankratz, 2008: Online)

โดยแพนคราตซ์ (Pankratz, 2008) ได้สรุปมิติของการวัดความสำเร็จตามรูปแบบโลจิกไว้ดังนี้

1. การวัดประสิทธิผล (Effectiveness) ขององค์การในระดับผลลัพธ์ (Outcomes) และพิจารณาความสัมพันธ์กับผลผลิต (Outputs) เพื่อหาปัจจัยเอื้อและปัจจัยอุปสรรคจากภายในองค์การและจากภายนอก องค์การ หากองค์การมีแผนงานมากกว่า 1 แผนงาน ก็จะวัดผลลัพธ์ รวมของทุกแผนงานในลักษณะตัวชี้วัดรวม (Aggregated indicator) จากคะแนนของแต่ละผลลัพธ์เป็นปัจจัยรวม (Composite factors)
2. การวัดประสิทธิภาพ (Efficiency) ขององค์การในระดับผลผลิต (Outputs) และพิจารณาความสัมพันธ์กับผลผลิต (Inputs) โดยเฉพาะต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต (Output based costing) เพื่อหาปัจจัยเอื้อ และปัจจัยอุปสรรคจากกระบวนการผลิตและบริการขององค์การ
3. การวัดความประหยัด (Economy) ขององค์การในระดับปัจจัยนำเข้า (Inputs) และพิจารณาความสัมพันธ์กับทรัพยากรอื่น ๆ ของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับองค์การ (Resource หรือ Cost) ที่เป็นค่าใช้จ่าย ทางอ้อม เช่น ค่าใช้จ่ายในการบำบัดของเสีย ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูทรัพยากร และค่าใช้จ่ายของพหุภาคีในการร่วม กิจกรรม
4. การวัดประสิทธิผลต่อค่าใช้จ่าย (Cost-effectiveness) ขององค์การในลักษณะเปรียบเทียบประสิทธิผล (Effectiveness) ทั้งผลประโยชน์ทางตรง (Direct benefit) ผลประโยชน์ทางอ้อม (Indirect benefit) และผลประโยชน์ที่ไม่เห็นเป็นตัวตนชัดเจน (Intangible benefit) กับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้ง ค่าใช้จ่ายคงที่ (Fixed cost) งบดำเนินการ (Operation cost) และค่าใช้จ่ายทางอ้อม (Indirect cost) เพื่อประเมินความคุ้มค่า ของภารกิจของหน่วยงาน

6. แนวคิด 3 Self ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

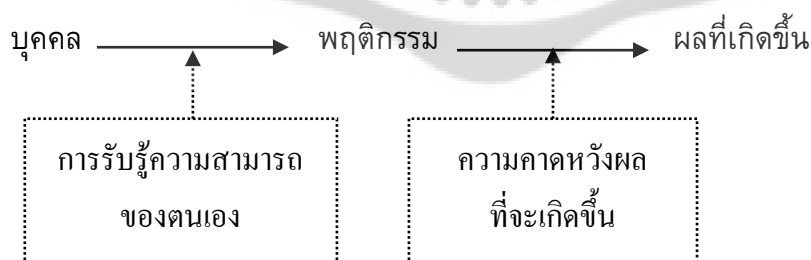
แนวคิด 3 Self เป็นแนวคิดที่ทางสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ (2551) เสนอแนะขึ้น สำหรับใช้ในการดำเนินงานในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพครั้งนี้โดย เฉพาะ โดยเน้นให้ประชาชน ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เกิดพฤติกรรมใหม่ 3 ด้านหรือ พฤติกรรมสุขภาพ 3 Selfซึ่งจะก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและยั่งยืน ซึ่งมาจาก 3 แนวคิดย่อยๆดังนี้

PROMISE**6.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ(Self-efficacy)**

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549: 47-60) เป็นหนึ่งในแนวคิด 3 ประการของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมปัญญาของแบนดูรา ซึ่งประกอบด้วย แนวคิดของการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational learning) แนวคิดของการควบคุมตน (Self-control) และแนวคิดของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในระยะแรกแบนดูราเสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถของตนเอง (Efficacy expectation) โดยให้ความหมายว่า เป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตน ในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม แต่ต่อมา แบนดูราได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) โดยให้คำจำกัดความว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยที่แบนดูรานี้ไม่ได้กล่าวถึง คำว่า ความหวังอีกเลย

แบนดูรามีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้า รับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน แบนดูราเห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพการณ์นั้นๆ นั่นเอง นั่นคือถ้าเรามีการรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้น คนที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด

เกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome expectation) เพื่อให้เข้าใจและชัดเจนมากขึ้น แบนดูราได้เสนอภาพความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ดังภาพประกอบ 17



ภาพประกอบ 17 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

ที่มา: Bandura,A. (1986).*Social Foundation of Thought and Action: a Social of Cognitive Theory*.NJ: Prentice-Hall.

PROMISE

ตามภาพประกอบ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้น เป็นการตัดสินว่าผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว เช่น นักกีฬามีความเชื่อว่า เขากระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต ความเชื่อดังกล่าวเป็นการตัดสินความสามารถของตนเอง การได้รับการยอมรับจากสังคม การได้รับรางวัล การพึงพอใจในตนเองที่กระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต เป็นความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น แต่จะต้องระวังความเข้าใจผิดเกี่ยวกับความหมายของคำว่าผลที่เกิดขึ้น ผลที่เกิดขึ้นในที่นี้จะหมายถึง ผลกรรมของการกระทำพฤติกรรมเท่านั้น มิได้หมายถึงผลที่แสดงถึงการกระทำพฤติกรรม เพราะว่าผลที่แสดงถึงการกระทำพฤติกรรมนั้นจะพิจารณาว่าพฤติกรรมนั้นสามารถทำได้ตามการตัดสินใจ ความสามารถของตนเองหรือไม่ นั่นคือ จะกระโดดได้สูงถึง 6 ฟุตหรือไม่ โดยการจะกระโดดได้สูงถึง 6 ฟุตหรือไม่นั้น มิใช่เป็นการคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ซึ่งมุ่งที่ผลกรรมที่จะได้จากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว

การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้ง 2 นี้ มีผลต่อการตัดสินใจที่จะทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ดังภาพประกอบ 18

		ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น	
		สูง	ต่ำ
การรับรู้ ความสามารถ ของตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ภาพประกอบ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

ที่มา: Bandura,A. (1986). *Social Foundation of Thought and Action: a Social of Cognitive Theory*.NJ: Prentice-Hall.

แบนดูราได้เสนอแนะแหล่งของการสร้างให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4 วิธีดังต่อไปนี้ (Evans, 1989 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549: 59-60)

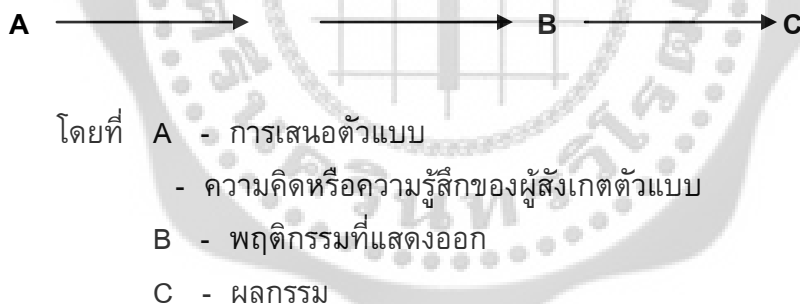
1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) ซึ่งแบนดูราเชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขารับรู้ว่า เขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขา

PROMISE

ใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกระทบที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่า เขาก็จะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆ โดยที่ให้ผู้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง ก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่างๆ เหล่านั้นได้

การใช้ตัวแบบ เป็นเทคนิคที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา ที่มีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของคนเรานั้นไม่ได้เป็นผลมาจากการที่คนเรามีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมที่เขาอยู่เท่านั้น หากแต่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลที่ประกอบด้วยความคิดและความรู้สึกอีกด้วย ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 นี้ (พฤติกรรม สภาพแวดล้อม ส่วนบุคคล) จะมีลักษณะของการกำหนดซึ่งกันและกันอยู่ ถ้าปัจจัยใดเปลี่ยนแปลงไป อีกสองปัจจัยที่เหลือก็จะเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ซึ่งแนวทางในการใช้ตัวแบบนี้จะพิจารณาในการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อให้บุคคลเกิดความคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้นบางอย่าง ซึ่งความคาดหวังถึงผลที่เกิดขึ้นนี้เอง จะส่งผลทำให้บุคคลตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมหรือไม่แสดงพฤติกรรม ลักษณะของกระบวนการใช้ตัวแบบแสดงดังภาพประกอบ 19



ภาพประกอบ 19 แสดงถึงลักษณะของกระบวนการใช้ตัวแบบ (Bandura, A., 1986)

จากภาพประกอบ 20 จะเห็นได้ว่าในกระบวนการเสนอตัวแบบนั้นจะต้องมีการเสนอแบบ (A) ที่ทำให้ผู้สังเกตเกิดความสนใจและคิดอยากจะทำตาม () เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรม (B) ตามตัวแบบแล้ว สิ่งที่มาคือผลกรรม (C) ที่เกิดขึ้นต่อพฤติกรรมนั้น ถ้าพฤติกรรมที่ทำตามตัวแบบได้รับการเสริมแรงทางบวก พฤติกรรมนั้นจะเกิดบ่อยครั้งขึ้น แต่ถ้าพฤติกรรมที่ทำตามตัวแบบแล้วได้รับการลงโทษ พฤติกรรมนั้นก็จะไม่เกิดขึ้นอีก

แบนดูราได้กล่าวว่า ตัวแบบมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล 3 ด้านด้วยกัน คือ

PROMISE

1. ช่วยให้บุคคลเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ๆ หรือทักษะใหม่ๆ ซึ่งจากผลของตัวแบบในลักษณะนี้เอง ทำให้เราสามารถนำเอาวิธีการเสนอตัวแบบไปสร้างพฤติกรรมใหม่ ๆ ให้กับบุคคลที่ยังไม่เคยกระทำพฤติกรรมดังกล่าวนั้น เพื่อจะได้เป็นประโยชน์ต่อเขาทั้งในปัจจุบันและอนาคต

2. มีผลทำให้เกิดการระงับ (Inhibition) หรือยุติการระงับ (Disinhibition) การแสดงพฤติกรรมของผู้ที่สังเกตตัวแบบได้ ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับว่าเมื่อตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลกระทบเช่นใด ถ้าตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลกระทบที่เป็นสิ่งที่ไม่พึงพอใจ แนวโน้มที่ผู้สังเกตตัวแบบจะไม่แสดงพฤติกรรมตามตัวแบบนั้นจะมีสูงมาก เท่ากับว่าตัวแบบทำหน้าที่ระงับการเกิดพฤติกรรมดังกล่าว แต่ถ้าพฤติกรรมใดที่ผู้สังเกตตัวแบบเคยถูกระงับมาก่อน แล้วมาเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมดังกล่าวแล้วไม่ได้รับผลกระทบอย่างที่ผู้สังเกตคาดว่าจะได้รับ (ผลกระทบที่เป็นสิ่งที่ไม่พึงพอใจ) หรือแสดงแล้วได้รับผลกระทบทางบวก แนวโน้มที่ผู้สังเกตจะกระทำตามตัวแบบนั้นก็จะมากขึ้น เท่ากับว่าพฤติกรรมที่เคยถูกระงับนั้นได้ถูกยุติการระงับแล้ว

3. ช่วยให้พฤติกรรมที่เคยได้รับการเรียนรู้มาแล้วได้มีโอกาสแสดงออก หรือถ้าเคยแสดงออกแล้วแต่ไม่ค่อยได้แสดงออก ให้แสดงออกเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผลของตัวแบบในลักษณะเช่นนี้ก็จะทำหน้าที่เป็นสัญญาณกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา

3.1. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการบอกว่าคุณคนนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนี้ค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไป ซึ่ง แบนดูรา ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนักในการที่จะทำให้คนเราสามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ได้ผลควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

3.2. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบ เช่น การอยู่ในสภาพที่ถูกข่มขู่ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด นอกจากนี้อาจทำให้เกิดความกลัว และจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง ถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดมากขึ้นก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดี อันจะนำไปสู่ประสบการณ์ของความล้มเหลว ซึ่งจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำลงไปอีก แต่ถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย

6.1.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

จากการประมวลงานวิจัยพบว่าม้งานวิจัยหลายเรื่องที่น่าแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองไปพัฒนาเป็นรูปแบบกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้วิจัยขอเสนอแยกตามแหล่งของการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4 วิธี ตามแนวคิดของแบนดูรา ดังต่อไปนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวกับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ

PROMISE

งานวิจัยในประเทศไทยพบว่า มีทั้งงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคอ้วนซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคอ้วน เช่น งานของ กุลนิตย์ ศักดิ์สุภา (2547) ซึ่งทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนโรงเรียนอนุบาลลพบุรี กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3-4 ที่มีภาวะโภชนาการเกิน โรงเรียนอนุบาลลพบุรี จังหวัดลพบุรี จำนวน 83 คน รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน รูปแบบของโปรแกรมสุขศึกษาที่กลุ่มทดลองได้รับเพื่อสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เรื่องโรคอ้วน/ภาวะโภชนาการเกิน และการควบคุมภาวะโภชนาการเกิน 2) การฝึกทักษะและการออกกำลังกาย เดินแอโรบิคประกอบเพลง ว่ายน้ำ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ 3) การฝึกทักษะในการเลือกอาหาร 4) การสอนให้ใช้กราฟเปรียบเทียบน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงเพื่อฝึกประเมินภาวะโภชนาการด้วยตนเอง โดยเครื่องมือที่ใช้คือ Power Point บรรยายเรื่องโรคอ้วน/ภาวะโภชนาการเกิน และการควบคุมภาวะโภชนาการเกิน หนังสือของกรมอนามัยเรื่อง “ใครอ้วน ใครทำ ” โปสเตอร์ภาพธงโภชนาการ และโปสเตอร์ภาพอาหาร 5 หมู่ กราฟเปรียบเทียบน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง และวีดิทัศน์เรื่อง “ชีวิตน้อยๆ ของมดน้อย ” ของกรมอนามัย ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการควบคุมภาวะโภชนาการเกินสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และภาวะโภชนาการเกินลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เช่น งานของธิดารัตน์ โชติกอนุชิต (Thidarat chotik-Anuchid, 2005) ซึ่งทำการประเมินสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางด้านพฤติกรรมเป็นรายบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตในเด็กวัยรุ่นที่อ้วนและมีความคงทนต่อกลูโคสผิดปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กอายุระหว่าง 12-16 ปี ที่มีการทดสอบน้ำตาลหลังอาหารผิดปกติหรือภาวะไขมันในเลือดสูง 33 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ รูปแบบการศึกษาเป็นแบบกึ่งทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 18 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน วัดผลก่อนการทดลอง , 6 เดือน และ 12 เดือน รูปแบบของโปรแกรมสุขศึกษาที่กลุ่มทดลองได้รับเพื่อสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เรื่องโรคอ้วน เบาหวานชนิดที่ 2 การควบคุมน้ำหนัก โภชนาการและการออกกำลังกาย 2) ฝึกการออกกำลังกายแบบแอโรบิค และ 3) ฝึกทักษะที่จำเป็นต่อการควบคุมน้ำหนัก เช่น การรู้จักชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงแล้วเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อฝึกประเมินภาวะโภชนาการอย่างง่าย 4) การให้นักเรียนตั้งเป้าหมายในการควบคุมน้ำหนักด้วยตนเอง 5) การใช้ผลของการลดน้ำหนักที่ผ่านมาเป็นข้อมูลย้อนกลับและนำเสนอสิ่งใหม่ๆ ที่ท้าทายให้เด็กลองปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งก่อนและหลังการทดลอง 6 เดือนและ 12 เดือน ซึ่งผู้วิจัยได้กล่าวสรุปไว้ว่า วิธีการนี้อาจทำให้เครียดเนื่องจากมีการบ้านมากเกินไป อาจไม่เหมาะสมกับเด็ก จึงไม่ได้เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่มทดลองตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และได้ให้ข้อเสนอแนะว่าในโปรแกรมต่อไปควรที่จะเพิ่มความสุขสนุกสนานให้มากขึ้น

PROMISE

ในต่างประเทศมีงานวิจัยหลายเรื่องที่น่าแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองไปสร้างรูปแบบกิจกรรมในโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กและวัยรุ่น เช่น ฮอลล์ค อมและคณะ (Holcomb et al, 1998: 282-8) ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กชนพื้นเมือง Webb County ในรัฐเท็กซัส สหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนเกรด 5 ใน 14 โรงเรียน (อายุ 10-12 ปี) จำนวน 835 คน รูปแบบการศึกษาเป็นแบบ Quasi-experiment มีกลุ่มเปรียบเทียบระยะเวลา 3 เดือน รูปแบบของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่กลุ่มทดลองได้รับเพื่อสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แก่นักเรียน ซึ่งมีข้อมูลเกี่ยวกับชนิด สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน อัตราการเกิดโรค เรื่องราวความจริงและนิยาย รวมทั้งการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเป็นการเรียนการสอนแบบมีปฏิสัมพันธ์ให้นักเรียนได้ทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองเพื่อสร้างความรู้ ทักษะ และแนวคิดในการป้องกันโรค 2) การฝึกทักษะด้านโภชนาการ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณอาหาร การเลือกอาหารให้ถูกต้องระหว่างอาหารที่มีไขมันต่ำและไขมันสูง ความรู้เกี่ยวกับฉลากโภชนาการ และทำกิจกรรมที่พัฒนาความสามารถของนักเรียนในการเลือกอาหารที่มีไขมันต่ำ และ 3) เน้นการป้องกันโรคอ้วนและเบาหวานชนิดที่ 2 โดยให้นักเรียนออกกำลังกายเป็นประจำ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง และระหว่างหลังการทดลองกับช่วงติดตามผล 4 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แซควิกและคณะ (Saksvig et al, 2005: 2392-8) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมนำร่องเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังในนักเรียนเกรด 3,4,5 ซึ่งเป็นชนพื้นเมืองชาว Ojibway-Cree ประเทศแคนาดา จำนวน 122 คน รูปแบบการศึกษาเป็นแบบ pretest/post-test, single-sample design มีการติดตามผล 1 ปี (1998-1999) รูปแบบของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังที่กลุ่มทดลองได้รับเพื่อสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน รวมทั้งความรู้และทักษะที่ เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลัง 45 นาทีต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 16 สัปดาห์ และ 2) กิจกรรม “Diabetes Kids” ให้นักเรียนออกอากาศเรื่องเกี่ยวกับเบาหวานทางวิทยุ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการบริโภคอาหาร รวมทั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการทดลอง ดีขึ้นกว่าช่วงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เกรย์และคณะ (Grey et al, 2004: 10-5) ได้ทำการศึกษานำร่องเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอายุ 10-14 ปี จำนวน 41 คน โดยเป็นชาวแอฟริกัน-อเมริกัน ชาวฮิสพานิก และชาว คอเคเซียน ใน Connecticut middle school 2 แห่ง รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยมีกลุ่มทดลอง 22 คน กลุ่มควบคุม 19 คน ระยะเวลา 12 เดือน รูปแบบของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่กลุ่มทดลองได้รับเพื่อสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้และทักษะด้าน

PROMISE

โภชนาการสำหรับนักเรียน สัปดาห์ละ 45 นาที โดยมีทั้งรูปแบบที่เรียนในชั้นเรียน ฝึกทำอาหารอย่างง่าย และพาไปศึกษาดูงานที่ซูเปอร์มาร์เก็ต และ 2) กิจกรรมทางกายหลังเลิกเรียนวันละ 45 นาที สัปดาห์ละ 2 วัน เป็นเวลา 16 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ทักษะการเลือกซื้ออาหารและความรู้ด้านโภชนาการของกลุ่มทดลองดีขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นักเรียนในกลุ่มทดลองมีระดับกลูโคส อินซูลิน และปริมาณไขมันลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ HbA1c, น้ำหนัก และดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม แต่กลุ่มทดลองมีอัตราการเพิ่มต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้ตัวแบบ

งานวิจัยในประเทศไทยพบว่ามีทั้งงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เกี่ยวกับโรคอ้วนซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคอ้วน เช่น งานของ กุลนิตย์ ศักดิ์สุภา (2547) ซึ่งทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนโรงเรียนอนุบาลลพบุรี กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3-4 ที่มีภาวะโภชนาการเกิน โรงเรียนอนุบาลลพบุรี จังหวัดลพบุรี จำนวน 83 คน รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน รูปแบบของโปรแกรมสุขศึกษาที่กลุ่มทดลองได้รับจากการใช้ตัวแบบ คือ 1) การใช้ตัวแบบจากนักเรียนในกลุ่มทดลองที่สามารถปฏิบัติตัวได้ดีจนน้ำหนักลดเพื่อมาเล่าถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องให้เพื่อนฟัง 2) การสาธิตการออกกำลังกายโดยการเต้นแอโรบิคประกอบ เพลง แล้วให้นักเรียนทำตาม โดยผู้สาธิตแก้ไขข้อบกพร่องให้ถูกต้อง โดยเครื่องมือที่ใช้คือ ภาพโปสเตอร์การออกกำลังกาย และผู้สาธิต ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการควบคุมภาวะโภชนาการเกินสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และภาวะโภชนาการเกินลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในต่างประเทศ แซควิกและคณะ (Saksvig et al, 2005: 2392-8) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมรณรงค์เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังกายในนักเรียนเกรด 3,4,5 ซึ่งเป็นชนพื้นเมืองชาว Ojibway-Cree ประเทศแคนาดา จำนวน 122 คน รูปแบบการศึกษาเป็นแบบ pretest/post-test, single-sample design มีการติดตามผล 1 ปี (1998-1999) รูปแบบของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังกายที่กลุ่มทดลองได้รับโดยการใช้ตัวแบบ คือ การเปิดโอกาสให้นักเรียนเป็นแบบอย่างซึ่งกันและกัน เช่น กิจกรรม "video cooking club" ให้นักเรียนสาธิตวิธีการเตรียมอาหารว่างเพื่อสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการบริโภคอาหาร รวมทั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการทดลองดีขึ้นกว่าช่วงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้คำพูดชักจูง

งานวิจัยในประเทศไทยพบว่ามีทั้งงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคอ้วนซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวกับ

PROMISE

โรคอ้วน เช่น งานของ กุลนิตย์ ศักดิ์สุภา (2547) ซึ่งทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนโรงเรียนอนุบาลลพบุรี กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3-4 ที่มีภาวะโภชนาการเกิน โรงเรียนอนุบาลลพบุรี จังหวัดลพบุรี จำนวน 83 คน รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน รูปแบบของโปรแกรมสุขศึกษาที่กลุ่มทดลองได้รับโดยวิธีการใช้คำพูด ดัดจริต คือ 1) การนำผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมเพื่อเพิ่มการสนับสนุนหรือการให้การเสริมแรงในการควบคุมภาวะโภชนาการเกินของนักเรียน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนและการควบคุมภาวะโภชนาการเกิน การฝึกทักษะการเตรียมอาหารที่เหมาะสม และวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน 2) การให้เพื่อนที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตัวพูดให้กำลังใจเพื่อนในกลุ่ม และ 3) ผู้วิจัยอธิบายให้ทราบถึงข้อดีของการออกกำลังกายต่อการควบคุมภาวะโภชนาการเกิน ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมควบคุมภาวะโภชนาการเกินสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และภาวะโภชนาการเกินลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เช่น งานของธิดารัตน์ โชติ กอนุชิต (Thidarat chotik-Anuchid, 2005) ซึ่งทำการประเมินสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางด้านพฤติกรรมเป็นรายบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตในเด็กวัยรุ่นที่อ้วนและมีความคงทนต่อกลูโคสผิดปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กอายุระหว่าง 12-16 ปี ที่มีการทดสอบน้ำตาลหลังอาหารผิดปกติหรือภาวะไขมันในเลือดสูง 33 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ รูปแบบการศึกษาเป็นแบบกึ่งทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 18 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน วัดผลก่อนการทดลอง, 6 เดือน และ 12 เดือน รูปแบบของโปรแกรมสุขศึกษาที่กลุ่มทดลองได้รับโดยการให้คำพูดดัดจริต คือ 1) การให้กำลังใจ กล่าวชมเชยเมื่อเด็กทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ 2) การเปิดโอกาสให้เด็กปรึกษาได้ตลอดเวลาทางโทรศัพท์ และ 3) การโทรศัพท์ติดตามผล ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติทั้งก่อนและหลังการทดลอง 6 เดือนและ 12 เดือน

ในต่างประเทศ แซควิกและคณะ (Saksvig et al, 2005: 2392-8) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมรณรงค์เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังกายในนักเรียนเกรด 3,4,5 ซึ่งเป็นชนพื้นเมืองชาว Ojibway-Cree ประเทศแคนาดา จำนวน 122 คน รูปแบบการศึกษาเป็นแบบ pretest/post-test, single-sample design มีการติดตามผล 1 ปี (1998-1999) รูปแบบของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังกายที่กลุ่มทดลองได้รับโดยการพูดชักจูง คือ 1) การนำผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมเพื่อเพิ่มการสนับสนุนหรือการให้การเสริมแรงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังกายของนักเรียน โดยการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและการออกกำลังกายแก่ผู้ปกครอง เช่น วิธีการทำอาหารว่างเพื่อสุขภาพ การส่งจดหมายข่าวไปให้ผู้ปกครองเป็นระยะ การออกบ้านให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครอง เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการบริโภค

PROMISE

อาหาร รวมทั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการทดลอง ดีขึ้นกว่าช่วงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เกรย์และคณะ (Grey et al, 2004: 10-5) ได้ทำการศึกษานำร่องเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอายุ 10-14 ปี จำนวน 41 คน โดยเป็นชาวแอฟริกัน-อเมริกัน ชาวฮิสพานิก และชาว คอเคเซียน ใน Connecticut middle school 2 แห่ง รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยมีกลุ่มทดลอง 22 คน กลุ่มควบคุม 19 คน ระยะเวลา 12 เดือน รูปแบบของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่กลุ่มทดลองได้รับโดยวิธีการพูดชักจูง คือ 1) การนำผู้ปกครองเข้ามีส่วนร่วมในโปรแกรม โดยให้ความรู้และทักษะด้านโภชนาการและกิจกรรมทางกายแก่ผู้ปกครอง และ 2) การให้การสนับสนุนและคำปรึกษาทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองของนักเรียนในกลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมดีขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการกระตุ้นทางอารมณ์

งานวิจัยที่ใช้การกระตุ้นทางอารมณ์ในการพัฒนา รูปแบบกิจกรรมสำหรับโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบไม่มากนัก เช่น งานของธิดารัตน์ โชติกอนุชิต (Thidarat chotik-Anuchid, 2005) ซึ่งทำการประเมินสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางด้านพฤติกรรมเป็นรายบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตในเด็กวัยรุ่นที่อ้วนและมีความคงทนต่อกลูโคสผิดปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กอายุระหว่าง 12-16 ปี ที่มีการทดสอบน้ำตาลหลังอาหารผิดปกติหรือภาวะไขมันในเลือดสูง 33 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารับดี รูปแบบการศึกษาเป็นแบบกึ่งทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 18 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน วัดผลก่อนการทดลอง , 6 เดือน และ 12 เดือน รูปแบบของโปรแกรมสุขศึกษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับโดยใช้วิธีการกระตุ้นทางอารมณ์ คือ การสอบถามถึงอุปสรรคต่างๆ ที่ทำให้ผลการปฏิบัติตัวไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และหาวิธีการแก้ไขที่เด็กยอมรับได้ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งก่อนและหลังการทดลอง 6 เดือนและ 12 เดือน

6.2 การกำกับตนเอง (Self-regulation)

การกำกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเป็นแนวคิดที่แสดงให้เห็นภาพของการมีความสามารถในการควบคุมตนเองของกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ และอธิบายได้ถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้เกิดความสามารถในการควบคุมตนเองซึ่งมาจากภายในตนเอง

6.2.1 ความหมายของการกำกับตนเอง

ซุงค์ (Schunk, 1991: 348) ได้นิยามการกำกับตนเองว่าหมายถึง กระบวนการที่บุคคลปฏิบัติและสนับสนุนต่อพฤติกรรมความรู้ความเข้าใจและอารมณ์ความรู้สึกที่มุ่งไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ด้วยตนเองอย่างเป็นระบบ สารานุกรมนานาชาติทางการศึกษา (The international encyclopedia of education) เล่มที่ 9 (Husen and Postlethwait, 1994: 5400) ได้นิยามการกำกับตนเองว่าหมายถึง

PROMISE

ความสามารถในการดำเนินชีวิตเพื่อไปสู่ความมุ่งหมายของแต่ละคนอย่างยืดหยุ่นด้วยตัวของตัวเอง ชุงค์ และซิมเมอร์แมน (Schunk and Zimmerman, 1997: 195-208) ได้นิยามการกำกับตนเองว่า หมายถึง กระบวนการที่กระตุ้นและสนับสนุนต่อความรู้ความเข้าใจพฤติกรรมและความพอใจเพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ในที่สุด ชินะพัฒน์ ชื่นแดชม (2542: 15) ได้นิยามการกำกับตนเองว่า หมายถึง การใช้กลวิธีซึ่งได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การวางแผน การดำเนินการติดตามผล ทั้งในด้าน พฤติกรรม ด้านความรู้ ความเข้าใจ และด้านแรงจูงใจของ ตนเอง เพื่อให้บรรลุถึงสิ่งที่มุ่งหวังได้ด้วยตนเอง

สรุปได้ว่า การกำกับตนเอง หมายถึง การแสดงออกถึงการกระทำในสังเกต พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายและวางแผนในการกระทำที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อาจกระทำ ด้วยการจดบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง กระตุ้นเตือนตนเองให้กระทำอย่างต่อเนื่องให้บรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดีตามที่ตนเองได้ตั้งเป้าหมายไว้

6.2.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องการกำกับตนเอง

สารานุกรมนานาชาติทางการศึกษา (The international encyclopedia of education) เล่มที่ 9 (Husen and Postlethwait, 1994: 5400) ได้กล่าวถึงการกำกับตนเองว่ามีแนวคิดเชิงทฤษฎีที่อธิบายถึงการกำกับตนเองอยู่ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มแนวคิดของลูเรีย (Luria) ไววอตสกี (Vygotsky) และ ลีออนเทียฟ (Leontief) ซึ่งอธิบายว่า การกำกับตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาการมนุษย์และได้รับอิทธิพลมาจากสังคมและวัฒนธรรม โดยผ่านกระบวนการเสริมสร้างคุณลักษณะของตนเอง (Internalization) อิทธิพลดังกล่าวจะผ่านกลไกทางจิตใจขั้นพื้นฐาน (Basic psychological mechanisms) แล้วเปลี่ยนรูปเป็นระบบสัญลักษณ์ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบขั้นสูงของจิตใจต่อไป

2. กลุ่มแนวคิดของ แคนเฟอร์ และคณะ (Kanfer and his associaters) ซึ่งพัฒนารูปแบบเชิงการประมวลสารสนเทศของการกำกับตนเองขึ้นรูปแบบนี้อธิบายว่าการกำกับตนเองมีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ การติดตามตนเอง (Self – monitoring) การประเมินตนเอง (Self – evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self – reinforce)

3. กลุ่มแนวคิดของแอชล และคูห์ล (Ach and Kuhl) ซึ่งอธิบายว่าการกำกับตนเองเกี่ยวข้องกับความตั้งใจ (Willpower) และกำลังใจ (Volitional)

แนวคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับการกำกับตนเองทั้ง 3 กลุ่มดังกล่าว แนวคิดของกลุ่มที่เชื่อว่าการกำกับตนเอง ได้รับอิทธิพลจากสังคมเป็นกลุ่มที่ได้รับความสนใจอย่างมากมีทฤษฎีที่กล่าวถึงการกำกับตนเองในกลุ่มนี้หลายทฤษฎี ได้แก่

ชุงค์ และ ซิมเมอร์แมน (Schunk and Zimmerman, 1997: 195-208) ได้กล่าวถึงกลุ่มที่เชื่อว่าการกำกับตนเอง ได้รับอิทธิพลมาจากสังคม ได้รับแนวคิดจากทฤษฎีต่างๆ ดังนี้

1. ทฤษฎีเชิงปัญญาสังคม (Social cognitive theory)
2. ทฤษฎีวัฒนธรรมเชิงสังคม (Sociocultural theory)

PROMISE

3. ทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self – determination theory)

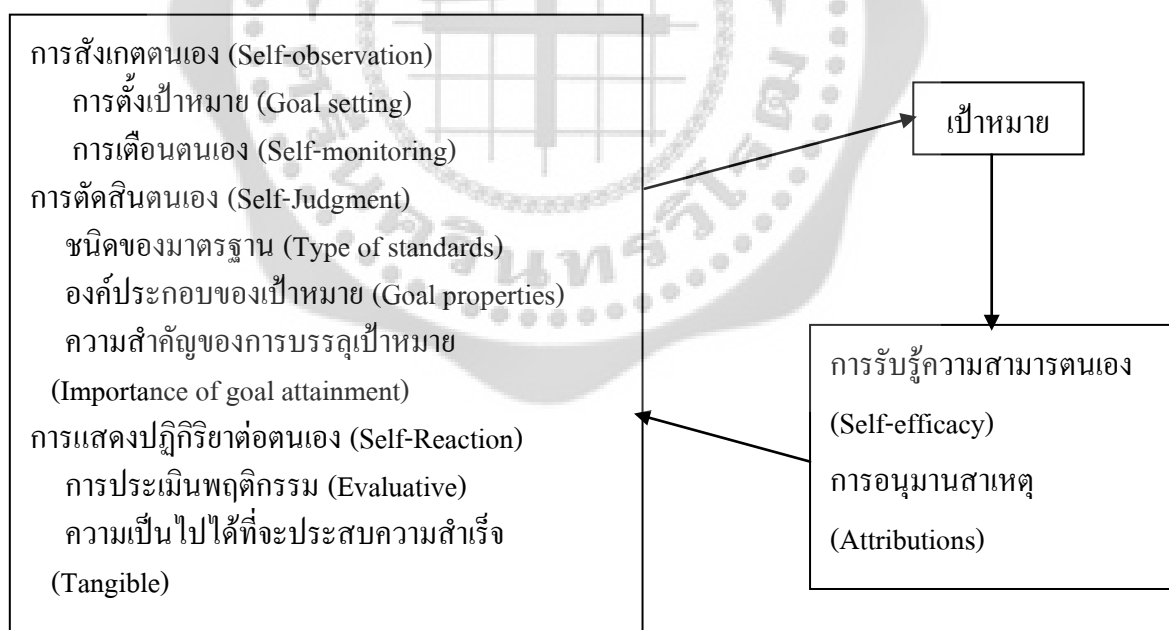
ซึ่งในครั้งนี้นำวิจัยได้สนใจแนวคิดการกำกับตนเองจากทฤษฎีเชิงปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของ Bandura (1986 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549: 54) ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ไม่ได้เป็นผลมาจากการเสริมแรงและการลงโทษจากภายนอกแต่เพียงอย่างเดียว แต่มนุษย์สามารถกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง กระบวนการดังกล่าวนี้คือการกำกับตนเอง (Self – Regulation)

การกำกับตนเอง (Self – Regulation) เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งเป้าหมายสำหรับตนเองและคิดกลวิธีให้บรรลุเป้าหมายด้วยตนเองบุคคลจะเป็นผู้ควบคุมกระบวนการนี้ด้วยตนเอง (Zimmerman, 1998: 1)

การกำกับตนเอง (Self – Regulation) ประกอบด้วย 3 กระบวนการย่อยดังนี้ (Schunk and Zimmerman, 1994: 76-79)

1. การสังเกตตนเอง (Self-observation)
2. การตัดสินใจตนเอง (Self-judgment)
3. การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction)

ทั้งนี้ กระบวนการกำกับตนเองแสดงไว้ในภาพประกอบ 20 ดังต่อไปนี้



ภาพประกอบ 20 การกำกับตนเอง (Schunk, 1994: 76)

สามารถอธิบายรายละเอียด ได้ดังนี้

PROMISE

1. การสังเกตตนเอง (Self-observation) หมายถึงความสนใจต่อลักษณะที่จำเพาะในพฤติกรรมของบุคคลอย่างพิถีพิถัน (Bandura, 1986 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมัน, 2542: 54) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ประการ ได้แก่

1.1 การตั้งเป้าหมาย (goal setting) หมายถึงการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายหรือกำหนดเกณฑ์ในการแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลงซึ่งในระยะแรกของการกำกับตนเอง (Self – Regulation) ก่อนที่บุคคลจะสามารถกำกับพฤติกรรมของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลจะต้องเลือกเป้าหมายซึ่งการตั้งเป้าหมายเป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลได้รู้ถึงพฤติกรรมที่ต้องการกระทำอย่างชัดเจนและยังใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินเพื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมที่บุคคลกระทำกับพฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนดไว้การตั้งเป้าหมายต้องเหมาะสมกับระดับความสามารถของบุคคลนั้น จึงจะมีโอกาสบรรลุเป้าหมายได้ คุณสมบัติของเป้าหมาย ควรมี ลักษณะ ดังนี้ (อรอุมา จิรณิตกุล, 2544: 15)

1. ความเฉพาะเจาะจง เป็นการระบุพฤติกรรมที่ชัดเจนว่า การลดน้ำหนักบุคคลจะตั้งเป้าหมายเฉพาะเจาะจงว่าอาหารมื้อเย็นต้องรับประทานไม่เกิน 500 แคลอรี เป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงจะช่วยเพิ่มแรงจูงใจ ส่งเสริมการเรียนรู้ และง่ายต่อการวัดพฤติกรรม

2. ความใกล้เคียง เป็นเป้าหมายที่ใช้ระยะเวลาสั้นๆ ในการกระทำพฤติกรรมเป้าหมายที่มีความใกล้เคียงจะส่งเสริมความสามารถและแรงจูงใจของตนเองและง่ายต่อการวัดพฤติกรรม ความใกล้เคียงจะมีอิทธิพลต่อการทำพฤติกรรมโดยเฉพาะกับเด็กเล็กที่สนใจงานในช่วงระยะเวลาสั้นๆ

3. ความยาก การตั้งเป้าหมายที่ยากทำให้บุคคลใช้ความพยายามเพื่อกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมาย เมื่อประสบผลสำเร็จจะเกิดความพึงพอใจและรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ

การตั้งเป้าหมายที่มีความเฉพาะเจาะจง ความใกล้เคียง และความยากด้วยตนเอง ทำให้บุคคลคาดหวังที่จะแสดงพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายนั้น ถ้าประสบผลสำเร็จจะรู้สึกว่าคุณมีความสามารถและเรียนรู้ได้ดีที่สุด (Schunk, 1991 อ้างใน อรอุมา จิรณิตกุล, 2544: 16)

การตั้งเป้าหมาย มี 2 วิธีคือ

1. การตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง หมายถึง การที่บุคคลเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการกระทำด้วยตนเอง ซึ่งการตั้งเป้าหมายด้วยตนเองจะมีข้อดีคือจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าเขาเป็นผู้กระทำและเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกสบายใจและพยายามกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่ตนกำหนดไว้

2. การตั้งเป้าหมายโดยบุคคลอื่น หมายถึง การที่บุคคลอื่นเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการเปลี่ยนแปลงให้กับบุคคล ซึ่งการตั้งเป้าหมายด้วยบุคคลอื่นจะมีข้อดี ตรงที่ว่าอาจจะช่วยแก้ไขให้บุคคลที่ไม่สามารถตั้งเป้าหมายด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสมให้สามารถตั้งเป้าหมายได้อย่างเหมาะสมกับความสามารถตนเองยิ่งขึ้น (ดวงเพ็ญ เรือนใจมัน, 2542: 55)

1.2 การเตือนตนเอง (Self-monitoring) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายที่เกิดขึ้นด้วยตนเองเพื่อเป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ตนเองกระทำ การเตือน

PROMISE

ตนเองจะทำให้บุคคลรู้ว่าตนเองกระทำพฤติกรรมในลักษณะใด ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้เนื่องจากบุคคลได้เห็นข้อมูลย้อนกลับแล้วก็จะทำให้เขารู้ว่าควรทำเช่นไรต่อไปเพื่อไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ

Cormier (1979 อ้างใน จิตติพัฒน์ สงบกาย, 2533: 10) ได้เสนอขั้นตอนในการเตือนตนเองให้มีประสิทธิภาพไว้ดังนี้

1. จำแนกเป้าหมายให้ชัดเจนว่าจะต้องสังเกตพฤติกรรมอะไร
2. กำหนดเวลาที่จะสังเกตและบันทึกพฤติกรรม
3. กำหนดวิธีการบันทึกและเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกพฤติกรรม
4. ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง
5. แสดงผลการบันทึกพฤติกรรมตนเองเป็นกราฟ หรือแผนภาพ
6. วิเคราะห์ข้อมูลที่บันทึกเพื่อใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับและเพื่อพิจารณาผลการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรม

นอกจากกระบวนการสังเกตตนเองที่กล่าวมาแล้ว แบนดูรา เสนอว่า ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการสังเกตตนเองอีกด้วยดังนี้

1. เวลาที่ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง คือ บุคคลจะต้องทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองทันทีที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องแม่นยำและต่อเนื่อง (Bandura, 1986)
2. การให้ข้อมูลย้อนกลับจะทำให้บุคคลทราบว่าตนกระทำพฤติกรรมเป็นอย่างไรเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ถ้าเป็นไปตามเป้าหมายบุคคลก็ควรจะมีกำลังใจสังเกตมากขึ้น แต่ถ้าหากไม่เป็นไปตามเป้าหมายบุคคลก็จะหาแนวทางแก้ไขให้ดีขึ้นต่อไป (Agras, Leitenberg and Barlow, 1968 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น, 2542: 57)
3. ระดับของแรงจูงใจการที่บุคคลมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนก็จะมี การตั้งเป้าหมายและพยายามสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนมากกว่าบุคคลที่มีแรงจูงใจต่ำ (Nelson, 1997 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น, 2542: 57)
4. คุณค่าของพฤติกรรมที่สังเกต พฤติกรรมใดก็ตามที่บุคคลเห็นว่ามีคุณค่าต่อตนเองเขาก็จะให้ความสนใจในการสังเกตมากกว่าพฤติกรรมที่เขาไม่เห็นคุณค่า (Kanfer, 1970 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น, 2542: 57)
5. ความสำเร็จและความล้มเหลวของพฤติกรรมที่สังเกต การที่บุคคลกระทำพฤติกรรมแล้ว ได้รับความสำเร็จบุคคลก็จะให้ความสนใจสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเองมากกว่าพฤติกรรมที่เขากระทำแล้ว มักล้มเหลว (Kischenbaum and Karoly, 1977 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น, 2542: 57)
6. ระดับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่สังเกต พฤติกรรมใดก็ตามที่บุคคลสามารถควบคุมได้ บุคคลก็จะสนใจสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเองมากกว่าพฤติกรรมที่เขาไม่สามารถควบคุมได้ (Johnson and White, 1971 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น, 2542: 57)

PROMISE

2. การตัดสินตนเอง (Self-Judgment) เป็นการเปรียบเทียบผลที่ได้รับจากการกระทำกับเป้าหมายหรือมาตรฐานที่ตั้งไว้ การตัดสินตนเอง (Self – judgment) ขึ้นกับชนิดของมาตรฐาน (Type of standards) องค์ประกอบของเป้าหมาย (Goal properties) และความสำคัญของการบรรลุเป้าหมาย (Importance of goal attainment)

พฤติกรรมจะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวขึ้นอยู่กับมาตรฐานที่นำมาประเมิน ข้อมูลที่จะนำมาเป็นมาตรฐานได้มาจากแหล่งต่างๆ เช่น การแสดงปฏิกิริยาทางสังคมต่อพฤติกรรมของบุคคล มาตรฐานของบุคคลอื่น การตั้งมาตรฐานที่ดีคือการตั้งพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงระบุอย่างชัดเจนมีแนวทางในการกระทำอย่างแน่นอนเป็นมาตรฐานที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงและสามารถปฏิบัติได้หลังจากที่บุคคลนำมาตรฐานมาใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินมีแนวโน้มว่าพวกเขาจะนำมาตรฐานไปดัดแปลงใช้ในสภาพอื่นๆ และมาตรฐานนั้นยังส่งผ่านจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่งด้วยตัวแบบและความสำเร็จทางสังคม เช่น เด็กดัดแปลงมาตรฐานของผู้ใหญ่มาใช้แล้วนำมาใช้กับเพื่อน (อรอุมา จิรนิติกุล, 2544: 18)

แบนดูรา เสนอว่าการตั้งเป้าหมายในการกระทำพฤติกรรมให้มีประสิทธิภาพและสะดวกต่อการตัดสินหรือประเมินพฤติกรรมตนเองนั้นควรตั้งเป้าหมายให้มีลักษณะดังนี้ (Bandura, 1997a, 1986, 1988 อ้างใน วิถีพัฒนา สงบกาย, 2533)

