



รายงานการวิจัย ฉบับที่ 140

ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิก
ของหน่วยงานในกรุงเทพมหานคร

จัดทำโดย

รศ.ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหงและคณะ

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

ได้รับการสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

จัดทำโดย สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

<http://bsris.swu.ac.th/health/index.asp>

กันยายน พ.ศ.2555



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับ
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว)
โดย รศ.ดร.อังสินันท์ อินทรกำแหง โทร. 02-6495175, 089-1653520,
02-6495000 ต่อ 17624 E-mail: ungsinun@swu.ac.th

ผู้ช่วยโครงการ อ.ทัศนาก้องภักดี โทร. 081-5840121 E-mail: tasana@swu.ac.th
เลขาฯ โครงการ น.ส. สุพิชชา วงศ์จันทร์ โทร. 086-8428283 E-mail: ae_unlimit@hotmail.com
เลขาฯ โครงการ นาย วรสรณ์ เนตรทิพย์ โทร. 084-9025270 E-mail: napannetthip@yahoo.com

ที่อยู่ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 114 ถ.สุขุมวิท 23
แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110 <http://bsris.swu.ac.th/health/index.asp>

คำนำ

“ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิกของหน่วยงานในกรุงเทพมหานคร” ประจำปีงบประมาณ 2555 นี้เป็นลักษณะโครงการวิจัยเชิงประเมินผลและการทดลองโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก PROMISE Model ที่ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว) ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร (สปสช.) คณะผู้ดำเนินโครงการได้ใช้องค์ความรู้ทางพฤติกรรมศาสตร์เป็นหลักในการถ่ายทอดเทคนิคเรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงให้กับบุคลากรในสถานพยาบาล จำนวน 15 แห่ง รวม 34 โครงการ ที่มีที่ตั้งอยู่ในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานครที่ร่วมจัดการบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิก ให้มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและ ได้ประยุกต์แห่งพฤติกรรมศาสตร์ในเรื่อง การปรับพฤติกรรม มาเป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาพ 3 ด้านของตนเอง หรือ 3 Self ประกอบด้วย ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self-efficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพ (Self-regulation) และการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) และตัวบ่งชี้ค่าทางชีวเคมีให้ดีขึ้นหรืออยู่ในระดับปกติ

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

สุดท้ายนี้ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ขอขอบพระคุณคณะผู้ดำเนินโครงการทุกท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง หัวหน้าคณะผู้ดำเนินโครงการและคณะทำงาน ที่ได้บริหารจัดการโครงการนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลงานวิจัยเรื่องนี้เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร.ศุภฎี โยเหลา

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิกของหน่วยงานในกรุงเทพมหานคร

(Result of Risk Behavior Modification With Metabolic Syndrome of
Units in Bangkok Metropolis)

อังศินันท์ อินทรกำแหงและคณะ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับทุนสนับสนุนการดำเนินงานจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2555 จำนวน 34 โครงการ ตามกรอบแนวคิด CIPP Model, Logic Model และ 360 Degree Feedback ในช่วงระหว่างดำเนินโครงการ 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ของผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับพฤติกรรมตนเอง และการดูแลสุขภาพของตนเอง และตัวชี้วัดทางชีวเคมีของแต่ละโครงการ เช่น ค่า BMI ค่าระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ในช่วงสิ้นสุดการดำเนินโครงการ 3) เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้เข้าร่วมโครงการที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 3Self และตัวชี้วัดทางชีวเคมีของแต่ละโครงการ เช่น ค่า BMI ค่าระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต ที่เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น หลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร และ 4) เพื่อศึกษาถึงเหตุปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อความสำเร็จและอุปสรรค ต่อการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ในช่วงสิ้นสุดการดำเนินโครงการ

โดยกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก รวม 4,500คน และกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลระหว่างโครงการมี 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มหัวหน้าโครงการ 34 คน กลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ 19 คนและผู้เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 136 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติทดสอบ t-test และ One Way ANOVA ในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth Interview) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) เครื่องมือที่ใช้ในประเมินโครงการเป็นแบบสอบถามประมาณค่า 4 ระดับ และแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างพัฒนามาจากแนวคิดการประเมินโครงการ CIPP Model และ Logic Model ที่มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .818 - .938 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.73 -0.85 ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ตนเอง (Self-efficacy) แบบสอบถามการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-regulation) แบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) ผลการวิจัย พบว่า

1) ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 2,974 คน คิดเป็นร้อยละ 66.10 มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี จำนวน 1,146 คน คิดเป็นร้อยละ 25.47 มีการศึกษาดำรงระดับปริญญาตรี จำนวน 1,761 คน คิดเป็นร้อยละ 61.38 มีสิทธิการรักษาพยาบาลคือ สิทธิบัตรทองในเขต กทม.จำนวน 2,070 คน คิดเป็นร้อยละ 39.13 ลักษณะของกลุ่มเป้าหมายคือ กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน จำนวน 1,334 คน คิดเป็นร้อยละ 29.64 และ ปัจจัยเสี่ยงที่พบคือ ขาดการออกกำลังกาย จำนวน 2,067 คน คิดเป็นร้อยละ 45.93

2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินโครงการตามกรอบการประเมิน CIPP Model ประกอบด้วย กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 136 คน กลุ่มหัวหน้าโครงการ จำนวน 34 คน และกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ จำนวน 19 คน

3) ผลการเปรียบเทียบคะแนนการประเมินโครงการในภาพรวม (CIPP Model) ด้านบริบททั่วไป (Context) ด้านกระบวนการ (Process) พบว่ากลุ่มผู้เข้ารับบริการ กลุ่มหัวหน้าโครงการ และกลุ่มผู้บังคับบัญชา ให้คะแนนไม่แตกต่างกัน แต่พบว่ามีคะแนนแตกต่างกันในด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ที่พบว่ากลุ่มหัวหน้าโครงการให้คะแนนการประเมินสูงกว่ากลุ่มผู้เข้ารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($3.60 > 3.42$) และแตกต่างกันในด้านผลผลิต(Product) ที่พบว่ากลุ่มผู้เข้ารับบริการให้คะแนนการประเมินมากกว่ากลุ่มผู้บังคับบัญชา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($3.58 > 3.24$) เมื่อทำการเปรียบเทียบการใช้หลัก PROMISE Model ในการบริหารโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามการรับรู้ระหว่างกลุ่มผู้เข้ารับบริการกับกลุ่มหัวหน้าโครงการ พบว่ากลุ่มหัวหน้าโครงการให้คะแนนการประเมินสูงกว่ากลุ่มผู้เข้ารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($3.67 > 3.49$)

4) หลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการมี 1.การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self-Efficacy) 2.การกำกับตนเอง (Self-Regulation) 3.การดูแลตนเอง (Self-Care) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ คิดเป็นร้อยละ 76.90, 76.50 และ 78.80 ตามลำดับ นับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ตามที่ได้กำหนดไว้ร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการมี 1.ดัชนีมวลกาย (BMI) 2.ความดันโลหิตบน 3.ความดันโลหิตล่าง 4.ร้อยละของไขมันในร่างกาย 5.เส้นรอบเอว (เซนติเมตร) 6.น้ำตาลในเลือด (FBS) 7.น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) 8. ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม 9. คะแนนความเจ็บปวด (Pain Score) 11.บุหรี่ยี่สิบ (มวน) 12.CHOL 13.TG ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ คิดเป็นร้อยละ 65.36, 61.45, 49.73, 61.11, 69.91, 59.49, 60.31, 81.33, 78.00, 96.00, 70.00 และ 70.67 ตามลำดับ นับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ตามที่ได้กำหนดไว้ร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นในหลาย

ตัวชี้วัด และพบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการมี 1.อัตราการกรองไต (H28) 2.LDL และ 3.HDL เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ คิดเป็นร้อยละ 52.00, 70.00 และ 59.33 ตามลำดับ นับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ตามที่ได้กำหนดไว้ร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นในตัวชี้วัด LDL

5) หลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการมี 1.การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self-efficacy) 2.การกำกับตนเอง (Self-regulation) 3.การดูแลตนเอง (Self-care) 4.HDL และ 5.LDL เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งนับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการมี 1.ดัชนีมวลกาย (BMI) 2.ความดันโลหิตต่ำลง 3.ร้อยละของไขมันในร่างกาย 4.เส้นรอบเอว (วัดเป็นเซนติเมตร) 5. น้ำตาลในเลือด (FBS) 6.น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) 7.ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม 8.คะแนนความเจ็บปวด (Pain Score) 9.บุหรี่ยี่สิบ (มวน) และ 10.TG ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น และพบว่ามี 1.ความดันโลหิตบน 2.อัตราการกรองไต และ 3.CHOL ไม่แตกต่างระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งนับว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ในประเด็นดังกล่าวนี้ยังนับว่าไม่บรรลุเป้าหมายของการดำเนินโครงการ

6) ปัจจัยสำคัญทำให้โครงการประสบความสำเร็จ ได้แก่ คณะทำงานที่มีศักยภาพ ผู้เข้าร่วมโครงการที่มีความตั้งใจจริง ผู้บังคับบัญชาให้การสนับสนุน เพื่อนร่วมงานให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรม บรรดาอาสาสมัครมีความพร้อมใจการจัดกิจกรรม ความหลากหลายของกิจกรรม สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ ผู้เข้าร่วมโครงการไม่เข้าร่วมตามกำหนดและหลายคนยังไม่พร้อมที่จะปรับพฤติกรรม ผู้นำกลุ่มกิจกรรมยังไม่เข้มแข็ง มีปัญหาด้านบริหารงบประมาณค่าเช่าระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีน้อย และข้อเสนอแนะในการจัดโครงการครั้งต่อไป ได้แก่ มีการติดตามผลระยะยาว ให้ชุมชนมีส่วนร่วม การจัดกิจกรรมนอกสถานที่ การให้คำปรึกษารายบุคคล เน้นการปฏิบัติมากกว่าฟังบรรยาย และการสร้างนวัตกรรมที่เหมาะสมกับผู้เข้าร่วมโครงการโดยเฉพาะ

**ผลการบริหารจัดการและประเมินโครงการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
ในกลุ่มโรคเมตาบอลิกของสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนในกรุงเทพมหานคร
(Result of Evaluation and Managing Program for Health Behavior Modification with
Metabolic Syndrome of Public and Private Hospitals in Bangkok Metropolis)**

อังศินันท์ อินทรกำแหงและคณะ

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับทุนสนับสนุนการดำเนินงานจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2554 2) ศึกษาอิทธิพลของการบริหารจัดการโครงการตามหลัก PROMISE ปัจจัยบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า และปัจจัยกระบวนการ ที่ส่งผลต่อผลผลิตของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3) เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ 3Self และตัวชี้วัดทางชีวเคมี ได้แก่ ค่า BMI ค่าระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการและ 4) ศึกษาปัจจัยเกื้อหนุนและอุปสรรค ต่อการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ในช่วงมีนาคม - ธันวาคม 2554 โดยกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก รวม 3,579 คน และกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลระหว่างโครงการมี 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหัวหน้าโครงการ 30 คน กลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ 30 คนและผู้เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 120 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติทดสอบ t-test, One Way ANOVA, Multiple Regression ในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth Interview) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) เครื่องมือที่ใช้ในประเมินโครงการเป็นแบบสอบถามประมาณค่า 4 ระดับ รวม 21 ข้อและแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างพัฒนามาจากแนวคิดการประเมินโครงการ CIPP Model และ Logic Model ที่มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .818 - .938 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.73 - 0.85 ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-efficacy) แบบสอบถามการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-regulation) แบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้เข้าร่วมโครงการทั้ง 3,579 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 2,527 คน คิดเป็นร้อยละ 70.61 มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี จำนวน 994 คน คิดเป็นร้อยละ 27.77 มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี จำนวน 2,026 คน คิดเป็นร้อยละ 56.61 มีสิทธิการรักษาพยาบาลคือ สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจและครอบครัว จำนวน 1,514 คน คิดเป็นร้อยละ 42.30 ลักษณะของกลุ่มเป้าหมายคือ กลุ่ม

เสี่ยงต่อโรคอ้วน จำนวน 1,401 คน คิดเป็นร้อยละ 39.15 และ ปัจจัยเสี่ยงที่พบคือ อ้วน/BMI สูง จำนวน 1,599 คน คิดเป็นร้อยละ 44.68

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินโครงการตามกรอบการประเมิน CIPP Model ประกอบด้วย กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 120 คน กลุ่มหัวหน้าโครงการ จำนวน 30 คน และกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ จำนวน 30 คน

3. การประเมินโครงการในภาพรวม (CIPP Model) พบว่ากลุ่มผู้เข้ารับบริการ กลุ่มหัวหน้าโครงการ และกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ มีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน เมื่อแปลความหมายของผลการประเมินด้านกระบวนการพบว่า ทั้ง 3 กลุ่ม มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ให้คะแนนอยู่ในระดับดีมากทั้งหมด ในระดับคะแนนที่มีค่าใกล้เคียงกัน มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.43 – 3.56 และยังพบว่าพบว่ากลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ หัวหน้าโครงการ และผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการให้คะแนนการประเมินเกินร้อยละ 70 มากกว่าร้อยละ 70 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่ามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการประเมินโครงการตามแนวทาง CIPP Model และ 360 degree Feedback ผ่านการประเมินตามสมมุติฐานการวิจัย / ประเมิน

4. หลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการมี 1.การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self-efficacy) 2.การกำกับตนเอง (Self-regulation) 3.การดูแลตนเอง (Self-care) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ คิดเป็นร้อยละ 78.73, 77.81 และ 81.03 ตามลำดับ นับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ตามที่ได้กำหนดไว้ร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น

นอกจากนี้ยังพบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการมี 1.ระดับน้ำตาลสะสม 2.น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) และ 3.Systolic/Diastolic ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ คิดเป็นร้อยละ 73.53, 72.20 และ 75.60 ตามลำดับ นับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ตามที่ได้กำหนดไว้ร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น และพบว่ามี 1.ดัชนีมวลกาย (BMI) 2.ความดันโลหิตบน 3.ความดันโลหิตล่าง 4.เส้นรอบเอว (วัดเป็นเซนติเมตร) 5.น้ำตาลในเลือด (FBS) 6.CHOL 7.TRI 8. HDL 9.LDL 10.ค่ายา(บาท) 11.ความเครียด 12.รอบเอวต่อสะโพก 13.ไขมันสะสมในร่างกาย 14.เส้นรอบเอว (วัดเป็นนิ้ว) ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ แต่ยังน้อยกว่าร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการ แต่อย่างไรก็ตามก็นับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น แต่ก็ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้

5. หลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการมี 1.การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพ (Self-efficacy) 2.การกำกับตนเอง (Self-regulation) 3.การดูแลตนเอง (Self-care) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น

นอกจากนี้ยังพบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการมี 1.ดัชนีมวลกาย (BMI) 2. ความดันโลหิตบน 3.ความดันโลหิตล่าง 4.ระดับน้ำตาลสะสม 5.เส้นรอบเอว (วัดเป็นเซนติเมตร) 6.น้ำตาลในเลือด (FBS) 7. CHOL 8. TRI 9.น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) 10.ค่ายา (บาท) 11. Systolic/Diastolic 12.ความเครียด 13. รอบเอวต่อสะโพก 14.ไขมันสะสมในร่างกาย 15.เส้นรอบเอว (วัดเป็นนิ้ว) ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งนับได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น และพบว่ามี 1. HDL และ 2. LDL ไม่แตกต่างระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งนับว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ในประเด็นดังกล่าวนี้ยังนับว่าไม่บรรลุเป้าหมายของการดำเนินโครงการ นอกจากนี้แล้วหลังจากที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร แล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน 3,305 คน คิดเป็น ร้อยละ 92 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้ร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

6. จากการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างประเมินโครงการ จำนวน 120 คน การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) ด้วยการเข้าสมการแบบ Enter พบว่าตัวแปรการบริหารจัดการตามหลัก PROMOSE Model มีอิทธิพลต่อผลผลิตของโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และตัวแปรเชิงสาเหตุทั้งหมด สามารถร่วมกันทำนายผลผลิตของโครงการ ได้ร้อยละ 31.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับการเก็บข้อมูลในกลุ่มหัวหน้าโครงการ จำนวน 30 คน และกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ จำนวน 30 คน ไม่พบว่าตัวแปรเชิงสาเหตุมีอิทธิพลต่อผลผลิตของโครงการ แต่พบว่าตัวแปรเชิงสาเหตุทั้งหมด สามารถร่วมกันทำนายผลผลิตของโครงการได้ร้อยละ 55.10 และ 30.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. ปัจจัยสำคัญที่ทำให้โครงการประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย ความสามารถในการบริหารงานของคณะทำงาน ความร่วมมือของผู้เข้าร่วมโครงการ กิจกรรมที่มีความหลากหลายเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมโครงการ สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมพบว่าคณะทำงานมีจำนวนน้อยและมีภารกิจมากทำให้ไม่มีเวลาในการบริหารโครงการได้เพียงพอ การจัดกิจกรรมยังคงต้องอาศัยความร่วมมือจากสภวิชาชีพทำให้ไม่เบ็ดเสร็จในตัว และความหลากหลายของผู้เข้าร่วมโครงการ และข้อเสนอแนะในการจัดโครงการครั้งต่อไป คือ เน้นการพัฒนากิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้เกิดทักษะด้านสุขภาพอย่างแท้จริงด้วยกระบวนการลงมือปฏิบัติจริง