- 1.ควรเป็นเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง คือบุคคลจะกำหนดเป้าหมายในการทำพฤติกรรมที่เจาะจงชัดเจนลงไปว่าเขาจะต้องทำพฤติกรรมอย่างไร หรือเท่าไร
- 2.ควรเป็นเป้าหมายที่มีลักษณะท้าทาย การตั้งเป้าหมายที่มีลักษณะท้าทายจะเป็นสิ่งกระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลใช้ความพยายามในการกระทำพฤติกรรมให้มากขึ้น
- 3.ควรเป็นเป้าหมายที่ระบุแน่ชัดและมีทิศทางในการกระทำแน่นอนโดยไม่มีทางเลือกได้หลายทางเช่นควรตั้งเป้าหมายว่า “วันนี้ฉันจะทำการบ้านวิชาคณิตศาสตร์ให้เสร็จ” หรือตั้งว่า “สัปดาห์นี้ฉันจะรับประทานขนมขบเคี้ยวไม่เกิน 2 ช่อ”
- 4.ควรเป็นเป้าหมายระยะสั้น การตั้งเป้าหมายระยะสั้นในการกระทำพฤติกรรมจะมีผลต่อแรงจูงใจเนื่องจากบุคคลจะพบกับความสำเร็จที่ตั้งไว้ง่ายและเร็วและเมื่อบุคคลประสบความสำเร็จในเป้าหมายที่ตั้งไว้ก็就会有ความพึงพอใจและเป็นแรงจูงใจให้บุคคลพยายามกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายในระยะยาวเพิ่มมากขึ้น

5. ควรเป็นเป้าหมายที่อยู่ในระดับใกล้เคียงกับความเป็นจริงและสามารถปฏิบัติได้ไม่เป็นเป้าหมายที่มีลักษณะเพื่อฝันคือสูงหรือต่ำกว่าความเป็นจริงและเป้าหมายที่ตั้งขึ้นต้องสามารถปฏิบัติได้

เมื่อเป้าหมายหรือมาตรฐานของพฤติกรรมใดไม่ได้รับการยอมรับ หรือไม่มีความชัดเจนบุคคลก็จะใช้มาตรฐานไม่สมบูรณ์ซึ่งเกิดจากวิธีการเปรียบเทียบทางสังคมซึ่ง แบนดูรา (1986 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น, 2542: 59-62) กล่าวไว้ดังนี้

1. การเปรียบเทียบอ้างอิงทางสังคม (Social referntial comparison) เมื่อบุคคลทราบผลการกระทำต่างๆ ของตนเองจากการวัดและการประเมินก็จะมี การเปรียบเทียบการกระทำของตนเองกับผู้อื่นด้วยเพื่อจะได้ทราบว่า การกระทำของตนเองสูงหรือต่ำกว่าคนอื่นเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาการ

PROMISE

กระทำของตนเองให้ดีขึ้นในการประเมินการกระทำพฤติกรรมของตนเองโดยการเปรียบเทียบกับผู้อื่นนั้น บุคคลสามารถเลือกเกณฑ์ในการเปรียบเทียบได้ 4 ลักษณะคือ

1.1 การเปรียบเทียบกับบรรทัดฐานที่เป็นมาตรฐานของกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มอายุ กลุ่มระดับการศึกษา กลุ่มเพศหรือกลุ่มสภาพที่อยู่อาศัย เป็นต้น ซึ่งบรรทัดฐานของกลุ่มต่างๆ เหล่านี้ได้มาจากการที่มีผู้ทำการสำรวจและหาค่าเฉลี่ยของกลุ่มนั้นๆ จนเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปแล้วและบรรทัดฐานที่บุคคลนำมาใช้ในการเปรียบเทียบกับกระทำของตนเองจะต้องมีลักษณะคล้ายคลึงกับตนด้วย

1.2 การเปรียบเทียบกับตนเอง คือ การที่บุคคลเปรียบเทียบผลการกระทำของตนเองกับสิ่งที่เขาได้เคยกระทำมาแล้วหรือเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตนตั้งขึ้น ซึ่งการเปรียบเทียบกับตนเองนี้จะก่อให้เกิดความท้าทายจะทำให้บุคคลพยายามกระทำพฤติกรรมให้ดีกว่าครั้งที่ผ่านๆ มา เพราะถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมได้เท่ากับครั้งที่ผ่านๆ มา การกระทำระดับนั้นอาจจะไม่ก่อให้เกิดความท้าทายอีกต่อไป

1.3 การเปรียบเทียบกับสังคม คือ การที่บุคคลใช้ผลการกระทำของผู้อื่นนำมาใช้เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบกับผลการกระทำของตนเองซึ่งผลการกระทำของผู้อื่นนำมาใช้เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบนี้จะต้องเป็นบุคคลที่อยู่ในสภาพการณ์ที่เหมือนกันหรือคล้ายกันกับตน เช่น เพื่อนร่วมชั้น หรือผู้ร่วมงาน เป็นต้น

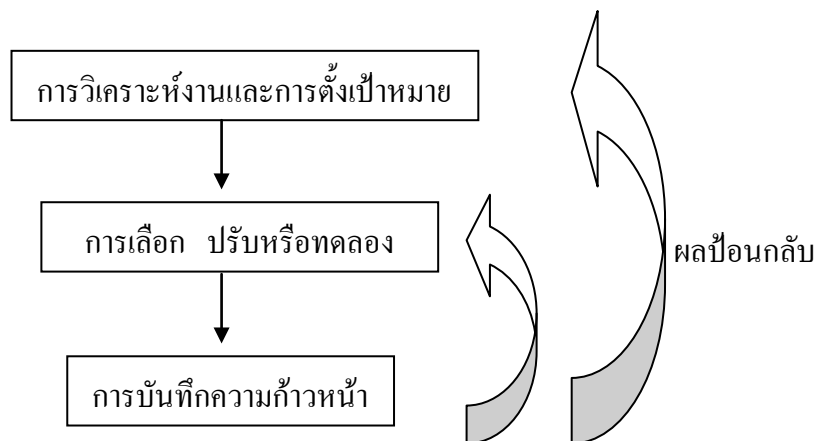
1.4 การเปรียบเทียบกับกลุ่ม คือ การที่บุคคลเปรียบเทียบผลการกระทำของตนเองกับค่าเฉลี่ยจากการกระทำของกลุ่มโดยบุคคลจะเปรียบเทียบว่าผลการกระทำของตนเองอยู่ลำดับที่เท่าไรของกลุ่ม

2. คุณค่าของกิจกรรม องค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่งในกระบวนการตัดสินใจคือคุณค่าของกิจกรรม บุคคลจะสนใจตัดสินใจกิจกรรมที่ตนกระทำน้อยหากเขาพบว่ากิจกรรมนั้นมีคุณค่าต่อเขาหรือไม่หรือไม่มีคุณค่าต่อเขาเลยและบุคคลจะใช้ความพยายามในการกระทำกิจกรรมนั้นน้อย ในทางตรงกันข้ามบุคคลจะใช้ความพยายามมากในการทำกิจกรรมที่เขาพิจารณาว่าเป็นกิจกรรมที่มีคุณค่าต่อเขามาก ส่วนกิจกรรมที่มี คุณค่าปานกลางจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมน้อย เพราะจะไม่กระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมมากนัก คุณค่าของกิจกรรมนั้นขึ้นอยู่กับความตั้งใจของบุคคล กิจกรรมจะมีคุณค่าถ้าบุคคลเห็นคุณประโยชน์ที่จะได้รับ

3. การอนุมานสาเหตุของพฤติกรรม การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ขึ้นอยู่กับการรับรู้ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม บุคคลมักจะภูมิใจเมื่อตนเองประสบความสำเร็จแล้วระบุสาเหตุว่าเป็นเพราะความสามารถและความพยายามแต่จะรู้สึกพึงพอใจกับงานไม่มากถ้าระบุสาเหตุว่าเป็นปัจจัยภายนอก เพราะคิดว่าความสำเร็จนั้นมิได้มาจากความสามารถและความพยายาม

ในกระบวนการกำกับตนเองของนักเรียน เมื่อนักเรียนไม่พึงพอใจกับผลที่ได้รับก็อาจมีการปรับปรุงกลวิธีหรือเป้าหมายใหม่ได้ เพื่อให้ได้รับความพึงพอใจ ซึ่งแสดงดังภาพประกอบ 21

PROMISE



ภาพประกอบ 21 กระบวนการปรับปรุงเป้าหมาย (Bulter, 1998: 163)

3. การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self – reaction) เป็นกระบวนการสุดท้ายของกลไกการกำกับตนเอง กระบวนการนี้ทำหน้าที่ 2 ประการคือ

1. ทำหน้าที่ตอบสนองผลการประเมินพฤติกรรมของตนเอง จา กระบวนการตัดสินใจ ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมเป้าหมายได้เท่ากับหรือสูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้บุคคลจะแสดงปฏิกิริยาทางบวกต่อตนเองหรือให้รางวัลกับตนเอง แต่ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมต่ำกว่าเป้าหมายเขาจะแสดงปฏิกิริยาทางลบต่อตนเองหรือการลงโทษตนเอง หรืออาจไม่แสดงปฏิกิริยาต่อตนเองก็ได้

2. ทำหน้าที่เป็นตัวจูงใจสำหรับการกระทำพฤติกรรมของตนเอง ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายแล้วจะให้สิ่งจูงใจกับตนเอง

2.1 สิ่งจูงใจตนเองจากภายนอก ได้แก่ วัตถุสิ่งของที่สามารถจับต้องได้หรืออาจเป็นการให้เวลาอิสระกับตนเอง การกระทำที่ชอบหรือการกระทำกิจกรรมบันเทิงต่างๆ

2.2 สิ่งจูงใจตนเองจากภายในเป็นผลกรรมภายในที่บุคคลให้กับตนเองหลังจากที่ประเมินการกระทำพฤติกรรมของตนเองแล้วซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

- การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางบวก คือ การที่บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางบวกเมื่อกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น การยกย่อง ชื่นชมตนเอง เป็นต้น

- การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางลบ คือ การที่บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางลบเมื่อกระทำพฤติกรรมได้ต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น การตำหนิตนเอง การวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง ละอายใจ และการเสียใจ เป็นต้น

การที่บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางบวกนับว่าเป็นกลไกการส่งเสริมพฤติกรรมส่วนการแสดงปฏิกิริยาทางลบต่อตนเองนั้นเป็นกลไกป้องกันตนเองจากการที่ถูกสังคมหรือบุคคลภายนอกลงโทษเพราะเมื่อบุคคลลงโทษตนเองนั้นสามารถเป็นการระบายสิ่งที่ผิดพลาดที่ตนได้กระทำลงไปและจะกระทบกระเทือนจิตใจน้อยกว่าที่ถูกผู้อื่นลงโทษ

ปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการกำกับตนเอง แบนดูรา (Bandura, 1986: 369-372) กล่าวว่าปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการกำกับตนเองดังนี้

PROMISE

1. ประโยชน์ส่วนตัว (Personal benefits) เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมกำกับตนเองแล้วบุคคลก็จะได้รับประโยชน์โดยตรงต่อตัวเขาเองเขาก็จะยึดมั่นต่อการกำกับตนเองจะทำให้กระบวนการกำกับตนเองคงอยู่ได้

2. รางวัลทางสังคม (Social reward) การที่บุคคลมีพฤติกรรมกำกับตนเองแล้วบุคคลในสังคมให้การยกย่องชมเชย สรรเสริญ ให้เกียรติ ให้การยอมรับหรือให้รางวัลซึ่งการให้รางวัลทางสังคมเหล่านี้ก็จะมีส่วนช่วยให้กระบวนการกำกับตนเองของบุคคลคงอยู่ได้

3. การสนับสนุนจากตัวแบบ (Modeling supports) บุคคลที่มีมาตรฐานในการกำกับตนเองเช่น การพูดจาไพเราะ หากได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คนอื่น ๆ รอบด้านล้วนแต่มีการพูดจาไพเราะด้วยกันคนที่พูดจาไพเราะทั้งหลายเหล่านี้จะมีส่วนช่วยเป็นตัวแบบที่จะสนับสนุนซึ่งกันและกัน

4. ฎีกิริยาทางลบจากผู้อื่น (Negative sanctions) บุคคลที่พัฒนามาตรฐานในการกำกับตนเองขึ้นมาแล้วหากภายหลังให้รางวัลกับตนเองต่อพฤติกรรมที่ต่ำกว่ามาตรฐานก็จะทำให้บุคคลในสังคมแสดงฎีกิริยาทางลบต่อตัวเขาฎีกิริยาเหล่านี้จะส่งผลให้บุคคลย้อนกลับไปใช้มาตรฐานของเดิมของเขาอีก

5. การสนับสนุนจากสภาพแวดล้อม (Contextual supports) บุคคลที่อยู่ในสภาพแวดล้อมซึ่งในอดีตเคยส่งเสริมให้ตนกำกับตนเองด้วยมาตรฐานระดับหนึ่งย่อมมีโอกาสกำกับตนเองด้วยมาตรฐานนั้นอีก บุคคลเช่นนี้มีแนวโน้มจะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่มีอิทธิพลให้ตนต้องลดมาตรฐานลงไป

6. การลงโทษตนเอง (Self – inflicted punishment) จะเป็นหนทางช่วยให้บุคคลลดความไม่สบายใจจากการทำผิดมาตรฐานของตนได้และในหลายๆ กรณีก็เป็นการลดฎีกิริยาทางลบจากผู้อื่นได้แทนที่จะถูกคนอื่นเหล่านั้นลงโทษเอาโดยตรงคนส่วนมากจะมีความรู้สึกว่าการลงโทษตนเองมีความไม่พอใจน้อยกว่าการถูกผู้อื่นลงโทษและในบางกรณีการลงโทษตนเองก็เป็นการกระทำที่ได้รับการชมเชยจากผู้อื่น

6.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเอง

งานวิจัยที่ใช้แนวคิดการกำกับตนเองพบทั้งภายในและต่างประเทศ โดยในประเทศ ตัวอย่างงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น พนิดา มีต้องปัน (2532: ก-ข) ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนักด้วยวิธีควบคุมตนเองที่มีต่อพฤติกรรมลดน้ำหนัก ทั้งด้านความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักและผลของพฤติกรรมลดน้ำหนัก กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 20 อายุ 11-14 ปี จำนวน 100 คน เป็นกลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน ภายหลังการทดลองพบว่า โปรแกรมลดน้ำหนักโดยใช้การควบคุมตนเองทำให้นักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 20 มีความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักได้ถูกต้องมากขึ้น และสามารถลดน้ำหนักลงได้ นอกจากนี้พบว่า การฝึกให้นักเรียนรู้จักการบันทึกการอาหารและจำนวนแคลอรีในแต่ละวันจะช่วยให้นักเรียนควบคุมการรับประทานอาหารของตนเองและลดน้ำหนักลงได้ ยุพา อภิโกมลกร (2531: ก-ข) ศึกษาประสิทธิผลของการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้วยวิธีการกำกับตนเองของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ของโรงเรียนสังกัดสำนักงานการศึกษา กรุงเทพมหานคร เขตบางเขน จำนวน 2

PROMISE

โรงเรียนที่มีปัญหาเกี่ยวกับความสะอาดของร่างกายในส่วนต่างๆ เช่น ผม เหงือกและฟัน เป็นต้น แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน และนำเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5 ขั้นตอนมาใช้ ได้แก่ ให้นักเรียนมีส่วนร่วมในเรื่อง การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย กำหนดเงื่อนไข การเสริมแรงและลงโทษตนเอง ให้นักเรียนบันทึกพฤติกรรมตนเอง ประเมินพฤติกรรมตนเอง เสริมแรงและลงโทษตนเอง ภายหลังการทดลองพบว่านักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสะอาดของร่างกาย สูงขึ้นกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Suwannee Chearsawad (2002) ศึกษาผลของการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองในการหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อยในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จังหวัดตาก พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการควบคุมตนเองในการหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อย เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และพบว่าในระยะติดตามผลไม่แตกต่างจากระยะหลังการทดลอง แต่ในระยะติดตามผล นักเรียนกลุ่มทดลองยังคงมีการควบคุมตนเองในการหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศ ตัวอย่างเช่น มาโฮนี และคณะ (Mahony et al, 1973: 65-69 อ้างใน เกศแก้ว สอนดี, 2548: 40) ได้ทำการศึกษาผลของการให้รางวัลตนเอง การลงโทษตนเอง และการสังเกตตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยกลุ่ม ที่ให้รางวัลตนเอง และลงโทษตนเอง จะต้องเอาเงินไปมอบให้กับผู้วิจัย และนำเงินนั้นมาให้รางวัลหรือลงโทษตามเงื่อนไขที่ตกลงกันไว้ คือ กลุ่มที่ให้รางวัลตนเองจะได้เงินจากผู้วิจัยเมื่อเขาสามารถลดน้ำหนักลงได้ ในขณะที่กลุ่มลงโทษตนเอง จะต้องเสียเงินค่าปรับให้แก่ผู้วิจัยเมื่อมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น สำหรับกลุ่มที่สังเกตตนเองก็สังเกตตนเองเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ให้รางวัลตนเอง และกลุ่มที่ลงโทษตนเองสามารถลดน้ำหนักได้เท่าๆ กัน และลดน้ำหนักได้มากกว่ากลุ่มที่สังเกตตนเอง และจากการติดตามผล 4 เดือนต่อมา พบว่า กลุ่มที่ให้รางวัลตนเองลดน้ำหนักได้มากกว่ากลุ่มที่ลงโทษตนเอง เมลพาส (Malpass, 1966) ได้ทำการศึกษาผลของการกำกับตนเองที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาคณิตศาสตร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยมีเพศและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาคณิตศาสตร์ก่อนหน้านี้เป็นตัวแปรควบคุม ผลการวิจัยพบว่า การกำกับตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลแต่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างไม่มีนัยสำคัญ ซิมเมอร์แมนและคิทซันทาส (Zimmerman & Kitsantas, 1997) ทำการศึกษาผลของการตั้งเป้าหมายและการกำกับตนเองกับการแสดงออก การรับรู้ความสามารถของตนเองระหว่างการใช้การกำกับตนเองกับนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย 90 คน โดยทดสอบด้วยทักษะการปาเป้า ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนที่มีความสามารถการกำกับการแสดงออกสูงจะสามารถปาเป้าได้อย่างแม่นยำมากกว่านักเรียนหญิงที่มีความสามารถในการกำกับการแสดงออกต่ำ

โดยสรุปแล้ว มีงานวิจัยเชิงทดลองจำนวนมากที่แสดงให้เห็นถึงการประยุกต์ความสามารถในการควบคุมตนเองมาใช้สร้างชุดกิจกรรมและพบว่าสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดพฤติกรรม เป้าหมายได้และทำให้พฤติกรรมเป้าหมายคงทนอยู่ได้ในระดับหนึ่ง

PROMISE**6.3 การดูแลตัวเอง (Self-care)**

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างหนึ่งที่เริ่มพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก และค่อยๆ พัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่สามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ แต่ความสามารถดังกล่าวจะลดลงเมื่อเกิดความเสื่อม หรือความเจ็บป่วยขึ้นในร่างกาย หรือกรณีที่การดูแลตนเองถูกจำกัดจาก ความรู้ความชำนาญ การขาดแรงจูงใจ กิจกรรมการดูแลตนเองก็จะไม่เกิดขึ้น (Orem, 1985: 135) ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือมีขีดจำกัดต่างๆ ที่ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ บุคคลเหล่านี้ ได้แก่ คนชรา คนเจ็บป่วย และคนพิการ การดูแลตนเองจึงมีผลโดยตรงต่อการดำรงชีวิต ของมนุษย์ การคงไว้ซึ่งรูปร่างและหน้าที่ในภาวะปกติ การพัฒนาบุคลิกภาพศักยภาพของมนุษย์ ป้องกันอันตราย ตลอดจนพยาธิสภาพต่างๆ และยังสามารถควบคุมผลอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพต่างๆ ได้

6.3.1 แนวคิดและทัศนะการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง ประกอบด้วยคำว่า “ดูแล” กับ “ตนเอง” ตามพจนานุกรมฉบับ บัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525ให้ความหมายดูแล คือ เอาใจใส่ ปกปักรักษา ปกครอง ตน คือ ตัว (ตัวคน) เมื่อรวมคำว่าดูแลตนเอง จึงหมายถึง เอาใจใส่ ในตัวคนนั่นเอง หรือปกปักรักษา ปกครองตนเอง การดูแลตนเองถูกอธิบายในลักษณะของมโนทัศน์ กรอบแนวคิด รูปแบบ ทฤษฎีกระบวนการ การเคลื่อนไหว หรือปรากฏการณ์ (Gantz, 1990 อ้างในอรสา พันธภักดี, 2542) ความหมายการดูแลตนเองจะต่างกัน ในแต่ละสาขาวิชาชีพมีผู้ให้นิยามการดูแลสุขภาพของตนเอง มีดังนี้

เลวิน (Levine Cited Hill & Smith, 1985: 8 อ้างใน อังศิรินทร์ อินทรกำแหง, 2550: 28) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลหนึ่งๆ ทำหน้าที่โดยตัวเองและเพื่อตัวเอง ในการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพตลอดจนการสืบค้นหาโรคและการรักษาขั้นต้นด้วยตนเอง

สไตเกอร์และลิปสัน (Steiger & Lipson, 1985: 12 อ้างใน อังศิรินทร์ อินทรกำแหง, 2550: 28) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นกิจกรรมที่ริเริ่มกระทำโดย บุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้บรรลุ หรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพให้ดีที่สุด

นูริส (Noris อ้างใน อังศิรินทร์ อินทรกำแหง, 2550: 29) ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง คือ กระบวนการที่ประชาชนและครอบครัว มีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเองและรับผิดชอบตนเอง ด้านสุขภาพอนามัย โดยพัฒนาศักยภาพความสามารถ เพื่อการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง

สมจิต หนูเจริญกุล (2536 : 22-23 อ้างใน อังศิรินทร์ อินทรกำแหง, 2550: 29) กล่าวว่า การดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและ สวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึง ชีตสูงสุด

เพนเดอร์ (Pender, 1987 :150) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่มและกระทำ ในวิถีทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน

PROMISE

สรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดก็ตามที่บุคคลได้เริ่มปฏิบัติด้วยตนเอง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อบำรุงรักษาชีวิต ภาวะความมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน เป็นการกระทำอย่างมีแบบแผน เป็นขั้นตอน มีความต่อเนื่อง และเมื่อมีการกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ร่างกาย จิตใจและพัฒนาการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นไปถึงเป้าหมายของแต่ละบุคคล

แนวคิดการดูแลตนเองได้เป็นที่สนใจและกล่าวถึงกันมาก ในที่ประชุม First International Symposium ที่กรุงโคเปนเฮเกน ในปี 1975 มีการให้ความหมายไว้ต่างกันจาก 29 ประเทศ มีการขยายกว้างไปนอกจากเป็นเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล ยังรวมถึงการดูแลครอบครัว กลุ่มและชุมชนด้วยการดูแลตนเองเป็นกระบวนการตัดสินใจที่เกี่ยวกับการสังเกตตนเอง การรับรู้และการตัดสินใจ เลือกบริการ และการรักษาตามที่บุคคลเข้าใจ (นาตยา เกรียงชัยพฤษ, 2544 อ้างใน อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2550: 29) และในปี ค.ศ.1987 สถาบันการดูแลตนเอง จัดให้มีผู้เชี่ยวชาญการดูแลตนเองจากสาขาต่างๆ มาประชุม เพื่อหาลักษณะที่อธิบายการดูแลตนเอง ผลสรุปในแนวคิดการดูแลตนเองนั้นมีคุณลักษณะดังนี้ 1) การดูแลตนเองมีอยู่ในสถานการณ์และวัฒนธรรมที่เฉพาะ 2) เกี่ยวข้องกับความสามารถที่จะกระทำและการเลือก 3) ความรู้ ทักษะ การให้คุณค่า แรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถ การควบคุม และสมรรถนะของตนเอง (Efficacy) มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง และ 4) แนวคิดการดูแลตนเองมีจุดเน้นการดูแลสุขภาพ อยู่ภายใต้การควบคุมของบุคคล (Gantz, 1990 อ้างใน อรสา พันธุ์ภักดี, 2542) ความหมายการดูแลตนเอง สามารถจำแนกเป็นแบบแผนได้ 2 แบบแผน คือ การดูแลตนเองในแบบที่เป็นก การกระทำพฤติกรรมหรือกระบวนการ และการดูแลตนเองในแบบที่เป็นเป้าหมาย

ในสาขาวิชาชีพแพทย์ ให้ความหมายการดูแลตนเองในแบบที่เป็นการกระทำ เลวิน (Levin, 1976 อ้างใน อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2550) แพทย์ที่ถูกยอมรับว่าเป็น บิดาของการดูแลตนเอง ได้ให้ความหมายการดูแลตนเองว่า หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การสืบค้นหาโรคและการรักษาในระดับปฐมภูมิของระบบบริการสุขภาพ และ (Levin, Katz & Holst, 1979 อ้างใน อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2550) ได้ขยายความหมายของการดูแลตนเองเพิ่มเติมว่า เป็นกระบวนการตัดสินใจ เกี่ยวข้องกับการสังเกตตนเอง การรับรู้อาการและวินิจฉัย การตัดสินใจความรุนแรง และการเลือก รวมทั้งการประเมินทางเลือกในการรักษา

ในสายทางการพยาบาล โอเร็ม (Orem, 1991) สนใจเรื่องการดูแลตนเองที่มองการดูแลตนเองเป็นกระบวนการการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จิตใจ และมีเป้าหมาย ประกอบด้วย 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ โอเร็มได้จำแนกพฤติกรรมการดูแลตนเองออกเป็น 3 สถานะ 1) ความต้องการการดูแลตนเองทั่วไปในภาวะปกติ (Universal self-care requisite) ได้แก่ การคงไว้ซึ่งอากาศที่เพียงพอ การคงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ การคงไว้ซึ่งการขยับถ่าย และระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน การคงไว้ซึ่งการรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี 2) ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental self-care requisite)

PROMISE

ได้แก่ ความต้องการตามระดับพัฒนาการในวัย และความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต 3) ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisite) ได้แก่ การแสวงหาบริการสุขภาพ การรับรู้ ความสนใจต่อโรค และผลกระทบของโรคต่อตนเอง การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา พึ่งพา และป้องกันโรค การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค การปรับภาพลักษณ์และจิตมโนทัศน์ การยอมรับภาวะสุขภาพ และการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพโดยกำหนดเป้าหมายของการกระทำพฤติกรรมดูแลตนเอง ไว้เพื่อ 1) เป็นการประคับประคองกระบวนการชีวิตและสนับสนุนการดำเนินชีวิตปกติสุข 2) ผดุงไว้ซึ่งการเจริญเติบโตพัฒนาการและวุฒิภาวะที่เหมาะสม 3) ป้องกัน ควบคุม บำบัดรักษา โรคภัยไข้เจ็บ และการได้รับอันตรายต่างๆ 4) ป้องกันหรือปรับตัวให้สอดคล้องกับความบกพร่องของสมรรถนะ และ 5) สร้างเสริมความผาสุก

แนวคิดการดูแลตนเอง ใน สาขาจิตวิทยา ให้ความสนใจในลักษณะที่การดูแลตนเองเป็นปรากฏการณ์หนึ่งที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด อัตมโนทัศน์ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม (Cognitive behavior model) พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และความเชื่อใน ความสามารถของ ตนเอง (Self-efficacy) บารอฟสกี (Barofsky, 1978 อ้างใน อรสา พันธภักดี, 2542) ให้ความหมายการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จิตใจของบุคคลอย่างมีเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยแบ่งการดูแลตนเองเป็น 3 แบบ ได้แก่ 1) การดูแลตนเองในการบรรเทาความเจ็บป่วย 2) การดูแลตนเองในการรักษาหรือเผชิญกับอาการ 3)การดูแลตนเองในการป้องกันอันตรายที่จะมีผลต่อสวัสดิภาพ กระบวนการทำหน้าที่ของร่างกาย การดูแลตนเองจึงมีเป้าหมายเพื่อปรับควบคุมให้กระบวนการทำงานทางร่างกายเป็นปกติ

แนวคิดการดูแลตนเองในสาขาสุขศึกษา (Health education) มุ่งการให้ความรู้หรือข้อมูลเพื่อช่วยให้บุคคลได้เลือกทำพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การสอนสุขศึกษาเป็นการรวบรวมประสบการณ์การเรียนรู้ต่างๆ มาส่งเสริมให้บุคคลสนใจทำพฤติกรรมที่นำไปสู่สุขภาพ การดูแลตนเองในลักษณะพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนั้น หมายถึง กิจกรรมที่กระทำโดยบุคคลรับรู้ว่าเป็นตนเองเจ็บป่วย และมีความต้องการที่จะฟื้นหายดีขึ้น การดูแลตนเอง รวมถึงพฤติกรรมที่ลดการพึ่งพาผู้อื่นด้วย

แนวคิดการดูแลตนเองในสาขาสังคมศาสตร์ สนใจการดูแลตนเองในความสัมพันธ์ทั้ง 3 ระบบ คือ ระบบบุคคล ระบบกลุ่มย่อย และระบบชุมชน และมุ่งเน้นที่สังคม กฎหมาย นโยบาย และองค์กรที่สนับสนุนและส่งเสริมการดูแลตนเอง ดีฟรียส์ (Defries, 1990 อ้างใน อรสา พันธภักดี, 2542) ให้ทัศนะว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของแผนการรักษา ชุมชน และการส่งเสริมสุขภาพ

ดิน (Dean, 1989 อ้างใน อรสา พันธภักดี, 2542) เน้นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ คือ การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งมีรูปแบบของการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม และทัศนคติต่อพฤติกรรม การให้คุณค่า ความเชื่อที่เรียนรู้ในสังคมวัฒนธรรม มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้นบุคคลจะยอมรับหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ จึงขึ้นอยู่กับสังคมวัฒนธรรมมากกว่าการตัดสินใจเฉพาะบุคคล ซึ่งต่างจาก คิคบูช (Kickbusch, 1989 อ้างใน อรสา พันธภักดี, 2542) เห็นว่า การดูแลตนเองเกี่ยวข้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่บุคคลยอมรับที่จะจัดการตนเอง

PROMISE

ในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการกำกับประเมินตนเอง มีการตัดสินใจ การใช้จ่ายด้วยตนเอง และการรักษาตนเอง

การดูแลตนเองในทัศนะที่เป็นผลลัพธ์ คือ การดูแลตนเองมีผลต่อสุขภาพ สมิท (Smith, 1983 อ้างใน อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2550) ซึ่งให้เห็นว่า การดูแลตนเองเกี่ยวข้องกับสุขภาพ 4 รูปแบบ โดยเสนอ "Smith's model of health" ได้แก่

1. รูปแบบทางคลินิก (Clinical model) รูปแบบนี้ให้ความหมายสุขภาพเป็นการปราศจากอาการ แสดงของพยาธิสภาพ หรือการที่บุคคลปราศจากความพิการ เป็นการรักษาสมดุลทางด้านสรีรวิทยาซึ่งบุคคลจะก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงแล้วจึงมุ่งรักษาโรค ผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง มีต่ออัตราการตาย อัตราความเจ็บป่วยพิการ การใช้สถานที่บริการสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการรักษา

2. รูปแบบทางด้านการปฏิบัติตัวตามบทบาท (Role performance model) เป็นรูปแบบที่ให้ความหมายสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติหน้าที่ตามที่สังคมคาดหวังได้ครบถ้วน การดูแลตนเองมีผลต่อสุขภาพในด้านการทำบทบาท ความสามารถในการ ทำหน้าที่ ทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างมีอิสระ หรืออย่างพึงพา

3. รูปแบบด้านการปรับตัว (Adaptation model) รูปแบบนี้เชื่อว่าบุคคลมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมอย่างจริงจังและตลอดเวลาเพื่อรักษาดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อม เป็นความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่ทำลาย รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางสังคม และสิ่งที่คุกคามทางกายภาพ สุขภาพที่ดีจะเป็นความยืดหยุ่นในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุลเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับชีวิต ผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง คือการเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการความเครียดที่เกี่ยวข้องกับอาการและความสามารถในการจัดการกระทำ

4. รูปแบบด้านความผาสุก (Eudemonistic model) คำว่า Eudemonistic หมายถึง ความผาสุก (Well - being) ความสุข (Happiness) รูปแบบนี้เชื่อว่า การที่บุคคลสามารถกระทำตามบทบาทที่ได้รับมอบหมาย และมีศักยภาพทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ สุขภาพเป็นภาวะที่มีความผาสุกที่ไม่หยุดนิ่งและเป็นความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชนได้ บุคคลที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรงจะสามารถทำงานได้ตามหน้าที่รับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง คือความผาสุก ความกลมกลืนและความพอดี

โดยสรุปแล้ว การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถกระทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งบุคคลได้เลือกปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเอง โดยมีการเรียนรู้และการสนับสนุนจากสังคมวัฒนธรรม ที่เป็นสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นทั้งในวิชาชีพและนอกวิชาชีพทางด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพเป็นหนทางที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี

6.3.2 สถานการณ์ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ

ที่ผ่านมาภาครัฐมองการดูแลตนเองเป็นในด้านการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย ของประชาชน โดยจากการสำรวจมีการเปลี่ยนแปลงไป ในภาพรวมทั้งประเทศประชาชนใช้บริการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากขึ้นจากร้อยละ 15.5 ใน พ.ศ.2513 เป็นร้อยละ 53.9 ใน พ.ศ. 2539 และซื้อยากินเองน้อยลงจากร้อยละ 51.54 ใน พ.ศ.2513 เหลือเพียงร้อยละ 17.1 ใน พ.ศ. 2539 และ

PROMISE

หลังวิกฤตเศรษฐกิจประชาชนหันมาซื้อยามากขึ้นจากร้อยละ 17.1 ในพ.ศ.2513 เป็นร้อยละ 20.2 และ 24.2 ใน พ.ศ. 2542 และ 2544 ตามลำดับ แต่ในภาวะปัจจุบัน ประชาชนเริ่มเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี ร่างกายแข็งแรง จิตใจที่เป็นสุขสงบ ดังนั้น แนวการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมคือ ดูแลกาย ใจ จิตวิญญาณ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขสมบูรณ์ การดูแลสุขภาพจึงเน้นให้ความสำคัญในการส่งเสริม ฟื้นฟู ป้องกันโรคมามากกว่าการรักษา ซึ่งจะเห็นได้ว่าการมีสุขภาพดีเชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เป็นแนวคิดใหม่ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ถือว่าเป็นการตื่นตัวของการรักษาสุขภาพของคนยุคใหม่

6.3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง

ภาวีนี โภคสินจำรูญ (2540) มีความสนใจศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทย มุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเอซิส เป็นแนวทางในการศึกษากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มารับการตรวจที่แผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาล จำนวน 93 ราย ด้วยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองและความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการวิจัยสรุปได้ว่า 1)ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .6114$) 2)ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($r=.3044$) 3) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 37.38 จากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพถูกต้องจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเช่นกัน ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า โรงพยาบาลจะต้องเป็นผู้ให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแนะแนว และข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เป็นผลให้มารดาและทารกมีสุขภาพดีตลอดระยะที่ตั้งครรภ์

อมารสี อัมพันศิริรัตน์ (2539) ความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเขตชนบท อำเภอลพ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 213 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและแบบประเมินภาวะสุขภาพ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.5939 ($p < 0.001$) 2) เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตามปัจจัยพื้นฐาน 2.1 ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ระดับการศึกษา และลักษณะการพักอาศัย และที่ระดับ 0.05 ได้แก่ บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว 2.2 ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ รายได้ สถานภาพสมรส การเป็นเจ้าของบ้าน และจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3)

PROMISE

เปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามปัจจัยพื้นฐานดังนี้ 3.1) ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ระดับการศึกษา การเป็นเจ้าของบ้าน และบทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว และที่ระดับ 0.05 ได้แก่ รายได้ สถานภาพสมรส 3.2) ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ลักษณะการพักอาศัย และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้วิจัยได้มีข้อเสนอแนะให้พยาบาลควรมีบทบาทในการให้ความรู้ กระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้ความสำคัญในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งคำแนะนำวิธีการป้องกัน และรักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง กลุ่มสมรส และบุตรหลาน ควรให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ ให้ความรัก ความอบอุ่นแก่ผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวตามศักยภาพของตน เพื่อส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเอง และเห็นคุณค่าของการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าต่อไป

ขวัญใจ ดันตวิวัฒนเสถียร (2535) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ มีตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคประสาท ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 360 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายและแบบสำรวจความเครียดของ HOS ตอบแบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา การสนับสนุนของครอบครัว การสนับสนุนของชุมชน และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผลการวิจัยที่สำคัญมีดังนี้ 1) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคประสาท ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเป็นรายด้าน ดังนี้ ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา ด้านการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม และด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับต่ำ 2) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคประสาท มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับการสนับสนุนของชุมชน การสนับสนุนของครอบครัว และความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 3) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคประสาท ไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านภูมิหลัง คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว 4) ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคประสาท ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตามลำดับความสำคัญมากน้อย คือ การสนับสนุนของชุมชน ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา การสนับสนุนของครอบครัว และระดับการศึกษาโดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 33.2

ในท้ายที่สุดนี้การดูแลสุขภาพตนเอง มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคทางพฤติกรรมต่างๆที่จะคุกคามประชาชนทั้งทางร่างกายและจิตใจ การให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งให้สุขภาพเป็นเรื่องของทุกคนที่ควรใส่ใจและดูแลอย่างต่อเนื่อง

PROMISE

7. แนวคิดการบริหารและการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยหลัก PROMISE Model และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด PROMISE เป็นแนวคิดที่ทางสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ (2551) เสนอแนะขึ้นสำหรับการใช้ในการดำเนินงานในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพครั้งนี้โดยเฉพาะ โดยเน้นให้หัวหน้าโครงการและคณะทำงานในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนำมาใช้ในการดำเนินกิจกรรม กับการรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สามารถเกิดพฤติกรรม 3 Self ประกอบด้วย 6 แนวคิดย่อยๆ ดังนี้

7.1 การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement: P)

การเสริมแรงทางบวกเป็นแนวคิดหนึ่งของทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant conditioning Theory) ซึ่งการเสริมแรงพัฒนาโดยนักจิตวิทยาชาวอเมริกันชื่อ Burrhus F. Skinner ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลพวงมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้น (Emitted) ของบุคคลจะเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลกรรม (Consequence) ที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมนั้น Skinner ให้ความสำคัญกับผลกรรม 2 ประเภทคือ ผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรง (Reinforcer) ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลนั้นกระทำอยู่มีอัตราการกระทำเพิ่มมากขึ้นและ ผลกรรมที่เป็นตัวลงโทษ (Punisher) ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำนั้นยุติลง ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรงทางบวก(Positive reinforcer)

7.1.1 ความหมายการเสริมแรงทางบวก

การเสริมแรงทางบวกคือการทำให้ความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น อันเป็นผลเนื่องมาจากผลกรรมที่ตามหลังพฤติกรรมนั้น ผลกรรมที่ทำให้พฤติกรรมมีความถี่เพิ่มขึ้น เรียกว่า ตัวเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcer) ลักษณะของตัวเสริมแรงมี 2 ชนิดคือ

1. ตัวเสริมแรงปฐมภูมิ เป็นตัวเสริมแรงที่มีคุณสมบัติด้วยตัวของมันเองในการตอบสนองความต้องการทางชีวภาพหรือมีผลต่อผู้ได้รับโดยตรงเช่น อาหาร ความเย็น เป็นต้น
2. ตัวเสริมแรงทุติยภูมิ เป็นตัวเสริมแรงที่ต้องผ่านกระบวนการพัฒนาคุณสมบัติของการเป็นตัวเสริมแรง โดยการนำไปสัมพันธ์กับตัวเสริมแรงปฐมภูมิ เช่น เงิน รางวัล คำชมเชย เป็นต้น

7.1.2 หลักการทั่วไปในการใช้การเสริมแรงทางบวกอย่างมีประสิทธิภาพ

การเสริมแรงทางบวกนั้น สามารถใช้ได้กับพฤติกรรมที่ต้องการพัฒนาหรือพฤติกรรมพึงประสงค์ เพียงแต่ผู้นำไปใช้จะต้องสามารถเลือกตัวเสริมแรงได้อย่างเหมาะสมและมีหลักการนำไปใช้ดังนี้(สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549 และ ประทีป จินนี้, 2540)

1. การเสริมแรงทางบวกจะต้องให้ หลังจากการเกิดพฤติกรรมเป้าหมายเท่านั้น การให้การชมเชยหรือให้สิ่งของก่อนการเกิดพฤติกรรมไม่ถือว่าเป็นการเสริมแรง
2. การเสริมแรงจะต้องกระทำทันทีที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น การเสริมแรงต่อพฤติกรรมเป้าหมายอย่างทันทีนั้น จะทำให้ผู้ที่ได้รับการเสริมแรงเกิดการเรียนรู้ได้ดีที่สุดว่าควรแสดงพฤติกรรมอะไร

PROMISE

3. การเสริมแรงควรจะให้อย่างสม่ำเสมอ นั่นคือควรให้การเสริมแรงทุกครั้ง หรือแทบทุกครั้งที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น ไม่ควรขึ้นอยู่กับอารมณ์ของผู้ดำเนินการปรับพฤติกรรม การให้การเสริมแรงไม่สม่ำเสมอ ทำให้การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมเกิดขึ้นได้น้อยมาก

4. ควรมีการบอกถึงเงื่อนไขการให้การเสริมแรง นั่นคือ ควรจะมีการบอกผู้ที่ถูกปรับพฤติกรรมว่าเขาควรแสดงพฤติกรรมอะไรในสภาพการณ์ใด แล้วจะได้รับอะไรเป็นการเสริมแรง

5. ตัวเสริมแรงนั้นควรจะมีปริมาณพอเหมาะที่จะเสริมแรงพฤติกรรมโดยไม่ก่อให้เกิดการหมดสภาพการเป็นตัวเสริมแรง นั่นคือ บางครั้งถ้าให้ตัวเสริมแรงมากเกินไปก็อาจทำให้เกิดการหมดสภาพการเป็นตัวเสริมแรงได้โดยเฉพาะตัวเสริมแรงประเภทตัวเสริมแรงปฐมภูมิ แต่ก็ไม่ควรจะให้บ่อยเกินไปจนไม่มีพลังพอที่จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา

6. ตัวเสริมแรงนั้นจะต้องเลือกให้เหมาะกับแต่ละบุคคล เนื่องจากคนเรามีความแตกต่างกัน ดังนั้นตัวเสริมแรงของแต่ละคนจึงอาจไม่เหมือนกัน อีกทั้งในบางโอกาสตัวเสริมแรงที่เคยเสริมแรงคนๆ หนึ่งอาจจะไม่เสริมแรงคนๆ หนึ่งในเวลาต่อมาก็ได้

7. ถ้าเป็นไปได้ควรใช้ตัวเสริมแรงที่มีอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้น เช่น การใช้กิจกรรมที่ชอบทำมากที่สุด หรือการเสริมแรงทางสังคม เป็นต้น

8. ควรมีการใช้ตัวแบบหรือการชี้แนะควบคู่ไปกับการเสริมแรงด้วย เนื่องจากจะทำให้บุคคลได้เรียนรู้ได้เร็วขึ้นว่าควรจะทำพฤติกรรมเช่นใดจึงจะได้รับการเสริมแรง

9. ควรมีการวางแผนการใช้ตารางการเสริมแรง หรือยืดเวลาการเสริมแรง เมื่อพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอแล้ว ควรจะมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการเสริมแรงเสียใหม่ให้เป็นการใช้ตารางการเสริมแรงแทน หรืออาจจะใช้การยืดเวลาการเสริมแรงก็ได้ เพราะจะทำให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นคงอยู่ได้นานขึ้นแม้ว่าจะไม่ได้รับการเสริมแรงอีกเลยในอนาคตก็ตาม

7.1.3 ข้อควรคำนึงถึงและการเลือกใช้ตัวเสริมแรงประเภทต่าง ๆ

1. ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของหรืออาหาร เช่น ขนม เครื่องเขียน ของรางวัล เป็นต้น การใช้อาหารหรือสิ่งเสพติดจะเกิดปัญหาการหมดสภาพได้ถ้าให้มากเกินไปหรือช่วงเวลาไม่เหมาะสมเช่น ไม่สามารถให้ได้ทันที ครอบงำกิจกรรมที่กำลังดำเนินอยู่ เป็นต้น วิธีการให้เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนดทันที นำไปใช้กับทั้งเด็กและผู้ใหญ่ในหลายพฤติกรรมซึ่งสิ่งของหรืออาหารเท่านั้นที่นำมาใช้เป็นตัวเสริมแรงทางบวกควรมีให้เลือกหลากหลายชนิด

2. ตัวเสริมแรงทางสังคม เช่น ชมเชย ยิ้ม จับมือ สบตา เป็นต้น อาจแสดงออกด้วยคำพูดหรือท่าทางต่างๆ หลักการคือต้องชมต่อหน้าทันที ต้องบอกว่าชมพฤติกรรมอะไรที่ดี และความรู้สึกที่คุณมีต่อผู้แสดงพฤติกรรม หลังจากพูดให้หยุดชั่วขณะให้การแสดงความชื่นชมทางสีหน้า กระตุ้น ให้เพิ่มความถี่พฤติกรรม

3. ตัวเสริมแรงเป็นกิจกรรมที่บุคคลชอบทำมากที่สุดหรือกิจกรรมที่บุคคลทำบ่อยที่สุดมาเสริมแรงกิจกรรมที่บุคคลทำน้อยที่สุด แต่ข้อพึงระวังคือ ไม่สามารถให้ได้ทันทีในขณะที่เกิดพฤติกรรม และการให้ตัวเสริมแรงทางบวกต้องให้หรือไม่ให้กิจกรรมเท่านั้น และควรมีกิจกรรมให้เลือกหลากหลาย

PROMISE

4. ตัวเสริมแรงที่เป็นเบี่ยงรกร เช่น การใช้เงิน ดาว แด้มสะสม คะแนน เป็นต้นโดยสามารถนำไปแลกเปลี่ยนตัวเสริมแรงอื่นๆได้มากกว่า 1 ตัวขึ้นไป เบี่ยงรกรเป็นตัวเสริมแรงทางบวกที่มีประสิทธิภาพสูงมากในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสามารถใช้งานได้ง่ายและไม่รบกวนพฤติกรรมที่กำลังทำอยู่ แต่เมื่อยุติการใช้อย่างทันทีทันใดจะทำให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปนั้นกลับสู่สภาพเดิมทันที

5. ตัวเสริมแรงที่เป็นข้อมูลป้อนกลับ เช่น ผลการตรวจสุขภาพ ประกาศคะแนนสอบ เป็นต้นควรให้ข้อมูลป้อนกลับที่เป็นพฤติกรรมทางบวกมีความชัดเจนถูกต้อง ของข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลต้องเป็นบุคคลที่ผู้ถูกปรับพฤติกรรมเชื่อถือ ควรอธิบายให้ผู้เห็นความสำคัญของข้อมูลเพื่อนำไปปรับปรุงพฤติกรรมตนเอง และกำหนดเป้าหมายของพฤติกรรมที่ต้องการปรับปรุง อาจใช้คู่กับตัวเสริมแรงอื่นๆ โดยเฉพาะตัวเสริมแรงทางสังคมหรือเบี่ยงรกรจะทำให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

7.1.4 งานวิจัยที่นำการเสริมแรงทางบวกไปใช้

โสภิตา ลิ้มวัฒนาพันธ์ (2538) ได้ทำการวิจัยเชิงทดลองเรื่อง การเปรียบเทียบผลของการปรับพฤติกรรมโดยใช้การควบคุมตนเองกับการเสริมแรงทางบวกด้วยเบี่ยงรกร ที่มีต่อการเพิ่มและการคงอยู่ของพฤติกรรมความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมายของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคบุรีรัมย์ ชั้นปีที่ 1 ที่มีพฤติกรรมความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมายต่ำ จำนวน 15 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน มีลักษณะดังนี้ กลุ่มทดลอง 1 ได้รับเทคนิคการควบคุมตนเอง กลุ่มทดลอง 2 ได้รับการเสริมแรงทางบวกด้วยเบี่ยงรกร และกลุ่มควบคุม รูปแบบการทดลองใช้ ABF Control Group Design เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แบบบันทึกพฤติกรรมความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมาย พบว่า 1) นักศึกษากลุ่มที่ใช้เทคนิคการควบคุมตนเองและกลุ่มที่ได้รับการเสริมแรงทางบวกด้วยเบี่ยงรกร มีพฤติกรรมความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมาย ในระยะทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าระยะเส้นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) นักศึกษากลุ่มที่ใช้เทคนิคการควบคุมตนเองและกลุ่มที่ได้รับการเสริมแรงทางบวกด้วยเบี่ยงรกร มีพฤติกรรมความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมายสูงกว่านักศึกษากลุ่มควบคุมทั้งในระยะทดลองและระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ในระยะทดลอง พบว่า นักศึกษากลุ่มนี้ได้รับเทคนิคควบคุมตนเองและกลุ่มที่ได้รับการเสริมแรงทางบวกด้วยเบี่ยงรกร มีพฤติกรรมความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมายไม่แตกต่างกัน และ 4) ในระยะติดตามผล พบว่า นักศึกษาที่ได้รับเทคนิคควบคุมตนเอง มีพฤติกรรมความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมายสูงกว่า นักศึกษากลุ่มที่ได้รับการเสริมแรงทางบวกด้วยเบี่ยงรกร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสมพร สุทัศน์ีย์ (2522) ได้ทำการศึกษาโดยใช้การเสริมแรงทางสังคม เพื่อปรับพฤติกรรมเจ็บขมิ้นผิดปกติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 4 คน ผลปรากฏว่าการใช้แรงเสริมของครูโดยการให้ความสนใจ คำชมเชย การยอมรับ ทำให้พฤติกรรมเจ็บขมิ้นผิดปกติลดลง และมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์มากขึ้น คือ การสบตา ทักทาย ถาม พูด และยิ้ม ส่วน ศิริสุนันท์ พุ่มไพจิตร (2542) ได้ทำการศึกษาผลการใช้เทคนิคเบี่ยงรกรและเทคนิคการเสริมแรงทางสังคม ต่อพฤติกรรมการพูดคำหยาบของนักเรียนระดับชั้นอนุบาล 2 จำนวน 6 คน ผลปรากฏว่า นักเรียนระดับชั้นอนุบาลมีพฤติกรรมการพูดคำหยาบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

PROMISE

สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศ ตัวอย่างเช่น แซนซ์ (Sanz, 1993) ได้ศึกษาการใช้การเสริมแรงทางสังคมกับเด็กที่มีอาการดาวน์ซินโดรม จำนวน 18 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการเสริมแรงทางกายและวาจา จะมีทักษะการช่วยเหลือตัวเอง ทักษะทางสังคม และทักษะทางภาษาสูงกว่ากลุ่มที่ใช้การเสริมแรงทางวาจาอย่างเดียว ซึ่ง ฮาร์ท และคณะ (Hart and other, 1968) ได้ศึกษาวิธีการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กใน

โรงเรียนอนุบาลแห่งหนึ่งโดยใช้การเสริมแรงทางสังคม ผู้รับการทดลองเป็นเด็กหญิงอายุ 5 ปี ซึ่งแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวคือ ปากร้ายและใช้คำพูดสบประมาท (Verbally insulting) ผู้วิจัยแก้ไขให้เขามีพฤติกรรมการเล่นกับเพื่อนเพิ่มขึ้น โดยครูให้ความสนใจอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งให้ของเล่นที่ต้องการด้วยเมื่อเขาเล่นร่วมกับเพื่อน ในขณะที่เดียวกันครูไม่ให้ความสนใจเมื่อเขาแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวลดลงและพฤติกรรมการเล่นกับเด็กอื่นเพิ่มขึ้น และ เบอร์เนตและคณะ (Bernet et al, 2002: 791) ได้สังเคราะห์งานวิจัยที่ทำการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า มีงานวิจัยหลายเรื่องที่น่าการเสริมแรงตนเองและการลงโทษตนเองไปใช้ในโปรแกรม ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการให้การเสริมแรงมากกว่าการลงโทษ ตัวอย่างวิธีการเสริมแรง เช่น การให้สิ่งตอบแทนและรางวัล การให้สิ่งของที่มีตราสัญลักษณ์ (Logo) ของโปรแกรม การให้เงินรางวัล การจัดปาร์ตี้สำหรับครอบครัว (Family fun night) การให้เงินตอบแทนสำหรับเด็กและให้คู่มือสำหรับผู้ปกครอง การให้คุกกี้กลางวัน ตำราทำอาหาร หนังสือการ์ตูนที่เด็กชอบ การให้สติ๊กเกอร์ แวนชยาย หมวก และจับฉลากสำหรับการทัวร์สถานที่ท่องเที่ยว เป็นต้น

7.2 การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result Based Management – RBM: R)

การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์เป็นกิจกรรมสำคัญของแผนการปรับเปลี่ยนบทบาท ภารกิจและวิธีการบริหารงานของภาครัฐตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 และพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ.2545 มาตรา 3/1 ซึ่งคำนึงถึงประชาชนและผลสัมฤทธิ์ของงาน เพื่อให้การทำงานของหน่วยงานหรือโครงการมุ่งเน้นผลลัพธ์ของงานมากกว่าเน้นปัจจัยนำเข้ากระบวนการทำงานและกฎระเบียบที่เคร่งครัด โดยจะมีการวัดผลอย่างเป็นรูปธรรม การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ให้ความสำคัญกับ การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ วัตถุประสงค์ เป้าหมายที่ชัดเจน และการกำหนดผลลัพธ์ ผลลัพธ์ที่สอดคล้องกัน รวมถึงมีการกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่ชัดเจนในการวัดความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานเพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล มีความรับผิดชอบต่อประชาชน การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานขององค์กร ช่วยให้การบริหารการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม มีทิศทางในการปฏิบัติงาน มีระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นระยะ ๆ ทำให้ทราบผลการปฏิบัติงานเมื่อเทียบกับแผนหรือเป้าหมาย สามารถรายงานความก้าวหน้าผลการปฏิบัติงานต่อผู้บริหารและทำให้แก้ปัญหาได้ทันทั่วถึง

7.2.1 ความเป็นมาการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์

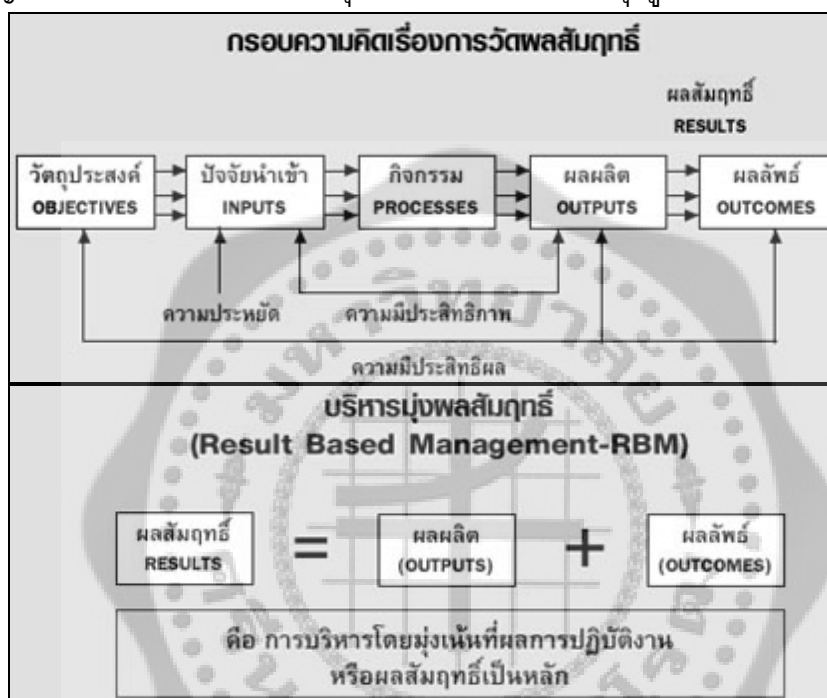
จากแนวคิดของการบริหารจัดการแนวใหม่ (New management) ที่มุ่งเน้นการให้ความสำคัญต่อ ความประหยัด (Economy) ใช้ต้นทุนหรือทรัพยากรการผลิตอย่างเหมาะสม และมี

PROMISE

ความคุ้มค่าที่สุด ประสิทธิภาพ (Efficiency) ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานให้ได้ผลงานในระดับที่สูงกว่าปัจจัยนำเข้าและประสิทธิผล (Effectiveness) ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

7.2.3 ความหมายการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์

การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result Based Management) คือ วิธีการบริหารที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์หรือผลการปฏิบัติงานเป็นหลัก โดยมีการวัดผลการปฏิบัติงานด้วยตัวชี้วัดอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้บรรลุ วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ทำให้ผู้บริหารทราบผลความก้าวหน้าของการดำเนินงานเป็นระยะ ๆ และแก้ไขปัญหาได้ทันต่วงทีเป็นการควบคุมทิศทางดำเนินงานให้มุ่งสู่วิสัยทัศน์ฯ ของหน่วยงาน



ภาพประกอบ 22 แสดงกรอบความคิดในการวัดผลสัมฤทธิ์ของงาน

ที่มา: สำนักงานข้าราชการพลเรือน. (2541).ระบบบริหารงานโดยมุ่งผลสัมฤทธิ์.

จากภาพประกอบ 22 ผลการปฏิบัติงาน ที่วัดจาก ผลผลิต (Outputs) นั้นหมายถึง งาน บริการ หรือกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่ทำเสร็จสมบูรณ์พร้อมส่งมอบให้ประชาชนผู้รับบริการ ผลผลิตเป็นผลงานที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมโดยตรง

ผลลัพธ์ (Outcomes) หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นตามมา ผลกระทบ หรือเงื่อนไขที่เกิดจากผลผลิต ผลลัพธ์มีความสัมพันธ์โดยตรงกับประชาชนผู้รับบริการ และสาธารณชน

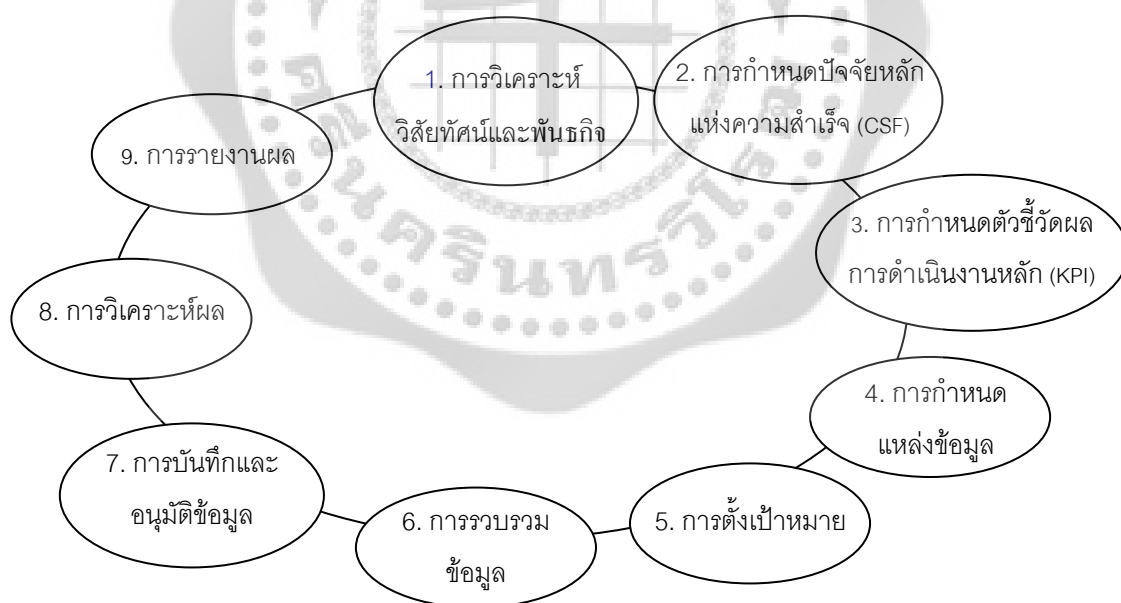
ดังนั้น ผลสัมฤทธิ์ คือ งาน บริการ หรือกิจกรรมที่เกิดจากการทำงานได้ผลผลิต (Outputs) ตามเป้าหมาย และเกิดผลลัพธ์ (Outcomes) ตรงตามวัตถุประสงค์ กล่าวคือ ผลผลิตสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริงหรือเป็นที่พึงพอใจ เช่น ปลุกบ้านได้ 1 หลัง (Outputs) บ้านหลังดังกล่าวน่าอยู่ มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก (Outcomes) หรือ การซ่อมถนนได้ 5 กิโลเมตรเป็น ผลผลิต (Outputs) ถนนสายนั้นทำให้ประชาชนได้รับความสะดวกในการเดินทางถือเป็นผลลัพธ์ (Outcomes)

PROMISE**7.2.4 ลักษณะของการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์**

ลักษณะของการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ เกี่ยวข้องกับทุกกระบวนการของการบริหาร (PDCA) ได้แก่ Plan มีวัตถุประสงค์ หรือ เป้าหมายที่ชัดเจน (ต้องการทราบว่าผลสัมฤทธิ์คืออะไร), Do มีการปฏิบัติงานที่มุ่งให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามแผนที่วางไว้หรือไม่, Check มีการตรวจสอบว่าปฏิบัติได้ผลสัมฤทธิ์ตามที่วางแผนไว้หรือไม่ และ Act ปรับปรุงแก้ไขให้ได้ผลสัมฤทธิ์ตามแผนที่วางไว้

เป็นส่วนหนึ่งของการบริหารเชิงกลยุทธ์ การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์มีความเชื่อมโยงโดยตรงกับการบริหารงานเชิงกลยุทธ์ องค์กรใช้วิสัยทัศน์ พันธกิจ วัตถุประสงค์ และกลยุทธ์ซึ่งอยู่ในแผนกลยุทธ์ขององค์กรเป็นกรอบในการกำหนดปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จ (CSF) และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (KPI) ของการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์เป็นเครื่องมือช่วยประเมินความสำเร็จของการดำเนินการตามกลยุทธ์ องค์กรที่มีการบริหารเชิงกลยุทธ์สามารถใช้ปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จ (CSF) และตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (KPI) ของการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์เป็นกรอบวัดผลการปฏิบัติงานขององค์กรเทียบกับเป้าหมาย เพื่อให้รู้ถึงความก้าวหน้าของการบรรลุวิสัยทัศน์ หากผลงานยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ผู้บริหารองค์กรควรปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ให้เหมาะสม

ขั้นตอนการพัฒนาระบบการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ ประกอบด้วย 9 ขั้นตอนดังนี้



ภาพประกอบ 23 ขั้นตอนการพัฒนาระบบการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์
(สำนักงานข้าราชการพลเรือน, 2541)

PROMISE**กำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (Key Performance Indicators – KPIs)**

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (KPI) แสดงถึง ค่าที่วัดจากผลการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริงเพื่อแสดงความคืบหน้าของการบรรลุผลตามปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จ (CSF) โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และถือเป็นเครื่องวัดผลงานที่ต้องสัมพันธ์กับ CSF และจะต้องวัดได้ในเชิงตัวเลข

วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (KPI) คือสามารถวัดผลการปฏิบัติงานหลักตามมาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ และสามารถแสดงแนวโน้มของข้อมูลสำหรับการพัฒนาและปรับปรุงงาน นอกจากนี้ เกณฑ์การกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (KPI)ตามหลัก SMART ประกอบด้วย

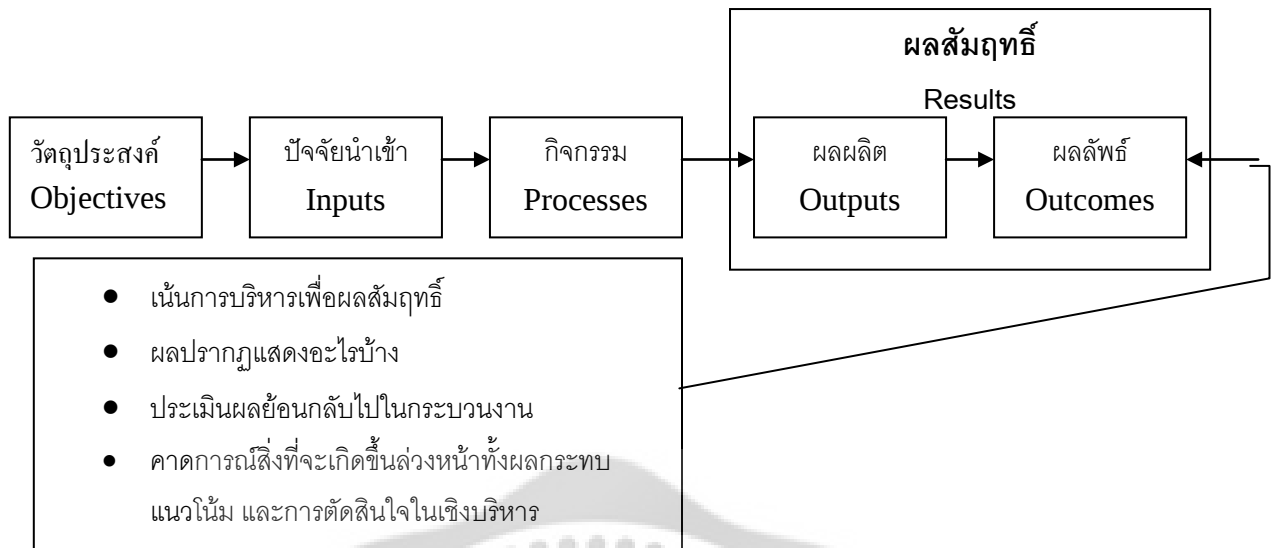
1. Specific - มีลักษณะเฉพาะเจาะจง ชัดเจน
2. Measurable - สามารถวัดได้
3. Achievable - สามารถบรรลุ หรือ สำเร็จได้
4. Realistic - สอดคล้องกับความเป็นจริง
5. Timely - วัดได้ตามเวลาที่กำหนด

เกณฑ์มาตรฐานของตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (KPI) คือ

1. ประสิทธิภาพ (Effectiveness) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ กับเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนด แบ่งเป็น
 - 1.1 ประสิทธิภาพเชิงต้นทุน เป็นการวัดความคุ้มค่าจาก การลงทุน โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ กับ จำนวนต้นทุน คิดเป็นค่าร้อยละ สูตรการคำนวณ คือ $\text{ผลลัพธ์} \div \text{จำนวนต้นทุน} \times 100$
 - 1.2 ประสิทธิภาพ การวัดไม่คำนึงถึงต้นทุน เช่น ร้อยละของความคิดเห็นของผู้บริหารร้อยละของการเรียกร้องของผู้รับบริการ
2. ประสิทธิภาพ (Efficiency) แสดงถึงความสามารถในการผลิตและความคุ้มค่าของการลงทุนมี 2 วิธีวัด
 - 2.1 วัดจากต้นทุน แสดงความคุ้มค่าของการลงทุน เช่น วัดผลผลิต ต่อจำนวนต้นทุน หรือวัดต้นทุนต่อหน่วย อาทิ อัตราค่าใช้จ่ายต่อคนในการผลิตบัณฑิตแพทย์
 - 2.2 วัดจากแรงงาน เช่น วัดจากจำนวนเจ้าหน้าที่ หรือเวลาที่ใช้ผลิต
3. ความประหยัด (Economy) เช่น ร้อยละของต้นทุนที่ลดลง
4. คุณภาพ (Quality) วัดความถูกต้อง ความพึงพอใจของผู้รับบริการ
5. ความสามารถในการให้บริการได้ตามเวลาที่กำหนด (Timeliness) เช่น ร้อยละของผู้ประกอบการที่ได้รับเอกสารการจดทะเบียนภายในเวลามาตรฐาน

การวิเคราะห์ผล เป็นการพิจารณาผลการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริงเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดแล้วประเมินย้อนกลับเข้าไปในกระบวนการทำงานขององค์กร เพื่อคาดการณ์ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้า ผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นและแนวโน้มการตัดสินใจในเชิงบริหาร

PROMISE



ภาพประกอบ 24 สรุปองค์ประกอบในการวัดผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงาน
(สำนักงานข้าราชการพลเรือน, 2541)

สรุปได้ว่า ในการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการใด ๆ หลักสำคัญยิ่ง ที่ผู้ดำเนินการต้องใช้ตามวงจร PDCA แล้วคือ การกำหนดตัวชี้วัดของกิจกรรมและโครงการไว้อย่างชัดเจน สามารถวัดได้ และตัวชี้วัดหลักที่สำคัญมีอยู่เพียงไม่กี่ตัวและเป็นตัวชี้วัดที่ประเมินได้ว่าโครงการมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลก็คือ ตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ ที่มีทั้งตัวชี้วัดที่ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้นดังโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในครั้งนี้ จะใช้ตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ ผลผลิตวัดจาก ร้อยละของจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ วัดจาก ร้อยละของจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการที่มีผลการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และผลการเปลี่ยนแปลงทางสภาพร่างกาย และผลการเปลี่ยนแปลงของผลเลือดหรือทางเคมีชีวในร่างกายไปในทางที่ดีขึ้น

7.3 การมองโลกแง่ดี (Optimism: O)

ในสภาวะปัจจุบันที่การดำเนินชีวิตหลายต่อหลายอย่างต้องเผชิญกับภาวะความคับข้อง หม่นหมอง สับสน วุ่นวายและบางอย่างรบกวนจิตใจ จนส่งผลอย่างยิ่งต่อกำลังใจในการต่อสู้หรือความกล้าต่อการเผชิญเพื่อฟันฝ่าอุปสรรคนานัปการของเราให้ลดน้อยถอยลง ผู้ที่ไม่สามารถผ่านพ้นไปได้ต้องจมกับอยู่กับความคิดที่เป็นทุกข์ ไม่สามารถก้าวข้ามปัญหาที่ผ่านเข้ามาได้จนเกิดผลเสียต่อการดำเนินชีวิตโดยไม่สามารถตีค่าเป็นเงินตราได้ ดังนั้น จึงต้องมีการพัฒนาความคิดให้เป็นความคิดเชิงบวกมากขึ้น ด้วยเพราะเป็นวิธีการคิดที่มีความสำคัญ และยังเป็นแนวทางปฏิบัติที่ช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ได้ ผู้ที่สามารถปรับเปลี่ยนมุมมองของความคิดให้แตกต่างไปจากเดิม ก็จะพบในสิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างน่าอัศจรรย์ เพราะการคิดเชิงบวกเป็นความคิดที่ช่วยทำให้ชีวิตมีความสุข มีความสุขมากขึ้น

7.3.1 ความหมายของความคิดเชิงบวก

PROMISE

นิภา แก้วศรีงาม (2548: 76) ให้ความหมายการคิดเชิงบวกว่า เป็นกระบวนการทางความคิดของบุคคลที่เกิดจากการที่คนมีรูปแบบรับรู้และการรู้จัก (Perception and cognitive style) ไปในทิศทางที่ดี มองและรับรู้สิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริง เป็นเหตุเป็นผลด้วยอารมณ์ที่ผ่อนคลาย จึงทำให้มีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม การคิดบวกเป็นการโน้มน้าวจิตใจสำนึกในทางที่ดี (เวรา ไฟฟ์เฟอร์, 2548: 27) เป็นการสร้างเจตคติที่ดีต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่อวัตถุหรือสภาพการณ์เจตคติที่เฝ้ามองนี้จะเป็นเครื่องมือสำคัญของเราที่จะสามารถอยู่ในโลกที่สับสนวุ่นวายนี้ได้อย่างประสบความสำเร็จ และมีความสุข (พรณี บุญประกอบ, 2549: 1) สอดคล้องกับ เวรา ไฟฟ์เฟอร์ (2002: 16-20) เป็นการคาดหวังที่จะได้ผลที่ดีสามารถประสบความสำเร็จถึงแม้ว่าจะมีอุปสรรคมากมาย แะ รัตนา บรรณาธรรม (2548: 1) ให้ความหมายว่าการคิดเชิงบวกเป็นศิลปะสำคัญของการดำรงชีวิตให้มีความสุข เป็นอุบายกล่อมใจ ให้ยอมรับสภาพปัญหาที่กำลัง ปรากฏเพื่อให้มีกำลังใจและความเข้มแข็งในการต่อสู้กับชีวิตต่อไป

ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่า การคิดเชิงบวก เป็นกระบวนการทางความคิดของบุคคลที่เกิดจาก การมีรูปแบบการรับรู้ การคิดไปในทางที่ดี เป็นการสร้างเจตคติและแนวโน้มจิตใจสำนึกที่ดีต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่อวัตถุหรือสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นเครื่องมือ เป็นวิธีการที่ทำให้ยอมรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเข้มแข็งสามารถดำรงชีวิตอย่างประสบความสำเร็จ และมีความสุข

7.3.2 ลักษณะของการคิดเชิงบวก

การคิดเชิงบวกมีลักษณะของการคิดที่ชอบหาทางปรับปรุงแก้ไขเหตุการณ์ของชีวิตให้ดีขึ้น ซึ่งการปรับปรุงต่างๆ ไม่จำเป็นต้องเริ่มต้นจากการจับผิดหาข้อผิดพลาด หรือตำหนิติเตียนผู้อื่น ทศนคติที่สำคัญของผู้ที่มีนิสัยคิดทางบวกคือ ไม่วิพากษ์วิจารณ์ข้อบกพร่องหรือข้อผิดพลาดของใครแต่จะคอยหาวิธีการที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแก้ไข ในทุกเรื่องที่ต้องคิดต้องทำให้ดีขึ้น ตามความเหมาะสม (เกียรติวรรณ อดาตกุล, 2544: 69)

ในสภาพการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นมีหลายเหตุปัจจัยผู้ที่มีการคิดเชิงบวกสามารถเลือกมองในทางที่สดใส ซึ่งไม่ได้หมายความว่าหลีกเลี่ยงปัญหา แต่เป็นการคิด การมองอย่างถ้อยถนอว่าอะไรเป็นสิ่รบกวนหรือให้เกิดปัญหา และอะไรคือสิ่งเหมาะสมที่เราจะทำ ถ้าเรามีความคิดเชิงบวกเราจะเตรียมพร้อมกับเหตุการณ์นั้นๆ และคิดที่จะหาทางแก้ปัญหา (Peiffer, Vera, 2002: 16) ซึ่งสอดคล้องกับ แคธรีน เครเมย์ (2545: 51) ที่กล่าวว่าความคิดเชิงบวกเป็นวิธีการคิดให้เป็นศักยภาพแทนปัญหา หากแต่รู้จักนำเรื่องราวๆ ที่เกิดขึ้นมาใช้ให้เป็นประโยชน์ เช่นเดียวกับมาติน (Martin, English, 1992: 2) ให้มองเน้นหาสิ่งที่ดีในเหตุการณ์ จะสามารถแก้ไขปัญหา และผ่านพ้นเหตุการณ์ที่ไม่ดีนั้น อย่างไรก็ตามการคิดและการกระทำเชิงบวกไม่ได้เป็นเครื่องรับประกันได้ว่าทุกปัญหาจะต้องได้รับการแก้ไข แต่การคิดและการกระทำเชิงบวกซึ่งเป็นวิธีการที่สร้างสรรค์นี้จะรับประกันได้ว่าเป็นวิธีที่ดี และมีประสิทธิภาพสูงที่สุดในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้ (เกียรติวรรณ อดาตกุล 2545: 76)

การคิดเชิงบวกเป็นวิธีการคิดที่เกิดจากการเรียนรู้ของบุคคลสามารถฝึกฝน และพัฒนาได้ ซึ่งการเรียนรู้การคิดเชิงบวกเป็นการเรียนรู้ในการแปลความหมายของเหตุการณ์ต่างๆ ในด้านบวก ซึ่งไม่ได้เป็นการหลอกตัวเอง เป็นเพียงการแปลความหมาย การมองมุมมองใหม่ๆ ที่เป็นการสร้างสรรค์เป็นประโยชน์ มีคุณค่ามากกว่ามุมมองเดิม อย่างในกรณีของการเกิดเหตุการณ์เดียวกัน พบปัญหา

PROMISE

เดียวกัน บุคคลที่คิดเชิงบวก มีมุมมองการคิดที่จะเลือกคิดสร้างสรรค์ที่มีประโยชน์ มีความสุข ส่วนบุคคลที่คิดลบ มองโลกในแง่ร้ายก็จะอยู่กับความทุกข์ ความสับสน วิตกกังวล ความคาดหวังต่ำ ไม่พบคำตอบในการแก้ปัญหา ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงความคิดเชิงบวกจึงมีความสำคัญ และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคนได้

จากการที่เราทราบว่าความคิดเป็นวงจรที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความรู้สึก และพฤติกรรม ถ้าเรามีความคิดเชิงบวก จะส่งผลต่อความรู้สึกดี ๆ ความอึดเเอมใจ ปลอบปล้มใจ มีความสุข รู้สึกกระปรี้กระเปร่ามีพลังกำลัง ทำให้พฤติกรรมแสดงออกไปในทางสร้างสรรค์ในทางที่ดี ตรงกันข้ามถ้ามีความคิดเชิงลบ ทำให้ความรู้สึกตึง เครียด สับสนวุ่นวาย ไม่สบายใจ ไม่มีความสุข พฤติกรรมของเรา ก็จะแสดงออกในทางลบ อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น จึงสรุปได้ว่า (Martin, English, 1992: 1-4; เกียรติวรรณ อมาตยกุล, 2545: 76)

1. ความคิดเหมือนมีตัวตน ถึงแม้จะจับต้องไม่ได้แต่มีพลัง มีผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามความคิดได้

2. เราสามารถเปลี่ยนแปลงไปตามความคิด เราเป็นอย่างที่เราคิด

3. ความคิดเป็นจุดเริ่มต้นของการกระทำ และการแสดงออก

4. สมอจะมีความคิดอยู่เสมอ มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาไม่ทางบวกก็คิดด้านลบ

5. ความคิดของคนเรานั้นเปรียบเหมือนแท่งแม่เหล็กที่เคลื่อนที่เพื่อนำพาชีวิตให้ไปหาสิ่งที่เราคิดอยู่เสมอ และดึงดูดสิ่งๆ ความคิดคล้ายกับเราให้เข้ามาหาเรา

6. ความคิด นำสู่การกระทำ นำสู่นิสัย และทำให้เกิดชะตาชีวิตที่ดีหรือไม่ดีได้

จึงเป็นได้ว่าการคิดมีอิทธิพลและเป็นตัวนำพาชีวิตของเราให้พบกับความสำเร็จหรือความสมหวังขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นจะเลือกที่จะคิดอย่างไร เลือกคิดในเชิงบวก ทำให้ตนเองสบายใจ มีความสุข ทำให้บุคคลรอบข้างเรามีความสุขด้วย มีความคิดสร้างสรรค์ มีพลัง มีกำลังใจ จะต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ ได้อย่างไม่ย่อท้อซึ่งทำให้บุคคลสามารถก้าวออกจากวังวนของมุมมองเดิมๆ ปัญหาเดิมๆ สู่มุมมองใหม่ และวิธีการแก้ปัญหาใหม่ๆ อย่างสร้างสรรค์

7.3.3 ความสำคัญของการคิดเชิงบวก

โดยปกติแล้วความคิดเชิงลบจะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ง่ายกว่า เพราะ ธรรมชาติของคนเรานั้นพร้อมจะมองเห็นความบกพร่องมากกว่ามองเห็นข้อดี ในขณะที่ความคิดเชิงบวก ต้องอาศัยมุมมองและการคิดที่ลึกกว่านั้น ไม่ใช่การคิดขึ้นเดียวจากการเห็นแล้วสรุปความเลยว่าสิ่งนั้นไม่ดี แต่ต้อง มาจากมุมมองที่เชื่อว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น (โดยเฉพาะเรื่องไม่ดี) ย่อมมีประโยชน์หรือความดีแฝงอยู่ด้วยเสมอ ดังนั้น การมองโลกเชิงบวก (Positive thinking) จึงหมายถึงการมองสิ่งต่างๆ อย่างเข้าใจ ยอมรับได้ในด้านลบ มองปัญหา ความทุกข์ ความไม่ราบรื่นเป็นเรื่องธรรมดา หากรู้จักเลือกใช้ประโยชน์จากด้านบวกที่แฝงอยู่จากสิ่งนั้นๆ ได้ เหตุการณ์บางอย่างที่ไม่สามารถเลือกได้ว่าจะให้เกิดหรือไม่ให้เกิด แต่เมื่อเกิดขึ้นไปแล้ว เราเลือกได้ว่าจะมองและรู้สึกได้อย่างไร

PROMISE

การคิดเชิงบวกเป็นพื้นฐานสำคัญในการต่อยอดอีกสองข้อที่เหลือนั่นคือการสู้ไม่ถอยและความคิดสร้างสรรค์ เมื่อคิดเชิงบวกทำให้มีแรงจูงใจในการคิดและทำเพื่อแก้ปัญหา เป็นการสู้ไม่ถอยหนี การคิดเชิงบวกทำให้คนรู้สึกสบายไม่ตึงเครียด ซึ่งนั่นเป็นภาวะที่เหมาะสมสำหรับการคิดสิ่งใหม่ๆ เป็นภาวะที่บางคนเชื่อว่าทำให้สติปัญญาเฉียบแหลมขึ้น ลองนึกถึงเครื่องคอมพิวเตอร์ ซึ่งก็เหมือนกล่องความคิดเรา ตอนที่เห็นตามจริงนั้นสภาพกล่องความคิดก็ดำเนินการไปตามระเบียบ พอเราคิดบวกคลื่นความคิดจิตใจก็กระเพื่อมไปในแนวสบายๆ แต่พอคิดลบกระแสความคิดก็เริ่มตึงกันวุ่นวาย คิดซ้ำที่ขวาที่ หรือบางทีหลายๆเรื่องพร้อมๆ กัน ยิ่งคิดยิ่งโมโห ยิ่งขุดข้อมูลเก่าบ้าง เติมแต่งใหม่บ้างยุ่งกันใหญ่

สรุปได้ว่า ถ้าหากคนที่มีทัศนคติเชิงบวกนั้นอยู่ใกล้ๆ กับใคร เขาจะให้พลังแก่คนที่อยู่รอบข้าง และช่วยดึงศักยภาพของคนเหล่านั้นออกมา แล้วยังเพิ่มความตระหนักในโอกาสที่จะเกิดขึ้นอีก ในทางตรงกันข้าม เมื่อเราอยู่ใกล้ๆ คนที่มองโลกในแง่ร้าย ก็จะทำให้เรารู้สึกหดหู่และหมดความหวัง และความเชื่อมั่นลงได้ คนที่มองโลกในแง่บวกนั้นเปรียบเสมือนคนที่ส่องสว่างมาที่ปลายอุโมงค์ เขาจะเปิดโอกาสให้เราเห็นถึงความเป็นไปได้ คนประเภทนี้จะมีแนวความคิดที่ว่า “ไม่มีอะไรที่เป็นไปไม่ได้” คนที่มองโลกในแง่ดีนั้น หากอยู่ใกล้กับใคร เขา จะช่วยให้เราเห็นผลประโยชน์ และช่องทางของ “คำตอบเชิงสร้างสรรค์” ซึ่งคนที่มองโลกในแง่ร้ายนั้นจะมองข้าม คิดว่าไม่มีทางออก ไม่มีทางแก้

7.3.4 งานวิจัยที่ทำการศึกษเกี่ยวกับการคิดเชิงบวก

ธีรศักดิ์ ธาราช (2549: online) ได้ทำการศึกษาลักษณะความคิดของนักธุรกิจที่สามารถดำเนินธุรกิจให้ผ่านพ้นวิกฤตเศรษฐกิจมาได้ พบว่าส่วนใหญ่มี การคิดเชิงบวก เป็นหนึ่งใน 3 ความคิดสำคัญของผู้บริหารโดยถือว่าการคิดเชิงบวกนำไปสู่ช่องทางกาหาทางออกและทำให้องค์กรเติบโตอย่างก้าวกระโดดหลังเกิดวิกฤต เพราะเปลี่ยนวิธีคิด วิธีทำงาน เพื่อคว้า มออยู่รอด แต่ผลกลับ กลายเป็นว่าวิธีการเหล่านั้นมีประโยชน์มากและให้ผลสัมฤทธิ์ดีกว่าวิธีการทำงานเดิมๆ ในช่วงเวลาปกติ

เชลิกแมน และสคูลแมน (กรวรรณ สุพรรณวรรณา , 2544: 32; อ้างอิงจาก Seligman; & Schulman, 1986) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการอธิบายกับผลสัมฤทธิ์ทางการทำงาน และการใช้รูปแบบของการอธิบายทำนายการคงอยู่ในการประกอบอาชีพของตัวแทนขายประกันชีวิต เพราะตัวแทนเหล่านี้มักจะประสบกับเหตุการณ์เลวร้ายบ่อยครั้ง ในการศึกษาได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวแทนขายประกันทำงานอยู่ก่อนแล้ว จำนวน 94 คน และกลุ่มตัวแทนขายประกันที่เข้าทำงานใหม่จำนวน 101 คน พบว่าในกลุ่มที่เป็นตัวแทนขายประกันอยู่ก่อนแล้ว ผู้ที่มีลักษณะการมองโลกในแง่ดีขายประกันชีวิตในช่วง 2 ปีแรกได้มากกว่าผู้ที่มีลักษณะการมองโลกในแง่ร้ายถึงร้อยละ 37 ส่วนในกลุ่มตัวแทนขายประกันที่มีลักษณะการมองโลกในแง่ดี นอกจากนี้มีผลงานวิจัยในต่างประเทศอีกเรื่องหนึ่งชี้ว่า ในบรรดาสตรีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม ผู้ที่มองโลกในแง่ดีมากกว่า มีความพยายามในการจัดการกับปัญหาได้มากกว่าผู้ที่มองโลกในแง่ร้าย ส่งผลให้สตรีเหล่านี้สามารถปรับตัวได้ดีกว่าเมื่อต้องเผชิญกระบวนการตรวจสอบชิ้นเนื้อร้าย และอาการเจ็บป่วย (Carver; et al. 1993; Stanton; & Snider, 1993; citing Holahan; et al, 1996: 32 อ้างใน งามตา วณิชานนท์, 2550)

PROMISE

ในงานวิจัยภายในประเทศ เช่นของ ทิศา มั่งน้อย (2534) ได้ศึกษาความสามารถในการปรับตัวของนักเรียนมัธยมศึกษาที่รูปแบบการอธิบายแตกต่างกัน โดยศึกษาว่านักเรียนที่มีรูปแบบการอธิบายแบบใดจะมีความสามารถในการปรับตัวกับเพื่อนสูงกว่ากัน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน พบว่า นักเรียนที่มีรูปแบบการอธิบายในลักษณะการมองโลกในแง่ดี มีความสามารถในการปรับตัวกับเพื่อนสูงกว่านักเรียนที่มีรูปแบบการอธิบายในลักษณะการมองโลกในแง่ร้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 ในขณะที่ อรพินทร์ ชูชม และคณะ (2546) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาตนเพื่อเพิ่มพลังใจในการทำงาน : กรณีข้าราชการครูประถมศึกษา กลุ่ม ตัวอย่างเป็นข้าราชการครูสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 547 คน พบว่า ปัจจัยทางจิตลักษณะที่มีผลโดยตรงต่อพลังใจในการทำงาน มี 3 ตัวแปร ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี (เบต้า = .33) การเห็นคุณค่าในตนเอง (เบต้า = .23) และวิธีการเผชิญแบบถอยหนี (เบต้า = .09) โดยการมองโลกในแง่ดี และเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดทางบวกต่อพลังใจในการทำงาน และปิยะดี ลิ้มละบำรุง (2547: 51) ศึกษาการพัฒนาการมองโลกในแง่ดี ด้วยโปรแกรมการฝึกทักษะการคิดของนิสิตที่มีคะแนนเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมาจำนวน 36 คน เป็นกลุ่มทดลอง 18 คน กลุ่มควบคุม 18 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการมองโลกในแง่ดีที่พัฒนามาจาก เซลิกแมน พบว่ากลุ่มทดลองมีการมองโลกในแง่ดีทุกมิติ และในด้านรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยพบว่าทั้งชาย และหญิง มีคะแนนการมองโลกในแง่ดีไม่แตกต่างกัน

ยังม้งงานวิจัยอีกเป็นจำนวนมากที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับกา รคิดเชิงบวกที่ได้ข้อค้นพบที่ตรงกันว่า คนที่มีการคิดเชิงบวกมักมีข้อได้เปรียบในการดำเนินชีวิต รวมทั้ง ประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ของการดำเนินชีวิตมากกว่าคนที่มองโลกในแง่ลบ

7.3.5 การวัดความคิดเชิงบวก

จากงานวิจัยข้างต้นจะพบว่าคนส่วนใหญ่ เชื่อว่าการมองโลกในด้านบวกนั้นเป็นสิ่งดี อย่างไรก็ตาม บุคคลเป็นจำนวนมากมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องต่อการมองโลกด้านบวก จึงต้องมีการประเมินความคิดในเชิงบวกของตนเองเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่ดีเกินไปหรือเลวเกินไป และไม่เป็นการหลอกลวงตัว เอง แต่การมองทางด้านบวกเพื่อให้บุคคล ให้มีมุมมองให้รอบด้าน และเป็นกลอุบายในการสร้างสภาวะจิตใจสงบ เมื่อจิตใจสงบก็จะทำให้เราใช้สติปัญญาเข้าแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึง การสนใจที่จะปรับปรุงตนเองและการทำงานให้ดีขึ้นต่อไป