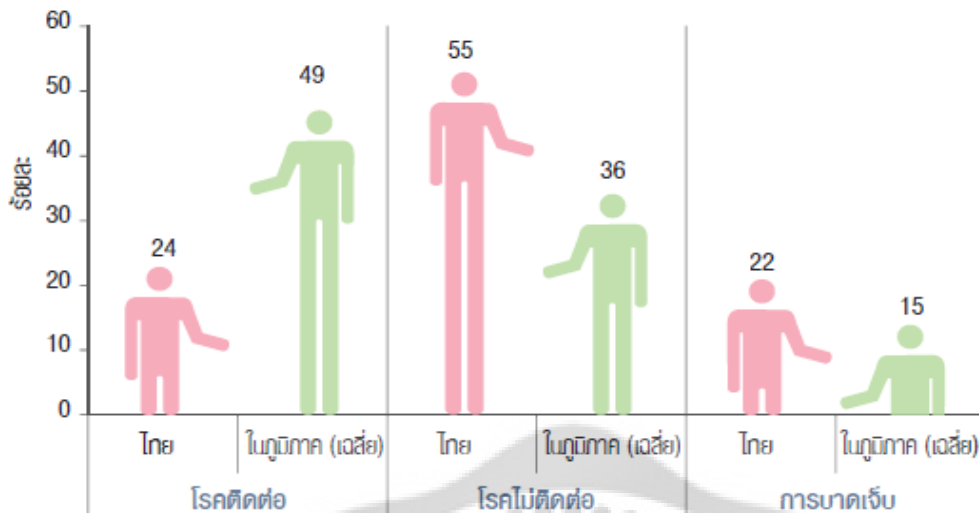


บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและลักษณะของประชากรไทยในมิติต่างๆ การคาดการณ์เกี่ยวกับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นและการวางแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือโดยเฉพาะในประเด็นด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญและท้าทายต่อสังคมไทย ผลการวิเคราะห์ของ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2555) ในรายงานสุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2551 พบว่า สาเหตุการตายของประชากรไทยได้เปลี่ยนไปจากเดิมมาก ในอดีต คนไทยตายมากเพราะโรคติดเชื้อที่แพร่ระบาดไปได้ทั้งทางน้ำ อากาศ หรือโดยพาหะนำโรคชนิดต่างๆ ปัจจุบันการตายของประชากรไทยส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมกาสิโนอยู่และการใช้ชีวิตของตนเอง สาเหตุการตายที่สำคัญในปัจจุบันได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ ความดันเลือด เบาหวาน อุบัติเหตุ ซึ่งโรคเหล่านี้ป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้ด้วยการเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล เช่น พฤติกรรมการกินอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ความไม่ประมาท เมื่อเทียบสัดส่วนการตายของประชาชนของไทยกับของประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งมีสาเหตุการตายด้วยโรคไม่ติดต่อและการได้รับบาดเจ็บ สูงกว่าภูมิภาค ดังภาพประกอบ 1 ข้อมูลดังกล่าวนี้แสดงให้เห็นว่าโครงสร้างทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปดังกล่าว มีความเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจ และวิทยาศาสตร์การแพทย์ของประเทศไทยส่งผลทำให้การควบคุมการระบาดของโรคได้ดีขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็พบว่า พฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนไทยกลับพัฒนาไปในทิศทางที่สวนกัน กลับไม่ได้มีทิศทางด้านเดียวกับองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้น



ภาพประกอบ 1 ร้อยละจำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (Year of Life Lost: YLL)

จำแนกตามสาเหตุ ของคนไทยเปรียบเทียบกับประเทศในภูมิภาค พ.ศ. 2551 (ที่มา:สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2555: 15)

โดยเฉพาะปัญหาโรคอ้วน ซึ่งเป็นปัญหามาจากพฤติกรรมการกินและการออกกำลังกายโดยตรง ตามที่ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานสถิติสถานะสุขภาพคนไทย จาก The Nation Household Education Surveys Program (NHES) ครั้งที่ 4 ปี 2551-2552 พบว่าภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง มีอัตราความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.5 เป็น 19 ในขณะที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า ผลการสำรวจล่าสุดใน พ.ศ. 2555 พบคนไทยมีปัญหาภาวะโภชนาการเกิน และกลายเป็นโรคอ้วนเพิ่มสูงมากที่สุดในรอบ 10 ปี โดยเด็กแรกเกิดไปจนถึงอายุ 12 ปี มีความอ้วนพุ่งสูงถึงร้อยละ 40 รองลงมาคือช่วงอายุ 40-50 ปี อ้วนเพิ่มสูงขึ้นเกือบ 2 เท่า และช่วงอายุ 20-29 ปี มีความอ้วนอยู่ที่ร้อยละ 21.7 และที่น่าสนใจคือ ข้อมูลทางการแพทย์ยืนยันว่า เด็กไทยที่อ้วนกว่าครึ่งหนึ่ง เมื่อเจาะเลือดหาไขมันในร่างกายแล้ว พบว่าร้อยละ 70 มีปัญหาไขมันสูงเกินมาตรฐาน คนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไปเป็นโรคอ้วน ติดอันดับ 5 ของเอเชียแปซิฟิก โดยมีคนอ้วนมากถึง 17 ล้านคนทั่วประเทศ และยังมีแนวโน้มเป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 4 ล้านคนต่อปี ทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่าปีละ 1 แสนล้านบาท (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ, 2555: Online) นอกจากนี้ยังพบว่า สถานการณ์โรคอ้วนของไทยเพิ่มขึ้นจน น่าตกใจ เนื่องจากการใช้ชีวิตประจำวันมีความเสี่ยง ทั้งการบริโภคอาหารเกินความจำเป็น มีพฤติกรรมกินหวานเพิ่มขึ้น นำมาสู่สาเหตุการเกิดโรคอ้วน เบาหวาน ไขมัน และความดันเลือดสูง ซึ่งในอนาคตอีก 10-20 ปี รัฐบาลต้องจ่ายค่ารักษาอาการแทรกซ้อนจาก "โรคกินเกิน" เป็นเงินมหาศาล (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ, 2555: Online)



ปัญหาที่มีต้นเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่สวนกับกระแสโลกาภิวัตน์ ที่ความรู้มีการถ่ายโอนระหว่างกันอย่างอิสระเสรี การแสวงหาความรู้ไม่ใช่เรื่องที่ยากเกินไป ดังนั้น โจทย์ใหญ่ของปัญหาดังกล่าวจึงไม่ใช่เรื่องความรู้เกี่ยวกับสุขภาพโดยตรง เพราะองค์ความรู้นั้นมีอยู่ทั่วไป แต่เป็นเรื่องของจุดเริ่มต้นของการรู้คิดหรือความตระหนักและการกระทำ พฤติกรรมมากกว่า ดังนั้นการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นนี้จึงไม่อาจที่จะใช้วิธีการให้ความรู้แต่เพียงอย่างเดียว บุคลากรด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนโดยตรง จึงมีความตระหนักในปัญหาดังกล่าวด้วยการจัดทำโครงการเสริมสร้างด้านสุขภาพ ที่ถูกต้อง ถึงแม้จะเป็นสิ่งที่สำคัญแต่ต้องดำเนินการควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ด้วย (Modification Behavioral) มิคุลัส (Mikulas, 1978: 2) ได้อธิบายว่า การปรับพฤติกรรม เป็นการประยุกต์หลักแห่งพฤติกรรมที่ได้จากการทดลองเพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรม เช่นเดียวกับความหมายที่คาลิช และวอลป์ (Kalish, 1981; Wolpe, 1969 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549: 3) ในลักษณะคล้ายกันว่า การปรับพฤติกรรมเป็นการนำเอาหลักแห่งพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นการนำผลที่ได้จากการทดลองตามหลักการเรียนรู้ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่ไม่เหมาะสมให้เหมาะสมขึ้น เป็นการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้และข้อค้นพบจากจิตวิทยาเพื่อใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ ดังนั้นการปรับพฤติกรรมจึงไม่ใช่เป็นเพียงกิจกรรมให้ความรู้แต่เพียงอย่างเดียว แต่ยังเป็นกระบวนการที่เข้าไปปรับเปลี่ยนถึงระดับจิตใจของผู้ที่ถูกปรับพฤติกรรม ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านจิตใจและร่างกายอย่างยั่งยืน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ได้เห็นถึงความสำคัญของหลักการปรับพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว ที่จะก่อให้เกิดความยั่งยืนในประชาชน จึงร่วมกับสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้ดำเนินโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของหน่วยงานในกรุงเทพมหานคร โดยใช้หลักการบริหารโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง PROMISE Model เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ที่ดีขึ้น โดยการถ่ายทอดให้กับคณะทำงานจากสถานพยาบาลเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 34 โครงการ เพื่อนำองค์ความรู้ ทักษะดังกล่าวไปให้บริการประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน 4,492 คน และในการดำเนินโครงการดังกล่าวจึงได้มีกระบวนการประเมินโครงการระหว่างและสิ้นสุดโครงการเพื่อให้เห็นถึงความสำเร็จ และข้อบกพร่องที่จะต้องดำเนินการแก้ไขต่อไป



วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครที่ป่วย หรือเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก 4 กลุ่ม ได้แก่ โรคอ้วน/ลงพุง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 13 กรุงเทพมหานคร ภายใต้การบริหารโครงการของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ตลอดจนเป็นการพัฒนาทักษะในการบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการสร้างเครือข่ายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคณะทำงานโครงการของสถานพยาบาลแต่ละแห่งที่ได้เข้าร่วมโครงการ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อศึกษาผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับทุนสนับสนุนการดำเนินงานจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2555 จำนวน 34 โครงการ ตามกรอบแนวคิดการประเมินโครงการ CIPP Model, Logic Model และ 360 Degree Feedback ในช่วงระหว่างดำเนินโครงการ

2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ของผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับพฤติกรรมตนเอง และการดูแลสุขภาพของตนเอง และตัวชี้วัดทางชีวเคมีของแต่ละโครงการ ได้แก่ ค่า BMI ค่าระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ในช่วงสิ้นสุดการดำเนินโครงการ

3) เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้เข้าร่วมโครงการที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 3Self และตัวชี้วัดทางชีวเคมีของแต่ละโครงการ ได้แก่ ค่า BMI ค่าระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต ที่เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

4) เพื่อศึกษาถึงเหตุปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อความสำเร็จและอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ในช่วงสิ้นสุดการดำเนินโครงการ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

กลุ่มเป้าหมายที่ได้เข้าร่วมโครงการมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ซึ่งได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับพฤติกรรมตนเอง และการดูแลสุขภาพของตนเอง ที่ดีขึ้นหลังจากเข้าร่วมโครงการอันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม



สุขภาพด้านอื่นๆ เช่น การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ตลอดจนทำให้กลุ่มเป้าหมายได้เกิดการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดด้านชีวิตอื่นๆ ได้แก่ ค่า BMI ค่าความดันโลหิต ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่าระดับไขมันในเลือด ที่ดีขึ้นหลังจากได้เข้าร่วมโครงการ นอกจากนี้ยังทำให้คณะทำงานของแต่ละโครงการได้เกิดการแลกเปลี่ยน เรียนรู้กระบวนการทำงานด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกันภายใต้การเป็นพี่เลี้ยงของ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อันจะก่อให้เกิดความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไป ตลอดจนทำให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร เป็นที่ประจักษ์ของบุคคลทั่วไปเพิ่มมากขึ้นในบทบาทผู้นำด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนไทย

หน่วยงานที่นำผลการวิจัยเชิงประจักษ์ไปใช้

หน่วยงานหลักที่จะได้รับผลประโยชน์โดยตรง ได้แก่ สถานพยาบาลแต่ละแห่งที่ได้เข้าร่วมโครงการซึ่งจะทำให้รับทราบถึงผลการดำเนินโครงการในภาพรวม และนำข้อสารสนเทศไปใช้ในการบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลดีต่อประชาชนผู้เข้ารับบริการ นอกจากนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ยังได้ข้อสารสนเทศที่สำคัญเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในการดำเนินโครงการ แนวทางและผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามหลักวิชาการ ผลของการปรับพฤติกรรมตามแนวทางการบริหารแบบ PROMISE Model ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ซึ่งสามารถที่จะนำไปใช้เป็นแม่แบบ (Model) ในการพัฒนากิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในกำกับแต่ละแห่งต่อไป

ขอบเขตการศึกษา

1) หน่วยงานที่ดำเนินการกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิก ได้แก่ สถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครที่ได้รับงบประมาณจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานครให้ไปดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ด้วยการนำหลักการบริหารจัดการโครงการตามแนวทาง PROMISE Model ภายใต้การนิเทศและประเมินโครงการของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒใน ปี พ.ศ. 2555 จำนวน 15 หน่วยงาน รวมทั้งสิ้น 34 โครงการ ได้แก่ 1.โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช (1 โครงการ) 2.สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (1 โครงการ) 3. โรงพยาบาลสิรินธร (2 โครงการ) 4.โรงพยาบาลรามารักษ์ (6 โครงการ) 5. โรงพยาบาลโรงงานยาสูบ (2 โครงการ) 6. คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร (2 โครงการ) 7. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (1 โครงการ) 8. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (1 โครงการ) 9. โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ (1



โครงการ) 10.โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพ (1 โครงการ) 11.โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี (1 โครงการ) 12. โรงพยาบาลตำรวจ (4 โครงการ) 13.โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ (2 โครงการ) 14. โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี (1 โครงการ) และ 15.โรงพยาบาลเลิดสิน (8 โครงการ) ซึ่งแต่ละโครงการจะดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการอย่างน้อย 3 คน ตลอดจนมีที่ปรึกษาที่เป็นนักวิชาการในสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยดำเนินกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับกลุ่มเป้าหมายเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มอย่างน้อย 5 ครั้งในช่วงระยะเวลา 4-7 เดือน ตามข้อกำหนดของ สปสช. และสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ให้ได้ผลตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ในข้อเสนอโครงการของแต่ละโครงการที่สอดคล้องกับบริบทและปัญหาสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

2) กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ คนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครซึ่งเป็นผู้ป่วยหรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก 4 โรคหลัก ได้แก่ อ้วน/ลงพุง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้เข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและได้รับงบประมาณจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ในปีงบประมาณ 2555 จำนวน 34 โครงการ รวมผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และตัวบ่งชี้ทางชีวเคมี ได้แก่ BMI ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต รอบเอว ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ทั้งสิ้น 4,500 คน

3) กลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูลระหว่างเข้าร่วมโครงการ จะถูกประเมินตามแนวคิดการประเมินแบบซิปโมเดล (CIPP Model) โลจิกโมเดล (Logic Model) และการประเมินโครงการแบบ 360 องศา (360 Degree feedback) และเพื่อให้ได้ตัวแทนสำคัญ (Key Information) ในการให้ข้อมูลที่รอบด้าน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการประเมินระหว่างโครงการแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

3.1) กลุ่มหัวหน้าโครงการ ได้แก่ ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าโครงการให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก PROMISE Model ที่ได้รับการฝึกอบรมจาก สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์เพื่อไปบริหารและจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ในปีงบประมาณ 2555 จำนวน 34 โครงการๆ ละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 34 คน ทำหน้าที่ในการตอบแบบประเมินโครงการทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

3.2) กลุ่มผู้บังคับบัญชา ได้แก่ หัวหน้างานโดยตรงของหัวหน้าโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2555 จำนวน 15 หน่วยงาน รวมทั้งสิ้น 34 โครงการ หัวหน้าโครงการทั้งหมดมีผู้บังคับบัญชา 16 คน ที่ทำหน้าที่ให้ข้อมูลตามแบบประเมินโครงการทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ



3.3) กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินโครงการจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2555 จากจำนวน 34 โครงการๆ ละ 4 คน รวมทั้งสิ้น 136 คน ทำหน้าที่ให้ข้อมูลตามแบบประเมินโครงการทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

4) ขอบเขตด้านเนื้อหาในการประเมิน การประเมินครั้งนี้ได้กำหนดกรอบแนวคิดในการประเมินตามชิปโมเดล (CIPP Model) ของ สตัฟเฟิลบีมและชินคฟิลด์ (Stufflebleam & Shinkfield, 2007) และโลจิกโมเดล (Logic Model) ของ แพนคราตซ์ (Pankratz, 2008) ซึ่งมีขอบเขตการประเมินด้านเนื้อหา ดังนี้