ดังนั้น การประเมินความคิดเชิง บวกของตนเอง จึงเป็นอีกสิ่งสำคัญที่ควรให้ความสนใจ โดยเฉพาะการตรวจสอบเพื่อสำรวจความคิดของตนเองและนำไปสู่การพัฒนาตนเองที่ดียิ่งขึ้นต่อไป อาทิ เช่น แบบประเมินการคิดเชิงบวก โดย เท็ดดักดี เดซคง (2548: 22-25) ที่ทำการสำรวจความคิดและการใช้ความคิดผ่านประสบการณ์ขอ งตนเอง เช่น วันนี้คุณพบเจอเรื่องดีๆ บ้างไหม , คุณเป็นคนที่ยิ้มแย้มตลอดเวลาเมื่อพบอุปสรรค , คุณคิดว่าตนเองเป็นคนโชคชัยบ้างไหม , คุณมักจะล้มเหลวมากกว่าที่คุณคาดหวังไว้และคุณคิดว่าคนรอบข้างคุณเป็นคนไม่น่าคบหา โดยในแต่ละข้อต่างก็มีคำอธิบายที่สะท้อนถึงความคิดเชิงบวกของตนเองได้อย่างชัดเจน เช่น ถามว่า “วันนี้คุณพบเจอเรื่องดีๆ บ้างไหม ” สะท้อนให้เห็นว่า “1 คนส่วนใหญ่มักมองข้ามสิ่งดีๆ ในชีวิตประจำวันที่ตนเองประสบมา ซึ่งถ้าหากเราฝึกฝน

PROMISE

ตนเองให้ไวพอที่จะรับรู้สิ่งดีๆ เหล่านี้ชีวิตก็มีความสุขได้ง่ายขึ้นไม่ว่าจะเป็นอากาศเย็น สบายที่นั่ง พอดีกัน น้ำที่เย็นสดชื่น ฯลฯ” เป็นต้น

7.4 แรงจูงใจ (Motivation: M) อัจฉรา สุขารมณ (2551) ได้ให้ความหมายของ แรงจูงใจ หมายถึง แรงผลักดันที่ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งอย่างต่อเนื่องและมีจุดหมาย มีความสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมด้านต่างๆ ของมนุษย์ รวมถึงพฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการโครงการ ณ ที่นี้อธิบายถึงหลักการสร้างแรงจูงใจ ประโยชน์ ตลอดจนแนวคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

7.4.1 ประเภทของแรงจูงใจ

นักการศึกษาและนักจิตวิทยา ได้แบ่งแรงจูงใจออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. แรงจูงใจภายนอก (Extrinsic motivation) หมายถึง สิ่งผลักดันภายนอกตัวบุคคลที่มากระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม อาจจะเป็นรางวัล เกียรติยศชื่อเสียง คำชม การได้รับการยอมรับยกย่อง ฯลฯ แรงจูงใจนี้ไม่คงทนถาวรต่อพฤติกรรม บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองสิ่งจูงใจดังกล่าว เฉพาะในกรณีที่ต้องการรางวัล ต้องการเกียรติ ชื่อเสียง คำชม การยกย่อง การได้รับการยอมรับเท่านั้น
2. แรงจูงใจภายใน (Intrinsic motivation) หมายถึง การที่บุคคลมองเห็นคุณค่าของกิจกรรมที่ทำจึงทำด้วยความเต็มใจ ตระหนักว่าการบรรลุผลสำเร็จในกิจกรรมนั้นเป็นรางวัลอยู่ในตัวแล้วซึ่งสภาพของบุคคลที่มีความต้องการและอยากแสดงพฤติกรรมบางสิ่งบางอย่างด้วยเหตุผลและความชอบของตนเอง (As a state in individual wants to do or learn something for its own sake) บุคคลที่มีแรงจูงใจภายในนี้ จะแสดงพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมด้วยความพึงพอใจและยินดีทำงานของตน เพราะอยากจะทำ จุดหมายปลายทางอยู่ที่การทำกิจกรรมนั้นๆ ฉะนั้นแรงจูงใจภายในจึงเป็นเรื่องของแรงจูงใจที่บุคคลนั้นเกิดมีขึ้นเอง อยากทำอยากแสดงด้วยตัวของตัวเองไม่มีใครบังคับ ไม่มีสิ่งของมาล่อ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรมที่คงทนถาวร

การพัฒนาบุคคลเพื่อให้เกิดแรงจูงใจภายใน จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบ 5 ด้าน ดังนี้

1. ความต้องการสิ่งที่ท้าทาย หมายถึง บุคคลที่มีแรงจูงใจภายในต้องมีความชอบ ความพึงพอใจ หรือต้องการงานที่แปลกใหม่ ไม่ซ้ำเดิม ซับซ้อน และมีความยากพอเหมาะสมกับความสามารถของแต่ละบุคคล
2. ความสนใจ-เฟลิดเฟลิน หมายถึง บุคคลที่มีแรงจูงใจภายในจะเป็นบุคคลที่มีความกระตือรือร้น ความอยากรู้อยากเห็น ตลอดจนมีความสุข พึงพอใจและเฟลิดเฟลินในการทำงานหรือกิจกรรมที่น่าสนใจ
3. ความเป็นตัวของตัวเอง หมายถึง บุคคลมีแรงจูงใจภายในในการทำงานเป็นบุคคลที่ชอบริเริ่มทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง มีอิสระในการคิดและการกระทำ
4. ความต้องการมีความสามารถ หมายถึง บุคคลมีแรงจูงใจภายในงานเป็นบุคคลที่ต้องการมีประสิทธิภาพในการจัดการกับสภาพแวดล้อม ต้องการที่จะเรียนรู้ พัฒนาทักษะและความสามารถของตนเอง

PROMISE

5. ความมุ่งมั่น หมายถึง บุคคล ที่มีแรงจูงใจภายในเป็นบุคคลที่มุ่งมั่นในการทำงานให้บรรลุด้วยความสามารถของตนเอง มีความยึดมั่นทุ่มเทให้กับงานโดยไม่หวังผลตอบแทนภายนอก ซึ่งความสำเร็จจากงานเป็นแรงบันดาลใจภายในมากกว่ารางวัลหรือเกียรติยศจากภายนอก

แนวทางการส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจสำหรับกลุ่มเสี่ยง

1. ผู้ให้บริการควรจัดให้มีบรรยากาศที่ทำหายความอยากรู้ อยากเห็นของกลุ่มเสี่ยง
2. บอกเป้าหมายของการออกกำลังกายให้กลุ่มเสี่ยงได้ทราบ
3. พยายามให้งานแก่กลุ่มเสี่ยงตามความสามารถ และให้โอกาสสมาชิกในกลุ่มเสี่ยงมีประสบการณ์เกี่ยวกับความสำเร็จในการออกกำลังกาย
4. มีการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่กลุ่มเสี่ยงและแนะนำให้กลุ่มเสี่ยงได้ใช้ข้อมูลย้อนกลับในการช่วยปรับปรุงพฤติกรรมในการออกกำลังกายให้ดีขึ้น
5. มีการพบกลุ่มเสี่ยงเป็นรายบุคคล เพื่อช่วยโดยนำผลตรวจการวิเคราะห์ทางการแพทย์ (Clinical record) มาดูและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มเสี่ยงในการดูแลสุขภาพ
6. บรรยากาศของการพบกันต้องมีลักษณะอบอุ่น เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเกิดความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ
7. ผู้ให้บริการต้องทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีในการแสดงความกระตือรือร้นในการแสดงออกเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
8. ผู้ให้บริการต้องให้ช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงในการสร้างแรงจูงใจภายใน ด้วยวิธีการ ดังนี้
 - 8.1 ควรให้กลุ่มเสี่ยงตั้งเป้าหมายเฉพาะตัวเองในการดูแลสุขภาพที่ตนต้องการ
 - 8.2 ให้กลุ่มเสี่ยงวางแผนในการพัฒนาตนเองทั้งระยะสั้นและระยะยาว
 - 8.3 ให้กลุ่มเสี่ยงมีการดูแลสุขภาพตามวิธีการที่ตนเองได้เลือกเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และมีการประเมินผลการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับจากผลการตรวจทางการแพทย์
 - 8.4 ต้องช่วยให้กลุ่มเสี่ยงวิเคราะห์ความสำเร็จและไม่สำเร็จของพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง
 - 8.5 ต้องให้กลุ่มเสี่ยงได้เห็นคุณค่าในตนเองในการพยายามเกี่ยวกับคุณค่าในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง
 - 8.6 ต้องช่วยให้กลุ่มเสี่ยงได้ค้นพบศักยภาพที่มีอยู่ในตัวเองและให้กำลังใจในการที่จะดูแลสุขภาพต่อไป
 - 8.7 ชี้แจงให้กลุ่มเสี่ยงเข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการตั้งมาตรฐานความเป็นเลิศให้ใกล้เคียงกับระดับความสามารถของตน
 - 8.8 ช่วยให้กลุ่มเสี่ยงจัดตารางเวลาในการออกกำลังกายให้เหมาะสมตามความเป็นจริง

7.5 การให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Individual or Clients-Center

Approach: I)

PROMISE

จากการปรับเปลี่ยนหลักการและแนวคิดสำหรับการดูแลและการให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการที่เน้นการตั้งรับเป็นหลัก มาเป็นการให้บริการโดยคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Clients-Center Approach) ของการให้บริการนั้นๆ จะเป็นสิ่งสำคัญและเป็นความท้าทายอย่างยิ่งต่อการทำงานขององค์กรทุกภาคส่วนในสังคม ไม่ว่าจะเป็นองค์กร ภาครัฐบาล ภาคเอกชน ภาคประชาชนและแม้แต่ภาคธุรกิจที่ไม่มุ่งแสวงหากำไร (NGOs) ก็ดี ทั้งนี้ เพื่อรองรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (3C) ได้แก่

1. Change เหตุที่ต้องมีการปรับตัวเพราะโลกมีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะผู้รับบริการที่มีอิทธิพลต่อภารกิจขององค์กร เช่น ก รร ร้องขอ ดังนั้น จะบริหารจัดการแบบเดิมไม่ได้ เนื่องจากผู้รับบริการก็คือประชาชนที่มีความสำคัญมากขึ้น
2. Clients การให้บริการที่ต้องให้ความสำคัญกับผู้รับบริการเป็นลำดับแรก
3. Competition ภาวะการแข่งขันขององค์กรทุกระดับเพื่อสร้างคุณค่าและช่วงชิงความเป็นหนึ่งในด้านการให้บริการทั้งภายในและภายนอกองค์กร

และจากความสำคัญดังกล่าวข้างต้นนี้เอง “การให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง” จึงได้ปรากฏขึ้นมาในฐานะวิธีการเพื่อรองรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทั้งยังสามารถสนองตอบต่อความต้องการของผู้รับบริการควบคู่กับเป้าหมายของการให้บริการได้เป็นอย่างดี

7.5.1 ความเป็นมาของการให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

จากการสืบค้นข้อมูล ไม่ปรากฏเอกสารที่เชื่อมโยงถึงประวัติการให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางโดยตรง แต่พบรากฐานทางความคิดที่มีความหมายใกล้เคียง นั่นคือ “การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง” ซึ่งเป็นรากฐานการทำงานที่สำคัญของการให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในระยะต่อมา

ผู้ให้กำเนิดการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางนั้นก็คือ คาร์ล โรเจอร์ส (Carl R. Rogers) โดยเขาได้รับอิทธิพลทาง ความคิดสายหนึ่งมาจาก เจสซี ทาฟต์ ซึ่งลูกศิษย์ของ ออตโต แรงค์ (Otto Rank) นักจิตวิทยา โดยแรงค์มีแนวทางการทำงานที่เน้นการเสริมสร้างสิ่งใหม่ๆ ให้กับบุคคลมากกว่า รวมทั้ง เป็นการสร้างให้ผู้รับการบำบัดยอมรับสิ่งที่ตนเองเป็น และมีความรับผิดชอบต่อชีวิตตนเอง โดยที่ผู้ให้การบำบัดทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือที่ไม่มีทัศนคติตัดสิน ไม่ทำตนเป็นผู้เชี่ยวชาญ หรือแสดงบทบาทเหนือผู้รับการบำบัด ในขณะที่อีกสายหนึ่งมาจาก เคิร์ท โกลด์สไตน์ (Kurt Goldstein) ที่เน้นการทำงานที่ทำให้ผู้รับบริการได้รู้จักตัวตนที่แท้จริง (Self-actualization) ซึ่งถือได้ว่าเป็นเป้าหมายหลักของการบำบัดตามแนวของโรเจอร์ส การพัฒนาทฤษฎีของโรเจอร์สสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การให้การปรึกษาแบบไม่นำทาง (non-directive counseling) ในช่วงปี 1940 นี้ โรเจอร์มีความเห็นทางแตกต่างไปจากการบำบัดแนวทางเดิมที่มองว่า ผู้ให้การบำบัดคือผู้เชี่ยวชาญที่รู้ดีที่สุด โดยการบำบัดของโรเจอร์มุ่งเน้นการสร้างบรรยากาศที่ทำให้เกิดการมองในด้านดีและไม่ชี้นำผู้รับการบำบัด มากกว่าการให้คำแนะนำ ชี้นำ การกำหนดแนวทาง ชักจูง สอน วินิจฉัย และตีความ ตามความเห็นของโรเจอร์การบำบัดแบบเดิมเป็น วิธีการที่ไม่มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดการต่อต้านตัดสิน (prejudice) และมักจะสร้างความผิดพลาดอยู่บ่อยครั้ง การบำบัดแบบไม่นำทางจะเน้นไปที่การทำให้

PROMISE

ความสนใจกับการสะท้อน (Reflecting) และสร้างความชัดเจน (Clarifying) คำพูดและท่าทางการแสดงออกของผู้รับการปรึกษาเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการตระหนักรู้ความรู้สึกตนเองมากขึ้น

ระยะที่ 2 การบำบัดแบบเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง(Client centered therapy) ในช่วงนี้ อยู่ระหว่างปี 1950 ในช่วงนี้ โรเจอร์ได้เปลี่ยนชื่อการบำบัดของเขาเสียใหม่เป็น Client-centered therapy และให้ความสำคัญกับผู้รับการบำบัดมากกว่าช่วงการบำบัดแบบไม่นำทาง จุดเน้นสำคัญอยู่ที่โลกแห่งปรากฏการณ์ (Phenomenological world) ของผู้รับการบำบัด โรเจอร์เชื่อว่า จุดที่ดีที่สุดในการเข้าใจพฤติกรรมของบุคคล คือ กรอบการอ้างอิงภายใน (Internal frame of reference) ของแต่ละบุคคลนั่นเอง. นอกจากนี้ โรเจอร์ยังได้ให้ความสำคัญกับแนวโน้มที่จะรู้จักตนเองอย่างถ่องแท้ (Actualizing tendency) ว่าเป็นแรงจูงใจเบื้องต้นที่จะทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลง

ระยะที่ 3 เกิดขึ้นในช่วงปี 1960 เมื่อโรเจอร์เปิดตัวหนังสือ Becoming a person (1961) ซึ่งนำเสนอแนวคิดของธรรมชาติแห่ง "การเป็นตัวตนที่แท้จริงของตนเอง " อันหมายถึง การเปิดรับประสบการณ์ ความเชื่อมั่นในตนเอง ประเมินประสบการณ์จากกรอบแนวคิดของตนเอง และความปรารถนาที่จะดำรงตนอยู่ในกระบวนการดังกล่าว ในช่วงนี้ โรเจอร์และคณะยังได้ทำงานวิจัยหลายๆ เรื่อง เพื่อเสริมขยายแนวคิดของการบำบัดแบบเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางทั้งในด้านกระบวนการและประสิทธิผลของการบำบัด โรเจอร์สนใจศึกษาว่าบุคคลจะมีพัฒนาการที่ดีขึ้นในระหว่างการบำบัดได้อย่างไร และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้การบำบัดเป็นตัวแปรที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพหรือไม่ นอกจากนี้ยังมีการประยุกต์ใช้แนวคิดของเขาในด้านอื่นๆ เช่น การสอนแบบเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง กลุ่มเผชิญปัญหา (encounter group) ฯลฯ

ระยะที่ 4 เกิดขึ้นในช่วงปี 1970-1980 แนวคิดของโรเจอร์เป็นที่รู้จักกันในชื่อว่า Person Centered Therapy แนวคิดของเขาได้แพร่หลายไปยังวงการต่าง เช่น วงการการศึกษา อุตสาหกรรม กลุ่มการแก้ปัญหา การแสวงหาสันติภาพโลก เนื่องจากแนวคิดของโรเจอร์ได้แพร่หลายไปอย่างกว้างขวาง และเขาเองก็สนใจว่าทำอย่างไรผู้คนจะรับ ครอบครอง แบ่งปัน และสละพลังและการควบคุมตนเองและผู้อื่น แม้ว่า แนวคิดนี้จะถูกนำไปประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในหลายๆด้าน เช่น การให้การปรึกษารายบุคคลและกลุ่ม วงการศึกษา วิธีการดำรงชีวิต ภาวะผู้นำและการบริหาร การพัฒนาองค์กร สาธารณสุข กิจกรรมแบบข้ามวัฒนธรรมและหลากหลายชาติพันธุ์ และความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ . ในช่วงท้ายของปี 1970-ช่วงต้นปี 1980 โรเจอร์ได้พยายามที่จะประยุกต์ใช้แนวคิดแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางของเขาเข้ากับการเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างสันติภาพโลกให้เกิดขึ้น

ในปี 1940 โรเจอร์สได้ไปที่เมืองโคลัมบัส มลรัฐโอไฮโอ เพื่อเป็นอาจารย์สอนที่ Ohio State University และช่วงนี้ถือได้ว่าเป็นช่วงที่สองของการพัฒนาทฤษฎีของเขา หลังจากการนำเสนอผลงานของเขาที่ University of Minnesota ในปี 1940 ทำให้เขาตระหนักว่า แนวคิดจิตบำบัดของเขาคือแนวคิดใหม่สำหรับวงการจิตบำบัด โรเจอร์สให้ความสนใจกับการทำให้ผู้รับบริการเกิดความรับผิดชอบต่อตนเอง และให้ความสำคัญกับสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้การบำบัดกับผู้รับการบำบัดอันเป็นการสร้างความไว้วางและความร่วมมือที่จะสำรวจความรู้สึก และเสริมสร้างความรับผิดชอบต่อชีวิตของผู้รับการ

PROMISE

บำบัดเอง การสะท้อนความรู้สึกและการสร้างความกระจำอันนำไปสู่ความเข้าใจความรู้สึกของผู้รับการบำบัดถือว่าเป็นหัวใจการบำบัดตามแนวคิดของโรเจอร์ส ในช่วงเวลานั้น

7.5.2 เป้าหมายของการบำบัด (Therapeutic goals)

การบำบัดแบบเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางมีเป้าหมายที่แตกต่างการบำบัดรูปแบบอื่นๆ โดยจะเน้นไปที่การสร้างให้บุคคลมีรู้สึกเป็นอิสระในตัวเองมากขึ้น แทนที่จะมุ่งให้ความสำคัญกับปัญหาของบุคคล ในทัศนะของโรเจอร์ (1977) การบำบัดไม่ใช่แค่การแก้ปัญหานั้น แต่ยังเป็นการช่วยสร้างกระบวนการแห่งความออกมาในตัวผู้รับการบำบัดเพื่อที่จะช่วยให้เขาจัดการกับปัญหาที่เขา กำลังประสบอยู่ในปัจจุบันและอนาคตได้เป็นอย่างดีอีกด้วย

โรเจอร์ (1961) ได้เขียนไว้ว่า ผู้ที่มาขอรับการบำบัดมักจะถามว่า โรเจอร์ (1961) ได้เขียนไว้ว่า ผู้ที่มาขอรับการบำบัดมักจะถามว่า “ฉันจะค้นพบตัวตนที่แท้จริงของฉันได้อย่างไร” “ฉันจะเป็นบุคคลที่ฉันปรารถนาจะเป็นได้อย่างไร” “ฉันจะทิ้งตัวตนที่จอมปลอมและเป็นตัวตนที่แท้จริงของ ฉันได้อย่างไร” เป้าหมายที่สำคัญของการบำบัด คือการ ช่วยสร้างบรรยากาศที่จะนำไปสู่การช่วยให้บุคคลเป็นที่ใช้ศักยภาพของตนได้อย่างเต็มที่ การที่ผู้รับการบำบัดจะบรรลุเป้าหมายเช่นนั้นได้ เขาต้องทิ้งหน้ากากที่เขาสวมอยู่เสียก่อน หน้ากากที่ถูกสร้างขึ้นมาจาก การกล่อมเกลางของสังคม (Socialization). ผู้รับการบำบัดจะต้องตระหนักเสียก่อนว่า เขาสูญเสียความผูกพันตัวตนที่แท้จริงของเขาเพราะความจอมปลอมเหล่านั้นที่เขาใช้อยู่ทุกวัน บรรยากาศที่ปลอดภัยในช่วงเวลาของการบำบัดผู้รับการบำบัดค้นพบว่ายังมีความเป็นไปได้อื่นๆอยู่อีก เมื่อความจอมปลอมเริ่มจางหายไป ในระหว่างกระบวนการของการบำบัดอะไรเล่าที่จะเกิดขึ้นกับผู้รับการปรึกษา ? โรเจอร์ (1961) อธิบายว่า ผู้ที่รู้จักตนเองอย่างถ่องแท้มากขึ้นจะมีลักษณะ ดังนี้

1. เปิดรับประสบการณ์มากขึ้น
2. มีความเชื่อมั่นในตนเอง
3. ประเมินสิ่งต่างๆโดยใช้มุมมองของตนเองมากกว่าจากมุมมองของผู้อื่น
4. ปรารถนาที่จะเสริมสร้างตนเองให้เจริญงอกงามเพิ่มขึ้น

การสนับสนุนให้บุคคลมีคุณลักษณะดังกล่าวถือได้ว่าเป็นเป้าหมายหลักของการบำบัดแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยคุณลักษณะทั้ง 4 ประการดังกล่าวนี้ จัดได้ว่าเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างความเข้าใจถึงทิศทางของการบำบัด นักบำบัดจะไม่ระบุเป้าหมายการบำบัดที่เฉพาะเจาะจงให้กับผู้รับการบำบัด หลักสำคัญประการหนึ่งของการบำบัดแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางก็คือมุมมองที่ว่า “...ภายใต้ความสัมพันธ์ที่ผู้ให้การบำบัดช่วยเหลือ ผู้รับการบำบัดจะมีศักยภาพที่กำหนดและสร้าง ความสำเร็จชัดเจนให้กับเป้าหมายของตัวเอง...”

7.5.3 แนวคิดที่สำคัญ

หลักการและแนวคิดการทำงานที่สำคัญที่นำไปสู่การทำงานที่ประสบความสำเร็จของโรเจอร์ นั้นคือ การทำงานที่มุ่งเน้นการสนองตอบต่อการพัฒนาบุคคลให้เกิดความเจริญงอกงามในระหว่าง

PROMISE

การบำบัดนั้นเองผ่านกระบวนการสร้างสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการนั่นเอง ซึ่งพอสรุปแนวคิดแต่ละขั้นในการดำเนินงาน ได้ดังนี้

1. (Actualizing tendency) เป็นแนวโน้มที่ของบุคคลที่จะพัฒนาตนเองในวิถีทางที่จะก้าวไปสู่ความเจริญงอกงาม (Growth) ทั้งทางร่างกายและจิตใจ
2. เงื่อนไขของการมีคุณค่า (Condition of worth) เงื่อนไขซึ่งเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะต้องแสดงพฤติกรรมอย่างไรจึงได้รับการยอมรับจากผู้อื่นว่ามีคุณค่า
3. ความสอดคล้อง (Congruence) เป็นการความสอดคล้องของการแสดงความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมที่สอดคล้องกับประสบการณ์ภายในใจ
4. การเข้าใจด้วยความเห็นใจอย่างจริงใจ (Empathic understanding)
5. ประสบการณ์ (Experience) (นาม)
6. การสร้างประสบการณ์ (Experience) (กิริยา)
7. ความจริงใจ (Genuineness)
8. กระบวนการประเมินคุณค่าผ่านทางอายตนะ (Organismic value process)
9. การนับถือเชิงบวก (Positive regard)
10. การนับถือตนเองในด้านบวก (Positive self regard)
11. แนวโน้มที่จะพัฒนาตนเองไปสู่ความงอกงาม (Self actualizing tendency)
12. ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self concept)
13. การมีประสบการณ์เกี่ยวกับตนเอง (Self experience)
14. การยอมรับในด้านบวกอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional positive regard)
15. การยอมรับตนเองในด้านบวกอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional self regard)

7.5.4 พัฒนาการทางความคิดทางด้านสุขภาพกับการดูแลผู้รับบริการโดยเน้น

ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

อรรถประโยชน์จากการดำเนินงานที่มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญของโรเจอร์ ได้เป็นต้นแบบทางความคิดสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนาด้านอื่นๆ ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ดังเช่น ในวงการการศึกษาที่มีการจัดการศึกษาและการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Student-Center) วงการอุตสาหกรรมที่เน้นแรงงานและผู้นำเป็นความสำคัญลำดับแรกในการพัฒนาขององค์กร การพัฒนาองค์กร การพัฒนางานด้านสาธารณสุข กิจกรรมแบบข้ามวัฒนธรรมและหลากหลายวัฒนธรรม ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ และในทางการเมืองที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา

นายแพทย์ชื่น เตชะมหาชัย (2546) ได้กล่าวถึงการบริหารจัดการงานโรงพยาบาลและงานสาธารณสุขที่ได้นำแนวคิดของการดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวม โดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางไว้อย่างน่าสนใจว่า

“...การดูแลสุขภาพประชาชนก็เช่นกัน องค์ความรู้ และเทคโนโลยีเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วมาก ความรู้ทางเทคนิควิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ความรู้ในการบริหารจัดการ

PROMISE

โครงการส่งเสริมสุขภาพอย่างได้ผล สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรมในพื้นที่ ประสพการณ์ ความรู้ความชำนาญเฉพาะบุคคล ในการบริหารจัดการองค์ ความรู้ต่างๆ วัฒนธรรม องค์การในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ เหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ต้องมีการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน โรงพยาบาลก็เช่นกัน โรงพยาบาลเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ เป็นองค์กรที่มีวิสัยทัศน์ พันธกิจ ปรัชญา นโยบาย และรูปแบบการนำองค์การบริหารจัดการด้านต่างๆ เป็นของตนเอง มีทีมบุคลากรหลากหลายสาขาที่มีความรู้ความชำนาญต่างๆ จำนวนมาก มาอยู่รวมกัน มีเทคโนโลยีและแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชน ในแบบฉบับของตนเอง ได้รับความเชื่อถือไว้วางใจจากคนในชุมชน อยู่ในชุมชน ทราบถึงชีวิตความเป็นอยู่ สังคม วัฒนธรรม จิตใจ อารมณ์ และสภาวะสุขภาพของคนในชุมชน เป็นที่พึ่งพาของประชาชนในพื้นที่ มีศักยภาพ และความพร้อมในการดูแล และเป็นผู้นำด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยเทคโนโลยี ความรู้ ความชำนาญ ประสพการณ์ และความร่วมมือของบุคลากรทุกฝ่าย เป็นทีมสหวิชาชีพเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยเน้นผู้รับบริการ หรือประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีการพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมาย ทั้งที่เจ็บป่วย และที่ยังมีสุขภาพดี เพื่อลด การเจ็บป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน และเสริมสร้างสุขภาพ สมรรถภาพในทุกมิติ คำนึงถึงประโยชน์ ความต้องการ และความพึงพอใจของผู้มารับบริการ และประชาชนไม่ใช้การดูแลสุขภาพแบบแยกส่วนเป็นรายโรค รายอวัยวะแยกสุขภาพกายออกจากมิติด้านอื่นๆ ที่ประกอบเป็นคนคนนั้น ไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และความเป็นอยู่การจะดูแลสุขภาพผู้รับบริการให้เกิดการบูรณาการ มีการผสมผสาน โดยคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และมีเครือข่ายองค์ความรู้ เพื่อการประสานส่งต่อ การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมีกลยุทธ์ในการดำเนินงาน มีการบริหารจัดการระบบ การดูแลสุขภาพในลักษณะ ให้เกิดความคล่องตัวสะดวกต่อผู้รับบริการ ได้ข้อมูลต่างๆ ครอบคลุมปัญหาของผู้รับบริการ...”

ดังนั้น จึงพอสรุปหลักการสำคัญของการให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ได้ว่าเป็นการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมอะไรก็ตาม ที่มีเป้าหมายสำคัญอยู่ที่การคำนึงถึงประโยชน์ของกลุ่มผู้ได้รับผลประโยชน์ นั่นก็คือประชาชน นักเรียน ผู้รับบริการ ลูกค้า แรงงาน ฯลฯ ได้อย่างตรงตามความต้องการ มีการดำเนินงานที่ใส่ใจต่อกระบวนการมีส่วนร่วม การเสริมพลัง มีการจัดลำดับความสำคัญ มีวางแผนการดำเนินงานเพื่อให้ เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการเป็นลักษณะทำไปปรับปรุงไป และพัฒนาไป เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและเกิดนวัตกรรมในการดูแลและให้บริการใหม่ๆ อยู่ตลอดเวลา

7.6 การเห็นคุณค่าในตัวเอง (Self-esteem: S) (ฉันทนา ภาคบงกช, 2551)

PROMISE

การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) หรือความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นการคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองว่าสามารถทำสิ่งต่างๆ อย่างไร ตนเองมีความสำคัญอย่างไร การเห็นคุณค่าในตนเองเริ่มต้นมาตั้งแต่วัยทารก เมื่อได้รับการสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและได้รับความรักและความอบอุ่น ย่อมเรียนรู้ว่าตนเองเป็นที่รัก และเริ่มเห็นคุณค่าในตนเอง เมื่อเข้าสู่วัยเตาะแตะ เด็กเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและความสามารถของตนเอง ถ้าเด็กได้รับความรัก จะเห็นคุณค่าในตนเอง ในทางตรงกันข้าม ถ้าเด็กรู้สึกว่าเขาไม่มีใครรักก็ยากที่จะพัฒนาในด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง

การเห็นคุณค่าในตนเองเกิดจากการตัดสินคุณค่าของ “ตน” (Self) ซึ่งทำให้บุคคลมีทัศนคติต่อตนเองด้านต่างๆ เช่น ลักษณะ ความสามารถในการเรียนรู้ มาสโลว์ (Maslow, 1970: 45-46) กล่าวถึงการเห็นคุณค่าในตนเองว่ามี 2 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้สึกนับถือตนเอง (self respect) ความเชื่อมั่นในการกระทำต่างๆ ที่ประสบความสำเร็จอย่างอิสระเสรี และ 2) การเห็นคุณค่าในตนเองที่ได้รับจากผู้อื่น (Esteem from other) เป็นความต้องการได้รับการยอมรับ การมีชื่อเสียง เกียรติยศและอำนาจ ส่วนแนวคิดของแม็คเคย์และกอร์ (Makay and Gaw, 1975) กล่าวถึง 1) การยอมรับนับถือตนเองเป็นผลมาจากมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถและเห็นว่าตนเองมีคุณค่า และ 2) ความเชื่อมั่นในตนเองเป็นผลที่เกิดจากการประเมินความสามารถในการเผชิญและปรับตัวของตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม

“การเห็นคุณค่าในตนเอง” มีความหลากหลายในความหมาย เช่น หมายถึง ลักษณะความเชื่อมั่นและการนับถือตนเองที่เกิดจากความเชื่อมั่นว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่งจะช่วยให้คนเราประสบความสำเร็จในการทำสิ่งต่างๆ (Gibson, 1980: 120; citing Branden, 1969) นับว่ามีความเห็นที่สอดคล้องกับโรเซนเบิร์ก (Rozenberg) ที่ว่า การเห็นคุณค่าในตนเองคือทัศนคติของบุคคลต่อที่มีต่อตนเองในด้านบวกหรือด้านลบ ผู้ที่นับถือตนเองคือผู้ที่คิดว่าตนเองมีคุณค่า มีเกียรติ มีความพอใจในตนเอง ในทางตรงกันข้าม ถ้าเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ บุคคลมักจะคิดว่าตนเองไม่เท่าเทียมคนอื่นเพราะขาดบางสิ่งบางอย่าง (Rozenberg, 1979: 4)

นอกจากนี้ ยังมีการให้ความหมายที่มีรายละเอียด เช่น หมายถึงความรู้สึกหรือทัศนคติทางบวกและการมองเห็นความสำคัญและคุณค่าของตนเองที่เกิดจากการสะท้อนภาพที่แท้จริงของตนเองตามความเป็นจริง (Real self) เมื่อนำมาเทียบกับภาพของตนเองตามความคาดหวัง (Ideal self) (จรัสศรี อินทรสมหวัง. 2543: อ้างอิงจาก; Kelly, 1985) นอกจากนี้ คูเปอร์สมิธ (Coopersmith) ได้ให้ความหมายว่า บุคคลใดที่ประเมินตนเองแล้วพบว่าตัวตนที่แท้จริงซึ่งมีความสอดคล้องกับที่ตนเองตามความคาดหวัง บุคคลนั้นจะรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และมีความมั่นใจที่จะดำเนินชีวิตด้วยตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองจะสูงขึ้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลใดประเมินตนเองแล้วพบว่าตัวตน

PROMISE

ที่แท้จริงไม่สอดคล้องหรือขัดแย้งกับ สิ่งที่คุณคาดหวัง บุคคลนั้นจะรู้สึกว่าคุณไร้ความสามารถ ไม่มีคุณค่า ไม่มีความสำคัญและประเมินตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถ และทักษะในการทำ สิ่งต่างๆ ยิ่งมีความแตกต่างหรือมีความขัดแย้งมากเพียงใด การเห็น คุณค่าในตนเองย่อมลดต่ำลงเพียงนั้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจรุนแรง และอาจถึงขั้นที่ทำให้เกิดโรคประสาทหรือโรคจิตได้ (นิพนธ์ แจ่มเยี่ยม, 2539: 6-7; อ้างอิงจาก Coopersmith, 1967: 5)

ผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีการกระทำหรือมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ดังนี้

1. มักพูดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ เช่น “ไม่น่าจะมาเสียเวลากับฉัน” “แย่จัง”
2. กล่าวขอโทษบ่อยๆ และสงสัยในความสามารถของตนเอง
3. เฟื่องฟูจากความผิดพลาดของตนเอง
4. ปฏิเสธเมื่อได้รับคำชมจากผู้อื่น
5. มุ่งความถูกต้องสมบูรณ์แบบและมักจะรู้สึกว่าคุณค่าตนเองล้นเหลือ

ส่วนผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองจะสามารถปรับปรุงด้านต่างๆ ของชีวิต ผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองเปิดรับการเรียนรู้และยอมรับการแนะนำจากผู้อื่น สามารถที่จะเผชิญกับปัญหาที่ท้าทาย ความเชื่อมั่นในตนเองมีผลดีต่อการเรียนและการทำงาน ผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงมักจะมีการกระทำหรือมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ดังนี้

1. ไม่อยู่กับความทุกข์นานนัก เช่น ความสิ้นหวัง ความเหงา ความรู้สึกว่าคุณไร้ค่าความละอายใจและความอับอาย
2. มีความกล้าที่บอกถึงความต้องการและความคิดเห็นด้วยความมั่นใจ
3. มีสัมพันธภาพที่มั่นคงชัดเจน ไม่อึดอัดที่จะติดต่อกับผู้อื่น และไม่เอาใจผู้อื่นมากเกินไป
4. กำหนดเกณฑ์และมาตรฐานสำหรับตนเองและผู้อื่นได้เหมาะสม จึงไม่ค่อยมีการวิพากษ์วิจารณ์ตนเองและผู้อื่น

5.สามารถชะลอความเครียดเมื่อพบสิ่งที่คุณค่าที่ท้าทายผิดหวังหรือเจ็บป่วยสามารถนำความเชื่อมั่น ในตนเองกลับคืนมาโดยเร็ว

- 6.ไม่พบปัญหาสุขภาพอันเกิดจากความเครียด เช่น ระบบอาหารไม่ปกติ ติดยาและวิตกกังวล

7.6.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง

ผลการวิจัยเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองส่วนมากแสดงให้เห็นว่า การเห็นคุณค่า ในตนเองล้วนบังเกิดผลต่อการทำงาน การเรียนและด้านสุขภาพ ส่วนมากเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การจัดการความเจ็บปวด การลดน้ำหนัก และโครงการสุขภาพป้องกัน (MacArthur

PROMISE

and Pervin, 1993) ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับการเห็นคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพทั่วไปในวัยรุ่นตอนต้นและตอนปลาย ซึ่งพบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพเชิงสังคมและพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม (Rives, Torres and Fernandez, 1995: 60-63)

จากการประมวลเอกสาร พบว่าผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองสูง ได้รับประโยชน์จากการสร้างเสริมด้านความริเริ่ม และความรู้สึกพึงพอใจ อย่างไรก็ตาม พบว่าในบางวิจัยพบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับที่สูงเกินไปไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพนัก เพราะไม่สามารถช่วยในเรื่องการป้องกันเกี่ยวกับการดื่มเหล้า ยาเสพติด บุหรี่และการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร (Baumeister, Campbell, Krueger, Krueger, and Vohs, 2003 online)

โดยทั่วไป การเห็นคุณค่าในตนเองโดยทั่วไปมีผลดีต่อชีวิตในด้านต่างๆ หากมีปัจจัยด้านสังคมและใช้เหตุผล การที่มีทัศนคติที่ตรงตามความเป็นจริงย่อมบังเกิดผลด้านการนับถือตนเองและความสุขในชีวิต ผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองมักมีลักษณะกระฉับกระเฉง ว่องไว มีความเป็นตัวของตัวเอง มีความมั่นคงทางอารมณ์ กล้าในการแสดงออกและแสดงความคิดเห็น สามารถชักชวนผู้อื่นให้คล้อยตาม มองสิ่งต่างๆ ในแง่ดี มองเห็นความดีงามของตนเอง สามารถคิดแก้ปัญหาให้ลุล่วงด้วยดี ดังนั้น ผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองจึงสามารถประสบความสำเร็จต่างๆ ในชีวิต



บทที่

3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงประเมิณครั้งนี้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Method) โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิจัย 1) เพื่อประเมินผลการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครตามกรอบแนวคิด CIPP Model และ Logic Model 2) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองของผู้เข้าร่วมโครงการ ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ 3) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัด ได้แก่ ค่า BMI ไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต จำนวนการสูบบุหรี่ และค่าต่างๆ ตามที่แต่ละโครงการกำหนดของผู้เข้าร่วมโครงการ ที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ 4) เพื่อศึกษาปัจจัยด้านความพึงพอใจต่อโครงการ และด้านพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ที่มีต่อภาวะโภชนาการของผู้เข้าร่วมโครงการ และ 5) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงของหน่วยงานสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนเรียงตามลำดับดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมิน
2. วิธีการประเมินและบริหารโครงการ
3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและตัวชี้วัดความสำเร็จ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

PROMISE**ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมิน**

ประชากรในการประเมิน สถานพยาบาลที่ดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากงบประมาณสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร จำนวน 21 โครงการ จากกรอบแนวคิด CIPP Model ของ สตัฟเฟิลบีมและชินคฟิลด์ (Stufflebeam & Shinkfield, 2007) ประกอบกับ แนวคิดการประเมินแบบ 360 องศาและ โลจิกโมเดล (Logic Model) กลุ่มตัวอย่างในการประเมินครั้งนี้จึงประกอบด้วย หัวหน้าโครงการทั้ง 21 โครงการ รวม 21 คน ผู้บังคับของหัวหน้าโครงการทั้ง 21 โครงการ รวม 21 คน ผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่ให้สัมภาษณ์ระหว่าง ดำเนินโครงการใน 21 โครงการๆ ละ 4 คนรวมเป็น 84 คน และประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ เข้ารับบริการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตลอดโครงการจากทั้ง 21 โครงการรวม 2,970 คน โดยมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่างในการประเมิน

1. กลุ่มหัวหน้าโครงการ ได้แก่ ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นประธานโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อจัดกิจกรรมให้กับผู้ป่วยและประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ภายใต้การนิเทศและประเมินโครงการ จากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ปีพ.ศ. 2552 จำนวน 21 โครงการๆ ละ 1 คนรวมทั้งสิ้นจำนวน 21 คน
2. กลุ่มผู้บังคับบัญชา ได้แก่ ผู้บังคับบัญชาโดยตรงของประธานโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ภายใต้การนิเทศและประเมินโครงการจากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ปี พ.ศ. 2552 จำนวน 21 โครงการ รวมทั้งสิ้นจำนวน 21 คนเพราะบางสถานพยาบาลได้ดำเนินการ หลายโครงการจึง ทำให้ผู้บังคับบัญชาบางคนดูแลรับผิดชอบหลายโครงการ
3. กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการที่ให้สัมภาษณ์ระหว่างดำเนินโครงการ ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ได้ เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ภายใต้การนิเทศและประเมินโครงการจากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ปี พ.ศ. 2552 จำนวน 21 โครงการๆ ละ 4 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 84 คน
4. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตลอดโครงการอย่างน้อย 5 ครั้งในช่วงระยะที่ดำเนินโครงการ 4- 7 เดือนของสถานพยาบาลที่ให้บริการที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ภายใต้การนิเทศและประเมินโครงการ จากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ปี พ.ศ. 2552 จากทั้ง 21 โครงการรวม 2,970 คน

PROMISE**วิธีการประเมินและบริหารโครงการ**

การประเมินและบริหารโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยและประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้ง 21 โครงการในปี พ.ศ. 2552 ที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ภายใต้การนิเทศและประเมินโครงการจากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ดำเนินการตามลำดับต่อไปนี้

1. ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับการบริหารโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. จัดทำเกณฑ์มาตรฐานการประเมินพิจารณาตัดสินอนุมัติ ข้อเสนอโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ สถานพยาบาล ที่เสนอขอทุนสนับสนุน และเมื่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คนตรวจสอบพร้อมหัวหน้าโครงการปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงวุฒิ และดำเนินการทำสัญญาข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินโครงการให้เป็นไปตามเงื่อนไขที่ สปสช. และสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำหนดระหว่างฝ่ายหัวหน้าโครงการ ผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ และสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
3. จัดทำคู่มือการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ในเขตกรุงเทพมหานคร และคู่มือการบริหารการเงินสำหรับหัวหน้าโครงการและทีมงานเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินโครงการ
4. จัดทำคู่มือกำกับติดตามและประเมินผลโครงการเพื่อให้ผู้นิเทศโครงการใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามนิเทศงานและประเมินโครงการของผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวม 21 โครงการ
5. จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาขีดความสามารถของ สถานพยาบาล ที่ร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้มีความเชื่อมั่น มีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการเขียน การบริหารจัดการโครงการ และทักษะในการจัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งทางจิตและทางร่างกายตามแนว 3 Self และ PROMISE Model
6. จัดกิจกรรมในทีมผู้นิเทศเพื่อสร้างความร่วมมือในการดูแล ให้คำแนะนำแก่หัวหน้าโครงการต่างๆ ดำเนินการได้ไปตามเป้าหมาย และตัวชี้วัด
7. บริหารจัดการโครงการบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละ สถานพยาบาล ที่ร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้ผลสัมฤทธิ์ตามตัวชี้วัด โดยประยุกต์แนวคิดการประเมินผลโครงการตาม CIPP Model
8. จัดประชุมสรุปโครงการแก่ผู้ร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของทุกหน่วยงาน
9. สรุปรายงานผลการดำเนินงานบริหารจัดการโครงการ

PROMISE

ประเด็นในการประเมินเพื่อ อพิจารณาความเป็นไปได้ในการดำเนินโครงการของ
สถานพยาบาลที่ร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

1. ชื่อโครงการ บ่งชี้ถึงลักษณะกิจกรรมที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ ระบุ
กลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน
2. หลักการและเหตุผล ควรระบุ ปัญหาและสาเหตุที่มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องของ
กลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มที่ลักษณะคล้ายกันไว้อย่างชัดเจน ถ้ามีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ดี เพื่อเป็นกรอบใน
การจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาและลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย
3. วัตถุประสงค์ ควรมีความสอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข เป็นวัตถุประสงค์ที่วัดได้ จริง
และไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและเวลา โดยระบุตัวชี้วัดที่ชัดเจนทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เช่น กลุ่มเสี่ยง
มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปทิศทางที่ดีขึ้น รอบเอวลดลงจากเดิมเท่าไรก็คนหรือคิดเป็น
ร้อยละเท่าไร เป็นต้น
4. กลุ่มเป้าหมาย ควรระบุชัดเจนว่าเป็นใคร โดยผ่านการตรวจแบบคัดกรองด้วยเกณฑ์อย่างไร
ในการคัดเลือกเข้าโครงการ จำนวนกี่คน โดยให้เหมาะสมกับศักยภาพของผู้ดำเนินการ
5. หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบควรระบุไว้ชัดเจน เช่น หน่วย / ฝ่าย ภาควิชา สถาบัน เป็นต้น
6. ผู้รับผิดชอบ ควรระบุไว้ในรูปของคณะทำงานอย่างน้อย 3 คนขึ้นไปโดยให้ระบุชื่อนามสกุล
ตำแหน่ง วุฒิการศึกษา สถานที่ทำงาน และเบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ แฟกซ์ อีเมล
7. วันเวลา สถานที่ ในการดำเนินโครงการ ควรระบุพอสังเขป ช่วงไม่เกิน 7 เดือน
8. ขั้นตอนการดำเนินงาน ควรระบุไว้ชัดเจนว่าจะทำอะไรที่ไหนอย่างไร เมื่อไหร่ โดยจัดทำเป็น
ผังการปฏิบัติงาน โดยมีระยะเวลาทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อยู่ระหว่าง 4 -6 เดือน
9. การประเมินผลโครงการ ควรระบุลักษณะการประเมิน และตัวชี้วัดที่ชัดเจน ที่ให้เกิดผลการ
เปลี่ยนแปลงของลักษณะทางจิต เช่น ร้อยละของ ผู้เข้าร่วมโครงการหรือผู้รับบริการมีพฤติกรรมจัดการ
ความเครียดดีขึ้นโดยวัดจากอะไรบ้าง ร้อยละของ ผู้เข้าร่วมโครงการมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง
ในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละของ ผู้เข้าร่วมโครงการ มีความพึงพอใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สุขภาพของตนเองพร้อมที่จะทำกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของ ตนเอง ถึงแม้โครงการสิ้นสุดลง เป็นต้น
และตัวแปรผลลัพธ์ทางร่างกายและทางคลินิก เช่น ร้อยละของ ผู้เข้าร่วมโครงการ มีการออกกำลังกาย
สม่ำเสมอเพิ่มขึ้น ร้อยละของ ผู้เข้าร่วมโครงการ มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงหรือเป็นปกติ ร้อยละของ
ผู้เข้าร่วมโครงการมีความดันโลหิตลดลงหรือเป็นปกติ ร้อยละของระดับความพึงพอใจ เป็นต้น
10. ผลสัมฤทธิ์ของงาน ที่ทางสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ส่งมอบงานให้ สปสช . เมื่อสิ้นสุด
โครงการ ประกอบด้วย แบบบันทึกผลการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหน่วยงานตาม

PROMISE

ตัวชี้วัดของ สปสช. และรายงานสรุปผลการดำเนินงานที่ครอบคลุมทุกระยะของการดำเนินโครงการของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สถานพยาบาล ที่ดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยง ที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ภายใต้การนิเทศและประเมินโครงการจากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ประกอบไปด้วยหน่วยงานต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการใส่ใจสุขภาพเพื่อชีวิตที่ดีกว่า เลขที่สัญญา : H1/2552 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ บุคลากรของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีที่มี ค่าBMI เกิน จำนวน 60 คน

2. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการน้ำหนักพอดีไม่มีโรค เลขที่สัญญา : H2/2552 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ ประชาชนที่มี ค่าBMI เกิน จำนวน 50 คน

3. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 2 โครงการ คือ

3.1 โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการฟื้นฟูออกกำลังกายและให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการผ่าตัด coronary by pass เลขที่สัญญา : H3/2552 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 80 คน

3.2 โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดบุหรี่ในชุมชน เลขที่สัญญา : H4/2552 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ คือ ประชาชนที่ติดบุหรี่ จำนวน 370 คน

4. โรงพยาบาลชั่งอี จำนวน 3 โครงการ คือ

4.1 โครงการดูแลการบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เลขที่สัญญา : H5/2552 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 100 คน

4.2 โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคอ้วนที่มารับบริการในโรงพยาบาลชั่งอี เลขที่สัญญา : H6/2552 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ คือ ผู้ป่วยโรคอ้วน จำนวน 100 คน

4.3 โครงการดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน เลขที่สัญญา : H7/2552 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 150 คน

5. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยงในการปรับพฤติกรรมการออกกำลังกายและอ้วนลงพุงสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จเจ้าพระยา เลขที่สัญญา : H8/2552 กลุ่ม คือ บุคลากรที่เป็นโรคอ้วนและขาดการออกกำลังกาย จำนวน 550 คน

PROMISE

6. โรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 3 โครงการ คือ

6.1 โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เลขที่สัญญา : H9/2552 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ คือ ประชาชนทั่วไปที่เป็นกล



PROMISE

ตำรวจและลูกจ้างที่มีไขมันในเลือดสูง เป็นโรคอ้วน รอบเอวเกินมาตรฐาน จำนวน 100 คน

10. โรงพยาบาลหลวงพ่อบุญศรี จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน เลขที่สัญญา : H19/2552 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ คือ ประชาชนทั่วไปที่มีน้ำหนักเกิน เป็นโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง จำนวน 172 คน

11. โรงพยาบาลสิรินธรสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของข้าราชการและลูกจ้างกรุงเทพมหานครที่มีภาวะไขมันและน้ำตาลในเลือดสูง และน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน เลขที่สัญญา : H20/2552 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ คือ ข้าราชการลูกจ้างของโรงพยาบาลที่มีไขมันสูง ค่าBMI เกินมาตรฐาน จำนวน 144 คน

12. โรงพยาบาลลาดกระบัง จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนสำหรับผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานและกลุ่มเสี่ยง เลขที่สัญญา : H21/2552 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ คือ ประชาชนทั่วไปที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำนวน 50 คน

สรุปในภาพรวมแล้วมี สถานพยาบาลในกรุงเทพมหานครที่ดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยและประชาชนกลุ่มเสี่ยง จำนวน 12 หน่วยงาน รวมทั้งสิ้น 21 โครงการ มีผู้เข้าร่วมโครงการรวมทั้งสิ้นจำนวน 2,970 คน มีหัวหน้าโครงการจำนวน 21 คน มีผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการจำนวน 21 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและบริหารโครงการ

การประเมินโครงการครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิด CIPP Model ของ สตัฟเฟิลบีมและชินคฟิลด์ (Stufflebeam & Shinkfield, 2007) โลจิกโมเดล (Logic Model) ร่วมกับการประเมินแบบ 360 องศา เครื่องมือในการประเมินสามารถจำแนกตามกลุ่มดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ประเมินในกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ ได้แก่

1.1 การประเมินบริบททั่วไปของโครงการ (C – Context) ได้แก่

1.1.1 แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) สำหรับประเมินสภาพแวดล้อมการดำเนินกิจกรรม ความสอดคล้องกับปัญหาด้านสุขภาพ ความพร้อมของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ แนวคิดในการจัดกิจกรรม ความพร้อมของหน่วยงาน และแนวโน้มความสำเร็จของโครงการ มีเกณฑ์ในการประเมินคือ กลุ่ม ผู้เข้าร่วมโครงการ ให้คะแนนการประเมินด้านบริบททั่วไปมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75

PROMISE

1.1.2 แบบสอบถามบริบททั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เหตุผลที่เข้าร่วมโครงการ สิ่งที่คาดหวังจากโครงการ การประชาสัมพันธ์โครงการ ความสอดคล้องกับปัญหาด้านสุขภาพ มีเกณฑ์การประเมินคือ กลุ่ม ผู้เข้าร่วมโครงการ มีความรู้สึกพึงพอใจ รู้สึกเชิงบวกต่อบริบททั่วไปของโครงการ

1.2 การประเมินปัจจัยนำเข้าของโครงการ (I – Input) ได้แก่

1.2.1 แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) สำหรับประเมิน ความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์ดำเนินโครงการ สถานที่ดำเนินกิจกรรม คู่มือดูแลสุขภาพ การเป็น แบบอย่างด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่ การติดตามดูแลให้ข้อมูลด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ มีเกณฑ์ในการประเมินคือ กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการให้คะแนนการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70

1.2.2 แบบสอบถามปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์ในโครงการ สถานที่ดำเนินโครงการ เอกสารความรู้ประกอบกิจกรรม การเป็น แบบอย่างด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่ ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ ความเพียงพอของเจ้าหน้าที่ และการดูแลติดตามอย่างใกล้ชิดจากโครงการ มีเกณฑ์การประเมินคือ กลุ่ม ผู้เข้าร่วมโครงการ มีความรู้สึกพึงพอใจ รู้สึกเชิงบวกต่อยังปัจจัยนำเข้าของโครงการ

1.3 การประเมินกระบวนการของโครงการ (P – Process) ได้แก่

1.3.1 แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) สำหรับประเมิน การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม การกำกับติดตามด้านสุขภาพ วิทยากรของโครงการ และการประเมินความรู้เข้าใจของผู้เข้าร่วมโครงการ มีเกณฑ์ในการประเมินคือ กลุ่ม ผู้เข้าร่วมโครงการให้คะแนนการประเมินด้านกระบวนการ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70

1.3.2 แบบสอบถามกระบวนการ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมโครงการ การให้กำลังใจกรณีที่ทำพฤติกรรมไม่ถึงเป้าหมาย การสร้างแรงจูงใจ การตั้งเป้าหมายสุขภาพและการให้คำแนะนำ การกำกับและประเมินพฤติกรรม และการให้คำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ มี เกณฑ์การประเมินคือ กลุ่ม ผู้เข้าร่วมโครงการ มีความรู้สึกพึงพอใจ รู้สึกเชิงบวกต่อกระบวนการของโครงการ

1.4 การประเมินผลผลิตของโครงการ (P – Product) ได้แก่

1.4.1 แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) สำหรับประเมิน การส่งเสริม

PROMISE

พฤติกรรมสุขภาพของ ผู้เข้าร่วมโครงการ การได้รับความรู้เพิ่มเติม ความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ การบันทึกในสมุดสุขภาพ และความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง มี เกณฑ์ในการประเมินคือ กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการให้คะแนนการประเมินด้านผลลัพธ์ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70

1.4.2 แบบสอบถามผลผลิต ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ การนำความรู้จาก โครงการไปใช้ การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ การทำสมุด บันทึกสุขภาพ มีเกณฑ์การประเมิน คือ กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ มีความรู้สึกพึงพอใจ รู้สึกเชิงบวกต่อผล ลัพธ์ที่ได้จากโครงการ

1.5 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ระหว่างก่อนและหลังการเข้ารับการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย

1.5.1 แบบสอบถามวัดการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตนเอง (Self efficacy) เป็นแบบสอบถามที่มีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ มีค่า สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.73 และมีค่า อำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป

1.5.2 แบบสอบถามการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-regulation) เป็น แบบสอบถามที่มีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริง บ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความ เชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.80 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ 0.2 ขึ้นไป

1.5.3 แบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง (Self care) เป็นแบบสอบถามที่มีมาตร วัดประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และ ไม่จริง (คะแนน = 1) ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป

2. เครื่องมือที่ใช้ประเมินในกลุ่มหัวหน้าโครงการ ได้แก่

2.1 การประเมินบริบททั่วไปของโครงการ (C – Context) ได้แก่

2.1.1 แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) สำหรับประเมิน ความ สอดคล้องกับปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ศักยภาพของ

PROMISE

คณะทำงาน แนวคิดในการดำเนินโครงการ ทรัพยากรในการดำเนินโครงการ แนวโน้มแห่งความสำเร็จ มีเกณฑ์ในการประเมินคือ กลุ่มหัวหน้าโครงการให้คะแนนการประเมินด้านบริบททั่วไป มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70

2.1.2 แบบสอบถามบริบททั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ วิธีการการวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา การคัดเลือกคณะทำงาน ความสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน ทรัพยากรในการดำเนินโครงการ มีเกณฑ์การประเมินคือ กลุ่มหัวหน้าโครงการมีความรู้สึกพึงพอใจ รู้สึกเชิงบวกต่อบริบททั่วไปของโครงการ

2.2 การประเมินปัจจัยนำเข้าของโครงการ (I – Input) ได้แก่

2.2.1 แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) สำหรับประเมิน ความสามารถในการบริหารโครงการ การเตรียมคณะทำงาน การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ การจัดคำคู่มือประกอบการฝึกอบรม การจัดทำเครื่องมือประเมินผลการทำงาน มีเกณฑ์ในการประเมินคือ กลุ่มหัวหน้าโครงการให้คะแนนการประเมินปัจจัยนำเข้า มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70

2.2.2 แบบสอบถามปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ การนำหลัก PROMISE มาใช้ในโครงการ การจัดเตรียมเอกสาร การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์สถานที่ แนวคิดในการจัดกิจกรรม การประเมินผลคณะทำงาน มีเกณฑ์การประเมินคือ กลุ่มหัวหน้าโครงการมีความรู้สึกพึงพอใจ รู้สึกเชิงบวกต่อยปัจจัยนำเข้าของโครงการ

2.3 การประเมินกระบวนการของโครงการ (P – Process) ได้แก่

2.3.1 แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) สำหรับประเมิน การแสดงบทบาทผู้นำทีม การเป็นบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ การประเมินผลการปฏิบัติงานและการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ทีมงาน การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า มีเกณฑ์ในการประเมินคือ กลุ่มหัวหน้าโครงการให้คะแนนการประเมินด้านกระบวนการ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70

2.3.2 แบบสอบถามกระบวนการ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ การแสดงบทบาทผู้นำทีม การเป็นบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ การใส่ใจและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ทีมงาน การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม ปัญหาที่หนักที่สุดระหว่างการดำเนินโครงการ มีเกณฑ์การประเมินคือ กลุ่มหัวหน้าโครงการมีความรู้สึกพึงพอใจ รู้สึกเชิงบวกต่อกระบวนการของโครงการ

2.4 การประเมินผลผลิตของโครงการ (P – Product) ได้แก่

2.4.1 แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) สำหรับประเมิน ความพึงพอใจ

PROMISE

ของผู้รับบริการและหน่วยงานตามการรับรู้ของตนเอง การบรรลุตามเป้าหมายของโครงการ การสร้างนวัตกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ การพัฒนาทักษะการบริหารโครงการ มีเกณฑ์ในการประเมินคือ กลุ่มหัวหน้าโครงการให้คะแนนประเมินด้านผลลัพธ์ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70

2.4.2 แบบสอบถามผลผลิต ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของผู้เข้ารับบริการ ความพึงพอใจของหน่วยงาน ปัจจัยที่ทำให้โครงการประสบความสำเร็จ นวัตกรรมที่ได้สร้างขึ้นใหม่ ความแตกต่างจากการบริหารโครงการครั้งที่ผ่านมา มีเกณฑ์การประเมินคือ กลุ่มหัวหน้าโครงการมีความรู้สึกพึงพอใจ รู้สึกเชิงบวกต่อผลลัพธ์ที่ได้จากโครงการ

3. เครื่องมือที่ใช้ประเมินในกลุ่มผู้บังคับบัญชา ได้แก่

3.1 การประเมินบริบททั่วไปของโครงการ (C – Context) ได้แก่

3.1.1 แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า ระดับ ตั้งแต่ จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) สำหรับประเมิน ความสอดคล้องกับปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน การสนับสนุนโครงการ ศักยภาพของคณะทำงาน แนวคิดในการจัดกิจกรรม ทรัพยากรของหน่วยงาน แนวโน้มแห่งการประสบความสำเร็จของโครงการ มีเกณฑ์ในการประเมินคือ กลุ่มผู้บังคับบัญชาให้คะแนนการประเมินด้านบริบททั่วไป มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ

3.1.2 แบบสอบถามบริบททั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ การรับทราบเกี่ยวกับโครงการ การสนับสนุนโครงการ ความเชื่อมั่นในศักยภาพของทีมงาน แนวคิดในการจัดกิจกรรม ปัจจัยที่คาดว่าจะสนับสนุนความสำเร็จของโครงการ มีเกณฑ์การประเมินคือ กลุ่มผู้บังคับบัญชามีความรู้สึกพึงพอใจ รู้สึกเชิงบวกต่อบริบททั่วไปของโครงการ

3.2 การประเมินปัจจัยนำเข้าของโครงการ (I – Input) ได้แก่

3.2.1 แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่จริงมาก(คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) สำหรับประเมิน ความสามารถของหัวหน้าโครงการ ความเพียงพอของคณะทำงาน การจัดเตรียมวัสดุสิ่งของอุปกรณ์ต่างๆของทีมงาน การเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพของคณะทำงาน หลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้ารับบริการมีเกณฑ์ประเมินคือ กลุ่มผู้บังคับบัญชาให้คะแนนประเมินด้านปัจจัยนำเข้า มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ

3.2.2 แบบสอบถามปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ศักยภาพของหัวหน้าโครงการ จำนวนคณะทำงาน การสนับสนุนด้านต่างๆ การเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพของคณะทำงาน เกณฑ์การคัดเลือก ผู้เข้าร่วมโครงการ มีเกณฑ์การประเมินคือ กลุ่มผู้บังคับบัญชาที่มีความรู้สึกพึงพอใจ รู้สึกเชิงบวกต่อปัจจัยนำเข้าของโครงการ

3.3 การประเมินกระบวนการของโครงการ (P – Process) ได้แก่

PROMISE

3.3.1 แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) สำหรับประเมิน การให้กำลังใจ แก่คณะทำงาน การติดตามผลการดำเนินโครงการแต่ละระยะ การให้คำแนะนำแก่ คณะทำงาน การ สนับสนุนด้านต่าง ๆ แก่ทีมงาน การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าระหว่างการดำเนินโครงการ มี เกณฑ์ประเมินคือ กลุ่มผู้บังคับบัญชาให้คะแนนการประเมินด้านกระบวนการมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ

3.3.2 แบบสอบถามกระบวนการ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ การให้กำลังใจใน คณะทำงาน การให้คำแนะนำในช่วงเวลาสำคัญ การสร้างแรงจูงใจทางบวกต่อคณะทำงาน การ ประเมินผลการทำงาน การมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาต่าง ๆ กับทีมงาน มีเกณฑ์การประเมินคือ กลุ่ม ผู้บังคับบัญชามีความรู้สึกพึงพอใจ รู้สึกเชิงบวกต่อกระบวนการของโครงการ

3.4 การประเมินผลผลิตของโครงการ (P – Product) ได้แก่

3.4.1 แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) สำหรับประเมิน ความเชื่อมั่นว่า โครงการเป็นประโยชน์ต่อประชาชน ความพึงพอใจต่อกา รดำเนินงานของคณะทำงาน การสร้าง ชื่อเสียงให้กับหน่วยงาน ความสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน การสร้างนวัตกรรมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ มีเกณฑ์ในการประเมินคือ กลุ่มผู้บังคับบัญชาให้คะแนนการประเมินด้านผลลัพธ์ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70

3.4.2 แบบสอบถามผลผลิต ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ จุดเด่นจุดแข็งของ โครงการ ความพึงพอใจต่อโครงการ การสนับสนุนโครงการครั้งต่อไป การเสริมสร้างด้านสุขภาพ ให้กับประชาชนได้แท้จริง การสนับสนุนที่มีผลต่อความสำเร็จของโครงการ มีเกณฑ์การประเมินคือ กลุ่มผู้บังคับบัญชามีความรู้สึกพึงพอใจ รู้สึกเชิงบวกต่อผลลัพธ์ที่ได้จากโครงการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะนิเทศและทีมผู้ประเมิน ดำเนินการสัมภาษณ์ ตามแบบการสัมภาษณ์ที่พัฒนาจาก แนวคิดการประเมินโครงการ CIPP Model ของ สตัฟเฟิลบีมและชินคฟิลด์ (Stufflebleam & Shinkfield, 2007) การประเมินแบบโลจิก (Logic Model) และเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับ แนวคิด PROMISE Model ที่ คณะวิจัย สร้างขึ้นจากการบูรณาการแนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์ โดยการสัมภาษณ์และการสอบถาม ผู้เกี่ยวข้อง 3 กลุ่ม ประกอบด้วย หัวหน้าโครงการ จำนวน 21 คน ผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ จำนวน 21 คน และผู้ป่วยและประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือ ผู้เข้าร่วม โครงการ จำนวน 84 คน ในช่วงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2552 ถึง กุมภาพันธ์ 2553

PROMISE

2. รวบรวมแบบสอบถามพฤติกรรมการสุขภาพ 3 Self โดยการสอบถาม กลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ รวมจำนวน 2,970 คน ทั้งก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม พ.ศ.2552 และหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ.2552 ถึง กุมภาพันธ์ 2553
3. รวบรวมความคิดเห็นจากการประชุมสรุปโครงการร่วมกันระหว่างหัวหน้าโครงการและทีมงาน จำนวน 21 โครงการ และกลุ่มคณะนิเทศก์และประเมินผลโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปด้านบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ประวัติการเจ็บป่วย เป็นต้น ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ด้วย สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลในเชิงปริมาณ ที่ได้จากการสอบถามเพื่อการนิเทศและประเมินโครงการตามแนว CIPP Model และแนวคิด PROMISE Model ใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และนำเสนอด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความคิดเห็นด้านความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้จากการประเมินตาม CIPP ที่มีต่อความเป็นไปได้และความสำเร็จของโครงการ จาก 3 กลุ่ม เพื่อตอบสมมติฐานข้อที่ 1
3. ข้อมูลในเชิงปริมาณ ที่ได้จากการสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และนำเสนอด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยสถิติค่าที (t-test) เพื่อตอบสมมติฐานข้อที่ 2
4. ข้อมูลในเชิงปริมาณ ที่ได้จากการสอบถามเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงตามตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ทางร่างกายและชีวเคมี ใช้สถิติวิเคราะห์การเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยสถิติการวิเคราะห์ค่าที (t-test) ตามที่โครงการกำหนด เพื่อตอบสมมติฐานข้อที่ 3
4. ข้อมูลในเชิงปริมาณภายหลังจากสิ้นสุดโครงการ ที่ได้จากการรายงานผลการเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัดด้านความพึงพอใจต่อโครงการ คณะแผนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self เป็นปัจจัยสำคัญในการจำแนกความแตกต่างของกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการ (ค่า BMI) แตกต่างกัน ด้วยสถิติการวิเคราะห์ค่าที (t-test) เพื่อตอบสมมติฐานข้อที่ 4
5. ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมในเชิงคุณภาพที่แสดงถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ด้วยการพรรณนาและนำเสนอเป็น ความถี่ เพื่อตอบสมมติฐานข้อ 5

PROMISE

แผนการดำเนินโครงการ

กิจกรรม	ระยะเวลา	พ.ศ.2552										2553	
		เม.ย	พ.ค	มิ.ย	ก.ค	ส.ค	ก.ย	ต.ค	พ.ย	ธ.ค	ม.ค	ก.พ	มี.ค
1.ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้อง		↔											
2.ขออนุมัติโครงการและงบประมาณ		↔											
3.จัดทำเกณฑ์มาตรฐานในการประเมินพิจารณาข้อเสนอโครงการของหน่วยงานกลุ่มเป้าหมายและทำตัวชี้วัดผลงาน		↔											
4. ประชาสัมพันธ์รับข้อเสนอโครงการจากหน่วยงาน		↔											
5.จัดทำคู่มือกำกับติดตามและประเมินผลโครงการพร้อมแบบประเมินและเครื่องมือการบริหารจัดการ ประเมินผลทั้งหมด		↔											
6.จัดทำคู่มือการบริหารการเงินและพัสดุสำหรับหน่วยงาน		↔											
7.จัดประชุมผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจพิจารณาคู่มือและเครื่องมือ		↔											
8.จัดทำ webpage โครงการ เพื่อเป็นช่องทางการสื่อสารกับผู้เกี่ยวข้องและเป็นฐานข้อมูลโครงการ		↔											
9. ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาข้อเสนอโครงการและให้ข้อเสนอแนะ		↔											
10.จัดอบรมหน่วยงานเข้าร่วมให้บริการเพื่อชี้แจงปรับแก้โครงการและสร้างความเข้าใจหลัก 3Self และ PROMISE 3วัน		↔											
11.ให้หน่วยงานปรับแก้ไขโครงการ ส่งโครงการฉบับสมบูรณ์		↔											
12. อนุมัติข้อเสนอโครงการ		↔											
13.จัดประชุมชี้แจงผู้ได้รับอนุมัติโครงการทั้งหมดเพื่อตกลงร่วมกันและรับข้อเสนอแนวทางการดำเนินงานให้เป็นผลสำเร็จ พร้อมประชุมทีมนิเทศ 1 วัน		↔											
14.ประสานขอความร่วมมือจากผู้บังคับบัญชาโดยตรงของหน่วยงานเพื่อขอความร่วมมือในการประเมินผลโครงการ		↔											
15.หน่วยงานต่าง ๆ ดำเนินกิจกรรมตามแผนโครงการ						↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
16.ดำเนินการติดตามนิเทศ กำกับติดตาม ประเมินผลโครงการในพื้นที่ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เป็นระยะ							↔		↔				
17.จัดประชุมสรุปโครงการและรับทราบปัญหาและข้อเสนอแนะโครงการจากหน่วยงานผู้รับผิดชอบโครงการ 1 วัน											↔		
18.บันทึกและตรวจสอบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง						↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
19.ตรวจสอบรายงานการเงินทั้งหมดให้ถูกต้อง											↔	↔	
20.จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสนอต่อ สปสช. ตามตัวชี้วัดและข้อสัญญา												↔	↔



บทที่

4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การบริหารจัดการและประเมินโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ สถานพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อประเมินโครงการตามแนวคิด CIPP Model ศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 3Self และการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดด้านสุขภาพอื่นๆ ตามที่แต่ละโครงการ ได้กำหนดตามวัตถุประสงค์ เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผลการนิเทศและประเมินโครงการตามรูปแบบการประเมิน CIPP Model คือ ปัจจัยด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้าน ผลลัพธ์ ของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ของทุกโครงการ อยู่ในระดับดีขึ้นไป ทั้งในกลุ่มหัวหน้าโครงการ ผู้เข้าร่วมโครงการ และผู้บังคับบัญชาของ หัวหน้าโครงการ

2. ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก PROMISE Model มีผลให้ ผู้เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self (การรับรู้ความสามารถในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง)ดีขึ้น กว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ

3. ผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละ สถานพยาบาลมีการเปลี่ยนตัวชี้วัด ทางชีวเคมี เช่น ค่า BMI น้ำหนักตัว รอบเอว ไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต และค่าต่างๆ ตามที่แต่ละโครงการกำหนดดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

4. ภายหลังการเข้าร่วมโครงการ ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะ โภชนาการ (ค่าBMI)ต่ำ จะมีความพึงพอใจ จต่อ โครงการ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self สูงกว่า ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะ โภชนาการ(ค่าBMI)สูง

5. ทราบถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

PROMISE

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้แทนความหมาย ดังต่อไปนี้

n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย
$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
S.D.	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, MD. แทน ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย
t	แทน	ค่าสถิติทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย t- test
*	แทน	ค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเรียงลำดับตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 5 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ สถานพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร

ตอนที่ 2 ผลการประเมินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ สถานพยาบาล ใน กรุงเทพมหานครตามกรอบแนวคิด CIPP Model และ Logic Model ตามสมมติฐานข้อ 1

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้เข้าร่วม โครงการ ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามสมมติฐานข้อ 2

ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบตัวชี้วัดด้านชีวเคมี ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต เส้นรอบเอววัดเป็นนิ้ว รอบเอวหารสะโพก และเส้นรอบเอววัดเป็นเซนติเมตร ของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามสมมติฐานข้อ 3

ตอนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบ ความพึงพอใจต่อโครงการ พฤติกรรมสุขภาพ 3Self ในกลุ่มที่มีภาวะ โภชนาการต่างกันภายหลังเข้าร่วมโครงการ ตามสมมติฐานข้อ 4

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ สถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

จากการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิก ที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งหมด 21 โครงการจากสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร 17 แห่งรวมผู้เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 2,970 คน โดยมีการกระจายของข้อมูลทั่วไป ดังตาราง 1

PROMISE

ตาราง 1 ความถี่ และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาล

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	2,010	67.68
ชาย	960	32.32
รวม	2,970	100.00
ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ช่วงอายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	442	14.88
30-39 ปี	810	27.28
40-49 ปี	625	21.04
50-59 ปี	604	20.34
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	489	16.46
รวม	2,970	100.00
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	68	2.29
ประถมศึกษา	478	16.09
มัธยมศึกษา, ปวช., ปวส.	1,327	44.68
ปริญญาตรี	765	25.76
สูงกว่าปริญญาตรี	230	7.75
ไม่ตอบ/ไม่มีข้อมูล	102	3.43
รวม	2,970	100.00
สิทธิการรักษาพยาบาล		
บัตรทองในเขตกทม.	761	25.62
บัตรประกันสังคม	659	22.19
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจและครอบครัว	1,089	36.67
บัตรทองนอกเขตกทม.	302	10.17
อื่น เช่น จ่ายเอง บริษัทเอกชนออกให้	159	5.35
รวม	2,970	100.00

PROMISE

ลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย		
กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	608	20.47
กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน	513	17.27
กลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง	433	14.58
กลุ่มเสี่ยงที่มีการติดบุหรี่/สารเสพติด	198	6.67
อื่น(ระบุ) ได้แก่ โรคอ้วน ขาดการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภค	1,218	41.01
รวม	2,970	100.00
ปัจจัยเสี่ยงที่พบ (เสี่ยงได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เบาหวาน/น้ำตาลในเลือดสูง	431	14.51
ความดันโลหิตสูง	559	18.82
ไขมันสูง	446	15.02
อ้วน/BMI สูง	1,460	49.16
สูบบุหรี่	189	6.36
เครียด	706	23.77
ขาดการออกกำลังกาย	648	21.82
รับประทานอาหารไม่ดี	557	18.75
พันธุกรรม	740	24.92
อื่น ๆ (ระบุ) เครียด ผอม โรคตับ	299	10.07

จากตาราง 1 พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 2,010 คิดเป็นร้อยละ 67.68 อยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี จำนวน 810 คนคิดเป็นร้อยละ 27.27 มีการศึกษาระดับ มัธยมศึกษา, ปวช., ปวส. จำนวน 1,327 คน คิดเป็นร้อยละ 44.68 มีสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นข้าราชการ /รัฐวิสาหกิจและครอบครัว จำนวน 1,089คน คิดเป็นร้อยละ 36.67 ลักษณะของกลุ่มเป้าหมายคืออยู่ในกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ โรคอ้วน ขาดการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภค จำนวน 1,218 คน คิดเป็นร้อยละ 41.01 ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือ เสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วนและมีค่าBMI สูง จำนวน 1,460 คน คิดเป็นร้อยละ 49.16

ตอนที่ 2 ผลการประเมินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ สถานพยาบาลใน กรุงเทพมหานคร ตามกรอบแนวคิด CIPP Model และ Logic Model ตามสมมติฐานข้อ 1

ผลประเมินโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขต กรุงเทพมหานคร มีจำนวนทั้งสิ้น 21 โครงการ โดยให้ผู้เข้าร่วมโครงการที่ได้รับการสุ่มเป็นผู้ตอบ

PROMISE

แบบสอบถามโครงการละ 4 คน รวมทั้งสิ้น 84 คน หัวหน้าโครงการ จำนวน 21 คน และมีผู้บังคับบัญชา จำนวน 21 คน ผลการประเมินเรียงตามลำดับดังนี้

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของคะแนนความคิดเห็นของกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการที่มีต่อโครงการในด้านบริบททั่วไป ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์

ด้านที่ประเมิน (N = 84)	จำนวนผู้ตอบ (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.	ความ หมาย	ลำดับ คะแนน
	ปรับปรุง (1)	พอใช้ (2)	ดี (3)	ดีมาก (4)				
บริบททั่วไป (Context)								
1.สภาพแวดล้อมในการดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความเหมาะสม	-	2 (2.40)	32 (38.10)	50* (59.50)	3.57	0.54	ดีมาก	3
2.โครงการที่จัดขึ้นสอดคล้องกับปัญหาหรือความต้องการด้านสุขภาพของท่าน	-	-	15 (17.90)	69* (82.10)	3.82	0.39	ดีมาก	1*
3.เจ้าหน้าที่ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีจำนวนเพียงพอต่อผู้รับบริการในโครงการ	1 (1.20)	10 (11.90)	32 (38.10)	41* (48.80)	3.35	0.74	ดี	6
4.แนวคิดและกิจกรรมของโครงการของผู้จัดมีความทันสมัยและใช้ประโยชน์ได้จริง	-	1 (1.20)	25 (29.80)	58* (69.00)	3.68	0.49	ดีมาก	2
5.หน่วยงานที่จัดกิจกรรมให้ท่าน มีสภาพแวดล้อม/ทรัพยากรที่เอื้อต่อความสำเร็จของโครงการ	1 (1.20)	3 (3.60)	29 (34.50)	51* (60.70)	3.55	0.63	ดีมาก	5
6.โครงการที่จัดขึ้นมีแนวโน้มที่จะดำเนินการได้ประสบความสำเร็จ	-	2 (2.40)	33 (39.30)	49* (58.3)	3.56	0.55	ดีมาก	4
คะแนนรวมเฉลี่ยด้านบริบททั่วไปของโครงการ					3.59	0.37	ดีมาก	

PROMISE

ด้านที่ประเมิน (N = 84)	จำนวนผู้ตอบ (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.	ความ หมาย	ลำดับ คะแนน
	ปรับปรุง (1)	พอใช้ (2)	ดี (3)	ดีมาก (4)				
ปัจจัยนำเข้า (Input)								
1. วัสดุอุปกรณ์มีความพร้อม และเพียงพอต่อผู้รับบริการ ทั้งหมด	-	10 (11.90)	35 (41.70)	39* (46.40)	3.35	0.69	ดี	4
2. สถานที่จัดฝึกอบรมมีความ สะดวกสบาย	1 (1.20)	1 (1.20)	23 (27.40)	59* (70.20)	3.67	0.57	ดีมาก	2
3. มีคู่มือดูแลสุขภาพประกอบการ ฝึกอบรมและสามารถนำมาศึกษา เพิ่มเติมได้ด้วยตนเอง	2 (2.40)	4 (4.80)	24 (28.60)	54* (64.30)	3.55	0.70	ดีมาก	3
4. เจ้าหน้าที่ในโครงการเป็น ต้นแบบของผู้มีพฤติกรรม สุขภาพที่ดี	-	4 (4.80)	13 (15.50)	67* (79.80)	3.75	0.53	ดีมาก	1*
5. มีเจ้าหน้าที่คอยให้ข้อมูล แนะนำและอำนวยความสะดวก ให้กับท่านอย่างเพียงพอ	-	5 (6.00)	28 (33.30)	51* (60.70)	3.55	0.61	ดีมาก	3
คะแนนรวมเฉลี่ยด้านปัจจัยนำเข้า					3.60	0.48	ดีมาก	
กระบวนการ (Process)								
1. เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ท่านมี ส่วนร่วมหรือแสดงความคิดเห็น ในการดำเนินโครงการ	-	3 (3.60)	23 (27.40)	58* (69.00)	3.65	0.55	ดีมาก	3
2. เจ้าหน้าที่ใส่ใจ คอยกำกับ ติดตาม ดูแลสุขภาพของท่าน ตลอดระยะการดำเนินโครงการ	-	4 (4.80)	20 (23.80)	60* (71.40)	3.67	0.57	ดีมาก	2
3. วิทยากรในโครงการถ่ายทอด ความรู้ในเรื่องที่บรรยายได้ อย่างชัดเจน	-	1 (1.20)	18 (21.40)	65* (77.40)	3.76	0.46	ดีมาก	1*
4. รูปแบบกิจกรรมที่จัดขึ้นมีทั้ง การให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติ	-	2 (2.40)	30 (35.70)	52* (61.90)	3.60	0.54	ดีมาก	4

PROMISE

ด้านที่ประเมิน (N = 84)	จำนวนผู้ตอบ (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.	ความ หมาย	ลำดับ คะแนน
	ปรับปรุง (1)	พอใช้ (2)	ดี (3)	ดีมาก (4)				
5. มีการประเมินความเข้าใจของ ผู้รับบริการและให้ข้อเสนอแนะ เพิ่มเติมทำกิจกรรมทุกครั้ง	1 (1.20)	5 (6.00)	31 (36.90)	47* (56.00)	3.48	0.67	ดี	5
คะแนนรวมเฉลี่ยด้านกระบวนการ					3.63	0.40	ดีมาก	
ผลลัพธ์ (Product)								
1. โครงการดังกล่าวช่วยส่งเสริม และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพได้	-	-	18 (21.40)	66* (78.60)	3.79	0.41	ดีมาก	1*
2. ท่านได้รับความรู้เพิ่มขึ้น เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ สอดคล้องกับวิถีชีวิตของท่าน	-	-	18 (21.40)	66* (78.60)	3.79	0.41	ดีมาก	1*
3. ท่านมีความมั่นใจในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ของตนเองไปในทางที่ดีเพิ่มขึ้น	-	5 (6.00)	17 (20.20)	62* (73.80)	3.68	0.58	ดีมาก	3
4. ท่านมีการบันทึกและใส่ใจ ติดตามในพฤติกรรมสุขภาพ ของตนเองอย่างสม่ำเสมอ	3 (3.60)	9 (10.70)	33 (39.30)	39* (46.40)	3.29	0.80	ดี	4
5. ท่านสามารถดูแลสุขภาพของ ตนเองได้ดีขึ้น	-	3 (3.60)	19 (22.60)	62* (73.80)	3.70	0.53	ดีมาก	2
คะแนนรวมเฉลี่ยด้านผลลัพธ์					3.64	0.35	ดีมาก	
คะแนนรวมเฉลี่ยทุกด้าน					3.61	0.34	ดีมาก	

จากตาราง 2 ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมโครงการที่มีต่อโครงการ จำแนกตามปัจจัย 4 ด้านดังนี้

ด้านบริบททั่วไป พบว่า มีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า โครงการที่จัดขึ้น สอดคล้องกับปัญหาหรือความต้องการด้านสุขภาพของท่าน อยู่ในระดับคะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุดรองลงมาเป็น สภาพแวดล้อมในการดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความเหมาะสม ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก ส่วน ความคิดเห็นต่อประเด็นอื่นๆ มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับดีมาก เช่นกัน ยกเว้นความคิดเห็นที่ว่า เจ้าหน้าที่ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีจำนวนเพียงพอต่อผู้รับบริการในโครงการ ซึ่งมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับดี

PROMISE

ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า มีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า เจ้าหน้าที่ในโครงการเป็นต้นแบบของผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี รองลงมาเป็น สถานที่จัดฝึกอบรมมีความสะดวกสบาย มีคู่มือดูแลสุขภาพประกอบการฝึกอบรมและสามารถนำมาศึกษาเพิ่มเติมได้ด้วยตนเองและมีเจ้าหน้าที่คอยให้ข้อมูล แนะนำและอำนวยความสะดวกให้กับท่านอย่างเพียงพอตามลำดับ อยู่ในระดับดีมาก

ด้านกระบวนการ พบว่า มีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า วิทยากรในโครงการถ่ายทอดความรู้ในเรื่องที่บรรยายได้อย่างชัดเจน รองลงมาเป็น เจ้าหน้าที่ใส่ใจ คอยกำกับติดตามดูแลสุขภาพของท่านตลอดระยะการดำเนินโครงการ และ เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ท่านมีส่วนร่วมหรือแสดงความคิดเห็นในการดำเนินโครงการ ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก ส่วนความคิดเห็นประเด็นอื่นๆ มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับดี

ด้านผลลัพธ์ พบว่า มีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกือบทุกประเด็นว่าอยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ โครงการดังกล่าวช่วยส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพได้จริง ได้รับความรู้เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น และมีความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองไปในทางที่ดีเพิ่มขึ้น ตามลำดับ

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของคะแนนความคิดเห็น ของกลุ่มหัวหน้าโครงการที่มีต่อโครงการในด้านบริบททั่วไป ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์

ด้านที่ประเมิน (N = 21)	จำนวนผู้ตอบ (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย	ลำดับคะแนน
	ปรับปรุง (1)	พอใช้ (2)	ดี (3)	ดีมาก (4)				
บริบททั่วไป (Context)								
1.โครงการที่จัดขึ้นสอดคล้องกับปัญหาหรือความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่	-	-	5 (23.80)	16* (76.20)	3.76	0.44	ดีมาก	1*
2.ผู้บังคับบัญชาของท่านให้การสนับสนุนในการดำเนินโครงการเป็นอย่างดี	-	-	6 (28.60)	15* (71.40)	3.71	0.46	ดีมาก	2
3.คณะทำงานมีความรู้และประสบการณ์ในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	-	2 (9.50)	8 (38.10)	11* (52.40)	3.43	0.68	ดี	4
4.แนวทางการดำเนินโครงการสอดคล้องกับนโยบายในหน่วยงานของท่าน	-	-	7 (33.30)	14* (66.70)	3.67	0.48	ดีมาก	3

PROMISE

ด้านที่ประเมิน (N = 21))	จำนวนผู้ตอบ (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.	ความ หมาย	ลำดับ คะแนน
	ปรับปรุง (1)	พอใช้ (2)	ดี (3)	ดีมาก (4)				
5.มีสภาพแวดล้อมและ ทรัพยากรที่เอื้อต่อความสำเร็จ ในการดำเนินโครงการ	-	1 (4.80)	14* (66.70)	6 (28.60)	3.24	0.54	ดี	6
6.โครงการที่จัดขึ้นมีแนวโน้มที่ จะดำเนินการได้เป็นผลสำเร็จ ตามตัวชี้วัดที่กำหนด	-	2 (9.50)	11* (52.40)	8 (38.10)	3.29	0.64	ดี	5
คะแนนรวมเฉลี่ยด้านบริบททั่วไปของโครงการ					3.50	0.35	ดี	
ปัจจัยนำเข้า (Input)								
1.ท่านสามารถบริหารจัดการ โครงการตั้งแต่เริ่ม/วางแผน/ ดำเนินการ/กำกับและปิดโครงการ	-	-	10 (47.60)	11* (52.40)	3.52	0.51	ดีมาก	2
2.ท่านจัดเตรียมคณะทำงาน โดยให้ความรู้และทำความเข้าใจ ร่วมกันก่อนเริ่มดำเนิน โครงการ	-	-	9 (42.90)	12* (57.10)	3.57	0.51	ดีมาก	1*
3.ท่านจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ และสถานที่ที่เพียงพอต่อ ผู้รับบริการทั้งหมด	-	-	10 (47.60)	11* (52.40)	3.52	0.51	ดีมาก	2
4.ท่านจัดทำคู่มือประกอบการ ฝึกอบรมและผู้รับบริการ สามารถนำไปศึกษาเพิ่มเติม ด้วยตนเอง	-	2 (9.50)	13* (61.90)	6 (28.60)	3.19	0.60	ดี	4
5.ท่านจัดทำเครื่องมือประเมิน ผล คณะทำงานและผู้รับบริการตาม ผลลัพธ์ของโครงการ	-	-	15* (71.40)	6 (28.60)	3.29	0.46	ดี	3
คะแนนรวมเฉลี่ยด้านปัจจัยนำเข้า					3.39	0.36	ดี	
กระบวนการ (Process)								
1.ท่านแสดงบทบาทผู้นำทีมที่ เป็นทั้งผู้ริเริ่ม/เป็นต้นแบบ พฤติกรรม/ผู้แนะนำและนัก เจรจาต่อรอง	-	1 (4.80)	7 (33.30)	13* (61.90)	3.57	0.60	ดีมาก	1*

PROMISE

ด้านที่ประเมิน (N = 21))	จำนวนผู้ตอบ (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.	ความ หมาย	ลำดับ คะแนน
	ปรับปรุง (1)	พอใช้ (2)	ดี (3)	ดีมาก (4)				
2.ท่านเป็นบุคคลต้นแบบของ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี	-	1 (4.80)	13* (61.90)	7 (33.30)	3.29	0.56	ดี	5
3.ท่านมีการประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นระยะและข้อมูลย้อนกลับ แก่คณะทำงานอย่างสม่ำเสมอ	-	-	12* (57.10)	9 (42.90)	3.43	0.51	ดี	3
4.ท่านเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการ มีส่วนร่วมหรือแสดงความคิดเห็น ในการดำเนินโครงการ	-	-	10 (47.60)	11* (52.40)	3.52	0.51	ดีมาก	2
5.ท่านแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่ เกิดขึ้นระหว่างการดำเนิน โครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพ	-	-	13* (61.90)	8 (38.10)	3.38	0.50	ดี	4
คะแนนรวมเฉลี่ยด้านกระบวนการ					3.42	0.39	ดี	2
ผลลัพธ์ (Product)								
1.ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ในการดำเนินโครงการของท่าน	-	-	11* (52.40)	10 (47.60)	3.48	0.51	ดี	3
2.หน่วยงานมีความพึงพอใจใน ผลการดำเนินโครงการของท่าน	-	-	9 (42.90)	12* (57.10)	3.57	0.51	ดีมาก	1*
3.ท่านสามารถดำเนินโครงการ ให้บรรลุวัตถุประสงค์และ ผลลัพธ์ที่ตั้งไว้	-	1 (4.80)	13* (61.90)	7 (33.30)	3.29	0.56	ดี	4
4.ท่านได้สร้างนวัตกรรมหรือ องค์ความรู้ใหม่ในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	-	1 (4.80)	15* (71.40)	5 (23.80)	3.19	0.51	ดี	5
5.ท่านได้พัฒนาทักษะของตนเอง ในการบริหารจัดการโครงการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	-	1 (4.80)	8 (38.10)	12* (57.10)	3.52	0.60	ดีมาก	2
คะแนนรวมเฉลี่ยด้านผลลัพธ์					3.41	0.34	ดี	3
คะแนนรวมเฉลี่ยทุกด้าน					3.43	0.30	ดี	-