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

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

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

4.4) ผลผลิต (Product) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการ 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 รอบเอวลดลง เป็นต้น

4.6 ผลลัพธ์ระยะยาว (Result) ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อสถานพยาบาลที่ให้บริการ ความพึงพอใจของผู้บริหารต่อโครงการและการให้บริการหน่วยงานได้รับการยอมรับจากผู้รับบริการความต้องการของผู้รับบริการที่จะเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่หน่วยงานสถานพยาบาลจัดให้อีกในโอกาสต่อไป และความต้องการของหน่วยงานที่จะดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

การเก็บรวบรวมข้อมูลผลการประเมินโครงการครั้งนี้ได้นำเทคนิคทั้งในเชิงปริมาณและในเชิงคุณภาพมาใช้ เครื่องมือสำหรับการประเมินประกอบด้วย

1) แบบสอบถามสำหรับประเมินโครงการ (Questionnaire) เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) ใช้สำหรับการประเมินโครงการตามชิปโมเดล (CIPP Model) ได้แก่ สอบถามบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตจากโครงการ โดยมีกลุ่มเป้าหมายในการตอบคือ กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชา และกลุ่มตัวแทนผู้เข้าร่วมโครงการ ใช้สอบถามระหว่างการนิเทศและติดตามโครงการ

2) แบบสัมภาษณ์สำหรับประเมินโครงการ (Interview Guide) เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างตามชิปโมเดล (CIPP Model) ได้แก่ การสอบถามบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตจากโครงการ เพื่อถามความคิดเห็นในเชิงลึกที่มีต่อการจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีกลุ่มเป้าหมายในการตอบคือ กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชา และกลุ่มตัวแทนผู้เข้าร่วมโครงการ ใช้สัมภาษณ์ระหว่างการนิเทศติดตามโครงการ

3) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3Self เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) ใช้สำหรับประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการของกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ

4) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) ใช้สำหรับการประเมินความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการจากผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด ใช้สอบถามหลังเข้าร่วมโครงการ



5) เครื่องมือทางการแพทย์สำหรับวัดตัวชี้วัดชีวเคมีของผู้เข้าร่วมโครงการ เป็นเครื่องมือทางการแพทย์สำหรับวัดตัวชี้วัดด้านชีวเคมี เช่น การคำนวณค่า BMI การวัดความดันโลหิต การวัดระดับไขมันในเลือด การวัดระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการวัดของแต่ละโครงการ ใช้วัดระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ตัวชี้วัดความสำเร็จของการประเมินโครงการ

1) ตัวชี้วัดในเชิงปริมาณ ได้แก่

1.1) กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชา และกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ให้คะแนนการประเมินโครงการตามกรอบแนวคิดการประเมินด้านบริบททั่วไป (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Output) และความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ มากกว่าร้อยละ 70 ของคะแนนเต็ม

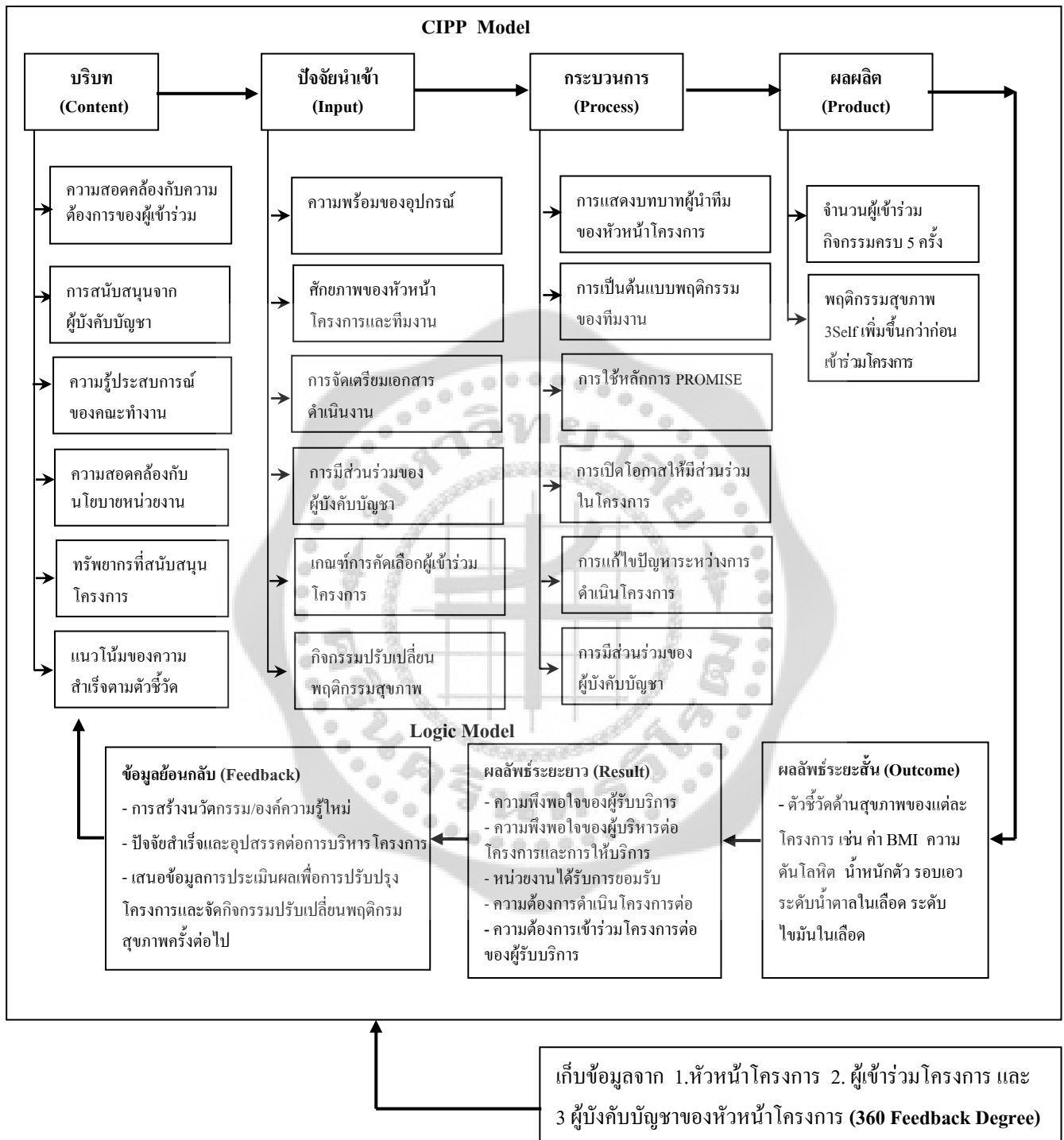
1.2) ผู้เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และตัวชี้วัดด้านชีวเคมี ได้แก่ BMI ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต รอบเอว เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

1.3) ผู้เข้าร่วมโครงการมากกว่าร้อยละ 70 เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และตัวชี้วัดด้านชีวเคมี ได้แก่ BMI ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต รอบเอว ในทิศทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

2) ตัวชี้วัดในเชิงคุณภาพ ได้แก่ กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชา และกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ ในประเด็นว่าโครงการสามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของตนเองและหน่วยงาน โดยมีผลให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้นได้ คณะทำงานมีทักษะการบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้องตามหลักแห่งการปรับพฤติกรรม มีทักษะในการบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก PROMISE Model เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ 3Self การเป็นโครงการที่สามารถเป็นต้นแบบให้กับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยง และโครงการเป็นประโยชน์ต่อประชาชนไทยแท้จริง



กรอบแนวคิดในการประเมินผลโครงการ



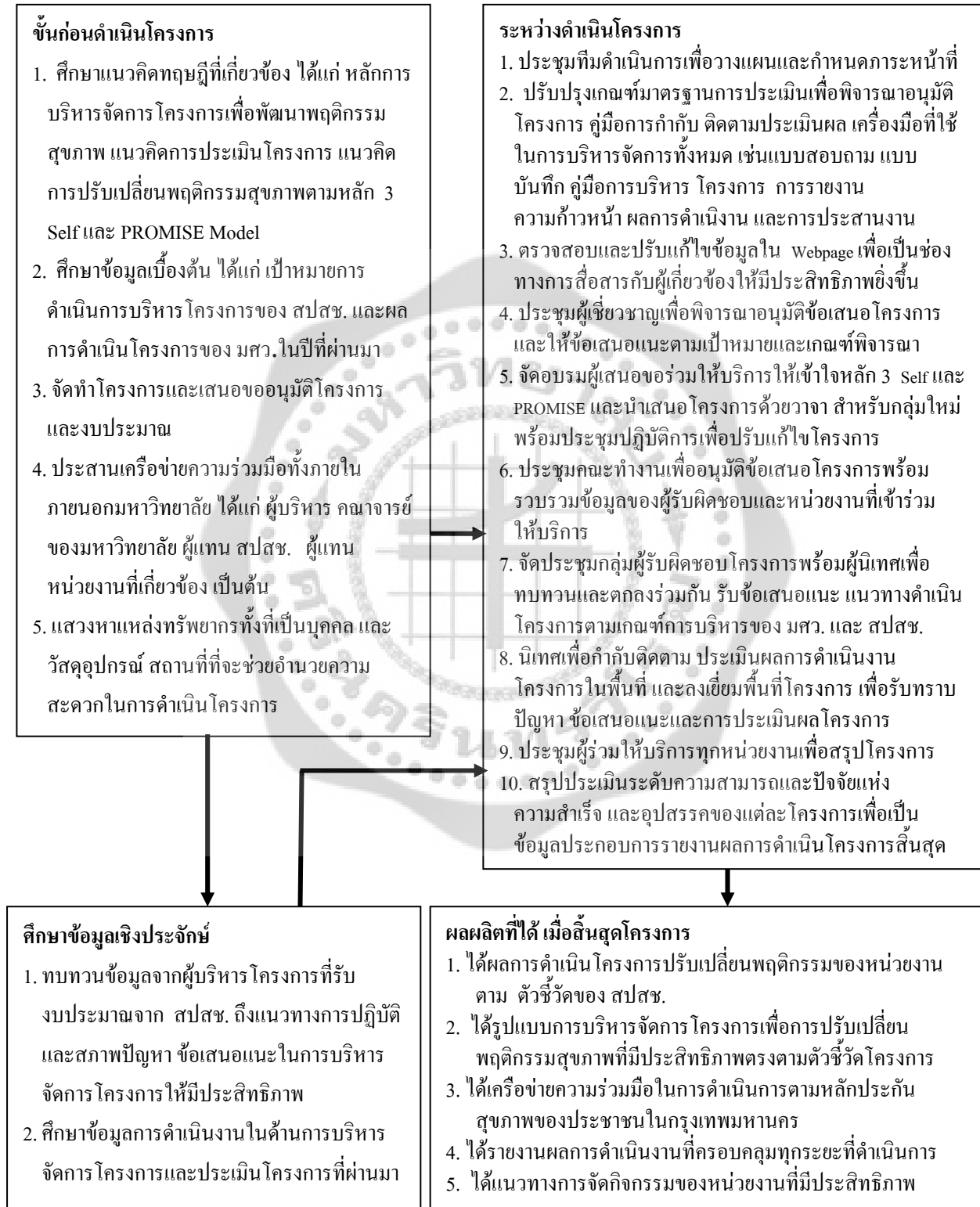
ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดการประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประยุกต์จากชิป

โมเดล (CIPP Model) โลจิกโมเดล (Logic Model) และ 360 Feedback Degree

(Stufflebleam & Shinkfield, 2007; Pankratz, 2008)



กรอบการดำเนินโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิกของหน่วยงานใน กรุงเทพมหานคร ประจำปีงบประมาณ 2555



ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดการดำเนินโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิกของหน่วยงานในกรุงเทพมหานคร



นิยามปฏิบัติการ

1) การบริหารจัดการและประเมินโครงการ หมายถึง การดำเนินงาน ของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ร่วมกับ สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร ในด้านภารกิจที่ครอบคลุมเรื่องการกำหนดขอบเขตเป้าหมายของโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม(Target) การกำหนดหน้าที่ของหัวหน้าโครงการที่ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Authority) การวางแผน (Planning) การประสานงาน (Coordinating) การบริหารงบประมาณ (Budgeting) การติดตามประเมินผลโครงการ (Evaluation) และการรายงาน (Reporting) และในการประเมินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหน่วยงานที่ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ใช้แนวคิดรูปแบบประเมิน CIPP และ Logic Model เป็นเครื่องมือในการนิเทศและ ติดตามประเมินผลสำเร็จของโครงการ

2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำใดๆ ที่มีการประยุกต์หลักแห่งการปรับพฤติกรรม หรือหลักการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม เพื่อมุ่งกระทำให้นุคคลเปลี่ยนแปลงทางความคิด แก่ไขพฤติกรรมตนเอง 3 Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการปรับพฤติกรรมเสี่ยง การกำกับพฤติกรรมสุขภาพ และทักษะการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ที่นำไปสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ที่ดีอย่างต่อเนื่อง ด้วยการสนับสนุนจากหัวหน้าโครงการและทีมผู้ให้บริการปรับพฤติกรรม และการช่วยเหลือในกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการเอง พร้อมการสนับสนุนทางสังคมและสภาพแวดล้อมที่จัดกระทำขึ้นให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและในการวัดต้องเน้นที่พฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้หรือวัดได้เป็นสำคัญและในการศึกษาครั้งนี้วัดจากพฤติกรรมสุขภาพ 3Self และตัวชี้วัดผลทางชีวเคมี

3) กลุ่มเสี่ยง หมายถึง ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีป่วยหรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก 4 โรคหลัก ได้แก่ อ้วน/ลงพุง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง ที่ผ่านการประเมินตามแบบคัดกรองความเสี่ยงของ สปสช. และได้รับการประเมินจากสถานพยาบาลผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมว่าเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดโรคเรื้อรัง ที่เป็นผลมาจากพฤติกรรมสุขภาพไม่ดีที่รุนแรงตามมา พร้อมทั้งสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จากสถานพยาบาลเครือข่ายของ สปสช. รวมอย่างน้อย 5 ครั้ง ในช่วง 4- 7 เดือนที่มีการจัดกิจกรรมโครงการ

4) พฤติกรรมสุขภาพ 3Self หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติด้วยตนเองของกลุ่มเสี่ยงในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวกับการวางแผน ป้องกัน ดำรงรักษาควบคุมพฤติกรรมสุขภาพตนเองให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติสุข โดยการใช้สุขภาพร่างกายจิตใจอารมณ์ที่ดี มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ในการวัดพฤติกรรมสุขภาพครั้งนี้วัดจากลักษณะทางจิตและพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self-efficacy) การกำกับพฤติกรรม



สุขภาพด้วยตนเอง (Self-regulation) และการดูแลสุขภาพตนเองได้ด้วย (Self-care) รายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1) การรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ว่าตนเองมีความเชื่อมั่นที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเอง ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ และคนที่รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุทิศหา ไม่ท้อถอยและจะประสบความสำเร็จในที่สุด และวัดจากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .73 โดยให้คะแนนจาก ระดับความเป็นจริงที่ปรากฏของพฤติกรรมตนเอง จากจริงมาก ให้ 4 คะแนน ถึง ไม่จริง ให้ 1 คะแนน และผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง สูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า

4.2) การกำกับตนเอง หมายถึง การแสดงออกถึงการกระทำของผู้เข้าร่วม โครงการในการสังเกตด้วยตนเองถึงพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายและวางแผนในการกระทำที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อาจกระทำด้วยการจดบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง กระตุ้นเตือนตนเองให้กระทำอย่างต่อเนื่อง ให้บรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดีตามที่ตนเองได้ตั้งเป้าหมายไว้ และวัดจากแบบสอบถาม การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .80 โดยให้คะแนนจาก ระดับความเป็นจริงที่ปรากฏของพฤติกรรมตนเอง จากจริงมาก ให้ 4 คะแนน ถึง ไม่จริง ให้ 1 คะแนน และผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง สูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า

4.3) การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดก็ตามของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่ได้เริ่มปฏิบัติด้วยตนเองในด้านการเข้ารับการตรวจสุขภาพเป็นประจำ การแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และความเครียด รวมถึงการพักผ่อน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อดำรงรักษาชีวิต ให้มีภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน เป็นการกระทำอย่างมีแบบแผนเป็นขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีการกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ร่างกาย จิตใจ และพัฒนาการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นไปถึงเป้าหมายของแต่ละบุคคล วัดจากแบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .85 โดยให้คะแนนจาก ระดับความเป็นจริงที่ปรากฏของพฤติกรรมตนเอง จากจริงมาก ให้ 4 คะแนน ถึง ไม่จริง ให้ 1 คะแนน และผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า