PROMISE

จากตาราง 3 ความคิดเห็นของหัวหน้าโครงการที่มีต่อโครงการ จำแนกตามปัจจัย 4 ด้านดังนี้

ด้านบริบททั่วไป พบว่า มีจำนวนหัวหน้าโครงการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า โครงการที่จัดขึ้น สอดคล้องกับปัญหาหรือความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่คะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา ผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการให้การสนับสนุนในการดำเนินโครงการเป็นอย่างดี และ แนวคิดการ ดำเนินโครงการสอดคล้องกับนโยบายในหน่วยงาน อยู่ในระดับดีมาก ส่วนความคิดเห็นในประเด็นอื่นๆ มี ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับดี

ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า มีจำนวนหัวหน้าโครงการทุกคนมีความคิดเห็นว่า มีการจัดเตรียม งบประมาณ โดยให้ความรู้และทำความเข้าใจร่วมกันก่อนเริ่มดำเนินโครงการ ด้วยคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา สามารถบริหารจัดการโครงการตั้งแต่เริ่ม/วางแผน/ดำเนินการ/กำกับและปิดโครงการ และมีการ จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์และสถานที่ที่เพียงพอต่อผู้รับบริการทั้งหมด ตามลำดับซึ่งอยู่ในระดับดีมากเช่นกัน

ด้านกระบวนการ พบว่า มีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า แสดงบทบาทผู้นำ ทีมที่เป็นทั้งผู้ริเริ่ม/เป็นต้นแบบพฤติกรรม/ผู้แนะนำและนักเจรจาต่อรอง ด้วยคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมหรือแสดงความคิดเห็นในการดำเนินโครงการ ส่วนความคิดเห็นใน ประเด็นอื่นๆ มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับดี

ด้านผลลัพธ์ พบว่า มีจำนวนหัวหน้าโครงการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า หน่วยงานมีความพึง พอใจในผลการดำเนินโครงการ ด้วยคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา ได้พัฒนาทักษะของตนเองในการบริหาร จัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก ส่วนความคิดเห็นในประเด็นอื่นๆ มี ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับดี

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของคะแนนความคิดเห็นของกลุ่ม ผู้บังคับบัญชาที่มีต่อโครงการในด้านบริบททั่วไป ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์

ด้านที่ประเมิน (N = 21)	จำนวนผู้ตอบ (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.	ความ หมาย	ลำดับ คะแนน
	ปรับปรุง (1)	พอใช้ (2)	ดี (3)	ดีมาก (4)				
บริบททั่วไป (Context)								
1.โครงการที่จัดขึ้นสอดคล้องกับปัญหาหรือความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน	-	-	4 (19.00)	17* (81.00)	3.81	0.40	ดีมาก	1*
2.ท่านเห็นด้วยพร้อมให้การสนับสนุนการดำเนินโครงการเป็นอย่างดี	-	-	6 (28.60)	15* (71.40)	3.71	0.46	ดีมาก	2
3.คณะทำงานมีความรู้และประสบการณ์ในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	-	-	6 (28.60)	15* (71.40)	3.71	0.46	ดีมาก	2

PROMISE

ด้านที่ประเมิน (N = 21)	จำนวนผู้ตอบ (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.	ความ หมาย	ลำดับ คะแนน
	ปรับปรุง (1)	พอใช้ (2)	ดี (3)	ดีมาก (4)				
4.แนวคิดและกิจกรรมของ โครงการมีความสอดคล้องกับ นโยบายในหน่วยงาน	-	-	4 (19.00)	17* (81.00)	3.81	0.40	ดีมาก	1*
5.หน่วยงานของท่านมีสภาพ แวดล้อมทรัพยากรที่เอื้อต่อ ความสำเร็จการดำเนินโครงการ	-	1 (4.80)	7 (33.30)	13* (61.90)	3.57	0.60	ดีมาก	4
6.โครงการที่จัดขึ้นมีแนวโน้มที่ จะดำเนินการให้ประสบ ความสำเร็จได้เป็นอย่างดี	-	-	7 (33.30)	14* (66.70)	3.67	0.48	ดีมาก	3
คะแนนรวมเฉลี่ยด้านบริบททั่วไปของโครงการ					3.69	.35	ดีมาก	
ปัจจัยนำเข้า (Input)								
1.หัวหน้าโครงการสามารถบริหาร จัดการตั้งแต่ริเริ่มวางแผน/ ดำเนินการกำกับและปิดโครงการ	-	-	6 (28.60)	15* (71.40)	3.71	0.46	ดีมาก	1*
2.คณะทำงานมีจำนวนเพียงพอ และให้ความสำคัญในการ ดำเนินโครงการ	-	-	9 (42.90)	12* (57.10)	3.57	0.51	ดีมาก	2
3.คณะทำงานจัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์และสถานที่ที่เพียงพอ ต่อผู้รับบริการทั้งหมด	-	-	10 (47.60)	11* (52.40)	3.52	0.51	ดีมาก	3
4.คณะทำงานในโครงการเป็น แบบอย่างของการเป็นผู้มี พฤติกรรมสุภาพที่ดี	-	-	10 (47.60)	11* (52.40)	3.52	0.51	ดีมาก	3
5.มีหลักเกณฑ์คัดเลือกผู้รับบริการ ที่ให้ความสนใจปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพอย่างแท้จริง	-	-	10 (47.60)	11* (52.40)	3.52	0.51	ดีมาก	3
คะแนนรวมเฉลี่ยด้านปัจจัยนำเข้า					3.54	0.41	ดีมาก	
กระบวนการ (Process)								
1.ท่านให้กำลังใจแก่คณะทำงาน โครงการเพื่อให้มีพลังในการ ดำเนินโครงการให้สำเร็จ	-	-	9 (42.90)	12* (57.10)	3.57	0.51	ดีมาก	3

PROMISE

ด้านที่ประเมิน (N = 21)	จำนวนผู้ตอบ (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.	ความ หมาย	ลำดับ คะแนน
	ปรับปรุง (1)	พอใช้ (2)	ดี (3)	ดีมาก (4)				
2.ท่านคอยติดตาม ดูแลการ ดำเนินโครงการของ คณะทำงานมาโดยตลอด	-	-	11* (52.40)	10 (47.60)	3.48	0.51	ดี	4
3.ท่านให้คำแนะนำและข้อมูล ย้อนกลับอย่างกัลยาณมิตรแก่ คณะทำงานอย่างสม่ำเสมอ	-	-	11* (52.40)	10 (47.60)	3.48	0.51	ดี	4
4.ท่านให้การสนับสนุนทั้งใน ด้านทรัพยากร และสถานที่ ดำเนินโครงการแก่คณะทำงาน	-	-	8 (38.10)	13* (61.90)	3.62	0.50	ดีมาก	2
5.ท่านมีส่วนร่วมช่วยแก้ไข ปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้น ระหว่างการดำเนินโครงการ	-	-	7 (33.30)	14* (66.70)	3.67	0.48	ดีมาก	1*
คะแนนรวมเฉลี่ยด้านกระบวนการ					3.56	0.44	ดีมาก	3
ผลลัพธ์ (Product)								
1.ท่านมั่นใจว่าโครงการที่หน่วย ท่านจัดนี้จะเป็นประโยชน์ต่อ ประชาชนผู้รับบริการอย่างมาก	-	-	5 (23.80)	16* (76.20)	3.76	0.44	ดีมาก	1*
2.ท่านมีความพึงพอใจในการ ดำเนินโครงการของคณะทำงาน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	-	-	5 (23.80)	16* (76.20)	3.76	0.44	ดีมาก	1*
3.โครงการทำให้หน่วยงานของท่าน เป็นที่รู้จักแก่บุคคลทั่วไปมากขึ้น	-	-	8 (38.10)	13* (61.90)	3.62	0.50	ดีมาก	3
4.โครงการดำเนินงานได้สอดคล้อง กับนโยบายของหน่วยงาน	-	1 (4.80)	4 (19.00)	16* (76.20)	3.71	0.56	ดีมาก	2
5.โครงการได้สร้างนวัตกรรม หรือองค์ความรู้ใหม่ในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	-	-	9 (42.90)	12* (57.10)	3.57	0.51	ดีมาก	4
คะแนนรวมเฉลี่ยด้านผลลัพธ์					3.61	0.39	ดีมาก	2
คะแนนรวมเฉลี่ยทุกด้าน					3.61	0.35	ดีมาก	-

PROMISE

จากตาราง 4 ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาที่มีต่อโครงการ จำแนกตามปัจจัย 4 ด้านพบว่าให้คะแนนอยู่ในระดับดีมากทุกประเด็น มีรายละเอียดดังนี้

ด้านบริบททั่วไป พบว่า มีจำนวนผู้บังคับบัญชาส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นว่า โครงการที่จัดขึ้น สอดคล้องกับปัญหา หรือความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และแนวคิดและกิจกรรมของโครงการมีความสอดคล้องกับนโยบายในหน่วยงานด้วยคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากัน โดยมีความคิดเห็นอยู่ในระดับดีมาก รองลงมาเป็น คณะทำงานมีความรู้และประสบการณ์ในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ เห็นด้วยพร้อมให้การสนับสนุนการดำเนินโครงการเป็นอย่างดี ซึ่งอยู่ในระดับดีมากเช่นกัน

ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า มีจำนวนผู้บังคับบัญชาส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า หัวหน้าโครงการสามารถบริหารจัดการตั้งแต่ริเริ่มวางแผน/ดำเนินการ/กำกับและปิดโครงการด้วยคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด โดยมีความคิดเห็นอยู่ในระดับดีมาก รองลงมาเป็น คณะทำงานมีจำนวนเพียงพอและให้ความสำคัญในการดำเนินโครงการ ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก ส่วนความคิดเห็นในประเด็นอื่นๆ มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับดีมากเช่นกัน

ด้านกระบวนการ พบว่า มีจำนวนผู้บังคับบัญชาส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า ตนเองมีส่วนร่วมช่วยแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินโครงการ ด้วยคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด โดยมีความคิดเห็นอยู่ในระดับดีมาก รองลงมาเป็น ให้การสนับสนุนทั้งในด้านทรัพยากร และสถานที่ดำเนินโครงการแก่คณะทำงาน และให้กำลังใจแก่คณะทำงานโครงการเพื่อให้มีพลังในการดำเนินโครงการให้สำเร็จ ตามลำดับ ด้วยความคิดเห็นอยู่ในระดับดีมาก ส่วนความคิดเห็นในประเด็นอื่นๆ มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับดี

ด้านผลลัพธ์ พบว่า มีจำนวนหัวหน้าโครงการส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นว่า มั่นใจว่าโครงการที่หน่วยงานจัดนี้จะ เป็นประโยชน์ต่อประชาชน /ผู้รับบริการอย่างมาก และมีความพึงพอใจในการดำเนินโครงการของคณะทำงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากัน โดยมีความคิดเห็นอยู่ในระดับดีมาก รองลงมาเป็น โครงการดำเนินงานได้สอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน และโครงการทำให้หน่วยงานของท่านเป็นที่รู้จักแก่บุคคลทั่วไปมากขึ้น ตามลำดับซึ่งมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับดีมากเช่นกัน

ผลการนิเทศ ติดตามและประเมินโครงการในเชิงคุณภาพ

ส่วนที่ 1 ผลการนิเทศ ติดตามและประเมินในกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ (ผู้ตอบ N= 84)

1. ผลการประเมินบริบททั่วไป (Context Evaluation)

1.1 สาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจาก สถานพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร เพราะว่า

- 1) ต้องการให้สุขภาพแข็งแรงขึ้นกว่าเดิม (47)

PROMISE

2) ต้องการได้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพื่อนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันและเผยแพร่ความรู้แก่บุคคลรอบข้าง (39)

1.2 สิ่ง que ผู้เข้าร่วมโครงการคาดหวังจากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

1) ต้องการให้สุขภาพแข็งแรงมากขึ้น เช่น ความอ้วนลดลงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สามารถเลิกบุหรี่ได้ โรคเบาหวานอาการดีขึ้น โรคความดันโลหิตอาการดีขึ้น (36)

2) ต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น ต้องการมีแรงจูงใจและมีการกำกับให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ (30)

1.3 ผู้เข้าร่วมโครงการรับทราบข้อมูลการจัดโครงการจากแหล่งต่อไปนี้

1) การชักจูงจากเจ้าหน้าที่ (40)

2) เพื่อน / คนรู้จัก แนะนำให้เข้าร่วมโครงการ (33)

3) บอร์ดประชาสัมพันธ์โครงการ (27)

4) แผ่นพับ / สื่อสิ่งพิมพ์ และหนังสือเวียนของหน่วยงาน (22)

1.4 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 55 คน คิดว่าการประชาสัมพันธ์เป็นไปอย่างทั่วถึง

1.5 ผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน 63 คน รายงาน ผลว่าโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สถานพยาบาลเขตกรุงเทพมหานครจัดให้มีความสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพเพราะ

1) ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ (48)

2) ปัญหาโรคอ้วน (41)

3) ปัญหาทั่วไป เช่น ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพ มีความเครียดในชีวิตประจำวัน เป็นโรคประจำตัว (27)

2. ผลการประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation)

2.1 ผู้เข้าร่วมโครงการมีความคิดเห็นเกี่ยวกับวัสดุ อุปกรณ์ ในการจัดทำกิจกรรมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีจำนวนเพียงพอต่อผู้เข้าร่วมโครงการ (57) มีความทันสมัย แปลกใหม่ สามารถสร้างความสนใจให้กับผู้เข้าร่วมโครงการได้ (46) มีความเหมาะสมกับเพศ อายุ ของผู้เข้าร่วมโครงการเพราะสามารถใช้ได้ เช่น ยางยืด กระบอง เป็นต้น (30)

2.2 ผู้เข้าร่วมโครงการมีความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานที่จัดฝึกอบรม / จัดกิจกรรม ที่จัดขึ้นได้มีความเหมาะสมทั้งในภาคทฤษฎีและภาคการปฏิบัติกิจกรรมซึ่งผู้เข้าร่วมโครงการรู้สึกประทับใจ (47)

สถานที่จัดกิจกรรมมีความเหมาะสมกับผู้เข้าร่วมโครงการ เช่น สถานที่กว้างขวาง อากาศถ่ายเทได้สะดวก สามารถเดินทางได้สะดวก (36)

2.3 ผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 60 คน รายงานผลว่าเจ้าหน้าที่ได้จัดเตรียมเอกสาร แผ่นพับ หรือคู่มือเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอย่างเพียงพอ โดยสิ่งที่ได้รับแจก ได้แก่ เอกสารความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ

PROMISE

เช่น สมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ เอกสารความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับช่วงอายุ การดูแลตนเองจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน เอกสารเกี่ยวกับความรู้ด้านจิตวิทยา เช่น การผ่อนคลายความเครียด (60) เอกสารเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวันที่ปลอดจากโรค การปรับพฤติกรรมตนเองในด้านต่างๆ เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การลดความอ้วน (12)

2.4 ผู้เข้าร่วมโครงการรายงานว่าเจ้าหน้าที่ในโครงการ (เช่น ครู พยาบาล วิทยากร) เป็นแบบอย่างของผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นผู้ที่แข็งแรง มีรูปร่างที่สมส่วน ไม่อ้วน มีความกระฉับกระเฉงในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้เข้าร่วมโครงการ จึงทำให้น่าเชื่อถือเป็นคนที่มีสุขภาพที่ดีสามารถเป็นต้นแบบได้ (46) มีการออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่เหมาะสมอยู่เสมอให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้เห็น เช่น เดินแอโรบิกให้ผู้เข้าร่วมโครงการเห็น รับประทานอาหารที่ไม่มีแป้ง เจ้าหน้าที่ไม่มีใครสูบบุหรี่ให้เห็น (31)

2.5 ผู้เข้าร่วมโครงการรายงานว่าเจ้าหน้าที่ในโครงการ (เช่น ครู พยาบาล วิทยากร) มีความรู้ความสามารถ และเต็มใจให้คำแนะนำ โดยที่เจ้าหน้าที่และวิทยากรที่มาให้ความรู้แก่ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้ความสามารถในเรื่องสุขภาพเป็นอย่างดี เพราะสามารถตอบคำถามได้ทุกคำถาม เช่น สามารถตอบวิธีการเลิกสูบบุหรี่ได้ การควบคุมอาหาร การผ่อนคลายความเครียด (47) มีความเต็มใจในการให้บริการ เช่น สอบถามผู้เข้าร่วมโครงการถึงเรื่องสุขภาพ กระตุ้นหรือรื้อฟื้นที่จะให้ความรู้ ใช้คำพูดที่อ่อนหวาน (40)

2.6 ผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 62 คน รายงานว่า เจ้าหน้าที่ในโครงการ (เช่น ครู พยาบาล วิทยากร) มีจำนวนอย่างเพียงพอ

2.7 ผู้เข้าร่วมโครงการรายงานว่าเจ้าหน้าที่ในโครงการ (ครู พยาบาล วิทยากร) ได้คอยติดตามดูแลเรื่องสุขภาพอย่างใกล้ชิด มีการแจ้งเตือนให้เวลาในการทำกิจกรรมทุกครั้ง พูดชักจูงให้ต้องการเข้าร่วมกิจกรรม และสอบถามเรื่องสุขภาพทุกครั้งที่ได้เข้าร่วมโครงการ (35) มีการโทรศัพท์ติดตามการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการอยู่เป็นประจำ (33) และมีการตรวจสุขภาพทุกครั้งที่ได้เข้าร่วมโครงการและรายงานผลให้รับทราบว่าการปรับปรุงเรื่องอะไรบ้าง (28)

3. ผลการประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation)

3.1 ผู้เข้าร่วมโครงการรายงานว่าเจ้าหน้าที่ในโครงการ (เช่น ครู พยาบาล วิทยากร) เปิดโอกาสให้สอบถามได้ระหว่างการบรรยายให้ความรู้ตลอดเวลาโดยไม่แสดงท่าทางไม่พอใจ (44) และ เจ้าหน้าที่มีการสอบถามผู้เข้าร่วมโครงการถึงความต้องการในการจัดกิจกรรมครั้งต่อไป เช่น กิจกรรมที่ต้องการทำอาหารที่ควรรับประทาน วิทยากรที่ต้องการให้เชิญมาบรรยายให้ความรู้ (36)

3.2 ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการทำพฤติกรรมสุขภาพได้ไม่ถึงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เจ้าหน้าที่ในโครงการ (เช่น ครู พยาบาล วิทยากร) พูดให้กำลังใจแก่ผู้เข้าร่วมโครงการที่ทำพฤติกรรมได้ไม่ถึงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ด้วยคำพูดเชิงบวก เช่น คราวต่อไปต้องทำได้ พยายามต่อไปสักวันต้องเป็นวันของเรา ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดกำลังใจที่ดีในการทำกิจกรรม (49) แนะนำให้ลองปรับเปลี่ยนวิธีการให้ที่จะ

PROMISE

สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีกว่าวิธีการเดิม (21)บอกเทคนิคให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เพื่อเป็นการช่วยเหลือคนที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย (16)

3.3 ผู้เข้าร่วมโครงการรายงานว่าเจ้าหน้าที่ในโครงการ (เช่น ครู พยาบาล วิทยากร) ได้สร้างแรงจูงใจที่จะช่วยให้มั่นใจว่าสามารถดูแลสุขภาพหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ โดยการพูดจาชื่นชมผู้ที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือสามารถเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพได้ เช่น สามารถลดความอ้วนควบคุมอาหารได้ (44) มีรางวัลให้กับคนที่เป็ต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเป็นการจูงใจให้ทุกคนต้องการทำตาม (37)

3.4 ผู้เข้าร่วมโครงการรายงานว่าเจ้าหน้าที่ในโครงการ (เช่น ครู พยาบาล วิทยากร) ได้ให้คำแนะนำและตั้งเป้าหมายทางสุขภาพ เช่น น้ำหนักตัว ระดับน้ำตาลในเลือด หรือรอบเอวหลังจากโครงการ พบว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ ไม่ค่อยร่วมตั้งเป้าหมายกับผู้เข้าร่วมโครงการแต่จะให้คำแนะนำมากกว่า เช่น แนะนำว่าน้ำหนักตัวเท่านี้ควรจะลดครึ่งแรกเท่าไรจึงจะเหมาะสม ควรจะรับประทานอาหารแต่ละวันอะไรบ้าง (46) และเจ้าหน้าที่จะตรวจสอบสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการทุกครั้งที่มาทำกิจกรรมแล้วจะให้ข้อมูลย้อนกลับว่าควรจะปรับปรุงเรื่องอะไรอีกบ้าง (34)

3.5 ผู้เข้าร่วมโครงการรายงานว่าเจ้าหน้าที่ในโครงการ (เช่น ครู พยาบาล วิทยากร) ได้มีการกำกับและประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ด้วยการตรวจสอบบันทึกสุขภาพแล้วให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับภาวะร่างกายของแต่ละคน (48) และ โทรศัพท์สอบถามความก้าวหน้าในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น โทรสอบถามถึงจำนวนอาหารที่สามารถควบคุมได้ จำนวนบุหรืที่ลดได้ การออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้น (35)

3.6 หลังจากการประเมินผลการปฏิบัติตัวในแต่ละช่วง เช่น การทำกิจกรรมครั้งที่ 1 ผ่านไปหนึ่งเดือน เจ้าหน้าที่ในโครงการ (เช่น ครู พยาบาล วิทยากร) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทุกครั้ง ผู้เข้าร่วมโครงการสอบถามด้วยความเต็มใจ ยังมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง (49) มีโทรศัพท์สอบถามและติดตามผลการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ เช่น สอบถามจำนวนน้ำหนักที่ลดลง บุหรืที่เลิกสูบได้ และให้คำแนะนำตามสมควร (27)

4. ผลการประเมินด้านผลลัพธ์ (Product Evaluation)

4.1 ผู้เข้าร่วมโครงการรายงานว่าได้นำความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่ได้รับจากโครงการไปใช้ในชีวิตประจำวัน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมการเลือก อาหารที่จะรับประทานในแต่ละมื้อ การบังคับตัวเองให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การผ่อนคลายความเครียด (54) นำความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและผลดีที่จะเกิดขึ้นที่ได้จากโครงการไปบอกต่อแก่บุคคลใกล้ชิด เช่น คนในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน กลุ่มเพื่อนโรงเรียน (34)

4.2 ผู้เข้าร่วมโครงการเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพหรือด้านอื่นๆ หลังจากเข้าร่วมโครงการ โดยเปลี่ยนแปลงเรื่องพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด

PROMISE

ให้เหมาะสมกับชีวิตประจำวัน เช่น เลือกรับประทานอาหารที่ไม่มีไขมัน น้ำหนักตัวลดลง ความดันโลหิตลดลง ลดหรือเลิกสูบบุหรี่ได้ (55) มีความรู้ด้านสุขภาพในการใช้ชีวิตประจำวันได้มากขึ้นกว่าเดิม เช่น สามารถวิเคราะห์พลังงานของอาหารได้ วิเคราะห์ได้ว่าออกกำลังกายชนิดใดที่เหมาะสมกับตนเอง (39)

4.3 ผู้เข้าร่วมโครงการรายงานมีความมั่นใจที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิมได้ ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด ให้ตัวเองมีความสุขในการใช้ชีวิตให้มากขึ้น เช่น จะทำให้น้ำหนักลดลงอย่างต่อเนื่อง จะรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ จะออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะเลิกบุหรี่ได้ (58) มั่นใจว่าจะสามารถรักษาระดับของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นให้คงอยู่ได้ตลอดไป (25)

4.4 ผู้เข้าร่วมโครงการรายงานว่าได้ทำการบันทึกและใส่ใจติดตามในพฤติกรรมสุขภาพของตัวเองอย่างสม่ำเสมอ (33) มีการบันทึกเพียงบางครั้ง เพราะไม่ค่อยมีเวลาและไม่ถนัดการเขียนหนังสือทำให้ไม่ต้องการทำบันทึก (43) และไม่ได้ทำการบันทึกแต่จะใช้การจดจำว่าในแต่ละวันรับประทานอาหารชนิดใดไปบ้าง ออกกำลังกายไปเท่าไรแล้ว (22)

ส่วนที่ 2 ผลการนิเทศติดตามและประเมินในกลุ่มหัวหน้าโครงการ (ผู้ตอบ N=21)

1. ผลการประเมินบริบททั่วไป (Context Evaluation)

1.1 หัวหน้าโครงการรายงานว่าได้ทำการวิเคราะห์ปัญหาหรือความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินโครงการเพื่อวางแผนกิจกรรมให้ตรงกับความต้องการของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเพื่อเป็นกรณีศึกษา วิเคราะห์ถึงความต้องการจำเป็น สภาพปัญหาของผู้เข้าร่วมโครงการ (14) และได้ทำการสำรวจความต้องการของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการวิจัย เช่น การสำรวจความคิดเห็น การลงพื้นที่เพื่อสำรวจปัญหา แล้วนำมากำหนดแนวทางในการทำกิจกรรมและขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมาย (8)

1.2 หัวหน้าโครงการรายงานว่าผู้บังคับบัญชาได้ให้การสนับสนุนการดำเนินโครงการ ในด้านการให้การสนับสนุนทรัพยากรในการจัดกิจกรรมทุกอย่างเป็นอย่างดี เพราะผู้บริหารเห็นความสำคัญของโครงการและโครงการมีความสอดคล้องกับนโยบายหลักของหน่วยงาน เช่น สนับสนุนงบประมาณ ดำเนินงาน สถานที่ ทำกิจกรรม ช่วยประสานติดต่อกับหน่วยงานภายนอก (13) ให้การสนับสนุนโดยให้ทำงานนอกสถานเป็นผู้ประสานงานติดต่อกับหน่วยงานต่างๆ เพราะต้องการให้โครงการนี้สร้างชื่อเสียงให้กับหน่วยงาน (5)

1.3 หัวหน้าโครงการรายงานว่าได้คัดเลือกคณะทำงานที่จะร่วมดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้เกณฑ์ เป็นสมาชิกในหน่วยงานเดิมของหัวหน้าโครงการเพราะว่ามีความคุ้นเคยในการทำงานร่วมกัน (11) เลือกคนที่มีจิตสาธารณะพร้อมที่จะให้ความร่วมมือและช่วยเหลือประชาชนกลุ่ม

PROMISE

เสียงด้านสุขภาพ (10) และเลือกจากคนที่มีความสามารถในการทำงานด้านสุขภาพกับชุมชนและมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ (6)

1.4 หัวหน้าโครงการรายงานว่าได้นำนโยบายในหน่วยงานมาเป็นแนวทางในการดำเนินโครงการ กำหนดเป็นนโยบายการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงและผู้เข้ามาใช้บริการ เช่น นโยบายส่งเสริมการออกกำลังกาย ลดการติดยาเสพติดในชุมชน (14) นโยบายการกระจายความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องให้กับประชาชนทั่วไปในเชิงรุก (6)

1.5 หัวหน้าโครงการรายงานว่าทรัพยากรที่จะสนับสนุนให้โครงการที่จัดขึ้นประสบความสำเร็จ เพราะคณะทำงานมีความทุ่มเทในการดำเนินโครงการให้ประสบความสำเร็จตามที่ได้ตั้งเป้า หมายไว้ (11)

ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณที่เพียงพอจาก สปสช. และ มศว เพื่อจะได้ดำเนินโครงการได้อย่างต่อเนื่อง (7)

2. ผลการประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation)

2.1 หัวหน้าโครงการรายงานว่าได้ยึดหลัก PROMISE ในการบริหารจัดการโครงการ ในแต่ละส่วน โดยใช้หลักการ PROMISE แบบผสมผสานกันไปในการบริหารจัดการโครงการ แต่ส่วนใหญ่จะเน้นวิธีการคิดเชิงบวกต่อทุกสิ่งทุกอย่างในการดำเนินโครงการ เช่น คิดว่าคณะทำงานมีความตั้งใจสูงที่จะทำให้ประสบความสำเร็จ ผู้เข้าร่วมโครงการมีความตั้งใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง (13) ใช้หลักการเสริมแรงทางบวกด้วยการพูดให้กำลังใจแก่คณะทำงานที่ตั้งใจทำงานอย่างจริงจัง ให้กำลังใจผู้เข้าร่วมโครงการทุกคน (10) มีการสร้างแรงจูงใจในการทำงานด้วยการให้ค่าตอบแทนแก่คณะทำงานที่เป็นวิทยากร ให้รางวัลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการที่ประสบความสำเร็จ (6)

2.2 หัวหน้าโครงการรายงานว่าได้จัดเตรียมเอกสาร คู่มือ หรือคณะทำงานก่อนเริ่มดำเนินโครงการ เช่น ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการและแผนกิจกรรม หรือบทบาทหน้าที่ และได้ทำการประชุมร่วมกันถึงแนวทางการจัดเตรียมเอกสารและร่วมมือกันในการจัดเตรียมเอกสารในโครงการทั้งหมด (11) มีการแบ่งหน้าที่ในการจัดเตรียมเอกสารแต่ละด้านให้กับสมาชิกในทีมงานแต่ละคนแล้วนำมารวมกันเป็นเอกสารความรู้ในการทำกิจกรรม (7)

2.3 หัวหน้าโครงการรายงานว่าได้จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ และสถานที่ให้สอดคล้องกับกิจกรรมที่ดำเนินการ ให้สอดคล้องเหมาะสมกับรูปแบบกิจกรรม เช่น เป็นการบรรยายก็จะเป็นห้องประชุม แต่ถ้าหากเป็นกิจกรรมกลุ่มก็จะใช้สถานที่ที่กว้างกว่าเดิม (12) มีการสอบถามความต้องการของผู้เข้าร่วมโครงการเกี่ยวกับสถานที่ กิจกรรม อุปกรณ์ที่ต้องการ แล้วจัดให้สอดคล้องกับความต้องการ (5)

2.4 หัวหน้าโครงการรายงานว่าได้เลือกวิธีการ แนวคิด เทคนิค ในการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้เข้าร่วมโครงการ เป็นวิธีการที่สามารถสร้างความสนใจ จูงใจให้ผู้เข้าร่วมโครงการต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น นำบุคคลตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนัก คนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง

PROMISE

พอง มาเป็นวิทยากรให้ ความรู้ (10) เลือกเทคนิคที่สอดคล้องกับช่วงอายุของผู้เข้าร่วมโครงการ เช่น กลุ่มนักเรียนต้องจัดกิจกรรมที่เป็นเกม กลุ่มคนทำงานควรเป็นการบรรยายให้ความรู้ (6)

2.5 หัวหน้าโครงการรายงานว่าได้ใช้หลักการในการประเมินผลการดำเนินงานของคณะท่าน และความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ ในประเด็นเกี่ยวกับแนวโน้มที่โครงการจะสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการตรวจสอบผลการดำเนินงานตามที่ได้มอบหมายไป เช่น มอบหมายให้ทำการประชาสัมพันธ์ก็จะสอบถามผู้เข้าร่วมโครงการว่าได้รับข่าวสารอย่างทั่วถึงเพียงใด (7) และทำการสอบถามถึงความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ ทั้งจากการแจกแบบสอบถาม การสังเกตด้วยตนเอง (5)

3. ผลการประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation)

3.1 หัวหน้าโครงการรายงานว่าได้แสดงบทบาทผู้นำทีม ที่เป็นผู้ริเริ่มโครงการ / เป็นต้นแบบพฤติกรรม / ผู้แนะนำ / นักเจรจาต่อรอง ในบทบาทผู้นำทีมทุกด้านผสมผสานกันไป แต่ส่วนใหญ่จะเน้นการเป็นผู้เริ่มต้นเขียนโครงการ กำหนดเป้าหมายหลักของโครงการ และเริ่มทำการติดต่อประสานงานไปยังผู้บังคับบัญชาของหน่วยงานก่อนสมาชิกทีม (12) แสดงบทบาทการเป็นนักเจรจาต่อรองกับทั้งผู้บริหารขององค์กร หน่วยงานภายนอก ต่อ องค์กรกับผู้เข้าร่วมโครงการให้มาทำกิจกรรมตามที่กำหนด (8) และเป็นตัวแบบที่ดีด้านการทำงานและด้านสุขภาพให้กับผู้เข้าร่วมโครงการและสมาชิกในทีมงานได้เห็นถึงความพยายามที่จะทำให้โครงการประสบความสำเร็จ (6)

3.2 หัวหน้าโครงการรายงานว่าได้แสดงบทบาทการเป็นบุคคลต้นแบบของ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้แก่คณะทำงานและผู้เข้าร่วมโครงการ โดยหมั่นออกกำลังกายและควบคุมการรับประทานอาหารอยู่อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้เห็นถึงความตั้งใจ พยายามทำให้สุขภาพแข็งแรงเสมอ เป็นตัวแบบสุขภาพ (14) ได้ร่วมทำกิจกรรมกับผู้เข้าร่วมโครงการทุกครั้งเพื่อให้เห็นว่าโครงการมีความสำคัญและมีความน่าสนใจ (4)

3.3 หัวหน้าโครงการรายงานว่าได้ใส่ใจผลการปฏิบัติงาน ให้ข้อมูลย้อนกลับและให้การเสริมแรงแก่คณะทำงานด้วยวิธีการทางบวก ด้วยการใช้วิธีการพูดแบบไม่เป็นทางการเพื่อบอกถึงข้อบกพร่องที่ควรแก้ไข แต่หากเป็นการชมก็จะชมต่อหน้าคนอื่น (13) ทำการประชุมร่วมกันคณะทำงานเพื่อหาข้อบกพร่องและจุดอ่อนในการทำกิจกรรมแล้วร่วมกันปรับปรุงแก้ไข (7)

3.4 หัวหน้าโครงการรายงานว่าได้เปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับบริการได้มีส่วนร่วมหรือแสดงความคิดเห็นในการดำเนินโครงการ ด้วยการสอบถามเจ้าหน้าที่ของโครงการทุกคนและวิทยากรได้อย่างอิสระโดยไม่จำกัดช่วงเวลา (13) สอบถามความต้องการในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป เช่น รูปแบบกิจกรรม อาหารที่ต้องการ วิทยากรที่สนใจ (11)

3.5 หัวหน้าโครงการรายงานว่าปัญหาที่หนักที่สุดที่เคยประสบระหว่างการดำเนินโครงการและแนวทางในการแก้ไขปัญหา คือ ผู้เข้าร่วมโครงการไม่มาตามที่นัดหมายไว้ แก้ไขปัญหาโดยเพิ่มกิจกรรม

PROMISE

และเน้นการทำกิจกรรมด้วยตนเอง (11) และงบประมาณในการบริหารจัดการมีไม่เพียงพอหรือมาไม่ทันตามที่กำหนดไว้จึงต้องขอเบิกเงินจากหน่วยงานเพื่อนำมาจัดโครงการก่อน (7)

4. ผลการประเมินด้านผลลัพธ์ (Product Evaluation)

4.1 จากการสังเกต สอบถาม ประเมินผู้เข้าร่วมโครงการ หัวหน้าโครงการรายงานว่าผู้เข้าร่วมโครงการพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมภาคปฏิบัติมากกว่าการบรรยายให้ความรู้ และชอบวิทยากรที่สามารถพูดจูงใจได้ดีทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ (8) ชอบสิ่งของที่โครงการนำมาเป็นแรงจูงใจและของแถมระหว่างการดำเนินกิจกรรม (6)

4.2 หัวหน้าโครงการรายงานว่าหน่วยงานมีความพึงพอใจต่อผลการดำเนินโครงการ เพราะโครงการมีความสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน (11) ผลของการดำเนินโครงการบรรลุเป้าหมายตามที่ได้ตั้งไว้ทำให้หน่วยงานมีชื่อเสียงเพิ่มมากขึ้น (7) เป็นการเพิ่มความสามารถในการทำโครงการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้กับสมาชิกในของหน่วยงาน (5)

4.3 หัวหน้าโครงการรายงานว่าปัจจัยที่สนับสนุนให้การดำเนินโครงการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ได้แก่ คณะทำงานมีความตั้งใจที่จะดำเนินโครงการให้ประสบความสำเร็จตามที่ตั้งหมายไว้ มีความกระตือรือร้นในการทำงาน (13) การให้ความร่วมมือของผู้เข้าร่วมโครงการและหน่วยงานภายนอก ที่เข้าไปประสานความร่วมมือ เช่น โรงเรียน ชุมชนและงบประมาณที่เพียงพอต่อการดำเนินโครงการ (7)

4.4 หัวหน้าโครงการรายงานว่าได้สร้างนวัตกรรมหรือองค์ความรู้ใหม่ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มใหญ่จำนวนมากที่สามารถจูงใจ สร้างความน่าสนใจได้ (19) มีแนวทางการบริหารจัดการที่ต้องมองโลกในแง่บวก ให้ความสำคัญกับผู้เข้าร่วมโครงการให้มาก (5)

4.5 หัวหน้าโครงการรายงานว่าทักษะในการบริหารจัดการและดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพครั้งนี้แตกต่างจากครั้งอื่นๆ เนื่องจากการบริหารโครงการภายใต้งบประมาณที่มีไม่เพียงพอในช่วงระยะเวลาหนึ่งทำให้ต้องขอขยืมเงินจากหน่วยงาน (8) มีการทำโครงการกับคนจำนวนมากซึ่งจะต้องใช้การจูงใจและการประสานงานอย่างสูง (7) และรู้สึกไม่แตกต่างเพราะมีประสบการณ์มาก่อน (4)

ส่วนที่ 3 ผลการนิเทศติดตามและประเมินในกลุ่มผู้บังคับบัญชา (ผู้ตอบ N=19)**1. ผลการประเมินบริบททั่วไป (Context Evaluation)**

1.1 ผู้บังคับบัญชารายงานว่ารับทราบและเข้าใจหรือมีส่วนร่วมในการวางแผนเกี่ยวกับโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่จัดขึ้น โดยหัวหน้าโครงการได้เข้ามารายงานว่าจะมีการดำเนินโครงการและได้ให้การสนับสนุนด้านต่างๆ เช่น การให้คำปรึกษาในการเริ่มต้นทำกิจกรรม ร่วมวางแผนการดำเนินงาน การประสานงานกับชุมชน (14) โครงการมีความสอดคล้องกับนโยบายหลักของหน่วยงานจึงให้การสนับสนุนการดำเนินงานอย่างเต็มที่ (5)

PROMISE

1.2 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าได้ให้การสนับสนุนหัวหน้าโครงการและคณะในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในทุกด้านเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้โครงการประสบความสำเร็จ แต่ที่สำคัญก็คือ การสนับสนุนด้านนโยบายการดำเนินงาน การส่งเสริมให้ดำเนินโครงการ (12) ให้การสนับสนุนเวลาในการดำเนินโครงการ (8) สนับสนุนบุคลากรของหน่วยงานให้ช่วยดำเนินโครงการอย่างเต็มที่โดยไม่ถือว่าเป็นการละเลยเวลาการปฏิบัติงานประจำของตนเอง (5) และให้กำลังใจในแก่คณะทำงาน และให้คำปรึกษาการดำเนินโครงการ (4)

1.3 ผู้บังคับบัญชาที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับความพร้อมด้านความรู้ความสามารถและความตั้งใจของคณะทำงานในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ประสบความสำเร็จเพราะทุกคนมีประสบการณ์ทำงานด้านนี้โดยเฉพาะ มีความกระตือรือร้น และมีความสนใจเป็นพิเศษด้านสุขภาพ (13) ทีมงานมีความเข้มแข็งที่จะดำเนินโครงการ มีความใกล้ชิดกับกลุ่มอย่าง สามารถเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างได้เป็นอย่างดี (8)

1.4 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าแนวคิดและกิจกรรมในการจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีความสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน ในการส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงาน เช่น โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ การเสริมสร้างสุขภาพให้กับคนเมือง (15) สอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาความสามารถของบุคลากร การเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพสู่ชุมชน (11)

1.5 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าปัจจัยที่จะสนับสนุนให้โครงการประสบผลสำเร็จตามตัวชี้วัด ได้แก่ คณะทำงานที่มีความตั้งใจ มีประสบการณ์สูง มีความกระตือรือร้นที่จะดำเนินโครงการให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (14) มีการส่งเสริมจากผู้บังคับบัญชาให้ดำเนินโครงการ (9) ความร่วมมือของผู้เข้าร่วมโครงการ (6) และงบประมาณที่มีจำนวนเพียงพอ (5)

2. ผลการประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation)

2.1 ผู้บังคับบัญชาที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับ ศักยภาพของหัวหน้าโครงการในการบริหารจัดการโครงการตั้งแต่การริเริ่ม / การวางแผน / การดำเนินการ / การกำกับโครงการ และการปิดโครงการ เพราะว่า มีประสบการณ์และมีผลงานให้เห็นในเชิงประจักษ์มาแล้วจึงมั่นใจว่าจะสามารถบริหารโครงการตั้งแต่เริ่มแรกจนสิ้นสุดกระบวนการ (12) หัวหน้าโครงการมีทักษะการพูดจากที่สามารถดึงดูดให้คนเข้าร่วมโครงการและกระตุ้นการทำงานของสมาชิกในทีมได้ เป็นอย่างดี (4) และ ทุ่มต่อการดำเนินโครงการสูง กระตือรือร้นที่จะทำให้โครงการประสบความสำเร็จ (4)

2.2 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าคณะทำงานมีจำนวนเพียงพอและมีศักยภาพในการดำเนินโครงการที่จัดขึ้น โดยคณะทำงานมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ ในการทำโครงการเกี่ยวกับ สุขภาพทำให้การบริหารจัดการโครงการมีประสิทธิภาพสูง (11) คณะทำงานมีจำนวนที่เพียงพอต่อการดูแลผู้เข้าร่วมโครงการเป็นอย่างดี สามารถที่จะติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมโครงการ (6)

PROMISE

2.3 ผู้บังคับบัญชารายงานว่า ได้ให้การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์และสถานที่แก่การดำเนินโครงการ โดยเปิดโอกาสให้คณะทำงานใช้สถานที่ของหน่วยงานในการจัดกิจกรรมได้อย่างเต็มที่ (13) ได้ช่วยประสานกับหน่วยงานภายนอกในการขอใช้สถานที่ในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (4)

2.4 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าคณะทำงานได้เป็นแบบอย่างที่ดีของ การเป็นผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ เพราะคณะทำงานมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเป็นอย่างดี และมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์เพียงพอที่จะเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับผู้เข้าร่วมโครงการได้ (14) คณะทำงานได้ออกกำลังกายเป็นประจำ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีพฤติกรรมสุขภาพเป็นแบบอย่างให้กับผู้เข้าร่วมโครงการได้ (10)

2.5 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าคณะทำงานชุดนี้มีเกณฑ์คัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการที่มีความสนใจอย่างแท้จริง โดย คัดเลือกจากเกณฑ์ด้านสุขภาพที่กำหนด เช่น ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยง (11) คัดเลือกจากความสมัครใจของผู้เข้าร่วมโครงการโดยไม่บังคับแต่จะใช้หลักการจูงใจ (6)

3. ผลการประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation)

3.1 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าได้ให้กำลังใจแก่คณะทำงานเพื่อให้มีพลังในการดำเนินโครงการสำเร็จ ด้วยวิธีการชื่นชมผลการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคณะทำงานทั้งต่อสมาชิกทีมและชื่นชมในที่ประชุมของหน่วยงานเพื่อเป็นกำลังใจในการทำงาน (12) พุดจาเชิงบวกและให้คำปรึกษาแก่คณะทำงานในด้านต่างๆ อย่างเต็มที่เพื่อเป็นการให้กำลังใจในการทำงาน (8)

3.2 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าช่วงเวลาที่คณะทำงานต้องการคำแนะนำหรือความช่วยเหลือมากที่สุดได้แก่ ช่วงเริ่มต้นโครงการเพราะต้องทำการประสานงานกับหน่วยงานภายนอกซึ่งต้องใช้เวลาประสานงานจากผู้บังคับบัญชา (13) ระหว่างการดำเนินโครงการเพราะว่างงบประมาณในการดำเนินงานไม่เพียงพอและได้รับล่าช้าต้องสำรองจ่ายเงินให้กับคณะทำงานก่อน (6)