5) **ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ** หมายถึง การที่ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้สึกประทับใจที่ได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีความรู้สึกที่ตนเองได้รับการตอบสนองความต้องการที่แท้จริงระหว่างการดำเนินกิจกรรม การมีความสุขที่ได้ร่วมทำกิจกรรม ความพอใจจากการได้รับการบริการปรับเปลี่ยนสุขภาพ ความพอใจที่ตนเองมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงขึ้น วัดจากแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .87 โดยแปลผลให้ผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 7-13 เป็นผู้ที่มีความพึงพอใจต่อโครงการในระดับน้อย มีคะแนน 14-20 ในระดับปานกลาง และมีคะแนน 21-28 เป็นผู้ที่มีความพึงพอใจต่อโครงการในระดับมาก

6) **ค่าชีวเคมี** หมายถึง การประเมินค่าชีวเคมีของผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินโครงการ ตามที่แต่ละโครงการได้ทำการกำหนดขึ้น เช่น ค่า BMI ค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในเลือด ค่าไขมันในเลือด ค่าเส้นรอบเอว เป็นต้น

7) **การจัดกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามรูปแบบ PROMISE Model** หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของหัวหน้าโครงการหรือคณะทำงานผู้จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมที่อาจเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มหรือทั้งสองอย่างรวมอย่างน้อยจำนวน 5 ครั้ง ที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอก หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านจิตลักษณะ และพฤติกรรมแสดงออกทางกายของกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ โดยให้อยู่ในขอบข่ายเนื้อหาที่มาจากรากฐานแนวคิดอยู่ในขอบข่ายอย่างใดอย่างหนึ่งใน 3 Self คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (Self-care) มีการกำกับตนเอง (Self-regulation) ให้มีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่องได้ด้วยเชื่อในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) และผู้ให้บริการควรให้บริการแก่ผู้รับบริการโดยคำนึงถึงหลักปฏิบัติตามหลัก PROMISE Model คือ

7.1) **การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement)** หมายถึง การที่คณะทำงานโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ให้รางวัลทั้งที่เป็นรูปธรรม เช่น วัตถุสิ่งของ และนามธรรม เช่น การให้คำชมเชย แก่ผู้เข้าร่วมโครงการที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในแต่ละครั้ง เพื่อให้เกิดกำลังใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองต่อไป

7.2) **บริหารจัดการโครงการด้วยหลักการบริหารตามผลสัมฤทธิ์ของงาน (Result based management)** การที่คณะทำงานโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้บริหารจัดการโครงการซึ่งมีเป้าหมายร่วมกันอย่างแท้จริงเพื่อให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้เป็นสำคัญ พยายามที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการจัดกิจกรรมอย่างรวดเร็ว

7.3) **การมองโลกแง่ดี (Optimism)** หมายถึง การที่คณะทำงานโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความเชื่อว่าปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการจัดกิจกรรมสามารถที่จะแก้ไขได้เป็นสิ่งที่ท้าทาย



เชื่อมั่นว่าผู้เข้าร่วมโครงการมีศักยภาพที่เพียงพอในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง เชื่อมั่นว่าเพื่อนร่วมงานมีความสามารถในการจัดกิจกรรม

7.4) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง การที่คณะทำงานโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้พยายามที่จะหารูปแบบการจัดกิจกรรมแบบใหม่เพื่อกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดความสนใจที่จะร่วมทำกิจกรรม คณะทำงานพยายามที่จะสร้างสัมพันธภาพด้วยวิธีการต่างๆ กับผู้เข้าร่วมโครงการเป็นอย่างดีเพื่อเป็นการจูงใจให้อยากเข้าร่วมกิจกรรม

7.5) ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Individual or client center) หมายถึง การที่คณะทำงานผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้เป็นผู้นำในการจัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ด้วยตนเอง ได้รับการสนับสนุน การจูงใจจากคณะทำงานให้จัดการสุขภาพตนเองตั้งแต่ การตั้งเป้าหมาย วางแผน ออกแบบกิจกรรม ฝึกปฏิบัติ ดูแลพฤติกรรมสุขภาพตามแผนของตนเองพร้อมประเมินผลด้วยตนเอง และได้รับข้อมูลย้อนกลับที่นำมาสู่การวางแผนและกระทำพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จึงมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการโครงการอย่างเต็มที่ มีการรับฟังความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมโครงการอย่างจริงใจเพื่อนำไปปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับความสนใจของผู้เข้าร่วมโครงการอย่างแท้จริง

7.6) หลักการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองแก่ผู้รับบริการ (Self-esteems) หมายถึง การที่คณะทำงานโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ให้เกียรติกับผู้เข้าร่วมโครงการอย่างแท้จริง พยายามที่จะทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ เชื่อว่าการมีสุขภาพที่ดีมีความสำคัญต่อการพัฒนาสังคม โดยสามารถใช้เทคนิควิธีการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่หลากหลายที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญที่ประกอบด้วยสัดส่วนของเวลาและเนื้อหาในการจัดกิจกรรมที่เริ่มต้นจากการปรับความคิด สร้างแรงจูงใจ การเสริมแรงด้วย 1) กิจกรรมสนุกสนานหรือเกมประมาณร้อยละ 30 ของเวลาที่จัดให้ทั้งหมด 2) กิจกรรมให้ความรู้จากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีประสบการณ์ทางสุขภาพ ประมาณร้อยละ 10 และ 3) กิจกรรมการฝึกทักษะการปฏิบัติด้วยตนเองให้มีทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) ประมาณร้อยละ 60 อาจจัดประสบการณ์ด้วยการฝึกอบรม การเข้าฐานความรู้ การให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม การให้คำแนะนำ การมีตัวแบบ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสาธิต การเข้าค่าย การฝึกปฏิบัติการ การสร้างทีมพี่เลี้ยง ทีมผู้ช่วยโครงการ ผู้นำกลุ่ม แกนนำเครือข่าย เป็นต้น และมีการส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายช่วยเหลือกันเอง และดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องได้เพื่อความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป การบริหารโครงการตามหลัก PROMISE วัดได้จากแบบสอบถามแบบมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 20 ข้อ จากกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .938 และจากกลุ่มหัวหน้าโครงการ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .924



สมมติฐานการวิจัย

1) กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชา และกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีความคิดเห็นต่อการประเมินโครงการด้านบริบททั่วไป (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Output) และความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ มีคะแนนเกินร้อยละ 70 มากกว่าร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการ

2) ผู้เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และตัวชี้วัดด้านชีวเคมี เช่น BMI ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต รอบเอว เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

3) ผู้เข้าร่วมโครงการมากกว่าร้อยละ 70 เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และตัวชี้วัดด้านชีวเคมี เช่น BMI ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต รอบเอว ในทิศทางที่ดีขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ





บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ตามที่สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ให้ดำเนินโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนในกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2555 โดยมีบทบาทและหน้าที่หลักคือ 1.บริหาร โครงการ 2. จัดการฝึกอบรมให้คณะทำงานของแต่ละโครงการในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อเพิ่มองค์ความรู้และทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ตามแนวทาง PROMISE Model และ 3. กำกับติดตามและประเมินผลโครงการทั้งในระยะก่อน ระหว่าง และหลังสิ้นสุดโครงการ และในบทนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรม คณะทำงานจึงได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นการทบทวนองค์ความรู้สำคัญเกี่ยวกับ

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

PROMISE Model และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เพื่อที่จะได้นำองค์ความรู้ดังกล่าวมาใช้ในการบริหารจัดการโครงการตามภารกิจหลักที่ได้รับมอบหมายให้มีเพียงตรงด้านเนื้อหาและมุ่งหวังให้เกิดความมั่นใจกับผู้ที่ได้อ่านรายงานการประเมินผลการดำเนินงานครั้งนี้เกิดความมั่นใจว่าการบริหารจัดการและประเมินโครงการในภาพรวมเป็นไปตามหลักแห่งการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมมากที่สุด รายละเอียดดังนี้

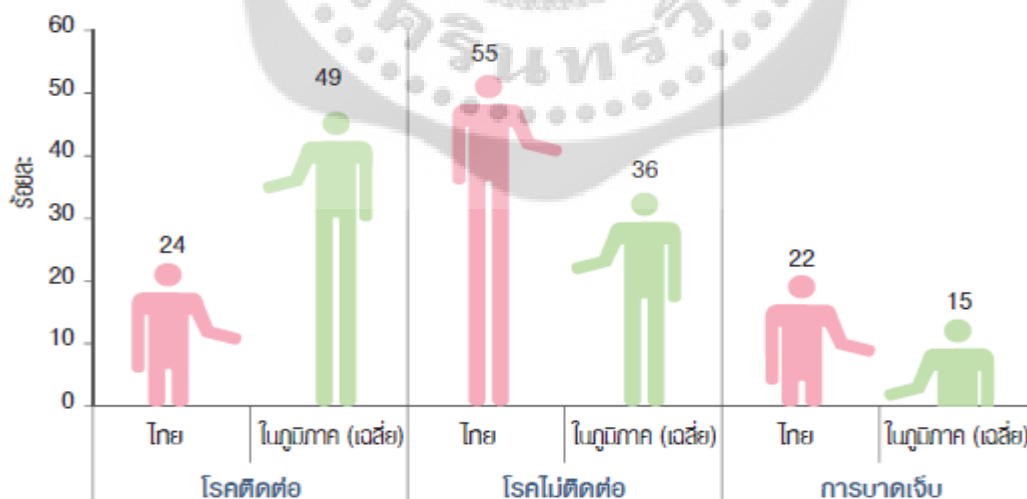


1. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของคนไทย

ปัญหาด้านสุขภาพบ่งบอกถึงปัญหาหลายๆ อย่างในสังคม เพราะองค์รวมของการดำเนินชีวิตจะวัดได้จากการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน ในหัวข้อนี้จึงเริ่มต้นทบทวนเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันของปัญหาด้านสุขภาพและพฤติกรรมด้านสุขภาพของคนไทย

1.1 การเจ็บป่วยและการตาย

ปัจจุบันจำนวนการตายเพิ่มขึ้น จากที่ประชากรไทยมีอายุสูงขึ้น ประมาณว่าร้อยละ 60 ของคนที่ตายทั้งหมดในแต่ละปีเป็นผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป คนไทยตายราว 4 แสนกว่าคนในแต่ละปีและในอนาคต อีกราว 10-20 ปีข้างหน้า คาดการณ์ว่าจะมีคนไทยตายปีละกว่า 6 แสนคน (หรือที่อัตราตายประมาณ 10 คน ต่อประชากร 1,000 คน) ซึ่งจะเป็นจำนวนมากพอกับการเกิด ทำให้ประชากรไทยไม่เพิ่มขึ้น หรืออาจถึงขั้นลดจำนวนลง สาเหตุการตายของประชากรไทยได้เปลี่ยนไปจากเดิมพบว่าในอดีต คนไทยตายมากเพราะโรคติดเชื้อที่แพร่ระบาดไปได้ทั้งทางน้ำ อากาศ หรือโดยพาหะนำโรคนิดต่างๆ ปัจจุบันการตายของประชากรไทยส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการกินอยู่และการใช้ชีวิตของตนเอง สาเหตุการตายที่สำคัญได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ ความดันเลือด โรคทางเดินหายใจ โรคเอดส์ และอุบัติเหตุบนถนน โรคเหล่านี้สามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้ด้วยการเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคล เช่น พฤติกรรมการกินอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การขับขี ความไม่ประมาท ทั้งนี้ลักษณะการเจ็บป่วย และการตายสามารถแสดงดังภาพประกอบ 4



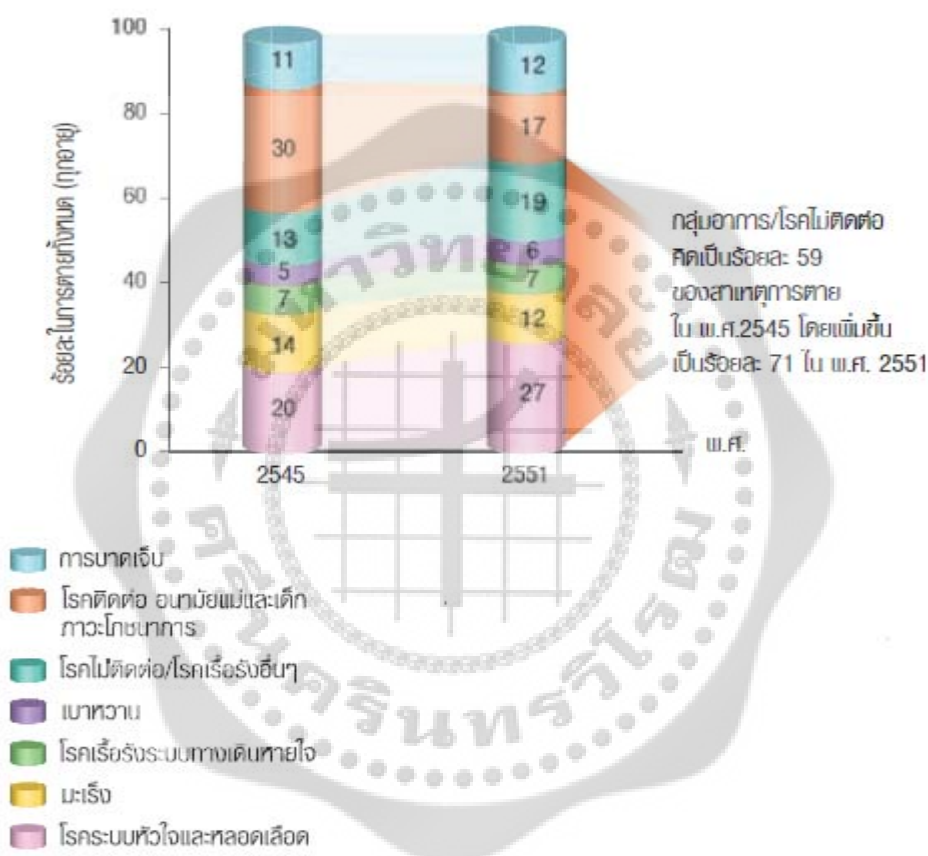
ภาพประกอบ 4 ร้อยละจำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (Year of Life Lost: YLL)

จำแนกตามสาเหตุ ของคนไทยเปรียบเทียบกับประเทศในภูมิภาค พ.ศ. 2551 (ที่มา:

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2555 : 15)



จากภาพประกอบ 4 พบว่าสาเหตุการตายของคนไทยส่วนใหญ่ เมื่อเทียบกับกลุ่มประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ตามรายงานขององค์การอนามัยโลก มีสาเหตุของการตายมากที่สุด ซึ่งสูงกว่าภูมิภาคโดยเฉลี่ย คือ สาเหตุการตายที่มาจาก การเป็นโรคไม่ติดต่อ และการได้รับการบาดเจ็บ แต่สำหรับการเป็นโรคติดต่อนั้นพบว่า ระดับภูมิภาค มีอัตราที่สูงกว่า แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2545 กับ 2551



ภาพประกอบ 5 การตายของประชากรไทย จำแนกตามสาเหตุ พ.ศ. 2545 และ 2551 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2555: 15)

ภาพประกอบ 5 จะเห็นถึงรายละเอียดของสาเหตุการตายของประชากรไทยว่า โรคที่เป็นสาเหตุหลักในปี พ.ศ. 2545 เป็นโรคติดต่อ อ่อนแอแม่และเด็ก โภชนาการ แต่ในปี พ.ศ. 2551 พบว่าสาเหตุการตายของประชากรไทยเปลี่ยนไปเป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และอันดับที่ 2 ก็ยังคงเป็นโรคติดต่อ อ่อนแอแม่และเด็ก ภาวะโภชนาการ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ระยะเวลาที่เปลี่ยนไปแลงไปนั้น ประเทศไทยยังไม่สามารถที่จะแก้ปัญหาเกี่ยวกับโภชนาการ ซึ่งมีความหมายรวมถึงพฤติกรรมกิน การออกกำลังกาย และการควบคุมโรคติดต่อที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร



และยังพบว่า การเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดก็เพิ่มจำนวนมากขึ้น สาเหตุส่วนใหญ่ก็จะอยู่ที่ประเด็นของการออกกำลังกาย และการเลือกรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะเช่นเดียวกัน