3.3 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าได้ให้คำแนะนำและข้อมูลย้อนกลับในเชิงสร้างสรรค์แก่คณะทำงาน โดยเปิดโอกาสให้คณะทำงานได้ขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมได้อย่างเต็มที่แล้วได้ให้คำแนะนำระหว่างการให้คำปรึกษาพร้อมกับบอกถึงจุดเด่นและจุดด้อยของการดำเนินโครงการ (8) กล่าวคำชมเชยแก่คณะทำงานด้วยความจริงใจทั้งต่อหน้าและลับหลัง (6)

3.4 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าได้ใช้หลักการเพื่อประเมินผลการดำเนินงานของคณะทำงานในระหว่างการดำเนินโครงการ โดยการสังเกตและสอบถามความพึงพอใจ ของผู้เข้าร่วมโครงการ (13) สังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพหรือสภาวะสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการ เช่น น้ำหนักตัว จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อเป็นการประเมินผลการทำงาน (7)

PROMISE

3.5 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าได้มีส่วนช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินโครงการของคณะทำงาน โดยมีการประสานงานกับหน่วยงานภายนอกในเรื่องเวลาการจัดกิจกรรมให้กับผู้เข้าร่วมโครงการ (8) หางบประมาณมาช่วยเหลือแก่คณะทำงานในกรณีที่ไม่มีจำนวนไม่เพียงพอ (6)

4. ผลการประเมินด้านผลลัพธ์ (Product Evaluation)

4.1 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าจุดแข็งของโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพครั้งนี้ ได้แก่ กิจกรรมมีความน่าสนใจเพราะได้นำหลักการ PROMISE และ พฤติกรรมสุขภาพ 3Self มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับคนกลุ่มใหญ่ (13) คณะทำงานมีศักยภาพ มีประสบการณ์ที่เพียงพอต่อการดำเนินโครงการให้ประสบความสำเร็จ (7)

4.2 ผู้บังคับบัญชามีความพึงพอใจในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคณะทำงาน เพราะผลลัพธ์ทำให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้และมีสุขภาพที่ดีขึ้น (8) เป็นโครงการที่สอดคล้องกับนโยบายหลักของหน่วยงาน (6) และ ทำให้หน่วยงานเป็นที่รู้จักของประชาชนทั่วไปมากขึ้น (6)

4.3 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าหากมีโครงการเช่นนี้อีกจะให้การสนับสนุนต่อไป ด้วยเหตุผลเป็นโครงการที่เห็นผลได้จริงทำให้สุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการดีขึ้น เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ (11) ต้องการให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมีคงที่ (5) เป็นการเพิ่มศักยภาพในการทำงานด้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับบุคลากรของหน่วยงานได้ (4)

4.4 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าโครงการนี้สามารถส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง เนื่องจากประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมโครงการ มีภาวะด้านสุขภาพที่ดีขึ้น เช่น น้ำหนักตัวลดลง ค่าความดันโลหิตลดลง (11) ผู้เข้าร่วมโครงการมีความต้องการให้ดำเนินโครงการต่อไปจึงน่าจะเชื่อถือว่าโครงการประสบความสำเร็จ สามารถสร้างกระแสรักสุขภาพให้กับประชาชนได้ (6)

4.5 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าได้มีส่วนในการสนับสนุนความสำเร็จของโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพราะผู้บริหารเห็นความสำคัญของโครงการจึงได้ส่งเสริมให้โครงการประสบความสำเร็จได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (10) ให้การสนับสนุนเวลาในการดำเนินกิจกรรมของคณะทำงาน (7) และสนับสนุนบุคลากรในการดำเนินโครงการโดยให้เพื่อนร่วมงานได้ช่วยเหลือการดำเนินโครงการ (6)

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพของตนเอง
ของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่าง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามสมมติฐานข้อที่ 2

PROMISE

ตาราง 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n = 2,970)

พฤติกรรมสุขภาพ (คะแนนระหว่าง 5 – 20)	ก่อนเข้า		หลังเข้า		MD.	t	p
	n = 2,970		n = 2,970				
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
การรับรู้ความสามารถในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	13.27	2.62	15.11	2.36	-1.835	-37.780	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 5 พบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 6 สัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n=2,970)

พฤติกรรมสุขภาพ (คะแนนระหว่าง 5 – 20)	คะแนนเพิ่มขึ้น		คะแนนลดลง		คะแนนเท่าเดิม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	2,097	70.20	457	15.30	416	13.90

จากตาราง 6 พบว่าหลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น จำนวน 2,097 คน คิดเป็นร้อยละ 70.20 รองลงมาคือมีคะแนนลดลง จำนวน 457 คน คิดเป็นร้อยละ 15.30 และมีคะแนนเท่าเดิมจำนวน 416 คน คิดเป็นร้อยละ 13.90

PROMISE

ตาราง 7 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการกำกับตนเองของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n=2,970)

พฤติกรรมสุขภาพ (คะแนนระหว่าง 5 – 20)	ก่อนเข้า		หลังเข้า		MD.	t	p
	n = 2,970		n = 2,970				
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
การกำกับตนเอง	12.91	3.41	15.11	2.45	-2.197	-33.850	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 พบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีคะแนนการกำกับตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 8 สัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนการกำกับตนเองที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n=2,970)

พฤติกรรมสุขภาพ (คะแนนระหว่าง 5 – 20)	คะแนนเพิ่มขึ้น		คะแนนลดลง		คะแนนเท่าเดิม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การกำกับตนเอง	2,207	73.90	413	13.80	350	11.70

จากตาราง 8 พบว่าหลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีคะแนนการกำกับตนเองเพิ่มขึ้น จำนวน 2,207 คน คิดเป็นร้อยละ 73.90 รองลงมาคือมีคะแนนลดลง จำนวน 413 คน คิดเป็นร้อยละ 13.80 และมีคะแนนเท่าเดิม จำนวน 350 คน คิดเป็นร้อยละ 11.70

ตาราง 9 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n=2,967)

พฤติกรรมสุขภาพ (คะแนนระหว่าง 7 – 28)	ก่อนเข้า		หลังเข้า		MD.	t	p
	n = 2,967		n = 2,967				
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
การดูแลสุขภาพของตนเอง	18.90	3.56	21.49	3.27	-2.594	-41.803	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

PROMISE

จากตาราง 9 พบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีคะแนนการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 10 สัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนการดูแลสุขภาพของตนเองที่ เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n=2,967)

พฤติกรรมสุขภาพ (คะแนนระหว่าง 7 – 28)	คะแนนเพิ่มขึ้น		คะแนนลดลง		คะแนนเท่าเดิม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การดูแลสุขภาพของตนเอง	2,258	75.60	398	13.30	311	10.40

จากตาราง 10 พบว่าหลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีคะแนนการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้น จำนวน 2,258 คน คิดเป็นร้อยละ 75.60 รองลงมาคือมีคะแนนลดลง จำนวน 398 คน คิดเป็นร้อยละ 13.30 และมีคะแนนเท่าเดิม จำนวน 311 คน คิดเป็นร้อยละ 10.40

ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบตัวชี้วัดด้านชีวเคมี ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต เส้นรอบเอววัดเป็นนิ้ว รอบเอวหารสะโพก และเส้นรอบเอววัดเป็นเซนติเมตร ของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามสมมติฐานข้อที่ 3

ตาราง 11 ผลการเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของผู้เข้าร่วมโครงการ ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	ก่อนเข้า		หลังเข้า		MD.	t	p
	n = 1,718		n = 1,718				
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.			
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	27.37	4.66	26.76	4.31	.614	13.644	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

PROMISE

จากตาราง 11 พบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 12 สัดส่วนของผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 1,718)

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	คะแนนเพิ่มขึ้น		คะแนนลดลง		คะแนนเท่าเดิม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	65	3.78	1,510	87.89	143	8.32

จากตาราง 12 พบว่าหลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงจำนวน 1,510 คน คิดเป็นร้อยละ 87.89 รองลงมาคือ เท่าเดิม จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 8.32 และเพิ่มขึ้น จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 3.78

ตาราง 13 ผลการเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตบน (Systolic) ของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	ก่อนเข้า		หลังเข้า		MD.	t	p
	n = 1,111		n = 1,111				
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ความดันโลหิตบน (Systolic)	128.45	17.63	123.18	12.97	5.278	11.914	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 13 พบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีความดันโลหิตบน (Systolic) ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 14 สัดส่วนของผู้ที่มีค่าความดันโลหิตบน (Systolic) ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 1,111)

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	คะแนนเพิ่มขึ้น		คะแนนลดลง		คะแนนเท่าเดิม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าความดันโลหิตบน (Systolic)	288	25.92	644	57.97	179	16.11

PROMISE

จากตาราง 14 พบว่าหลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีค่าความดันโลหิตบน (Systolic) ลดลงจำนวน 644 คน คิดเป็นร้อยละ 57.97 รองลงมาคือ เพิ่มขึ้นจำนวน 288 คน คิดเป็นร้อยละ 25.92 และเท่าเดิม จำนวน 197 คน คิดเป็นร้อยละ 16.11

ตาราง 15 ผลการเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตล่าง (Diastolic) ของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	ก่อนเข้า		หลังเข้า		MD.	t	p
	n = 1,111		n = 1,111				
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ความดันโลหิต (Diastolic)	78.50	10.59	77.20	8.79	1.293	4.142	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 15 พบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีความดันโลหิตล่าง (Diastolic) ลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 16 สัดส่วนของผู้ที่มีค่าความดันโลหิตล่าง (Diastolic) ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 1,111)

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	คะแนนเพิ่มขึ้น		คะแนนลดลง		คะแนนเท่าเดิม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าความดันโลหิตล่าง (Diastolic)	406	36.54	483	43.47	222	19.98

จากตาราง 16 พบว่าหลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีค่าความดันโลหิตล่าง (Diastolic) ลดลงจำนวน 483 คน คิดเป็นร้อยละ 43.47 รองลงมาคือ เพิ่มขึ้นจำนวน 406 คน คิดเป็นร้อยละ 36.54 และเท่าเดิม จำนวน 222 คน คิดเป็นร้อยละ 19.98

PROMISE

ตาราง 17 ผลการเปรียบเทียบค่ารอบเอววัดเป็นนิ้วของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลัง เข้าร่วมโครงการ

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	ก่อนเข้า		หลังเข้า		MD.	t	p
	n = 207		n = 207				
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ค่ารอบเอววัดเป็นนิ้ว	34.93	3.94	34.71	4.06	.220	1.646	.101

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 17 พบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีค่ารอบเอววัดเป็นนิ้วลดลงจากก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 18 สัดส่วนของผู้ที่มีค่ารอบเอววัดเป็นนิ้ว ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	คะแนนเพิ่มขึ้น		คะแนนลดลง		คะแนนเท่าเดิม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่ารอบเอววัดเป็นนิ้ว	26	12.56	120	57.97	61	29.47

จากตาราง 18 พบว่าหลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีค่ารอบเอววัดเป็นนิ้ว ลดลงจำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 57.97 รองลงมาคือเท่าเดิม จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 29.47 และ เพิ่มขึ้น จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 12.56

ตาราง 19 ผลการเปรียบเทียบค่ารอบเอวหารสะโพก (WHR) ของผู้เข้าร่วมโครงการ ระหว่างก่อนและหลัง เข้าร่วมโครงการ

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	ก่อนเข้า		หลังเข้า		MD.	t	p
	n = 152		n = 152				
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ค่ารอบเอวหารสะโพก (WHR)	.77	.31	.87	.06	-.106	-4.163	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

PROMISE

จากตาราง 19 พบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีค่ารอบเอวหารสะโพก (WHR) ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 20 สัดส่วนของผู้ที่มีค่ารอบเอวหารสะโพก (WHR) ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 152)

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	คะแนนเพิ่มขึ้น		คะแนนลดลง		คะแนนเท่าเดิม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่ารอบเอวหารสะโพก (WHR)	68	44.74	68	44.74	16	10.53

จากตาราง 20 พบว่าหลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีค่ารอบเอวหารสะโพก (WHR) ลดลงจำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 44.74 เพิ่มขึ้น จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 44.74 และ เท่าเดิม จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 10.53

ตาราง 21 ผลการเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิต (SF – 36) ของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	ก่อนเข้า		หลังเข้า		MD.	t	p
	n = 80		n = 80				
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	S.D.			
คะแนนคุณภาพชีวิต (SF-36)	52.18	19.31	62.97	16.89	-10.79	-4.800	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 21 พบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีคะแนนคุณภาพชีวิต (SF-36) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 22 สัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนคุณภาพชีวิต (SF-36) ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 80)

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	คะแนนเพิ่มขึ้น		คะแนนลดลง		คะแนนเท่าเดิม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนคุณภาพชีวิต (SF-36)	58	72.50	20	25.00	2	2.50

PROMISE

จากตาราง 22 พบว่าหลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพชีวิต (SF-36) เพิ่มขึ้น จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 72.50 รองลงมาคือลดลง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 และเท่าเดิม จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.50

ตาราง 23 ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	ก่อนเข้า		หลังเข้า		MD.	t	p
	n = 304		n = 304				
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ระดับน้ำตาลในเลือด	136.14	53.64	125.77	44.70	10.375	3.669	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 23 พบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 24 สัดส่วนของผู้ที่มี ระดับน้ำตาลในเลือด ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 304)

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	คะแนนเพิ่มขึ้น		คะแนนลดลง		คะแนนเท่าเดิม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้ำตาลในเลือด	124	40.79	173	56.91	7	2.30

จากตาราง 24 พบว่าหลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจำนวน 173 คน คิดเป็นร้อยละ 56.91 รองลงมาคือเพิ่มขึ้น จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 40.79 และเท่าเดิม จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 2.30

ตาราง 25 ผลการเปรียบเทียบระดับไขมันสะสมในร่างกายของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

PROMISE

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	ก่อนเข้า		หลังเข้า		MD.	t	p
	n = 152		n = 152				
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ระดับไขมันสะสมในร่างกาย	32.55	8.48	31.95	8.48	0.603	3.827	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 25 พบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีระดับไขมันสะสมในร่างกายลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 26 สัดส่วนของผู้ที่มีระดับไขมันสะสมในร่างกาย ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้า รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 152)

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	คะแนนเพิ่มขึ้น		คะแนนลดลง		คะแนนเท่าเดิม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไขมันสะสมในร่างกาย	16	10.53	117	76.97	19	12.50

จากตาราง 26 พบว่าหลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการ ส่วนใหญ่มีระดับไขมันสะสมในร่างกาย ลดลงจำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 76.97 รองลงมาคือเท่าเดิม จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 12.50 และเพิ่มขึ้น จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 10.53

ตาราง 27 ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	ก่อนเข้า		หลังเข้า		MD.	t	p
	n = 100		n = 100				
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม	9.63	1.97	8.14	1.41	1.491	9.571	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 27 พบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

PROMISE

ตาราง 28 สัดส่วนของผู้ที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 100)

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	คะแนนเพิ่มขึ้น		คะแนนลดลง		คะแนนเท่าเดิม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม	-	-	98	98.00	2	2.00

จากตาราง 28 พบว่าหลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลงจำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 98.00 รองลงมาคือเท่าเดิม จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.00

ตาราง 29 ผลการเปรียบเทียบจำนวนบุหรี่ยี่สิบต่อวัน (มวน) ของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	ก่อนเข้า		หลังเข้า		MD.	t	p
	n = 59		n = 59				
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
จำนวนบุหรี่ยี่สิบต่อวัน (มวน)	13.27	8.17	2.47	3.59	10.796	10.867	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 29 พบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีจำนวนบุหรี่ยี่สิบต่อวัน (มวน) ลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 30 สัดส่วนของผู้ที่มีจำนวนบุหรี่ยี่สิบต่อวัน (มวน) ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 59)

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	คะแนนเพิ่มขึ้น		คะแนนลดลง		คะแนนเท่าเดิม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนบุหรี่ยี่สิบต่อวัน (มวน)	-	-	56	94.92	3	5.08

PROMISE

จากตาราง 30 พบว่าหลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (มวน) ลดลงจำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 94.92 รองลงมาคือเท่าเดิม จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 5.08

ตาราง 31 ผลการเปรียบเทียบระดับไขมันในเลือดของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	ก่อนเข้า		หลังเข้า		MD.	t	p
	n = 53		n = 53				
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ระดับไขมันในเลือด	162.19	26.91	119.92	40.19	42.264	7.398	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 31 พบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีระดับไขมันในเลือด ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 32 สัดส่วนของผู้ที่มีระดับไขมันในเลือด ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 53)

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	คะแนนเพิ่มขึ้น		คะแนนลดลง		คะแนนเท่าเดิม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไขมันในเลือด	9	16.98	44	83.02	-	-

จากตาราง 32 พบว่าหลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีระดับไขมันในเลือด ลดลงจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 83.02 รองลงมาคือเพิ่มขึ้น จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 16.98

ตาราง 33 จำนวนและร้อยละของคนที่มีความพึงพอใจต่อโครงการในระดับต่างๆ

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พึงพอใจน้อย (7 – 13)	100	3.37
พึงพอใจปานกลาง (14 – 20)	664	22.36
พึงพอใจมาก (21 – 28)	2,206	74.28
รวม	2,970	100.00

PROMISE

จากตาราง 33 พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่พึงพอใจระดับมากต่อการเข้าร่วมโครงการ จำนวน 2,206 คน คิดเป็นร้อยละ 74.28 รองลงมาคือ พึงพอใจปานกลาง จำนวน 664 คิดเป็นร้อยละ 22.36 และพึงพอใจน้อย จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 3.37

ตอนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบ ความพึงพอใจต่อโครงการ พฤติกรรมสุขภาพ 3Self ในกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการต่างกันภายหลังเข้าร่วมโครงการ ตามสมมติฐานข้อ 4

ตาราง 34 ผลการเปรียบเทียบเปรียบเทียบ การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการสูงและต่ำภายหลังเข้าร่วมโครงการ

ตัวแปรที่ศึกษา	ภาวะโภชนาการ สูง(BMI >25.00)		ภาวะโภชนาการ ต่ำ (BMI ≤ 25.00)		MD.	t	p
	n = 1,043		n = 662				
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
การรับรู้ความสามารถในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	15.12	2.35	15.31	2.29	0.192	1.675	0.98

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 34 พบว่ากลุ่มที่มีภาวะโภชนาการต่ำ (BMI ≤ 25.00) มีการรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่มีภาวะโภชนาการสูง (BMI > 25.01) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตาราง 35 ผลการเปรียบเทียบเปรียบเทียบการกำกับตนเองระหว่างกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการสูงและต่ำภายหลังเข้าร่วมโครงการ

ตัวแปรที่ศึกษา	ภาวะโภชนาการ สูง(BMI >25.00)		ภาวะโภชนาการ ต่ำ (BMI≤25.00)		MD.	t	p
	n = 1,043		n = 662				
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.			
การกำกับตนเอง	15.03	2.49	15.35	2.45	0.318	2.588	.010*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 35 พบว่ากลุ่มที่มีภาวะโภชนาการต่ำ ($BMI \leq 25.00$) มีการกำกับตนเอง สูงกว่ากลุ่มที่มีภาวะโภชนาการสูง ($BMI > 25.00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตาราง 36 ผลการเปรียบเทียบเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพของตนเองระหว่างกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการสูงและต่ำภายหลังเข้าร่วมโครงการ

ตัวแปรที่ศึกษา	ภาวะโภชนาการ สูง(BMI >25.00)		ภาวะโภชนาการ ต่ำ (BMI≤25.00)		MD.	t	p
	n=1,040		n = 663				
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
การดูแลสุขภาพของตนเอง	21.63	3.23	22.22	2.90	.582	3.806	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 36 พบว่ากลุ่มที่มีภาวะโภชนาการต่ำ ($BMI \leq 25.00$) มีการดูแลสุขภาพของตนเองสูงกว่ากลุ่มที่มีภาวะโภชนาการสูง ($BMI > 25.00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 37 ผลการเปรียบเทียบเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อโครงการระหว่างกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการสูงและต่ำภายหลังเข้าร่วมโครงการ

ตัวแปรที่ศึกษา	ภาวะโภชนาการ สูง(BMI >25.01)		ภาวะโภชนาการ ต่ำ (BMI≤25.00)		MD.	t	p
	n =903		n = 571				
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ความพึงพอใจต่อโครงการ	22.88	3.28	23.07	3.32	.188	1.069	.285

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 37 พบว่ากลุ่มที่มีภาวะโภชนาการต่ำ ($BMI \leq 25.00$) มีความพึงพอใจต่อโครงการสูงกว่ากลุ่มที่มีภาวะโภชนาการสูง ($BMI > 25.00$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



บทที่

5

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเชิงประเมิณครั้งนี้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Method) และเป็น การปฏิบัติการวิจัยเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินโครงการของสถานพยาบาลผู้ให้บริการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปพร้อมกันระหว่างคณะผู้วิจัย คณะผู้สังเกตติดตามและประเมินโครงการ ในการศึกษาครั้งนี้ มีเป้าหมายที่สำคัญ เพื่อให้ประชาชนคนไทย ผู้มีสิทธิการรักษาในเขต กรุงเทพมหานคร ได้เข้าถึงการรับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น และสถานพยาบาล ในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานครที่ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มีขีดความสามารถในการ บริหารโครงการ ด้านการบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยในเขตกรุงเทพมหานคร และ ในการดำเนินโครงการเพื่อให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนของ สถานพยาบาล ที่ร่วม ให้บริการในช่วงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2552 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 จำนวน 12 หน่วยงานรวม 21 โครงการ โดยมีประชาชนผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงต่อโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง รวม 2,970 คน โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิจัย 1) เพื่อประเมินผลการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครตามกรอบแนวคิด CIPP Model และ Logic Model 2) เพื่อ ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองของผู้เข้าร่วมโครงการดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วม โครงการ 3) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัด ได้แก่ ค่า BMI ไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด ค่า ความดันโลหิต จำนวนการสูบบุหรี่ และค่าต่างๆ ตามที่แต่ละโครงการกำหนดของผู้เข้าร่วมโครงการ ที่ดี ขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ 4) เพื่อศึกษาปัจจัยด้านความพึงพอใจต่อโครงการ และด้านพฤติกรรม สุขภาพ 3 Self ที่มีต่อภาวะโภชนาการภายหลังเข้าร่วมโครงการ และ 5) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่ง ความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ

PROMISE

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร และมีสมมติฐานการวิจัย เพื่อเป็นกรอบในการรายงานผลสรุปในครั้งนี้ มีดังนี้

1. ผลการนิเทศและประเมินโครงการตามรูปแบบการประเมิน CIPP Model คือ ปัจจัยด้านบริบทด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของทุกโครงการ อยู่ในระดับดีขึ้นไป ทั้งในกลุ่มการรับรู้ของหัวหน้าโครงการ ผู้เข้าร่วมโครงการ และผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ
2. ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก PROMISE Model มีผลให้ ผู้เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self (การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง) ดีขึ้นกว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ
3. ผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละหน่วยงานมีการเปลี่ยนตัวชี้วัดทางชีวเคมี เช่น ค่า BMI น้ำหนักตัว รอบเอว ไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต และค่าต่างๆ ตามที่แต่ละโครงการกำหนดดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ
4. ภายหลังการเข้าร่วมโครงการ ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะโภชนาการ (ค่าBMI)ต่ำ จะมีความพึงพอใจต่อโครงการ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self สูงกว่า ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะโภชนาการ(ค่าBMI)สูง
5. ทราบถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

โดยมีบทสรุปขั้นตอนในการวิจัย ตามลำดับดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 พัฒนารูปแบบการประเมินและการบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงาน ตามกรอบแนวคิดในการให้บริการตามหลัก PROMISE และ 3 SELF

1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเทคนิคการพัฒนาสุขภาพ ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การบริหารจัดการและประเมินโครงการ ตาม CIPP Model และ Logic Model และแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และ PROMISE Model
2. จัดทำต้นแบบของ รูปแบบการประเมินและการบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงาน ตามกรอบแนวคิดการประเมินผล และหลัก PROMISE Model และ 3 SELF
3. ดำเนินการอบรมหัวหน้าและคณะทำงานของโครงการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 21 โครงการ ๆ ละ 2-3 คนรวมจำนวนผู้รับการอบรมทั้งสิ้น 51 คน ให้มีความรู้

PROMISE

ความเข้าใจในหลักการดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามกรอบการบริหารจัดการโครงการด้วยแนวคิดตามหลัก PROMISE Model เพื่อให้ผู้เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือกลุ่มเสี่ยงเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้านคือ 3 SELF ได้แก่ Self-efficacy Self-regulation และ Self-care

4. ให้หัวหน้าโครงการและคณะทำงานไปดำเนินกิจกรรมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง จำนวนกิจกรรมมีทั้งรายบุคคลและ/หรือรายกลุ่มรวมจำนวนอย่างน้อย 5 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 4 – 7 เดือน พร้อมทั้งประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 3 SELF ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มเสี่ยง

5. นำผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผลทางชีวเคมี ผลตรวจเลือด ค่าความดันโลหิต ค่าBMI น้ำหนักตัว รอบเอว เป็นต้น มาประกอบการพิจารณาในการปรับแก้ไข รูปแบบการประเมินและการบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาล ตามกรอบแนวคิดตามหลัก PROMISE Model และ 3 SELF

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาผลการนิเทศและประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหน่วยงานใน

เขตกรุงเทพมหานครและปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

1. ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับการบริหารโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. กำหนดเกณฑ์การประเมินเพื่อพิจารณาตัดสินอนุมัติ ข้อเสนอโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานที่เสนอขอทุนสนับสนุน และเมื่อผู้ทรงคุณวุฒิ 2-3 คนตรวจสอบพร้อมหัวหน้าโครงการปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และดำเนินการทำสัญญาข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินโครงการให้เป็นไปตามเงื่อนไขที่ สปสช. และสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

3. จัดทำคู่มือการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ในเขตกรุงเทพมหานคร และคู่มือการบริหารการเงินและพัสดุ สำหรับหัวหน้าโครงการและทีมงานเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินโครงการ

4. จัดทำคู่มือการกำกับติดตามและประเมินผลโครงการ เพื่อให้ผู้นิเทศโครงการใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามนิเทศงานและประเมินโครงการของผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

5. จัดกิจกรรม เพื่อพัฒนาขีดความสามารถของหน่วยงานที่ร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้มีความเชื่อมั่น มีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการเขียน การบริหารจัดการโครงการ

PROMISE

และทักษะในการจัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งทางจิตและทางร่างกายตามแนวทางปรับพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และ PROMISE Model

6. จัดกิจกรรมในทีมผู้นิเทศเพื่อสร้างความร่วมมือในการดูแล ให้คำแนะนำแก่หัวหน้าโครงการต่างๆ ดำเนินการได้ไปตามเป้าหมาย และตัวชี้วัด

7. บริหารจัดการโครงการบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละหน่วยงาน ที่ร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้ผลสัมฤทธิ์ตามตัวชี้วัด โดยประยุกต์แนวทางการประเมินผลโครงการตาม CIPP Model และ Logic Model

8. จัดประชุมสรุปโครงการ แก่ผู้ร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของทุกหน่วยงาน และสรุปรายงานผลการดำเนินงานบริหารจัดการโครงการ

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้ดำเนินการให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย หัวหน้าโครงการ 21 โครงการ ผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ จำนวน 21 คน และผู้รับบริการที่ให้ข้อมูลจากการนิเทศติดตามโครงการระหว่างดำเนินโครงการ 84 คน

2. กลุ่มผู้รับบริการหรือเข้าร่วมโครงการ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเครียด โรคอ้วน การติดบุหรี่ หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องตามผลการตรวจแบบคัดกรองความเสี่ยงของ สปสช. และได้รับการประเมินจากหน่วยงานผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมว่าเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว พร้อมทั้งสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ครั้งในช่วง 4-7 เดือนที่มีการจัดโครงการ รวมทั้งสิ้น 2,970 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินโครงการ ประกอบด้วย 3 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินโครงการ ก่อนเริ่มดำเนินโครงการ เป็นการประเมินความเป็นไปได้ในการดำเนินโครงการให้เป็นผลสำเร็จตามตัวชี้วัด จากผู้เชี่ยวชาญ โดยพิจารณาจากเกณฑ์ประเมิน ตามรายงานโครงการที่ประกอบด้วย ชื่อโครงการ บ่งชี้ถึงลักษณะกิจกรรมที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ ระบุกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์เฉพาะที่มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องของกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มที่ลักษณะคล้ายกันไว้อย่างชัดเจน ถ้ามีข้อมูล ชิงประจักษ์ที่ดี เพื่อเป็นกรอบในการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาและลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ควรมีความสอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข เป็นวัตถุประสงค์ที่วัดได้จริงและไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและเวลา โดยระบุตัวชี้วัดที่ชัดเจนทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เช่น

PROMISE

กลุ่มเสี่ยงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่ดีขึ้น รอบแวลลดลงจากเดิมเท่าไรก็คนหรือกี่ % เป็นต้น **กลุ่มเป้าหมาย** ควรระบุชัดเจนว่าเป็นใคร โดยผ่านการตรวจแบบคัดกรองด้วยเกณฑ์ อย่างไรก็ตามในการคัดเลือกเข้าโครงการ จำนวนกี่คน โดยให้เหมาะสมกับศักยภาพ ของผู้ดำเนินการ **หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ** ควรระบุไว้ชัดเจน เช่น หน่วย /ฝ่าย ภาควิชา สถาบัน เป็นต้น **ผู้รับผิดชอบ** ควรระบุไว้ในรูปของคณะทำงานอย่างน้อย 3 คนขึ้นไปโดยให้ระบุชื่อนามสกุล ตำแหน่ง วุฒิการศึกษา สถานที่ทำงาน และเบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ แฟกซ์ อีเมล **วันเวลา** สถานที่ ในการดำเนินโครงการ ควรระบุพอสังเขป ช่วงไม่เกิน 7 เดือน **ขั้นตอนการดำเนินงาน** ควรระบุไว้ชัดเจนว่าจะทำอะไรที่ไหนอย่างไร เมื่อไหร่ โดยจัดทำเป็นผังการปฏิบัติงาน โดยมีระยะเวลาทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อยู่ระหว่าง 4 - 7 เดือน **การประเมินผลโครงการ** ควรระบุลักษณะการประเมิน และตัวชี้วัดที่ชัดเจน ที่ให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลงของลักษณะทางจิต เช่น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการหรือผู้รับบริการมีพฤติกรรมจัดการความเครียดดีขึ้นโดยวัดจากอะไรบ้าง ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองพร้อมที่จะกำกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของตนเอง ถึงแม้โครงการสิ้นสุดลง เป็นต้น และตัวแปรผลลัพธ์ทางร่างกายและทางคลินิก เช่น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงหรือเป็นปกติ ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีความดันโลหิตลดลงหรือเป็นปกติ ร้อยละของระดับความพึงพอใจ เป็นต้น และ **ผลสัมฤทธิ์ของงาน** ที่ทางสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ส่งมอบงานให้ สปสช. เมื่อสิ้นสุดโครงการ ประกอบด้วย แบบบันทึกผลการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหน่วยงานตามตัวชี้วัดของ สปสช. และรายงานสรุปผลการดำเนินงานที่ครอบคลุมทุกระยะของการดำเนินโครงการของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2. เครื่องมือที่ใช้เพื่อการนิเทศและประเมินโครงการระหว่างดำเนินโครงการตามแนวคิดการประเมินโครงการCIPP Model ของ สตัฟเฟิลบีมและชินคฟิลด์(Stufflebleam & Shinkfield, 2007) ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามที่ประกอบด้วยเนื้อหาที่เกี่ยวกับการประเมินความเป็นไปได้และความสำเร็จของโครงการ 4 ด้าน คือ **ปัจจัยบริบท (Context)** **ปัจจัยนำเข้า (Input)** **กระบวนการ (Process)** **ผลลัพธ์ (Product)** เป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ โดยผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการและผู้เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

PROMISE

2.2 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่ประกอบด้วยเนื้อหาที่เกี่ยวกับการประเมินการนำหลักการ PROMISE Model ไปใช้และความเป็นไปได้ในความสำเร็จตามตัวชี้วัดด้านพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และตัวชี้วัดอื่นของโครงการ 4 ด้าน คือ **ปัจจัยบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input)**

กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Product) เป็นประเด็นข้อคำถามปลายเปิด โดยผู้ให้ข้อมูลตอบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการและผู้เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3. เครื่องมือและคุณภาพของที่ใช้เพื่อการประเมินพฤติกรรมสุขภาพภายหลังสิ้นสุดการดำเนินโครงการ

3.1 แบบสอบถามเพื่อการประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยแบบสอบถามดังต่อไปนี้

3.1.1 แบบสอบถามวัดการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self efficacy) เป็นแบบสอบถามที่มีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่จริง (ให้ 1 คะแนน) ถึง จริงมาก (ให้ 4 คะแนน) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.73 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง 0.29 – 0.67

3.1.2 แบบสอบถามวัด การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-regulation) เป็นแบบสอบถามที่มีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่จริง (ให้ 1 คะแนน) ถึง จริงมาก (ให้ 4 คะแนน) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.80 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ในช่วง 0.36 – 0.70

3.1.3 แบบสอบถามวัด การดูแลสุขภาพตนเอง (Self care) เป็นแบบสอบถามที่มีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่จริง (ให้ 1 คะแนน) ถึง จริงมาก (ให้ 4 คะแนน) ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.49 – 0.76

3.2 ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นแบบสอบถามที่วัดเฉพาะภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม โดยมีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่จริง (ให้ 1 คะแนน) ถึง จริงมาก (ให้ 4 คะแนน) ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปด้านบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ประวัติการเจ็บป่วย เป็นต้น และข้อมูลประเมินความพึงพอใจของการเข้าร่วมกิจกรรมหลังสิ้นสุดโครงการ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ด้วย สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อตอบสนองมติฐานข้อที่ 1

PROMISE

2. ข้อมูลในเชิงปริมาณ เพื่อเปรียบเทียบ พฤติกรรมสุขภาพและตัวชี้วัดที่เปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการสถิติค่าที่ เพื่อตอบสนองมติฐานข้อที่ 2-4

3. ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมในเชิงคุณภาพที่แสดงถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ด้วยการพรรณนาและนำเสนอเป็น ความถี่

สรุปผลการวิจัย

สามารถสรุปผลแบ่งเป็น 6 ตอน ตามสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 ผลการนิเทศและประเมินโครงการ ตามสมมติฐานข้อ 1

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ตามสมมติฐานข้อ 2

ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบตัวชี้วัดทางสุขภาพด้านอื่นๆ ตามสมมติฐานข้อ 3

ตอนที่ 5 ปัจจัยด้านความพึงพอใจ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ที่มีต่อภาวะโภชนาการ (ค่า BMI) ตามสมมติฐานข้อ 4

ตอนที่ 6 สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

ตอนที่ 7 สรุปแนวคิดในการประเมินผลและบริหารจัดการโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครที่ได้จากการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 2,010 คิดเป็นร้อยละ 67.68 อยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี จำนวน 810 คนคิดเป็นร้อยละ 27.27 มีการศึกษาในระดับ มัธยมศึกษา, ปวช., ปวส. จำนวน 1,327 คน คิดเป็นร้อยละ 44.68 มีสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นข้าราชการ /รัฐวิสาหกิจและครอบครัว จำนวน 1,089 คน คิดเป็นร้อยละ 36.67 ลักษณะของกลุ่มเป้าหมายคืออยู่ในกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ โรคอ้วน ขาดการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภค จำนวน 1,218 คน คิดเป็นร้อยละ 41.01 ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือเสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วนและมีค่าBMI สูง จำนวน 1,460 คน คิดเป็นร้อยละ 49.16

ตอนที่ 2 ผลการนิเทศและประเมินโครงการ ตามสมมติฐานข้อ 1

“ ผลการนิเทศและประเมินโครงการตามรูปแบบการประเมิน CIPP Model คือ ปัจจัยด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

PROMISE

สุขภาพของทุกโครงการ **อยู่ในระดับดีขึ้น** ทั้งในกลุ่ม การรับรู้ของหัวหน้าโครงการ ผู้เข้าร่วมโครงการ และผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ” พบผลการวิจัยสอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 1

จากการประเมินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ สถานพยาบาล ในเขต กรุงเทพมหานคร ได้ทำการเก็บรวบรวมทั้งข้อมูลในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจาก 21 โครงการ ในกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการๆ ละ 4 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 84 คน หัวหน้าโครงการ จำนวน 21 คน และผู้บังคับบัญชา จำนวน 21 คน 1 ผลการประเมินพบว่า

2.1 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการมีความคิดเห็นต่อโครงการในภาพรวมในระดับดีมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีความคิดเห็นต่อด้านผลลัพธ์ สูงที่สุดอยู่ในระดับดีมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 รองลงมาคือ ด้านปัจจัย กระบวนการ ด้านปัจจัย นำเข้า และด้านบริบททั่วไป อยู่ในระดับดีมากเท่ากัน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.63, 3.60 และ 3.59 ตามลำดับ

2.2 กลุ่มหัวหน้าโครงการมีความคิดเห็นต่อโครงการในภาพรวมในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.43 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีความคิดเห็นต่อด้านปัจจัยบริบททั่วไป สูงที่สุดอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 รองลงมาคือด้านกระบวนการ ด้านผลลัพธ์และด้านปัจจัยนำเข้า อยู่ในระดับดีเท่ากับ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.42, 3.41 และ 3.39

2.3 กลุ่มผู้บังคับบัญชามีความคิดเห็นต่อโครงการในภาพรวมในระดับดีมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีความคิดเห็นต่อด้านบริบททั่วไปสูงที่สุดอยู่ในระดับดีมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 รองลงมาคือด้านผลลัพธ์ ด้านกระบวนการ และด้านปัจจัยนำเข้า อยู่ในระดับดีมากเท่ากัน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.61, 3.56 และ 3.54 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ตามสมมติฐานข้อ 2

“ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก PROMISE Model มีผลให้ ผู้เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self (การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง) ดีขึ้นกว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ” พบผลการวิจัยสอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 2 ดังนี้

หลังจากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองและการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของจำนวนผู้ที่มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากการเข้าร่วมโครงการพบว่าผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับตนเองและการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้นในสัดส่วนร้อยละ 70.20, 73.90 และ 75.60 ตามลำดับ

PROMISE

ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ ตามสมมติฐานข้อ 3

“ผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละ สถานพยาบาลมีการเปลี่ยนตัวชี้วัดทางชีวเคมี เช่น ค่า BMI น้ำหนักตัว รอบเอว ไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต และค่าต่างๆ ตามที่แต่ละโครงการกำหนดดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ” พบผลวิจัยสอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 3 ดังนี้

หลังจากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีค่าตัวชี้วัดด้านชีวเคมี ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ค่าความดันโลหิตบน (Systolic) ค่าความดันโลหิตล่าง (Diastolic) ค่ารอบเอววัดเป็นนิ้ว ค่ารอบเอวหารสะโพก (WHR) ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันสะสมในร่างกาย ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม และค่าคะแนนคุณภาพชีวิต ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของจำนวนผู้ที่มีค่าตัวชี้วัดด้านชีวเคมีที่ดีขึ้น ได้แก่ มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงคิดเป็นร้อยละ 87.89 ของจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด มีค่าความดันโลหิตบน (Systolic) ที่ลดลงหรือเท่าเดิมรวมคิดเป็นร้อยละ 74.08 มีค่าความดันโลหิตล่าง (Diastolic) ที่ลดลงหรือเท่าเดิมรวมคิดเป็นร้อยละ 63.45 ค่ารอบเอววัดเป็นนิ้วที่ลดลงหรือเท่าเดิมรวมคิดเป็นร้อยละ 87.44 ค่ารอบเอวหารสะโพก (WHR) ที่ลดลงหรือเท่าเดิมรวมคิดเป็นร้อยละ 55.27 ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 72.50 ระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลงหรือเท่าเดิมรวมคิดเป็นร้อยละ 59.21 ระดับไขมันสะสมในร่างกายที่ลดลงคิดเป็นร้อยละ 76.97 ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมที่ลดลงคิดเป็นร้อยละ 98.0 ระดับไขมันในเลือดที่ลดลงคิดเป็นร้อยละ 83.02 และจำนวนบุหรี่ยี่สิบต่อวันลดลงคิดเป็นร้อยละ 94.92 และผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อโครงการในระดับพึงพอใจมาก จำนวน 2,206 คน คิดเป็นร้อยละ 74.28

ตอนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบ ปัจจัยด้านความพึงพอใจ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ในกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการต่างกัน ตามสมมติฐานข้อ 4

“ภายหลังการเข้าร่วมโครงการ ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะโภชนาการ (ค่าBMI) ต่ำกว่าเกณฑ์ผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกิน จะมีความพึงพอใจต่อโครงการ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self สูงกว่า ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะโภชนาการ(ค่าBMI) สูงกว่าเกณฑ์ ” พบผลวิจัยสอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 3 บางส่วน ดังนี้

ภายหลังการเข้าร่วมโครงการ พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการที่มีภาวะโภชนาการต่ำ ($BMI \leq 25.00$) มีการรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มที่มีภาวะโภชนาการสูง ($BMI > 25.00$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และพบว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการที่มีภาวะโภชนาการต่ำ ($BMI \leq 25.00$) มีพฤติกรรมการกำกับตนเอง และมีการดูแลสุขภาพของตนเอง สูงกว่า กลุ่มที่มีภาวะโภชนาการสูง ($BMI > 25.00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการที่มีภาวะโภชนาการ ต่ำ ($BMI \leq 25.00$) มี

PROMISE

ความพึงพอใจต่อโครงการมากกว่ากลุ่มที่มีภาวะโภชนาการสูง (BMI > 25.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 6 สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ทำให้โครงการประสบความสำเร็จ**ผู้เข้าร่วม**

1. ผู้เข้าร่วมโครงการมีความมุ่งมั่นและตั้งใจในการเข้าร่วมกิจกรรม พยายามปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเอง รวมถึงช่วยประชาสัมพันธ์โครงการ กระจายข่าว และเป็นแกนนำสำคัญในการดำเนินกิจกรรมของโครงการ ตลอดจนมีความพึงพอใจต่อการบริการซึ่งช่วยให้คณะทำงานมีกำลังใจในการดำเนินกิจกรรม (10)
2. วิทยของกลุ่มผู้เข้าร่วม โครงการมีความเหมาะสมและมีความสามารถเพียงพอที่จะนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติ (2)
3. ผู้เข้าร่วมมีความเชื่อมั่นในหลักสูตรทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เนื่องจากการนำหลักสูตรที่เน้นให้รู้จักการคิดวิเคราะห์ แก้ปัญหาตามสาเหตุของปัญหาแต่ละบุคคลมาใช้จึงทำให้ผู้เข้าร่วมสามารถกำกับตนเองให้ปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย (2)

สถานที่

4. มีสถานที่ทำกิจกรรมที่สะดวกและเหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการ (3)

การดำเนินโครงการ

5. มีการดำเนินการในรูปแบบที่เข้าใจได้ง่าย และให้ความรู้ผ่านการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม (4)
6. มีการสร้างเครือข่ายและการสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้กับกลุ่มผู้เข้าร่วมเพื่อกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องแม้จะสิ้นสุดโครงการ (3)
7. คณะทำงานใช้กลยุทธ์ในการการสร้างแรงจูงใจด้วยการให้รางวัล (2)
8. มีการสร้างพลังให้กับกลุ่มเป้าหมายเห็นคุณค่าในตนเอง และกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อน เกิดการกระตุ้นการนำไปใช้กำกับตนเอง (2)
9. การมีตัวแบบที่ดีจากคณะวิทยากรที่มีความสามารถและความมุ่งมั่นในการนำประสบการณ์มาถ่ายทอดซึ่งจะเป็นแนวปฏิบัติได้เป็นอย่างดีต่อผู้เข้าร่วมโครงการ (2)
10. มีการให้ความรู้เป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่มเล็ก จะช่วยเพิ่มส่วนที่ขาดให้กับผู้ป่วยได้เป็นผลดี (2)
11. มีการวางแผนการดำเนินโครงการที่ดีและเป็นระบบ จึงทำให้การดำเนินโครงการสำเร็จและลุล่วงไปได้ด้วยดี (1)

PROMISE

12. มีกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยและความต้องการของผู้เข้าร่วมโครงการ (1)
13. มีการเปิดช่องทางเพื่อให้โทรศัพท์สอบถามข้อมูล และเปิดช่วงนอกเวลาให้ร่วมกิจกรรม และจัดตั้งเป็นกลุ่มต่อเนื่อง (1)
14. มีการควบคุม กำกับ และตรวจสอบแก้ไขปัญหาเป็นระยะๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแก้ไขปัญหาเรื่องเกี่ยวกับเอกสารและการบันทึกข้อมูล (1)
15. ทำการทดสอบ Pre-test และ Post-test โดยใช้แบบสอบถามที่จัดให้ และเขียน Before and After (1)
16. มีการประเมินและคัดกรองสุขภาพต่างๆ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (1)