1.2 สถานการณ์โรคอ้วน

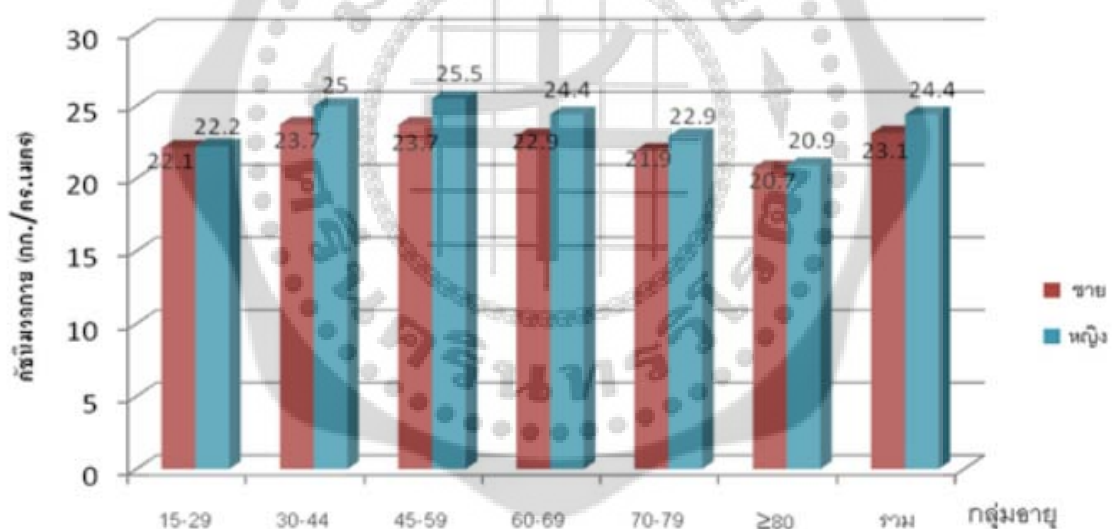
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข รายงานสถิติสถานะสุขภาพคนไทยจากการสำรวจ The Nation Household Education Surveys Program (NHES) ครั้งที่ 3 ปี 2546-2547 เปรียบเทียบกับการสำรวจ NHES ครั้งที่ 4 ปี 2551-2552 พบภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง มีอัตราความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.5 เป็น 19 ในขณะที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่าผลการสำรวจล่าสุด (พ.ศ. 2555) พบคนไทยมีปัญหาภาวะโภชนาการเกิน และกลายเป็นโรคอ้วนเพิ่มสูงมากที่สุดในรอบ 10 ปี โดยเด็กแรกเกิดไปจนถึงอายุ 12 ปี มีความอ้วนพุ่งสูงถึงร้อยละ 40 รองลงมาคือช่วงอายุ 40-50 ปี อ้วนเพิ่มสูงขึ้นเกือบ 2 เท่า และช่วงอายุ 20-29 ปี มีความอ้วนอยู่ที่ร้อยละ 21.7 และที่น่าตกใจคือ ข้อมูลทางการแพทย์ยืนยันว่า เด็กไทยที่อ้วนกว่าครึ่งหนึ่ง เมื่อเจาะเลือดหาไขมันในร่างกายแล้ว พบว่าร้อยละ 70 มีปัญหาไขมันสูงเกินมาตรฐาน ผลสำรวจสุขภาพล่าสุด มีคนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไปเป็นโรคอ้วน ติดอันดับ 5 ของเอเชียแปซิฟิก โดยมีคนอ้วนมากถึง 17 ล้านคนทั่วประเทศ และยังมีแนวโน้มเป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 4 ล้านคนต่อปี ทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่าปีละ 1 แสนล้านบาท (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ, 2555) นอกจากนี้ก็ยังพบว่าสถานการณ์โรคอ้วนของไทยเพิ่มขึ้นจน น่าตกใจ เนื่องจากการใช้ชีวิตประจำวันมีความเสี่ยง ทั้งการบริโภคอาหารเกินความจำเป็น มีพฤติกรรมกินหวานเพิ่มขึ้น นำมาสู่สาเหตุการเกิดโรคอ้วน เบาหวาน ไขมัน และความดันเลือดสูง ซึ่งในอนาคตอีก 10-20 ปี รัฐบาลต้องจ่ายค่ารักษาอาการแทรกซ้อนจาก "โรคกินเกิน" เป็นเงินมหาศาล องค์การอนามัยโลกระบุว่าปัญหาสุขภาพที่เลวร้ายซึ่งเกิดจากพฤติกรรม 3 อันดับแรก คือ 1.พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศนำไปสู่การติดเชื้อเอชไอวี 2.การสูบบุหรี่ที่นำไปสู่โรคเรื้อรังต่างๆ และ 3.โรคอ้วนที่นำไปสู่โรคเรื้อรัง ต่างๆ (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ, 2555)

กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขเผย พบคนไทยมีภาวะโภชนาการเกินจนเป็นโรคอ้วนพุ่งสูงกว่า 10 ล้านคนทั่วประเทศ ถือเป็นสถิติที่มากที่สุดในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ขณะที่เด็กก่อนวัยเรียน และเด็กประถมครองแชมป์โรคอ้วนสูงถึงร้อยละ 40 คนไทยมีปัญหาโภชนาการเกิน และกลายเป็นโรคอ้วนเพิ่มสูงมากที่สุดในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา มีคนอ้วนมากกว่า 10 ล้านคนทั่วประเทศ และที่สำคัญเด็กในวัยเรียนและเด็กประถมเรียนตั้งแต่แรกเกิดไปจนถึง 12 ปี จะมีความอ้วนพุ่งสูงถึงร้อยละ 40 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 40-50 ปี อ้วนเพิ่มสูงเกือบ 2 เท่า ตามมาด้วยช่วงอายุ 20-29 ปี มีความอ้วนอยู่ที่ร้อยละ 21.7 ข้อมูลที่น่าตกใจจากทางการแพทย์ยืนยันด้วยว่า เด็กไทยที่อ้วนกว่าครึ่งหนึ่ง เมื่อเจาะเลือดหาไขมันในร่างกายแล้ว พบร้อยละ 70 มีปัญหาไขมันสูงเกินมาตรฐาน ซึ่งสมาคม



โรคเบาหวาน ระบุชัดเจนว่าในรอบ 5 ปี มีเด็กไทยอายุต่ำกว่า 15 ปี เป็นโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 2 เป็นร้อยละ 12 และยังนำไปสู่โรคไต หัวใจ และโรคข้อเสื่อมด้วย ซึ่งไม่ควรเกิดกับเด็กในวัยนี้ (ครอบครัวข่าว 3, 2555) เส้นรอบเอว (waist circumference) เป็นค่าที่ได้จากการวัดรอบเอวด้วยสายวัดมาตรฐาน โดยวัดรอบเอวระดับตำแหน่งกึ่งกลางของข้างเอวระหว่างขอบล่างของซี่โครงล่างกับขอบบนของ iliac crest ให้สายรอบเอวแนบรอบเอว และอยู่ในแนวขนานกับพื้น ซึ่งภาวะอ้วนลงพุงจึงหมายถึง ความยาวเส้นรอบเอว ≥ 90 เซนติเมตร ในชาย และ ≥ 80 เซนติเมตรในหญิง

จากผลการสำรวจ ของ สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (2555) พบว่า ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เฉลี่ยเท่ากับ 23.1 กก./ตร.เมตร ในผู้ชายและ 24.4 กก./ตร.เมตร ในผู้หญิง ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นตามอายุ จนมีค่าสูงสุดในกลุ่มอายุ 45-59 ปี หลังอายุ 60 ปีขึ้นไปดัชนีมวลกายลดลง และต่ำสุดเมื่ออายุ 80 ปีขึ้นไป และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายตามภาคพบว่าผู้ชายและผู้หญิงในกรุงเทพฯ มีดัชนีมวลกายสูงที่สุด รองลงมาคือภาคกลาง



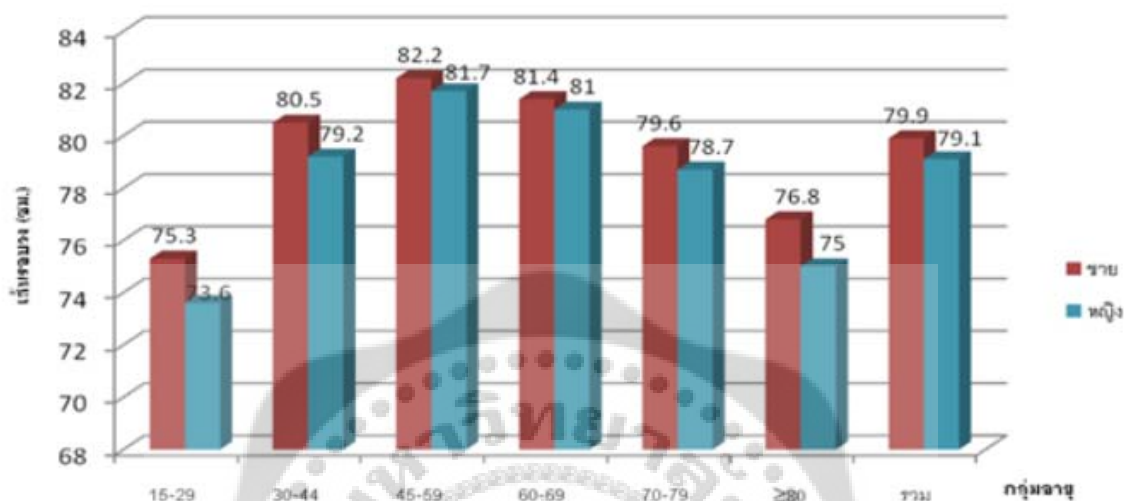
ภาพประกอบ 6 ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย (กก./ตร.เมตร) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ (ที่มา: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2555)

ความชุกของภาวะอ้วนในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าเพศชายร้อยละ 28.3 และเพศหญิงร้อยละ 40.7 จัดว่าอ้วน (ดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ตร.เมตร) โดยความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 45-59 ปี ความชุกลดลงในกลุ่มผู้สูงอายุและต่ำสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป

เส้นรอบเอวของประชากรชายและหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป เฉลี่ยเท่ากับ 79.9 ซม. และ 79.1 ซม. ตามลำดับ ในกลุ่มอายุเดียวกันผู้ชายมีเส้นรอบเอวใหญ่กว่าผู้หญิงทุกกลุ่มอายุ โดยทั่วไปทั้งชายและ



หญิงมีขนาดเส้นรอบเอวเล็กสุดในกลุ่มอายุ 15-29 ปี และเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นโดยสูงสุดในกลุ่มอายุ 45-59 ปี จากนั้นเส้นรอบวงเอวมีขนาดลดลงในวัยผู้สูงอายุ



ภาพประกอบ 7 ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว (ซ.ม.) ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศ(ที่มา:สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2555)

1.3 สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า ทั่วโลกมีผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงเกือบถึงพันล้านคน สองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยพบว่ามีคนในวัยผู้ใหญ่ของเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงประเทศไทยมีประชากร 1 ใน 3 คน จะมีภาวะความดันโลหิตสูง แต่ในปีประชากรในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.5 ล้านคน ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทย จากข้อมูลสถิติ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า สถานการณ์ป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาค เมื่อเปรียบเทียบจากข้อมูล 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2543-พ.ศ.2553) พบว่า อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน จะมีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จาก 259 เป็น 1,349 ซึ่งถือว่ามียอัตรการเพิ่มที่สูงขึ้นกว่า 5 เท่า (5.21 เท่า) สำหรับโรคความดันโลหิตสูงเกิดจากภาวะที่แรงดันหลอดเลือดแดงมีค่าสูงตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป ซึ่งผู้คนจำนวนมากอยู่กับความดันโลหิตสูงโดยที่ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะนี้ เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่ค่อยปรากฏอาการที่ชัดเจนในช่วงแรก แต่เมื่อปล่อยนานไปแรงดันในหลอดเลือดที่สูง จะไปทำลายผนังหลอดเลือดและอวัยวะที่สำคัญทั่วร่างกาย สาเหตุเกิดจากพฤติกรรมและการใช้ชีวิต โดยเฉพาะการบริโภคอาหารรสเค็ม (โซเดียม)



รับประทานผักและผลไม้รสไม่หวาน ไม่เพียงพอ ความอ้วน ขาดการออกกำลังกาย นั้ๆ นอนๆ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาก สูบบุหรี่ และมีภาวะเครียด รวมถึงอายุที่เพิ่มขึ้น อาจส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้ และเป็นสาเหตุให้เกิดหัวใจล้มเหลว หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ และมีแนวโน้มเพิ่มการเป็นโรคไตวายระยะสุดท้ายได้ (ผู้จัดการออนไลน์, 2555)

การสำรวจพบว่า อัตราการเป็นโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนเขตกรุงเทพมหานครในปี พ.ศ.2552 – 2553 พบดังตาราง 1

อัตราส่วนต่อ 100,000	ปี 2552		ปี 2553	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ทั่วประเทศ	780,629	1,230.16	859,583	1349.39
กรุงเทพมหานครฯ	88,855	1,557.02	95,247	1670.42

ตาราง1 อัตราการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2555)

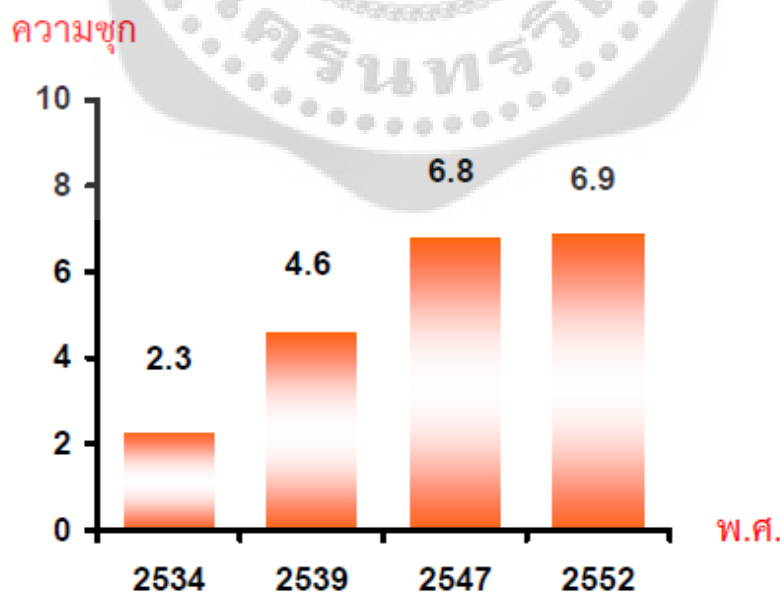
1.4 สถานการณ์โรคเบาหวาน

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก รวมทั้งประเทศไทยสถานการณ์เบาหวานปัจจุบันมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (international diabetes federation :IDF) ได้รายงานสถานการณ์ผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกแล้ว 285 ล้านคนและได้ประมาณการว่าจะมีจำนวนผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกเพิ่มมากกว่า 435 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 หากไม่มีการดำเนินการในการป้องกันและควบคุมที่มีประสิทธิภาพ ข้อมูลจากสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข^{2,3} พบมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานใน ปี พ.ศ. 2552 ประมาณ 7,019 คน หรือ ประมาณวันละ 19 คน และในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2542 – 2552) พบคนไทยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น 4.02 เท่า เฉพาะ ปี พ.ศ. 2552 มีผู้ที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคเบาหวาน 558,156 ครั้ง หรือประมาณวันละ 1,529 ครั้ง หรือคิดเป็นผู้ที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคเบาหวานชั่วโมงละ 64 ครั้ง และจากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของคนไทย (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540 เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ 3 ปี พ.ศ.2546 – 2547 พบความชุกเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 4.4 เป็นร้อยละ 6.9 สำหรับครั้งล่าสุด (ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552) พบอัตราความชุกโรคเบาหวานเท่าเดิม คือ ร้อยละ 6.9 โดยคาดว่าคนไทยวัย 15 ปีขึ้นไปประมาณ 3.46 ล้านคนกำลังเผชิญกับโรคเบาหวาน เมื่อแยกการกระจายความชุกออกเป็นรายภาค พบเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ กรุงเทพฯ , ภาคกลาง , ตะวันออกเฉียงเหนือ , ภาคเหนือ และ



ภาคใต้ (ความชุก ร้อยละ 9.2 , 7.6 , 7.0 , 5.7 และ 5.0 ตามลำดับ) และโรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุทำให้เกิดการป่วยและตายก่อนวัยอันสมควร จากภาวะแทรกซ้อนต่อตา ไต ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือดสมอง แต่ทั้งนี้การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของคนไทย ครั้งที่ 4 พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ที่เบาหวานไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานมาก่อน ส่วนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นเบาหวาน ร้อยละ 3.3 ไม่ได้รับการรักษา และผู้ที่ได้รับการรักษามีเพียง ร้อยละ 28.5 ที่คุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ น้อยกว่า 126 มิลลิกรัม ต่อเดซิลิตรได้ ฉะนั้นการค้นหาผู้ที่เบาหวานและกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ยังไม่มีอาการ การลดปัจจัยเสี่ยงและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจึงเป็นมาตรการที่จะช่วยลดและชะลอการเกิดโรคและผลกระทบดังกล่าว เบาหวานมีสาเหตุหลายปัจจัยเสี่ยงร่วมกันที่สามารถป้องกันได้ ตามที่องค์การอนามัยโลกประกาศไว้ว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 80 สามารถป้องกันได้ (วิชัย เอกพลากร, 2553)

นอกจากนี้ข้อมูลจากรายงานการสำรวจสถานะสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายพบว่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 2.3 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 6.9 ใน พ.ศ. 2552 โดยเฉพาะในพ.ศ. 2552 ที่พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานอายุ 15 ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ 6.9 (ซึ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 7.7 และเพศชายร้อยละ 6.0) และภาวะก่อนเบาหวาน (Pre-diabetes) ร้อยละ 10.7 (เป็นเพศหญิงร้อยละ 9.5 และเพศชายร้อยละ 11.8) เป็นที่น่าสังเกตว่าสัดส่วนของผู้ชายที่อยู่ในภาวะก่อนเบาหวานสูงกว่าผู้หญิง ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยเสี่ยงที่พบว่า ผู้ชายมีอัตราเพิ่มของภาวะอ้วนและอ้วนลงพุงสูงขึ้น

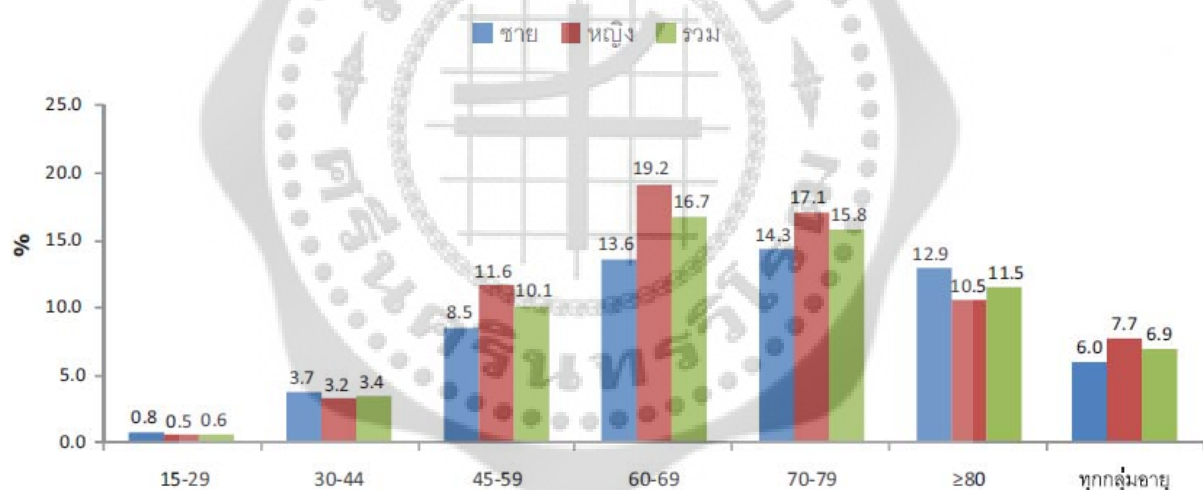


ภาพประกอบ 8 ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทย ระหว่าง พ.ศ. 2534-2552

(สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554)



การคาดประมาณจำนวนประชากรที่เป็นโรคเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไป ระหว่าง พ.ศ. 2554-2563 โดยข้อมูลจำนวนประชากรไทย ใน พ.ศ. 2553 มาจากการศึกษาผลการประเมินประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548-2568 ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ข้อมูลความชุกของโรคเบาหวาน และภาวะก่อนเบาหวาน (Pre-diabetes) ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยมีข้อสมมติว่า ค่าอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานในกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะก่อนเบาหวาน (Pre-diabetes) รวมถึงค่าอุบัติการณ์ของภาวะก่อนเบาหวาน (Pre-diabetes) ในแต่ละปีมีค่าคงที่ พบว่า ใน พ.ศ. 2554 จะพบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เกิดขึ้นจำนวน 501,299 คนและระหว่าง พ.ศ. 2554-2563 เพิ่มขึ้นอยู่ในช่วง 501,299-553,941 คน/ปี ทั้งนี้ จะมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มเป็น 2 เท่าภายใน 6 ปี และใน พ.ศ. 2563 จะมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่สูงถึง 8,200,000 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554)



ภาพประกอบ 9 ความชุกโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ พ.ศ. 2551 – 2552 (รายงานการตรวจสุขภาพประชาชนไทย ปี พ.ศ. 25521 – 2552)

ภาพประกอบ 9 เห็นได้ว่าอัตราความชุกของโรคเบาหวานอยู่ในกลุ่มเพศหญิง อายุ 60 – 69 ปี เป็นส่วนใหญ่ และในกลุ่มคนวัยทำงาน ก็จะมีแนวโน้มของการเป็นโรคเบาหวานสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่า การป้องกันโรคเบาหวานนั้นจะต้องเริ่มดำเนินการในกลุ่มคนอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป เพื่อเป็นการป้องกันและลดจำนวนผู้ป่วยในอนาคต เป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาในอนาคต



1.5 สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย โดยเฉพาะผู้สูงอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป ซึ่งประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง โดยประเทศแถบเอเชีย อาทิ จีนและญี่ปุ่น พบเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจ สำหรับประเทศไทยพบว่ามีอัตราการเกิดโรค 690 คนต่อประชากร 1 แสนคน สถิติดังกล่าวประมาณได้ว่า มีผู้ป่วยโรคนี้ในประเทศไทยเป็นจำนวน 496,800 คน และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต โดยโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันพบได้ประมาณร้อยละ 70 และโรคหลอดเลือดสมองแตก พบได้ร้อยละ 30 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด สาเหตุสำคัญเกิดจากความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ความเครียด ขาดการออกกำลังกาย และผู้ป่วยที่รับประทานยาห้ามการแข็งตัวของเลือดหรือเป็นโรคที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการทางระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน อาจมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอาการร่วมกัน เช่น อ่อนแรงครึ่งซีก เดินเซ พูดลำบาก กลืนลำบาก ตามองไม่เห็น หรือมองเห็นภาพซ้อน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกนั้น อาจมีอาการปวดศีรษะเฉียบพลัน อาเจียน ในรายที่มีอาการรุนแรง อาจมีอาการซึม หมดสติและอาจเสียชีวิตได้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2555) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้รายงานถึงสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง ว่า ปี 2548 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก แต่ละปี 5.7 ล้านคน และองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization) คาดการณ์ว่า ในปี 2558 จะมีคนเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มเป็น 6.5 ล้านคน ซึ่งโรคนี้เป็นสาเหตุการตาย อันดับ 2 ในผู้ที่ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 5 ในประชาชนที่มีอายุ 15-59 ปี 4 และพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ที่ทนทุกข์ทรมานจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ

ในอดีตที่ผ่านมา ประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 -2547 พบว่าโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่อง หลังจากนั้น ในปี พ.ศ.2548-2551 มีแนวโน้มการเสียชีวิตจากโรคนี้ชะลอตัวลง 6 สำหรับในปี 2552 พบคนไทยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 13,353 คน เฉลี่ยวันละ 36 คน หรือประมาณ 3 คน ในทุกๆ 2 ชั่วโมง 7 และในปัจจุบันมีผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณ 751,350 คน 8 และในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2542 – 2552) พบผู้ป่วยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพฯ) ด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2.45 เท่า และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง และเมื่อเปรียบเทียบอัตราผู้ป่วยในต่อแสนประชากรด้วยโรคหลอดเลือดสมองใหญ่รายภาคของประเทศ



ไทย เรียงจากมากเป็นน้อย พบดังนี้ ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพฯ) และภาคเหนือ พบสูงใกล้เคียงกัน ตามด้วยภาคใต้ ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบน้อยที่สุด

ปัจจัยเสี่ยงหลักที่ปรับเปลี่ยนได้	ความชุก (ร้อยละ) การสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 4					
	เหนือ	กลาง	ออกเฉียงเหนือ	ใต้	กทม	รวมทั้งประเทศ
ความดันโลหิตสูง	23.5	24.5	15.2	21.6	29.8	21.4
การสูบบุหรี่เป็นประจำ	17.5	17.5	22.5	24.1	16.1	19.9
ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (TC $\geq$ 200mg/dl)	43.5	59.8	41.7	58.0	62.6	50.9
กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ	8.9	21.2	10.5	42.8	25.3	18.5
ภาวะอ้วน (BMI $\geq$ 25kg/m ²)	31.99	38.10	30.94	34.22	44.20	34.7
ภาวะอ้วนลงพุง	26.7	38.4	29.0	26.0	44.6	32.1
กินผักและผลไม้เพียงพอ ($\geq$ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน)	18.6	14.5	15.7	26.5	19.5	17.7
เบาหวาน	5.7	7.6	7.0	5.0	9.2	6.9
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์(ระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป)	11.2	8.8	5.0	5.0	6.9	7.3

ภาพประกอบ 10 แสดงความชุกของปัจจัยเสี่ยงหลักที่ปรับเปลี่ยนได้แยกตามรายภาคของประเทศไทย พ.ศ.2552 (นุชรี อาบสุวรรณ , นิตยา พันธุเวช และ เมตตา คาพิบูลย์, 2554)

ความชุกของปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ เมื่อแยกออกเป็นรายภาคของประเทศไทยแล้วพบว่า ทั้งความชุกในเรื่อง ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (TC $\geq$ 200mg/dl) ภาวะอ้วน (BMI $\geq$ 25kg/m²) ภาวะอ้วนลงพุง และ เบาหวาน พบความชุกมากที่สุด คือที่ กรุงเทพมหานคร รองลงมา คือ ภาคกลาง ส่วนการสูบบุหรี่เป็นประจำและกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ มีความชุกมากที่สุด ในภาคใต้ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์(ระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป) มีความชุกสูงสุดทางภาคเหนือ สำหรับการกินผักและผลไม้เพียงพอ ($\geq$ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) น้อยที่สุด คือ ภาคกลาง

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเทคนิคการพัฒนาสุขภาพ

2.1 แนวคิดการปรับพฤติกรรมตามหลักพฤติกรรมศาสตร์

การปรับพฤติกรรมตามหลักพฤติกรรมศาสตร์เป็นกลวิธีที่นำหลักการแห่งพฤติกรรม (Behavior principles) มาประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบโดยใช้หลักการเรียนรู้ตามทฤษฎีต่าง ๆ เช่น ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำมาใช้ในการปรับพฤติกรรม โดยทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant conditioning theory) พัฒนาโดยนักจิตวิทยาชาวอเมริกันชื่อ สกินเนอร์ (B.F



Skinner) มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลสืบเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลที่ได้รับ (Consequence) ที่เกิดขึ้นใน สภาพแวดล้อมนั้น และผลสืบเนื่องที่ได้รับว่ามี 2 ประเภท คือ 1) ผลสืบเนื่องที่เป็นการเสริมแรง (Reinforce) ผลที่ได้รับทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่นั้นมีอัตราการกระทำเพิ่มขึ้น และ 2) ผล สืบเนื่องที่เป็นการลงโทษ (Punisher) ผลที่ได้รับซึ่งส่งผลให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำนั้นยุติลง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549: 32)

2.1.1 ความหมายของการปรับพฤติกรรม

ระยะแรกนักวิชาการส่วนใหญ่จะให้ความหมายของการปรับพฤติกรรมบนพื้นฐาน การเรียนรู้ ดังเช่น ความหมายของการปรับพฤติกรรม ตามที่ ชัยพร วิชชาวุธ และ ชีระพร อุวรรณ โณ (อังสินันท์ อินทรกำแหง, 2552 อ้างอิงจาก ไม่ปรากฏผู้แต่ง, 2552) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การ ปรับพฤติกรรมเป็นการประยุกต์หลักการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ส่วน มิคุลัส (Mikulas, 1978:2) ได้ให้ความหมายของการปรับพฤติกรรมไว้ว่า การปรับพฤติกรรม คือ การ ประยุกต์หลักการพฤติกรรมที่ได้จากการทดลองเพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรม ซึ่งก็คล้ายๆ กับความหมาย ที่ คาลิช (Kalish, 1981 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549: 3) ให้ไว้ว่าการปรับพฤติกรรม หมายถึง การนำเอาหลักพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม วอลป์ (Wolpe, 1969) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการใช้ผลที่ได้จากการทดลอง หลักการเรียนรู้ เพื่อ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่ไม่เหมาะสมให้เหมาะสมขึ้น โอเลรีและวิลสัน (O'leary & Wilson, 1987) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้และข้อค้นพบจากจิตวิทยาการ ทดลอง เพื่อใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์

สรุปได้ว่า การปรับพฤติกรรม หมายถึง การประยุกต์หลักการแห่งพฤติกรรม หรือหลักการ เรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรม โดยเน้นที่พฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้ หรือวัดได้เป็น สำคัญและในการศึกษาค้นคว้า วิจัยจากพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน คือ การรับรู้ความสามารถในการดูแล สุขภาพตนเอง(Self efficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self regulation) และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง (Self care)

2.1.2 หลักการแห่งพฤติกรรม

คาลิช (Kalish, 1981 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2526) ได้ให้ความหมายไว้ ว่า เป็นหลักการที่ครอบคลุมทั้งแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ การวางเงื่อนไข และแนวคิดทาง จิตวิทยาต่างๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์เข้ามาประยุกต์ใช้ได้ และแนวคิดของการใช้ หลักการแห่งพฤติกรรมมาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 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

2.1.3 ตัวอย่างเทคนิคการปรับพฤติกรรม

การปรับพฤติกรรมตามหลักพฤติกรรมศาสตร์ที่มีการประยุกต์ใช้แนวคิดที่หลากหลายเข้าด้วยกันมีนักวิชาการนำไปใช้ในการปรับพฤติกรรมหลายท่าน ยกตัวอย่างเช่น งานปรับพฤติกรรมของ จุฑารัตน์ กิตติเชมากร (จุฑารัตน์ กิตติเชมากร, 2550) ที่ได้ใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในกรณีวิเคราะห์รายบุคคล (Single case) จุดประสงค์เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการออกกำลังกายให้เพิ่มขึ้นจนสม่ำเสมอ โดยเริ่มจากพฤติกรรมที่จะศึกษา 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 สวนสาธารณะ จากนั้นก็จะ เริ่มการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม ใช้การสังเกตแบบเข้าไปมีส่วนร่วม (Participated observation) โดยการบันทึกแบบความถี่ (Frequency recording) การสังเกตและบันทึกพฤติกรรม เป็นการบันทึกจำนวนครั้งของการเกิดพฤติกรรมเป้าหมายในช่วงเวลาที่กำหนด ในกรณีศึกษานี้เป็นการสังเกตความถี่ (จำนวนครั้ง) ในการออกกำลังกาย ซึ่งกำหนดวันและเวลาในการออกกำลังกาย ในการเก็บข้อมูลโดยการบันทึกจำนวนครั้งของการออกกำลังกายโดยจะต้องเก็บอย่างต่อเนื่อง (Continuous assessment) โดยดูจากความสม่ำเสมอของพฤติกรรม ซึ่งเก็บเป็นฐานข้อมูลเบื้องต้น (Baseline) เพื่อดูแนวโน้มของพฤติกรรม ดูความสม่ำเสมอของการเกิดพฤติกรรม (Stability of performance) โดยข้อมูลในช่วงนี้ สามารถนำมาอธิบายการเกิดพฤติกรรม และสามารถนำข้อมูลมาทำนายการเกิดพฤติกรรมในอนาคต ซึ่งนำมาเขียนกราฟเพื่อให้เกิดความชัดเจนเมื่อเราพิจารณาข้อมูลแล้วพฤติกรรมการออกกำลังกาย (พฤติกรรมที่พึงประสงค์) มีแนวโน้มที่จะลดลงซึ่งจุดประสงค์ ในการปรับพฤติกรรมครั้งนี้เราต้องการเพิ่มพฤติกรรม