เจ้าหน้าที่

17. คณะทำงานและผู้บริหารมีความตั้งใจ ตระหนัก เห็นประโยชน์ และให้ความสำคัญต่อโครงการจึงให้การสนับสนุนและร่วมมือโดยอนุมัติให้ใช้สถานที่และส่งคนเข้าร่วมตลอดจนร่วมเป็นทีมวิทยากร (10)
18. มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคณะทำงาน วิทยากรและผู้เข้าร่วมโครงการทุกคนทำให้เกิดความเอื้ออาทรและการร่วมแรงร่วมใจระหว่าง เจ้าหน้าที่ ที่มีความใส่ใจในรายละเอียดของสมาชิกผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกคน (7)
19. คณะทำงานได้รับความร่วมมือและการอำนวยความสะดวกจากบุคลากรในและนอกหน่วยงานเป็นอย่างดี (2)
20. มีการดำเนินการจัดโปรแกรมจากวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญทำให้ผู้เข้าร่วมเกิดความสนใจและสามารถนำไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันได้ (1)
21. เจ้าหน้าที่มีองค์ความรู้ และความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของการดำเนินโครงการเป็นอย่างดี ทำให้การดำเนินโครงการเป็นไปอย่างราบรื่นและบรรลุวัตถุประสงค์ (1)

การประชาสัมพันธ์โครงการ

22. การประชาสัมพันธ์โครงการที่แจ้งว่าดำเนินการ 1 วัน ทำให้ผู้ป่วยสนใจเพิ่มขึ้นแล้วมีการชี้แจงให้ทราบถึงการทบทวน ติดตามต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับความรู้มาก่อนจึงได้รับทราบความรู้ใหม่ และเกิดความสนใจ/ตระหนักจากกิจกรรมการฝึกปฏิบัติ (2)
23. มีการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึงทำให้ผู้เข้าร่วมเกิดการรับรู้ถึงประสิทธิภาพ และผลสำเร็จของโครงการที่ผ่านมาตั้งแต่เริ่มต้น ผู้เข้าร่วมจึงมั่นใจที่จะเข้าร่วมโครงการต่อไป (2)

อื่น ๆ

24. ได้รับความร่วมมือจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒในการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดโครงการ รวมถึงให้การนิเทศ ติดตามงานและเป็นที่ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา (6)
25. มีงบประมาณที่สนับสนุนโครงการอย่างเพียงพอให้กับคณะผู้จัดทำโครงการ (4)
26. มีการดำเนินโครงการในลักษณะสหวิชาชีพ (1)
27. ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (1)

PROMISE

28. โครงการนี้เป็นโครงการที่มีความสอดคล้องกับแผนงานบริการของหน่วยงานจึงได้รับการสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ เป็นอย่างดี (1)

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการ**ผู้เข้าร่วม**

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมติดภารกิจในเรื่องการทำงาน การพบแพทย์ตามนัด และภารกิจส่วนตัว ทำให้ไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมกับกลุ่มได้ทุกครั้ง บางรายขอถอนตัวออกจากโครงการ ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการได้อย่างต่อเนื่อง (9)
2. ผู้เข้าร่วมโครงการมีความหลากหลายและยังไม่เห็นความสำคัญจึงเข้าร่วมโครงการไม่ต่อเนื่อง (3)
3. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่ต้องการมาเข้ากลุ่มในวันที่มาพบแพทย์ซึ่งมักจะมาไม่พร้อมกัน จึงต้องจัดเป็นกลุ่มเล็กๆ ซึ่งต้องใช้เวลาและเจ้าหน้าที่มากขึ้นและส่วนใหญ่ไม่ใช่กลุ่มเดิม (3)
4. การติดตามมีปัญหาเรื่องโทรศัพท์ส่วนตัว เช่น โทรศัพท์หาย เปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ รวมถึงมีการโยกย้ายเปลี่ยนที่อยู่ ทำให้ขาดการติดต่อ (3)
5. ผู้เข้าร่วมมีวัยและโรคประจำตัวเป็นข้อจำกัดต่อการปฏิบัติตามกิจกรรมที่คณะทำงานจัดเตรียมไว้ให้ เช่น ผู้เข้าร่วมโครงการที่เป็นผู้สูงอายุและมีการศึกษาน้อย ทำให้ไม่เข้าใจในข้อคำถามในการทำแบบสอบถาม (2)
6. ผู้เข้าร่วมโครงการไม่เข้าใจถึงวิธีการอบรมโดยการนำหลักการเสริมพลังมาใช้ เมื่อเข้ากลุ่มอภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มักไม่กล้าแสดงความคิดเห็นและผู้เข้าร่วมโครงการบางคนยังมีความคาดหวังว่าจะได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่เข้ารับการอบรม ดังนั้นจึงต้องมีการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการให้ความรู้โดยใช้วิธีสาธิต และฝึกปฏิบัติเข้าไปด้วย (1)

การดำเนินการ

7. การจัดกิจกรรมมีความหลากหลาย จึงต้องทำร่วมกับทีมสหสาขา และบุคคลภายนอกหลายกลุ่ม จำเป็นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญ และเจ้าหน้าที่จำนวนมาก (2)
8. มีการเพิ่มลักษณะของกลุ่มเป้าหมายในโครงการ 3 ลักษณะพร้อมกัน ได้แก่ จำนวนผู้เข้าโครงการที่เพิ่มขึ้น ลักษณะกลุ่มให้มีกลุ่มวัยทำงาน และการขยายพื้นที่จัดกับผู้ป่วยในชุมชน ส่งผลต่อการดำเนินการที่ไม่สามารถหาเจ้าหน้าที่เพื่อมาช่วยดำเนินการที่มีความเข้าใจต่อวัตถุประสงค์ของโครงการได้ทัน ทำให้มีการดูแลที่ไม่ทั่วถึงและไม่เพียงพอ (1)
9. ขาดการประชาสัมพันธ์ในเรื่องของค่าเดินทางสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง (1)
10. การประชาสัมพันธ์โครงการไม่สามารถทำได้เต็มที่ (1)
11. การลงโปรแกรมให้มีการขอเลขรหัสใหม่ แต่ให้เลขรหัสเดิมกลับมา จึงต้องเสียเวลาในการรอเลขและสอบถามเหตุผลที่ให้เลขรหัสเดิม ไม่มีผู้ประสานการตอบข้อมูลได้อย่างชัดเจน (1)

PROMISE

12. คณะทำงานไม่สามารถตรวจสอบสิทธิในการลงทะเบียนโปรแกรม BPPDS ก่อนการรับสมัครสมาชิกได้ ทำให้พบปัญหาเนื่องจากผู้รับบริการหลายราย เป็นผู้สูงอายุ สนใจใ้หาความรู้ด้านสุขภาพ ติดตามร่วมกิจกรรมกับหลายหน่วยงานในคราวเดียวกัน นอกจากนี้ยังต้องมีการลงบันทึกซ้ำซ้อน จึง ทำให้ใช้เวลามาก (1)

13. การลงทะเบียนเป็นช่วงต่อการดำเนินการ และอยู่ในช่วงของการปรับปรุงจึงต้องรอให้มีการปรับปรุงเสร็จจึงจะสามารถดำเนินการต่อไปได้ (1)

14. ใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างมาก เนื่องจากข้อมูลที่ได้รับต้องมีการเก็บและลงข้อมูล เป็นจำนวนมากทำให้ข้อมูลบางอย่างขาดหาย จึงเสียเวลาในการทำให้ข้อมูลสมบูรณ์ในภายหลัง (1)

15. ลายมือของผู้บันทึกข้อมูลไม่ชัดเจนทำให้ตัวเลข เช่น บ้านเลขที่ เบอร์โทรศัพท์คลาดเคลื่อน (1)

16. อุปสรรคในด้านการสื่อสาร และการส่งข่าวประชาสัมพันธ์ให้มาเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้ง (1)

17. ไม่ได้ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (1)

18. การดำเนินโครงการมักถูกแทรกเวลาเพื่อทำกิจกรรมอย่างอื่น ทำให้โครงการต้องถูกปรับเปลี่ยน จนเกิดความไม่ต่อเนื่อง (1)

19. การดำเนินกิจกรรมยังไม่ดึงดูดให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมาเข้าร่วมโครงการได้อย่างต่อเนื่อง (1)

การรับสมัคร

20. ไม่สามารถคาดคะเนผู้เข้าร่วมโครงการได้ เนื่องจากมีการสมัครเข้าร่วมโครงการตามจำนวนที่กำหนดแต่เมื่อถึงเวลาเริ่มทำกิจกรรมพบว่าผู้เข้าร่วมโครงการไม่มาเข้าร่วมเป็นจำนวนมาก ส่งผลต่อการเตรียมเอกสารและอุปกรณ์ต่างๆ (1)

เจ้าหน้าที่

21. การดำเนินโครงการครั้งนี้เป็นครั้งแรกซึ่งผู้ดำเนินงานหลายคนยังไม่เข้าใจในวิธีการที่จะทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการบรรลุถึงเป้าหมายได้อย่างชัดเจน (2)

22. บุคลากรบางคนไม่สะดวกให้ติดตามในเวลางาน จึงไม่เอื้อให้ร่วมกิจกรรม (1)

23. คณะทำงานมีจำนวนน้อยไม่เพียงพอต่อการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย รวมถึงการใช้เวลา นอกเหนือจากงานประจำมาติดตามผู้เข้าร่วมโครงการจึงอาจเกิดความเหนื่อยล้าได้ (1)

24. ต้องมีการจัดทำเอกสารเป็นจำนวนมาก ประกอบกับคณะทำงานขาดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในการบันทึกการใช้จ่าย และงบประมาณตามหมวดหมู่ (1)

25. ทีมงานส่วนใหญ่เป็นกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ มักจะต้องปฏิบัติภารกิจที่ได้รับมอบหมายอย่างเร่งด่วน จึงเป็นการแทรกเวลาการดำเนินการในการจัดกิจกรรมนี้ (1)

สถานที่

26. สถานที่ที่ใช้ในการดำเนินโครงการเป็นพื้นที่ใช้สอยในการทำกิจกรรมพิเศษ จึงมีปัญหาในการขอใช้สถานที่และสัปดาห์อุปกรณ์ในวันที่ตรงกับหน่วยงานอื่น (1)

PROMISE**ข้อเสนอแนะในการดำเนินโครงการ****ผู้เข้าร่วม**

1. ควรมีการติดตามผู้เข้าร่วมโครงการทุก 2 เดือน ในรายที่ยังคงมีแรงจูงใจแต่ยังไม่สามารถควบคุมตนเองได้ดี ให้เข้าโครงการซ้ำเพื่อให้สภาวะสุขภาพคงเดิม ไม่แย่ลงกว่าเดิม (3)
2. ควรมีการติดตามเยี่ยม ให้คำแนะนำ ปรีกษา และประเมินผล สภาวะสุขภาพที่บ้านแทนการนัดมาโรงพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้เข้าร่วมที่ไม่สามารถมาทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง (2)
3. ควรมีการคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการโดยคำนึงถึงความต้องการและความเหมาะสมเพื่อการจัดกิจกรรมได้ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้เข้าร่วมโครงการ (2)
4. ควรมีการอนุมัติโครงการฯ เพื่อให้มีการดำเนินงานในกลุ่มเป้าหมายเดิมที่มีปัญหา ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการแก้ปัญหาหรือกลุ่มผู้สูงอายุเพราะเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยทางสังคมเข้ามาร่วมด้วย (1)
5. ควรมีการแยกกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาสุขภาพเป็นกลุ่มย่อยเพื่อการจัดกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น (1)
6. ควรมีการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการให้ความรู้โดยใช้วิธีการสาธิต และการฝึกปฏิบัติให้มากขึ้น (1)
7. ในบางกรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการเป็นผู้สูงอายุหรือเป็นผู้ที่อ่านหนังสือไม่ออก ควรจัดให้มีเจ้าหน้าที่ให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมเป็นรายบุคคล (1)

การดำเนินการ

8. ควรมีการกำหนดวันและเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อการทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง (3)
9. การสร้างแรงจูงใจให้กับกลุ่มเป้าหมายหรือการทบทวนความรู้้นควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และจัดตั้งเป็นชมรม เนื่องจากพบว่าในช่วงของการดำเนินการที่มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาใกล้กัน ผู้ป่วยจะมีการปฏิบัติตัวที่ดีขึ้นและมีส่วนร่วมในกิจกรรมกับสมาชิกด้วยความสนใจ (2)
10. ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และกระตุ้นให้เกิดเป็นชมรม เครือข่ายส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดการช่วยเหลือของสมาชิกต่อไป (2)
11. ควรมีการปรับกิจกรรมให้ทุกคนได้มีส่วนร่วม พร้อมทั้งระบุนกตีกาของกลุ่มเพื่อให้เกิดความเป็นระเบียบและความเข้าใจที่ตรงกัน จึงจะทำให้การดำเนินกิจกรรมเป็นไปอย่างต่อเนื่อง (2)
12. ควรมีรูปแบบที่หลากหลายในการประสานงานกับ ผู้เข้าร่วมโครงการ เช่น มีเบอร์โทรศัพท์ทั้งเบอร์บ้านและมือถือ มีที่อยู่ของกลุ่มเป้าหมายชัดเจน มีเบอร์โทรศัพท์ของญาติหรือผู้ใกล้ชิด (2)
13. ควรมีการจัดสรรงบในการเจาะเลือดในการประเมินหาค่าน้ำตาลเฉลี่ยก่อนและหลัง ซึ่งอาจจะเป็นงบสนับสนุนเฉพาะของโครงการ (1)
14. ควรทำเป็นกิจกรรมของกลุ่มชมรมในโรงพยาบาลโดยชุมชนโดยให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล(1)

PROMISE

15. ควรมีการปรับเปลี่ยนเกณฑ์การติดตามเพื่อให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้มากที่สุด (1)
16. เนื่องจากหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 self นั้นสามารถเป็นแนวคิดในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงควรมีระบบการผลักดันให้โรงพยาบาลหรือหน่วยงานบริการผู้ป่วย นำแนวคิดนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อไป (1)
17. ควรมีการดำเนินการโดยจัดการกับสาเหตุที่เป็นปัจจัยกระตุ้นเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง (1)
18. เนื่องจากเจ้าหน้าที่ในการดำเนินโครงการมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการจัดกิจกรรมที่มีความหลากหลาย จึงควรมีการชี้แจงต่อหัวหน้าหน่วยงานและขอความร่วมมือจากบุคลากรกลุ่มอื่นมาช่วยงานเป็นครั้งคราว (1)
19. ควรมีกิจกรรมที่หลากหลาย น่าสนใจอย่างต่อเนื่องเพื่อดึงดูดให้มีผู้มาเข้าร่วมกิจกรรม (1)
20. ควรมีการปรับปรุงรูปแบบการดึงดูดผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้มาเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ เช่น มีกิจกรรมที่น่าสนใจ มีการเสริมแรงด้วยรางวัลจูงใจ เป็นต้น (1)

ระบบการทำงานโครงการ

21. ในรายงานผลของโครงการไม่ควรเปิดเผย ชื่อ-สกุล ของผู้เข้าร่วมโครงการ (1)
22. ควรมีการดำเนินการอนุมัติโครงการให้รวดเร็วมากขึ้น จะส่งผลให้มีเวลาในการดำเนินกิจกรรมและการประเมินผลที่เพิ่มมากขึ้น (1)
23. หากมีปัญหากรณีงบประมาณล่าช้า ควรมีการยืนยันว่าโครงการยังคงดำเนินได้อย่างแน่นอน เพื่อให้ผู้รับผิดชอบโครงการเกิดความมั่นใจในการดำเนินการและจัดการแก้ไขปัญหาเพื่อให้สามารถดำเนินโครงการได้อย่างต่อเนื่องต่อไป (1)
24. ควรมีการจัดงบประมาณเฉพาะสำหรับสื่อการสอนหรือสื่อในการสร้างทักษะพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องหรือกิจกรรมอื่นที่สนับสนุนการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมาย (1)
25. ควรมีการแจ้งข่าวสารหรือประสานงานกับหน่วยงานที่ดำเนินโครงการโดยผ่านทาง Email (1)
26. ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้โครงการสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นโครงการที่มีประโยชน์และได้ความรู้หลายอย่างจากการดำเนินโครงการ (1)
27. การบันทึกข้อมูลของผู้เข้าร่วมโครงการมักเกิดความผิดพลาดโดยเฉพาะการบันทึกด้วยลายมือ ดังนั้นจึงควรมีการตรวจสอบข้อมูลซ้ำอีกครั้งทุก 1-2 สัปดาห์ (1)
28. ไม่ควรมีการจำกัดสิทธิของผู้เข้ารับบริการ ในการร่วมกิจกรรมเพียงปีละ 1 ครั้ง เนื่องจากกิจกรรมแต่ละแห่งมีความแตกต่างกัน และผู้เข้ารับบริการบางรายมีปัญหาด้านสุขภาพ ที่หลากหลาย จึงควรอนุญาตให้สามารถร่วมได้ทุกกิจกรรม (1)
29. คณะทำงานควรมีการวางแผนร่วมกัน หรือมีแผนสำรองในกรณีที่เกิดปัญหา เพื่อเตรียมความพร้อมต่อการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขสถานการณ์ (1)

PROMISE

30. คณะทำงานควรมีการศึกษารายละเอียดด้านงบประมาณให้เข้าใจเป็นอย่างดีเพื่อลดปัญหาในการส่งรายงานล่าช้า ซึ่งผู้รับผิดชอบดูแลโครงการอาจจะช่วยลดภาระเรื่องเอกสารให้น้อยลงได้สำหรับการดำเนินโครงการในปีถัดไป (1)

31. เปิดรับสมัครผู้สนใจเข้าร่วมโครงการเพิ่มเติม โดยชี้แจงทำความเข้าใจรายละเอียดของโครงการเพื่อให้ทันเข้ากลุ่มในครั้งต่อไป (1)

32. ควรมีการพัฒนากิจกรรมหรือปรับรูปแบบให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น เพื่อให้ชุมชนตระหนักเห็นความสำคัญ และรู้สึกว่าเป็นหน้าที่รับผิดชอบของตนเอง ร่วมกันหาแนวทางแก้ปัญหา โดยบุคลากรทางสุขภาพทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำ และประสานงานและหาแหล่งสนับสนุนด้านงบประมาณให้ (1)

33. ควรมีกิจกรรมเสริมพลังไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ ประชาสัมพันธ์

34. ควรมีรูปแบบการประชาสัมพันธ์ที่น่าสนใจและดึงดูด เช่น มีการดำเนินการเพียง 1 วัน แล้วจึงค่อยมีการชี้แจงให้ทราบถึงรายละเอียดต่างๆ (1)



PROMISE

ตอนที่ 7 สรุปแนวคิดในการประเมินผลและบริหารจัดการโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ
สถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครที่ได้จากการวิจัย

ตัวแปรอิสระ – ปัจจัยนำเข้า (Input)

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior modification)
ด้วยหลัก PROMISE

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| Positive reinforcement | - การเสริมแรงทางบวก |
| Result based management | - บริหารเพื่อผลสัมฤทธิ์ของงาน |
| Optimism | - การมองโลกแง่ดี |
| Motivation | - การสร้างแรงจูงใจ |
| Individual or client center | - การยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง |
| Self- esteems | - การสร้างคุณค่าในตนเอง |

ผลผลิตที่ได้ (Product)

การเปลี่ยนแปลงทางจิตพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้น

- 1.การดูแลตนเอง (Self care)
- 2.มีการกำกับตนเอง (Self regulation)
- 3.ความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Self efficacy)

การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีที่ดีขึ้น

BP, ผลการตรวจเลือด

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่ดีขึ้น

BMI, รอบเอวลดลง, สมรรถนะร่างกาย

กระบวนการ (Process)

รูปแบบกิจกรรม มีความหลากหลายอย่างน้อย 5 ครั้ง ในช่วง 4-7 เดือน

1. การมีส่วนร่วมสร้างความตระหนักร่วมในปัญหาสุขภาพของตนเอง และตั้งเป้าหมายจากผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. อบรมให้ความรู้โดยผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีประสบการณ์ตรง หรือจากตัวแบบที่ดี
3. จัดกิจกรรมฐานเพื่อสุขภาพ เช่น คลายเครียด ออกกำลังกาย โภชนาการ สร้างคุณค่าในตนเอง ฝึกลงบันทึก ทำแผนดูแลสุขภาพตนเอง เป็นต้น
4. ให้คำปรึกษารายกลุ่ม / รายบุคคล
5. กิจกรรมเยี่ยมบ้าน
6. กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน
7. สร้างแรงจูงใจ สร้างพลังอำนาจในตนเอง
8. ให้การเสริมแรงให้กำลังใจให้คำชมเชย ให้รางวัล ให้ข้อมูลสิ่งของ
9. เล่นเกม ประกวด แข่งขัน
10. จัดอบรมปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตั้งแต่วางแผน ดำเนินการและประเมินผล
11. การเข้าค่าย ฝึกปฏิบัติต่อเนื่อง
12. การสร้างผู้นำสุขภาพ
13. การบำเพ็ญประโยชน์เพื่อส่วนรวม
14. กิจกรรมวิเคราะห์ตนเอง ประเมินตนเองและให้ข้อมูลย้อนกลับ
15. กิจกรรมกลุ่มและการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมแก้ปัญหา
16. จัดตั้งกลุ่มเพื่อดูแลสุขภาพของกลุ่ม
17. จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ฯลฯ
18. จัดกิจกรรมสัญจร

ผลลัพธ์ที่ได้ (Outcome)**1. ผู้รับบริการ**

- ความพึงพอใจต่อโครงการ
- ความต้องการมาเข้าร่วมกิจกรรมต่อ
- ให้คำแนะนำผู้อื่นต่อในด้านการดูแลสุขภาพ
- ได้เครือข่ายการดูแลสุขภาพตนเองและกลุ่ม

2. หัวหน้าโครงการ

- สร้างนวัตกรรมและองค์ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- มีทักษะบริหารจัดการ โครงการเพิ่มขึ้น
- มีความต้องการดำเนินโครงการต่อ

3. ผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ

- ความพึงพอใจในการดำเนินโครงการของหัวหน้าโครงการและคณะทำงาน
- โครงการสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน
- หน่วยงานเป็นที่รู้จักและได้รับความไว้วางใจจากบุคคลทั่วไป

4. ผู้บังคับบัญชาให้การสนับสนุนทำโครงการต่อเนื่อง

- มศว ได้องค์ความรู้ทางพฤติกรรมสุขภาพ มากขึ้น
- 5. สปสช. ได้ประชาชนที่มีพฤติกรรมกำกับและสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง มีสุขภาพดีขึ้น และ ลดปริมาณการเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายการรักษาและใช้ยาที่ไม่จำเป็นลง

PROMISE**เอกสารอ้างอิง**

- กนิษฐา จันทรฉาย. (2549). การกำกับตนเองเพื่อลดการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียนประถมศึกษา โรงเรียนบำรุงวิทยารณบุรี กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ (วท.ม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล. (2549). ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์: การประยุกต์ใช้รูปแบบทรานสทิโอเรทิเคิล. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต (เภสัชกรรมคลินิก). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรวรรณ สุพรรณวรรณา . (2544). การวิเคราะห์การ มองโลกในแง่ดีและกลวิธีการเผชิญปัญหา ของนิสิตนักศึกษา มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรรณิการ์ กันธรักษา. (2527). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กุลนิตย์ ตักดิ์สุภา (2547). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนโรงเรียนอนุบาลลพบุรี จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ถ่ายเอกสาร
- เกศแก้ว สอนดี. (2548). ผลของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์แนวความคิดการควบคุมตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อการลดน้ำหนัก ของนักเรียนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เกียรติวรรณ อมาตยกุล. (2544). อยู่กับเด็ก ๆ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พี.ที. พรัน.
- ขวัญใจ ดันติวัฒนเสถียร. (2535). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ. รายงานการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. คุรุศาสตร์ สถาบันราชภัฏภูเก็ต.
- แคธริน เครเมอร์. (2545). เมื่อ เร็วกว่า. หนักกว่า. ฉลาดกว่า. ยังไม่พอ. กรุงเทพฯ: เอ.อาร์. บีซิเนส เพรส.
- งามตา วนินทานนท์. (2550). ดัชนี้การมีภูมิคุ้มกันทางจิต : ที่มาและความหมายขององค์ประกอบสำคัญ . เอกสารประกอบการบรรยายในการประชุมปฏิบัติการนักวิจัย (รุ่นที่ 1 ครั้งที่ 4) เรื่อง “แผนงานวิจัยเพื่อเพิ่มพูนจริยธรรม ปัญญา และสุขภาพจิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ” จัดโดยโครงการวิจัยแม่บท : การวิจัยและพัฒนากระบวนการพัฒนาคนไทย สำนักงาน คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ(วช.) 8-11 พค. ณ ฮอรัลเดีย อินน์ รีเจนท์ บีชชะอำ จังหวัดเพชรบุรี
- จอนพะจง เพ็งจาด. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในนอกตนด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จุฑารัตน์ กิตติเชมากร. (2550). การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพกายและใจ. บทความวิชาการ. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ฉันทนา ภาคบงกช. (2551). เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การเสริมสร้างแนวคิดและการปรับปรุงโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร 30 เมษายน – 2 พฤษภาคม 2551 ณ โรงแรมแมกซ์ กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มศว.

PROMISE

- ชินะพัฒน์ ชื่นแด่ม. (2542). ผลของการใช้กระบวนการเรียนการสอน ตามแนวคิดการพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้ของไวโกตสกี ที่มีต่อทักษะทางภาษาไทย และการกำกับตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ครุศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชื่น เตชามหาชัย . (2546). แนวคิด มุมมอง เรื่อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ . สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ
- จิตติพัฒน์ สงบกาย. (2533). ผลของการกำกับตนเองต่อความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาคณิตศาสตร์ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต (ครุศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงเพ็ญ เรือนโนน. (2542). ผลของการใช้โปรแกรมฝึกการกำกับตนเองต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดาร์นี สืบจากดี. (2552). *Stage of change*-ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง. บทความออนไลน์ จาก [://203.155.220.217/doh/deptd/Article/article_07.doc](http://203.155.220.217/doh/deptd/Article/article_07.doc). สืบค้นเมื่อวันที่ 9/03/.
- พรรณสนีย์ วงศ์บา. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพและการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค กับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ กองทัพภาค 3. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ทิพาดี เมฆสุวรรณ. (2541). การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์. สำนักงาน กพ. สืบค้นจาก webhost.cpd.go.th/develop1/web/RBM/RBM_%201.doc
- ทิวา มั่นน้อย. (2534). การเปรียบเทียบความสามารถในการปรับตัวกับเพื่อนของนักเรียนที่มีรูปแบบของการอธิบายต่างกัน. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทิดศักดิ์ เดชคง. (2548). มีดีบ้างไหม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: มติชน.
- ธีรศักดิ์ ธาราช. (2549). การคิดเชิงบวก. บทความจากออนไลน์ จาก [://www.michi.co.th/articles_view_health.php?_45&=ba692c0b04998c17868b9e0c8e317feb](http://www.michi.co.th/articles_view_health.php?_45&=ba692c0b04998c17868b9e0c8e317feb).
- นิพนธ์ แจ้งเอี่ยม. (2539). จิตวิทยาชุมชน. ภูเก็ต: ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว, คณะนิภา แก้วศรีงาม. (2547, ธันวาคม). ความคิดเชิงบวก. วารสารวงการศึกษา. 12(2): 76-78.
- บังอร ฉางทรัพย์. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มศว.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. (2528). จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข ในเอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์ หน่วย 9-15. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ประทีป จินนี. (2540). การวิเคราะห์พฤติกรรมและการปรับพฤติกรรม. เอกสารประกอบการสอน. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ. (2539). การศึกษาพฤติกรรมและเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ในกลุ่มเยาวชน แม่บ้าน และคนงานในโรงงาน พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). ทศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.

PROMISE

- ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และสวิง สุวรรณ. (2532). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพศึกษา. กรุงเทพฯ: คณะ
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยะดี สีพะบำรุง (2547). การพัฒนาการมองโลกในแง่ดีด้วยโปรแกรมการฝึกทักษะการคิดของนิสิตวิทยาลัยศรีนครินทรวิ
โรฒ. ปริญญานิพนธ์ วทม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิ
โรฒถ่ายเอกสาร
- พนิดา มีต้องปัน. (2532). ประสิทธิภาพของโปรแกรมลดน้ำหนักด้วยวิธีควบคุมตนเองในเด็กนักเรียนหญิงระดับ
มัธยมศึกษาตอนต้น. วทนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรรณี บุญประกอบ. (2548). การคิดเชิงบวก. เอกสารการสอนวิชา การคิดถูกวิธี. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2552). การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ. สืบค้น
จาก [://nctc.oncb.go.th/new/doc/MI&MET](http://nctc.oncb.go.th/new/doc/MI&MET). [9/03/2009].
- พิสมัย จารุขลิต. (2538). การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกัน โรคเอดส์ของหญิง
ตั้งครรภ์ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาล พุทธชินราชพิษณุโลก. วทนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภาวินี โภคสินจำรูญ . (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิง
ตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ . เอกสารประกอบการนำเสนอในการ
ประชุมวิชาการกรมอนามัยประจำปีงบประมาณ 2540
- ไม่ปรากฏผู้แต่ง. การให้การปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง. สืบค้นจาก
<http://www.bloggang.com/viewblog.php?id=psychologist&date=17-11-2006&group=2&gblog=2>.
- ไม่ปรากฏผู้แต่ง. (2552). การดัดแปลงพฤติกรรม (Behavior Modification). สืบค้นจาก
<http://www.crma.ac.th/cadet/training%20manual/L/103/11.doc>.
- ยุพา อภิโกมลกร. (2531). ผลของการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพด้วยวิธีการควบคุมตนเองของนักเรียนระดับชั้น
ประถมศึกษาปีที่ 5. วทนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เยาวลักษณ์ จันทอมรเลิศกุล. (2546). รายงานการวิจัยเรื่อง การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์: ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ
ของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านแรงงานสัมพันธ์.
- รัตนา บรรณาธรรม. (2548). การมองโลกแง่ดี. จาก <http://www.google.com>.
- วิรัช วิรัชนิภาวรรณ. (2551). แนวคิดและความหมายของการบริหารและการบริหารจัดการ. สืบค้นจาก
<http://www.wiruch.com/articles%20for%20article/article%20concept%20and%20meaning%20of%20admin%20and%20mgt%20admin.htm>.
- ศรีสุนันท์ พุ่มไพจิตร. (2542). ผลการใช้เทคนิคเบียร์รกรร และเทคนิคการเสริมแรงทางสังคมต่อพฤติกรรมพูดคำ
หยาบ. รายงานการค้นคว้าอิสระ กศ.ม. มหาสารคาม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. (2551). เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การเสริมสร้างแนวคิดและการ
ปรับปรุงโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. 30 เมษายน – 2
พฤษภาคม 2551 ณ โรงแรมแม็กซ์ กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มศว.
- สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ. (2543). การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิดทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล. นครศรีธรรมราช:
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

PROMISE

- สมบูรณ์ ขอสกุล และ สรงค์กัญจน์ ดวงคำสวัสดิ์. (2535). พฤติกรรมการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารของแม่บ้านจังหวัดลำปาง. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สมพร สุทัศน์ย์. (2522). การศึกษาผลของการใช้การเสริมแรงทางสังคมต่อพฤติกรรมเจ็บข้อมือผิดปกติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2. ปรินซ์นิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2526). การปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2549). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม (*Theories and Techniques in Behavior modification*). พิมพ์ครั้งที่ 6. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
- สำนักงานข้าราชการพลเรือน. (2541). ระบบบริการงานโดยมุ่งผลสัมฤทธิ์. โครงการส่งเสริมประสิทธิภาพในส่วนราชการ : ระบบบริการงานโดยมุ่งผลสัมฤทธิ์. พิมพ์ครั้งที่ 1.
- สุชาติ แสงทองสวัสดิ์. (2550). การบริหารจัดการองค์กรเชิงกลยุทธ์ภายใต้ธรรมาภิบาล. สืบค้นจาก <http://www.newwave1.doae.go.th/info/เอกสารวิชาการประกอบการฝึกอบรม> (สรุปทบทวน).
- สุพรรณิ ไพรัชเวทย์. (2543). เอกสารประกอบการบรรยาย การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์. สำนักงาน กพ.
- โสภิตา ลิ้มวัฒนาพันธ์. (2538). การเปรียบเทียบผลของการปรับพฤติกรรมโดยใช้การควบคุมตนเองกับการเสริมแรงทางบวกด้วยเบี้ยอรรถกร ที่มีต่อการเพิ่มและการคงอยู่ของพฤติกรรมความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมายของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคบุรีรัมย์ ชั้นปีที่ 1. ปรินซ์นิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อมารสี อัมพันศิริรัตน์. (2539). ความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเขตชนบท อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. ปรินซ์นิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลชุมชน). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรพินทร์ ชูชม ; และคนอื่นๆ. (2546). รูปแบบการพัฒนาตนเองเพื่อเพิ่มพลังใจในการทำงาน : กรณีข้าราชการ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (รายงานการวิจัยฉบับที่ 92)
- อรสา พันธุ์ภักดี (2542). กระบวนการการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรสา พันธุ์ภักดี. (2542). กระบวนการการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรอุมา จิรณิตกุล. (2544). ผลของการฝึกการกำกับตนเองที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาภาษาไทยของนักเรียนที่มีบุคลิกภาพต่างกัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2550). เชาวน์สุขภาพ. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อัจฉรา สุขารมณ์. (2551). เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การเสริมสร้างแนวคิดและการปรับปรุงโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. 30 เมษายน – 2 พฤษภาคม 2551 ณ โรงแรมแม็กซ์ กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มศว.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง (2552). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ Self ด้วยหลัก PROMISE. กรุงเทพฯ สุขุมวิทการพิมพ์ อำนาจ วัดจินดา. การบริหารงานโดยมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Results Based Management - RBM). [://www.hrcenter.co.th/HRKnowView.asp?id=643&mode=](http://www.hrcenter.co.th/HRKnowView.asp?id=643&mode=).
- Ajzen, Icek. (1991). The Theory of Planned Behavior, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 50: 179-211.

PROMISE

- Ajzen, Icek. (2002). Constructing a TpB Questionnaire: Conceptual and Methodological Considerations. From [://www-unix.oit.umass.edu/izen/tpbrefs](http://www-unix.oit.umass.edu/izen/tpbrefs). .
- Ajzen, Icek. and Fishbein, Martin. (1980). Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior. New Jersey: Prentice-Hall.
- Backman, Desiree R.; et al. (2002). Psychosocial Predictors of Healthful Dietary Behavior on Adolescents. *J Nutr Educ Behav*. 34: 184-93.
- Baker, Christina Wood; Little, Todd D.; Brownell, Kelly D. (2003). Predicting Adolescent Eating and Activity Behaviors: The Role of Social Norms and Personal Agency. *Health Psychology*. 22: 189-98.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundation of Thought and Action: a Social of Cognitive Theory*. NJ: Prentice-Hall.
- Basta, T.B.; reece, M. & Wilson, M.G. (2008). The Transtheoretical Model and Exercise among Individuals Living with HIV. *American Journal of Health Behavior*. 32(4): 356-367.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I. and Vohs, K. D. (2003). *Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness or healthier lifestyles?* Psychological Science in the public interest, 4 (1), 1-44. [://www.macses.ucsf.edu/Reseach/Psychosocial/notebook/selfesteem](http://www.macses.ucsf.edu/Reseach/Psychosocial/notebook/selfesteem). . online, April 27, 2008.
- Becker, M.H.; & Maiman. L.A. (1975). Sociobehaviral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. *Medical Care*. 13(1): 3-24.
- Bogers, R.P. ; et al. (2004) Explaining Fruit and Vegetable Consumption: the Theory of Planned Behaviour and Misconception of Personal Intake Levels. *Appetite*. 42: 157-66.
- Bulter, D.L. (1998). The Strategic Content Learning Approach to Promoting Self-regulated Learning with Learning Disability. In D.H. Schunk & B.J. Zimmerman (eds). *Self-regulated Learning from Teaching to Self-reflective Practice*. NY: Guilford.
- Burnet, Deborah; Plaut, Andrea; Chin, Marshall H. (2002). A Practical Model for Preventing Type 2 Diabetes in Minority Youth. *The Diabetes Educator*. 28(5): 779-795.
- Caplan, R.D. et al. (1976). *Adhering to Medical Regimens: Pilot Experiment in Patient Education and Social support*. An Arbour: University of Mechigan.
- Carment, D.W. (1974). Internal Locus External Control in India and Canada. *International Journal of Psychology*. 9: 45-60.
- Cassel, I. (1974). Psychosocial Processes and Stress: Theoretical Formulations. *International Journal of Health Services*. 4: 471-482.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of life Stress. *Psychosomatic Medicine*. 38(5): 300-313.
- Conner, Mark; Norman, Paul; Bell, Russell. (2002). The Theory of Planned Behavior and Healthy Eating. *Health Psychology*. 21(2): 194-201.
- Courneya, Kerry S.; et al. (2000). Social Support and the Theory of Planned Behavior in the Exercise Domain. *Am J Health Behav*. 24(4): 300-8.
- Crandall, V.C.; & Lacey, B.W. (1972). Children's Perceptions of Internal-External Control in Intellectual-Academic Situation and their Embedded Figures Test Performance. *Child Development*. 43(4): 1123-1131.

PROMISE

- Encyclopedia of Children Health. 2008). *Self-esteem forum*. [://www.healthofchildren/S/Self-Esteem](http://www.healthofchildren/S/Self-Esteem). online, April 27, 2008.
- Gibson, C. H. (1991). *A concept analysis of empowerment*. Journal of Advanced Nursing. 16 (3): 354-361. [://www.macses.ucsf.edu/Reseach/Psychosocial/notebook/selfesteem](http://www.macses.ucsf.edu/Reseach/Psychosocial/notebook/selfesteem). online, April 27, 2008.
- Grey, M. et al. (2004). Preliminary Testing of a Program to Prevent Type 2 Diabetes Among High-Risk Youth. *The Journal of School Health*. 74(1): 10-15.
- Hagger, Martin S.; Chatzisarantis, Nikos L.D.; Biddle, Stuart J.H. (2002). Meta-analysis of the Theories of Reasoned Action and Planned Behavior in Physical Activity: an Examination of Predictive Validity and the Contribution of Additional Variables. *Journal of Sport and Exercise Psychology*. 24: 3-32.
- Hart, Betty M. and others. (1968). *Effect of Contingent and No contingent Social Reinforcement on the Cooperative Play of a Preschool Child*. Journal of Applied Behavior Analysis.
- Holcomb, J.D. et al. (1998). Evaluation of Jump Into Action: A Program to Reduce the Risk of Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus in School Children on the Texas-Mexico Border. *The Journal of School Health*. 68(7): 282-288.
- Horneffer-Ginter, K. (2008). Stage of Change and Possible Selves: 2 Tools for Promoting College Health. *Journal of American College Health*. 56(4): 351-358.
- House, J.S. (1981). *Work Stress and Social Support-Reading*. MA: Addison-Wesley.
- Husen, T.; & Postlethwait, T.N. (1994). *The International Encyclopedia of Education*. ed. Oxford: Program.
- Janz, N.K.; & Becker, M.H. (1984). The Health Belief Model a Decade Later. *Health Education Quarterly*. 11(1): 1-47.
- Kalish, H. (1981). *Learning: Principle and Applications*. NY: McGraw-Hill.
- Kelly, C.W. (2008). Commitment to Health Theory. *Research and Theory for Nursing Practice: An International journal*. 22(2): 148-160.
- Kennedy, C.J.; Probart, C.K.; & Dorman, S.T. (1991). The Relationship between Random Knowledge, Concern and Behavior, and Health Value, Health Locus of Control, and Preventive Health Behavior. *Health Education Quarterly*. 18(3): 319-329.
- Langlie, J.K. (1977). Social Network, Health Beliefs and Preventive Health behavior. *Journal of Health and Social Behavior*. 18(3): 244-260.
- Lenio, J.A. (2002). Analysis of the Transtheoretical Model of Behavior Change. *Journal of Student Research*. Online [9/03/2009]. Retrieved from [://www.uwstout.edu/rs/2006/14Lenio](http://www.uwstout.edu/rs/2006/14Lenio).
- MacArthur, J. D. and C. T. Pervin. (1993). *Research network on socioeconomic status and health*. [://www.macses.ucsf.edu/Reseach/Psychosocial/notebook/selfesteem](http://www.macses.ucsf.edu/Reseach/Psychosocial/notebook/selfesteem). online, April 27, 2008.
- Martin, English. (1992). *How to Great about Yourself and Your Life*. New York: Amazon.
- Masalu, J.R.; Astrom, A.N. (2001). Predicting Intended and Self-perceived Sugar Restriction among Tanzanian Students Using the Theory of Planned Behavior. *Journal of Health Psychology*. 6(4): 435-45.
- Mikulas, W. (1978). *Behavior Modification*. New York: Harper & Row.
- Nemeck, M.A. (1990). Health Beliefs and Preventive Behavior: a Review of Research Literature. *AAOHN Journal*. 38(3): 177-236.

PROMISE

- O'Leary, K.D.; & Wilson, G.T. (1987). *Behavior Therapy*. ed. Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall.
- Orem, D.E. (1985). *Nursing Concepts of Practice*. ed. New York: Mc Graw Hill Book.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing Concepts of Practice*. ed. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Pankratz, D. (2008). Program Evaluation and Community Schools of the Arts: Purposes, Concepts, and Tool. Retrieves on 22 November, 2008 from <http://www.nationalguild.org/pdf/ProgramEval.pdf>.
- Peiffer, Vera. (2002). *More Positive Thinking*. London: Thomsons.
- Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. ed. California: Appleton and Lange.
- Pender. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. ed. Norwalk : Appleton &
- Rives, Torres, R. M. & Fernandez, P. (1995). *Self-esteem and value of health behavior*, Journal of Adolescent Health, 16, 60-63. [://www.macses.ucsf.edu/Reseach/Psychosocial/notebook/selfesteem](http://www.macses.ucsf.edu/Reseach/Psychosocial/notebook/selfesteem). online, April 27, 2008.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monograph: General and Applied*. 80(1): 1-28.
- Saksvig, B.I; et al. (2005). A Pilot School-Based Healthy Eating and Physical Activity Intervention Improves Diet, Food Knowledge, and Self-Efficacy for Native Canadian Children. *J Nutr*. 135: 2392–2398.
- Sanz, M.T. Menendez F.J. (1993). *Early Acquisitions of Trisomic-21 and Social Reinforcemen*. Early-Child-Development-and-Care.
- Schunk, D.H. (1991). *Learning Theory: an Educational Perspective*. London: Macmillan.
- Schunk, D.H.; & Zimmerman, B.J. (1994). *Self-regulation of Learning and Performance: Issues and Educational Applications*. NJ: Erlbaum.
- Schunk, D.H.; & Zimmerman, B.J. (1997). Social Origin of Self-regulatory Competence. *Educational Psychologist*. 32(4): 195-208.
- Strickland, B.R. (1978). Internal-External Expectancies and Health Related Behaviors. *Journal of Consulting Clinical Psychology*. 46(6): 1192-1211.
- Stufflebleam, Daniel L. & Shinkfield, Anthony J. (2007). *Evaluation Theory, Models, & Application*. San Francisco: John Wiley & Sons.
- Stufflebleam, Daniel L. & Others. (1977). *Education and Decision Making*. 5th Eds. Illinois : F.E.Peacock.
- Suwannee Chearsawad. (2002). *The effectiveness of Self Control Skill Development on Avoidance of Unhealthy Snack Consumption among Grade five Students in Tak Province*. Thesis in Health Education and Behavioral Science. Bangkok: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Thidarat chotik-Anuchid. (2005). Efficacy of Individual Behavioral Counseling in Life-style Training of Obese Children with Abnormal Glucose Tolerance Test. Thesis (M.Sc.). Bangkok: Mahidol Univerisity.
- WHO. (2003). *Obesity and overweight: global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva. World Health Organization.
- Wolpe, J. (1969). *The Practice of Behavior Therapy*. Elmsford, NY: Pergamom.
- Woody, D.; DeCristofaro, C. & Carlton, B.G. (2008). Smoking Cessation Readiness: Are Your Patients Ready to Quit? *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*. 20: 407-414.

PROMISE

Zimmerman, B.J. (1998). Academic Studying and Development of Personal Skill: a Self-regulatory Perspective.

Educational Psychologist, 32(2/3): 73-86.

Zimmerman, G.L; Olsen, C.G. & Bosworth, M.F. (2000). A 'Stage of Change' Approach to helping Patients Change Behavior. *American Family Physician*, 61: 1409-16. Retrieved

from [://www.aafp.org/afp/AFPprinter/20000301/1409](http://www.aafp.org/afp/AFPprinter/20000301/1409).

Zindler-Wernet, P.; & Weiss, S.J. (1987). Health Locus of Control and Preventive Health. *Western Journal of Nursing Research*, 9(9): 160-179.