การออกกำลังกาย ให้เพิ่มขึ้นจนคงที่สม่ำเสมอจากนั้น จึงออกแบบโปรแกรมในการปรับพฤติกรรมเลือกเทคนิคในการปรับพฤติกรรม ที่จะนำมาใช้ให้เหมาะสมและควรคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลตามลักษณะของปัญหา เมื่อพิจารณาแล้วว่า ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ถูกสังเกตเหมาะกับการให้การเสริมแรงประเภทใด จึงจะสามารถมีอิทธิพลต่อการเพิ่มพฤติกรรมเป้าหมายได้ เนื่องจากผู้ถูกสังเกตและผู้สังเกตเป็นคนใกล้ชิดและสามารถอยู่ร่วมกันในช่วงเวลาที่กำหนด การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) หมายถึง การเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมเป้าหมายอันเป็นผลเนื่องมาจากการได้รับสิ่งเร้าบางอย่างหลังจากที่บุคคลแสดงพฤติกรรมเป้าหมายแล้ว และการเสริมแรงทางสังคม (Social reinforcement) หมายถึง การแสดงออกโดยใช้คำพูดหรือท่าทางกับบุคคลหลังจากที่บุคคลแสดงพฤติกรรมแล้วอันมีผลทำให้บุคคลนั้น แสดงพฤติกรรมเป้าหมายเพิ่มขึ้นหรือทำให้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ ก่อนที่จะเสนอเงื่อนไข ผู้สังเกตก็พยายามให้ข้อมูลและกล่าวเสนอชี้แนะ ในเรื่องของการออกกำลังกาย ว่ามีประโยชน์ เพื่อสุขภาพกายและจิตใจ และในเรื่องของเวลาในการออกกำลังกายนั้น สามารถทำได้หลังเลิกงาน และวันที่ไม่มีเรียน เมื่อผู้สังเกตเลือกเทคนิคโดยใช้การเสริมแรงทางสังคม นั่นก็คือ ผู้สังเกตเสนอเงื่อนไขว่า จะไปร่วมทำกิจกรรม คือ การออกกำลังกายกับผู้ถูกสังเกต และเขาก็ยินดีและเขาก็เริ่มสนใจกับเงื่อนไขนี้ หลังจากนั้น เราจะเริ่มดำเนินการตามโปรแกรม เราจะไปออกกำลังกายตามโปรแกรมที่เราวางแผนเอาไว้ข้างต้น เพราะพอถึงวันและเวลาที่กำหนดเราก็รู้ว่าวันนี้จะต้องไปว่ายน้ำ หรือไม่ว่ายวันไหนอากาศไม่เอื้ออำนวย เช่น เรื่องของอากาศหนาว เป็นต้น เราก็จะออกกำลังกายโดยการวิ่งรอบ ๆ หมู่บ้าน ซึ่งหลังจากออกกำลังกายทุกๆ ครั้ง คือ หลังจากอาบน้ำแต่งตัวเสร็จ ควรพูดคุยกับผู้รับการปรับพฤติกรรมในเรื่องที่เกี่ยวกับการออกกำลังกาย บางทีให้คำชมที่เขาสามารถทำกิจกรรมที่เราด้วยกันกำหนดขึ้นมาได้อย่างมีความสุข ซึ่งระหว่างการพูดคุย หรือมีคำชมต่าง ๆ กับความรู้สึกยินดี กับกิจกรรมที่เราทำ ซึ่งในแต่ละครั้งของการออกกำลังกาย ผู้ถูกสังเกตเองก็มีความกระตือรือร้นขึ้นและขอให้มาออกกำลังกายเป็นเพื่อนอีกในครั้งต่อไป ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เขาเองก็เต็มใจและอยากจะทำกิจกรรมนั้นจริง ๆ คำชมทุกๆ ครั้งหลังจากออกกำลังกายทันที นั่นก็คือ ตัวเสริมแรงทางสังคม (Social reinforcers) ในกรณีนี้ผู้สังเกตไปเป็นเพื่อนไปออกกำลังกายและให้คำชื่นชม (เช่น คุณสดชื่นดี แจ่มใส คล่องตัวขึ้นนะ ออกกำลังกายทำให้รู้สึกสดชื่นคุณนะ) การยิ้ม แสดงท่าทางที่ภูมิใจ แสดงความรู้สึกดีกับการที่เขาออกกำลังกาย ฯลฯ ซึ่งการออกกำลังกายตามโปรแกรมเพื่อสุขภาพนี้ มีอุปสรรคอยู่ที่สภาพอากาศ และเวลาที่จำกัด

สรุปได้ว่า หลักการปรับพฤติกรรมตามแนวทางพฤติกรรมศาสตร์เป็นวิธีการปรับพฤติกรรมที่มาจากพื้นฐานทางความเชื่อที่ว่า การอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยหรือสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง แต่การอธิบายจะต้องนำแนวคิดที่หลากหลายมาบูรณาการกันเพื่อทำให้



การอธิบายพฤติกรรมมีความสมบูรณ์มากที่สุด ในการปรับพฤติกรรมของบุคคลก็เช่นเดียวกัน ไม่สามารถที่จะนำวิธีการใด หลักการ อย่างใดอย่างหนึ่งมาใช้ได้จะต้องมีการบูรณาแนวคิด วิธีการ ให้เหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มที่จะทำการปรับพฤติกรรม ตลอดจนทำความเข้าใจเกี่ยวกับบริบทรอบข้างของกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้เข้าใจก่อนเริ่มดำเนินการปรับพฤติกรรม

2.2 ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change theory)

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change theory) เริ่มต้น โพรชากาและ ดิกลิเมนเท่ (Prochaska & DiClemente, 1983) ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการศึกษาผู้ป่วยติดบุหรี่ และได้มีการประยุกต์ทฤษฎีดังกล่าวเพื่อให้คำปรึกษาแนะแนวเพื่อการเลิกบุหรี่ ซึ่งได้ผลสำเร็จเป็นอย่างดี ต่อมานักวิจัยจึงได้นำทฤษฎี Stage of Change ไปประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมที่มีปัญหาอื่นๆ เช่น การติดแอลกอฮอล์ เป็นต้น หรือแม้แต่การส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การฝึกสติ การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ เป็นต้น (Horneffer-Ginter, 2008: 352)

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

1. ขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation) เป็นขั้นที่บุคคลยังไม่ตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ไม่รับรู้ไม่ใส่ใจต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตน อาจเป็นเพราะไม่ได้รับรู้ข้อมูลถึงผลกระทบของพฤติกรรมนั้น เช่น คนส่วนใหญ่ไม่คอยรู้ข้อมูลความสัมพันธ์ของการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและสุขภาพ หรือบางคนไม่รู้เรื่องความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ เป็นต้น เมื่อคนเราไม่รู้ข้อมูลหรือขาดข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับปัญหาของพฤติกรรมก็จะไม่เอาใจใส่หรือสนใจต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น อาจจะมีคำถามว่า“...ก็ฉันชอบสูบบุหรี่...ทำไมต้องเลิกสูบด้วยล่ะ” หรืออาจเป็นเพราะเบื่อกับที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองและคิดว่าไม่สามารถเปลี่ยนได้ บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้มักจะหลีกเลี่ยงที่จะอ่าน พุดคุยหรือคิดเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง ทฤษฎีการปรับพฤติกรรมอื่นมักจะมองการแสดงออกในลักษณะนี้ว่าเป็นการต่อต้านหรือขาดแรงจูงใจหรือไม่มีความพร้อม สำหรับ Stage of change แล้วถือว่าเป็นโอกาสที่ผู้ช่วยเหลือจะหาวิธีการต่างๆ มาใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล ในขั้นนี้บุคคลจำเป็นต้องได้รับข้อมูลสะท้อนกลับ ได้รับความรู้ความเข้าใจโดยเน้นสิ่งที่น่าเชื่อถือจริง เป็นเหตุเป็นผล เป็นกลาง ไม่ชี้นำหรือขู่ให้กลัว

2. ขั้นลังเลใจ (Contemplation) เป็นขั้นที่บุคคลมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะเวลาอันใกล้ นี้มีความตระหนักถึงข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ก็ยังกังวลกับข้อเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยเช่นกัน การชั่งน้ำหนักระหว่างการลงทุนกับกำไรที่จะได้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาจทำให้เกิดความลังเลใจอย่างมากจนทำให้บุคคลต้องติดอยู่ใน



ขั้นนี้เป็นเวลานาน เหมือนกับการผัดวันประกันพรุ่ง (Behavioral procrastination) จึงยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงในทันที ในขั้นนี้ควรมีการพูดคุยถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมเก่าและใหม่ เปิดโอกาสให้ได้ชั่งน้ำหนัก และอาจมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องได้ด้วย

3. ขั้นตัดสินใจและเตรียมตัว (Preparation) เป็นขั้นที่บุคคลตั้งใจว่าจะลงมือปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเร็วๆ นี้ (ภายใน 1 เดือน) เมื่อตัดสินใจแล้วว่าจะเปลี่ยนพฤติกรรมใดของตน อย่างเช่น เลิกบุหรี่ ลดน้ำหนัก หรือออกกำลังกาย บางคนอาจวางแผนว่าจะต้องทำอะไรบ้าง เช่น เข้าร่วมฟังการบรรยายเรื่องสุขภาพ ขอคำปรึกษา พูดคุยกับแพทย์ ค้นคว้าข้อมูลหรือซื้อหนังสือเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมตนเองมาอ่าน กำหนดวันที่จะเริ่มเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้ควรได้มีทางเลือกในการเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้เขาตัดสินใจเลือกเอง และส่งเสริมศักยภาพในการกระทำของเขา

4. ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นขั้นที่บุคคลลงมือปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 4 - 6 เดือน โดยสังเกตจากการกระทำที่ปรากฏให้เห็น สำหรับ Stage of change แล้ว การลงมือปฏิบัติ เป็นเพียง 1 ใน 6 ของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเท่านั้น ฉะนั้นพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปอาจไม่นับว่าเป็นขั้นลงมือปฏิบัติ (action) ได้ทั้งหมด เพราะพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะต้องบรรลุตามข้อกำหนดที่ผู้เชี่ยวชาญหรือเจ้าหน้าที่วิชาชีพเห็นด้วยว่าเพียงพอที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงได้

5. ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) เป็นขั้นที่บุคคลกระทำพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่องเกินกว่า 6 เดือน โดยที่ยังคงทำกิจกรรมที่เป็นการป้องกันการกลับไปเสพยาของตนต่อไป แม้จะไม่เข้มข้นเท่ากับในขั้นลงมือปฏิบัติก็ตาม ในขั้นนี้ตัวกระตุ้นเร้าต่างๆ จะลดอิทธิพลลงและมีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถเปลี่ยนแปลงได้ต่อไปเพิ่มขึ้น ระยะนี้ถือว่าการสร้างความมั่นคงของพฤติกรรมจนกลายเป็นนิสัยใหม่ โดยที่บุคคลจะต้องทำพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์นี้ได้อย่างสม่ำเสมอ เหมือนกับว่ามันเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันโดยไม่จำเป็นต้องเตรียมตัวไว้ล่วงหน้าอีกแล้ว บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้ควรมีการป้องกันการกลับไปเสพยา โดยการดำเนินชีวิตที่สมดุลอย่างมีคุณค่า มีการจัดการกับชีวิตประจำวันได้ดี บริหารเวลาอย่างเหมาะสม ดูแลสุขภาพตนเอง และอื่นๆ อาจมีคำถามว่า “..นานเท่าไรสิ่งที่กระทำจะกลายเป็นนิสัยใหม่ได้..” ทั้งนี้ขึ้นกับการกระทำนั้นเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอะไร ถ้าหากพฤติกรรมใหม่เป็นการใช้ประตูเปิด-ปิดอัตโนมัติ ก็น่าที่จะกลายเป็นนิสัยใหม่ได้ใน 2 - 3 วัน ถ้าพฤติกรรมใหม่นั้นเป็นการใช้ไหมขัดฟันทุกวันก็อาจต้องใช้ใช้เวลา 6-8 สัปดาห์ที่จะทำให้กลายเป็นนิสัยได้ และถ้าหากพฤติกรรมใหม่คือการเอาชนะภาวะเสพติดให้ได้ เช่นการเลิกสูบบุหรี่ ก็ต้องใช้เวลาเป็นปีๆ กว่าที่จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาด

6. การกลับไปมีปัญหซ้ำ (Relapse) คือการที่บุคคลนั้นถอยกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิมก่อนที่จะเปลี่ยนแปลงอีก โดยที่บุคคลจะนำพาตนเองไปสู่สถานการณ์เสี่ยง การปล่อยให้ตนเองมี



ภาวะอารมณ์จิตใจที่ประสาบง ไม่สามารถจัดการกับความอยากได้ ประมาทเลินเล่อ จนพลังพลาด กลับไปมีพฤติกรรมเดิมบั้งหรือกลับไประบปัญหาซ้ำหรือเสพซ้ำอย่างเต็มตัว หากบุคคลมีการกลับไประบซ้ำควรจะต้องดึงเขากลับเข้าสู่เส้นทางการเปลี่ยนพฤติกรรมให้เร็วที่สุด มีการให้กำลังใจ ให้การเสริมแรง มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา มีการสรุปบทเรียนเพื่อไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำอีก

2.2.1 งานวิจัยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ในประเทศไทย มีงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่มากนัก ตัวอย่างงานวิจัย เช่น พิศมัย จารุชาลิต (2538) ศึกษาประสิทธิผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกัน โรคเอดส์ของหญิงมีครรภ์ซึ่งประยุกต์มาจากทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยจัดกิจกรรมสุขศึกษาอย่างเป็นระบบให้ สอดคล้องกับกระบวนการความคิดของบุคคลนั้นๆ กลุ่มตัวอย่าง คือหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 124 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 62 คน กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 62 คน ได้จัดกิจกรรมตามโปรแกรม ที่กำหนดไว้ในกลุ่มทดลองเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ และการป้องกันโรคเอดส์ ทักษะคิดต่อการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคเอดส์และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การจัดโปรแกรมทางสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการนำแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาใช้ จำแนกกลุ่มเป้าหมาย และกำหนดกิจกรรมสุขศึกษามีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในทางที่ดีขึ้น

สำหรับในต่างประเทศ มีงานวิจัยทางด้านสุขภาพหลายเรื่องที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งในภาพรวมพบว่าทฤษฎีนี้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลายประเภท เช่น พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ พฤติกรรมการเลิกเสพโคเคอิน พฤติกรรมการลดน้ำหนัก พฤติกรรมการลดอาหารไขมัน พฤติกรรมทางเพศที่ถูกต้อง พฤติกรรมการใช้เข็มกันแดด พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการตรวจเต้านม พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา และพฤติกรรมการพบแพทย์ เป็นต้น โดยมีการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่หลากหลาย ซึ่งผลการศึกษาร่วมใหญ่พบว่าสนับสนุนประสิทธิผลของทฤษฎีดังกล่าว (Lenio, 2552; Zimmermam, Olsen, & Bosworth, 2000; Basta, reece, & Wilson, 2008; Woody, DeCristofaro, & Carlton, 2008) ตัวอย่างงานวิจัยเช่น การศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิผลของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ติดยาที่ใช้อยาฉีด (Intravenous drug users: IDU's) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงของการแพร่เชื้อเอชไอวี (Lenio, 2552) ผลการศึกษพบว่า ทฤษฎีนี้มีประโยชน์ต่อบุคลากรทางแพทย์ที่ทำงานกับผู้ติดยาที่ใช้อยาฉีดในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้วิจัยได้เสนอแนะว่าการแยกผู้ติดยาที่ใช้อยาฉีดซึ่งบุคลากรทางแพทย์ต้องทำงานด้วยออกเป็นระดับขั้นตามทฤษฎี ทำให้พยาบาลมีความเข้าใจแรงจูงใจของพวกเขามากขึ้น รวมทั้งสามารถใช้ระดับขั้นในการประเมินว่ากระบวนการทางสังคมและสิ่งแวดล้อมใดบ้างที่มีผลกระทบต่อพวกเขา ณ เวลานั้น ตัวอย่างเช่น ถ้า



พบว่าผู้ป่วยที่ติดยาเพื่อการรักษาด้วยยาและไม่มีความตั้งใจหรือความพยายามที่จะเลิกใช้ยา (ขึ้นไม่สนใจปัญหา) พยาบาลก็จะไม่ให้การรักษาด้วยยา แต่จะมุ่งเน้นไปที่พฤติกรรมอื่นแทน

3. ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

3.1 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)

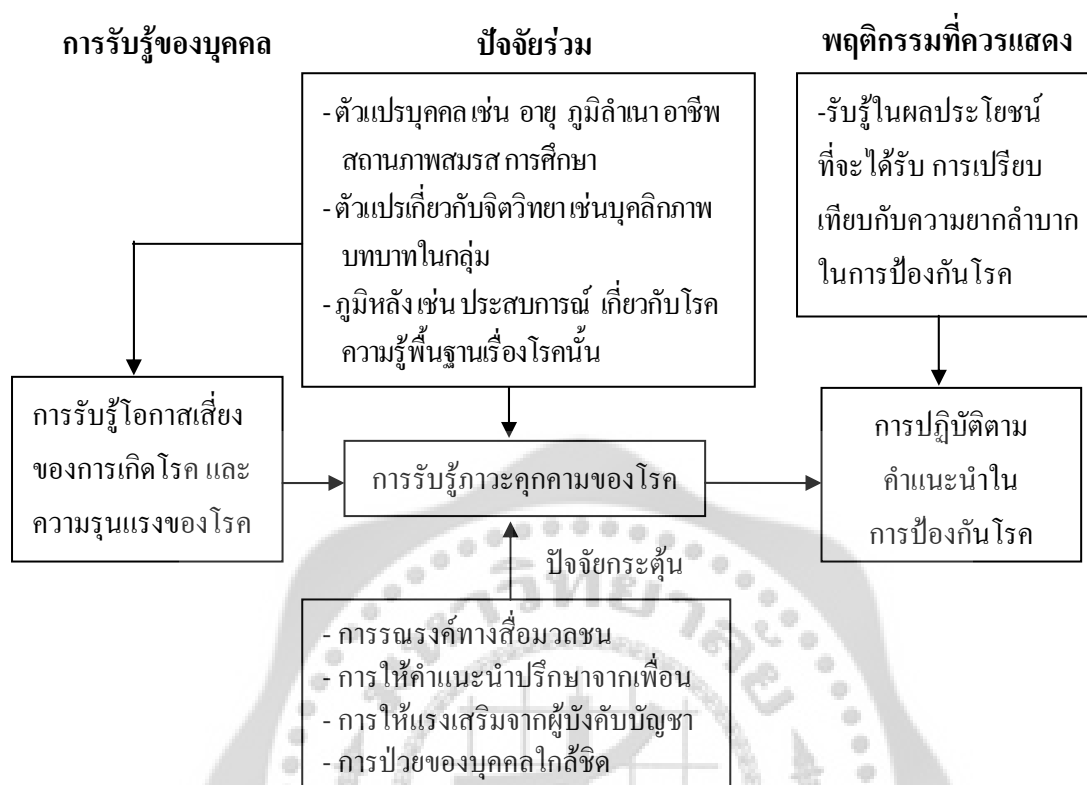
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคได้มีการศึกษาและงานวิจัยเป็นจำนวนมากทั้งนักสังคมวิทยาและนักจิตวิทยาสังคม ในรูปแบบการศึกษาเรื่องปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม ทศนคติ การรับรู้บุคคล ความสัมพันธ์ของการตอบสนองของบุคคลกับปัจจัยด้านอื่นๆ โดยมีกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมที่ทำงานในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย มีความสนใจว่าทำไมบุคคลจึงหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค เช่น การรับรู้ภูมิคุ้มกันโรค หรือการตรวจสุขภาพและศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีจุดมุ่งหมายของสังคม (Lewinian theory of goal setting) ซึ่งเป็นทฤษฎีสนามพลังงานของเลวิน ซึ่งตั้งสมมุติฐานไว้ว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมตามอิทธิพล 2 ปัจจัย คือ 1) การคำนึงถึงคุณค่าของสิ่งที่เป็นเป้าหมายเฉพาะ 2) การคาดคะเนเกี่ยวกับการปฏิบัติที่จะดำเนินไปสู่เป้าหมายนั้นๆ นั่นคือบุคคลจะแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพ ตราบเท่าที่การปฏิบัตินั้นๆ มีค่าบวกและมีค่ามากกว่า ความยากลำบากในการปฏิบัติ โดยบุคคลจะต้องรู้สึกรว่าโรคคุกคามตนคือตนสามารถป่วยเป็นโรคนั้นได้ หรือโรคนี้มีความรุนแรงและตนเองมีพลังต่อต้านโรคได้ กล่าวได้ว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเมื่อมีองค์ประกอบดังนี้ (Becker; & Maiman, 1975: 3-24)

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take action) เป็นความพร้อมด้านจิตใจของบุคคลที่จะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยการตัดสินใจจากการรับรู้สถานะคุกคามของโรค ซึ่งก็ขึ้นกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค

2. การคาดคะเนของบุคคลต่อการมีพฤติกรรม ถึงความสะดวกและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และผลที่จะได้รับเพื่อลดความรุนแรงของโรค ซึ่งก็คือ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติและการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน ซึ่งบุคคลพิจารณาได้โดยตรงจากหลายปัจจัย

3. ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติ อาจเป็นปัจจัยกระตุ้นจากภายนอก เช่น อาการเจ็บป่วยต่างๆ หรือเป็นปัจจัยด้านการรับรู้ เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

กล่าวคือความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วยการรับรู้ถึงความพร้อม และความเป็นไปได้ในการมีพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ร่วมกับปัจจัยร่วมภายในและปัจจัยชกนจากภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติ ดังภาพประกอบ 11



ภาพประกอบ 11 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค
(Becker, M.H.; & Maiman, L., 1975:12)

3.2 แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน – นอกตนด้านสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ มีวิวัฒนาการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) สร้างขึ้นโดยนักจิตวิทยาชาวอเมริกาชื่อ รอตเตอร์ (Rotter, 1966: 1-25 อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และสวิง สุวรรณ, 2532) โดยกล่าวว่า พฤติกรรมของมนุษย์เกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และอธิบายถึงความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน ว่าเกิดขึ้นเป็นขั้นตอน ตามการคาดหวังจากพฤติกรรมที่กระทำ โดยเขาได้กล่าวไว้ 2 ลักษณะคือ บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน หมายความว่า บุคคลนั้นเชื่อหรือรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนว่าเป็นผลมาจากการกระทำหรือจากความสามารถของตน ส่วนบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน หมายความว่า บุคคลนั้นเชื่อหรือรับรู้เหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลภายนอกตนที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น โชคเคราะห์ ความบังเอิญ หรืออิทธิพลของผู้อื่นบันดาลให้เป็นไป ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยหรือด้านสุขภาพ เป็นอีกมโนทัศน์หนึ่งที่สามารถอธิบายพฤติกรรมร่วมมือของบุคคลในการมีพฤติกรรมแสวงหาความรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรค บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน มักเชื่อว่า การมีสุขภาพดีเป็นผลมา



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

จากงานเอกสารและวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนำเสนอข้างต้นเห็นว่าความเชื่ออำนาจภายใน - นอกตนด้านสุขภาพเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะพฤติกรรมทางด้านการป้องกันโรคเป็นอย่างมาก แนวคิดนี้นับได้ว่ามีประโยชน์ต่อการปรับพฤติกรรมกลุ่มเป็นอย่างยิ่ง ในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในครั้งนี้ทางสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ได้ถ่ายทอดองค์ความรู้ไปยังกลุ่มผู้จัดกิจกรรมทั้ง 30 โครงการ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้เข้าร่วมโครงการและเป็นการสนับสนุนให้การดำเนินโครงการประสบความสำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้

3.3 การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

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

เฮาส์ (House, 1981) ได้แบ่งการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

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

3.3.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคม

สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น ได้แก่ เครือข่ายทางสังคม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ลักษณะเป็นองค์กร และเป็นเครือข่ายเฉพาะบุคคล โดยลักษณะเป็นองค์กร ได้แก่ กลุ่มคนทำงาน หรือกลุ่มให้บริการ เป็นเครือข่ายที่ประกอบด้วยกลุ่มบุคคลมารวมกัน มีเป้าหมายเดียวกัน มีภารกิจเกี่ยวข้องกัน ส่วนเครือข่ายส่วนบุคคล เป็นความสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อผู้อื่น เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือชุมชน เป็นต้น โดยสมจิต หนูเจริญกุลและคณะ (2543) ได้



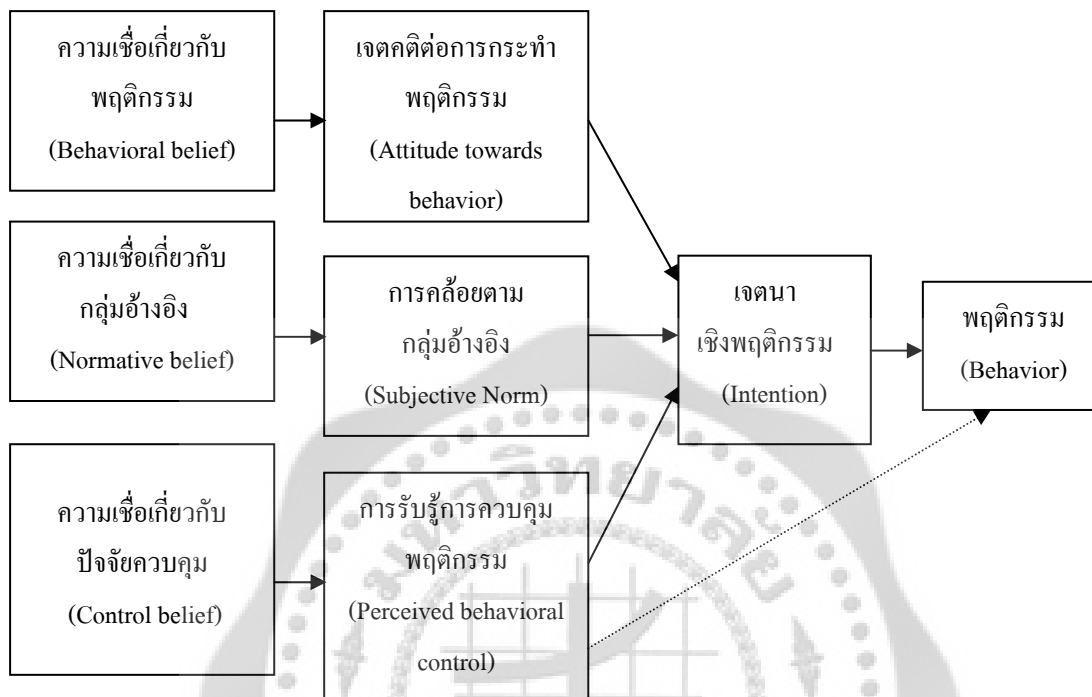
กล่าวถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5 แหล่งคือ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้อง แหล่งจากกลุ่มเพื่อน แหล่งสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ แหล่งให้การดูแลจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ และจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ โดย บราวน์ และแมค เอลรีน (Brown, 1986: 4-9; Mac Elveen, 1987: 319-337 อ้างใน บังอร ฉางทรัพย์, 2549) มีความเห็นสอดคล้องกันว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญรองลงมา ได้แก่ กลุ่มญาติพี่น้องและเพื่อน อย่างไรก็ตามความต้องการของบุคคลในการส่งเสริมสุขภาพ เพนเดอร์ (Pender, 1987: 396) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ประการ ประการแรกได้แก่ ด้านสนับสนุน (Support) หมายถึงการกระทำ หรือพฤติกรรมที่ช่วยให้ผู้รับการสนับสนุนบรรลุวัตถุประสงค์ และสามารถตอบสนองความต้องการต่างๆ เช่น สิ่งของ กำลังใจ ความรักความอบอุ่น ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ประการที่สองด้านการแนะนำ (Advice) เป็นการให้ข้อมูล ซึ่งทำให้ผู้รับนำกลับมาพิจารณาว่าตนจะอย่างไร จึงจะบรรลุตามจุดหมาย (บังอร ฉางทรัพย์, 2549)

3.4 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) เป็นทฤษฎีส่วนขยายของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของไอเซน และฟิชไบน์ (Ajzen and Fishbein, 1980) เนื่องจากข้อจำกัดของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลที่ว่า พฤติกรรมทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การควบคุมของเจตนาเชิงพฤติกรรมอย่างสมบูรณ์ (Complete volitional control) เจตนาเชิงพฤติกรรมถูกสมมติว่าเป็นปัจจัยด้านแรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ดังนั้น เจตนาเชิงพฤติกรรมจึงเป็นตัวทำนายว่าพฤติกรรมจะเกิดขึ้นหรือไม่ กล่าวคือ ถ้าบุคคลยังมีความตั้งใจมากเพียงใด ก็จะยังมีความพยายามในการกระทำมากขึ้นเพียงนั้น แต่ในความเป็นจริงแล้ว มีพฤติกรรมหลายอย่างที่ไม่ได้อยู่ภายใต้การควบคุมของเจตนาอย่างสมบูรณ์ (Incomplete volitional control) เพราะการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ต้องอาศัยปัจจัยอื่นที่มีไขปัจจัยด้านแรงจูงใจร่วมอยู่ด้วย เช่น ทรัพยากร และโอกาส (ได้แก่ เวลา เงิน ทักษะ ความร่วมมือจากผู้อื่น) ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนจึงได้เพิ่มตัวแปรการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ซึ่งเป็นตัวกำหนดทั้งเจตนาที่จะกระทำพฤติกรรมและการกระทำพฤติกรรมนั้น นอกจากนี้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนยังกล่าวว่า การกระทำพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากความเชื่อ 3 ประการ ได้แก่ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมโดยผ่านเจตคติต่อพฤติกรรม 2) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง ส่งผลต่อพฤติกรรมโดยผ่านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และ 3) ความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยควบคุม ส่งผลต่อพฤติกรรมโดยผ่านการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ดังนั้น ตามทฤษฎีนี้ความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมจะขึ้นอยู่กับ เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมโดยผ่านเจตนาเชิงพฤติกรรม และขึ้นอยู่กับเจตนาเชิงพฤติกรรมและการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรม ทำให้เกิดการแสดง



พฤติกรรมต่างๆ (Ajzen, 1991: 181 – 183; Ajzen, 2002: 1) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนแสดง ดังภาพประกอบ 12



ภาพประกอบ 12 โครงสร้างของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 2002: 1)

3.4.1 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับพฤติกรรมสุขภาพ

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายว่าสามารถทำนายและอธิบายพฤติกรรมสุขภาพได้ดี ตัวอย่างเช่น โกดินและคอก (Courneya et al, 2000: 301 cited Godin and Kok, 1996) ได้สรุปงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการทำนายพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลัง จำนวน 18 เรื่อง พบว่าเจตนา และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังได้ร้อยละ 36 นอกจากนี้เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของเจตนาในการกระทำพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังได้ร้อยละ 42 แฮกเกอร์และคณะ (Hagger et al, 2002: 3-32) ได้สังเคราะห์งานวิจัยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการศึกษาพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังทั้งในเด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่ จำนวน 72 เรื่อง ซึ่งพบผลการศึกษาในทำนองเดียวกัน สำหรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนสามารถอธิบายความแปรปรวนของเจตนาในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ร้อยละ 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

4.1 การประเมินโครงการตามรูปแบบ CIPP Model

สตัฟเฟิลบีมและชินคฟิลด์ (Stufflebeam & 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 มีขึ้นเพื่อให้ผู้บริการรับรู้ข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินและปรับปรุงโครงการ และทำให้การใช้ทรัพยากร เวลา และเทคโนโลยี ตอบสนองต่อความต้องการ ได้รับผลประโยชน์ด้วยความเหมาะสมและเที่ยงธรรม ด้วยรูปแบบของ CIPP เอื้อต่อการปรับปรุงโครงการและเป็นหลักการที่เป็นประชาธิปไตย ดังนั้นผู้ประเมินและผู้รับบริการสามารถที่จะ ดำเนินการดังนี้

1. มีความเข้าใจและได้รับผลประโยชน์อย่างถูกต้องและเหมาะสม
2. มีความชัดเจนในความต้องการในการบริการ หรือปรับปรุงโครงการ
3. ได้รับข้อมูลการใช้โครงการที่ออกแบบ เพื่อสนองความต้องการหรือจากการบริการอื่นๆ
4. การประเมินช่วยแนะแนวทางในการบรรลุเป้าหมายของโครงการ
5. การประเมินข้อดี คุณค่า ความสำคัญ และความตรงจุดของบริการต่าง ๆ

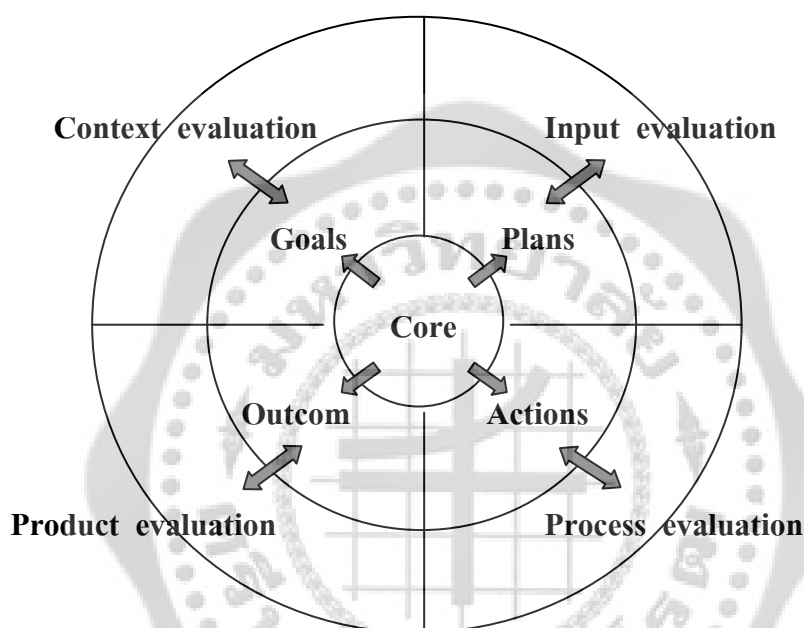
องค์ประกอบหลักของการประเมินแบบ CIPP คือ “คุณค่า” ซึ่งถูกกำหนดจากกลุ่มคนหรือสังคมนั้นๆระบบนี้จะทำให้ผู้ประเมินและผู้รับบริการสามารถบ่งชี้และเข้าใจคุณค่าที่ใช้เป็นรากฐานสำคัญของการประเมินในเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้ ดังนั้นการประเมินทั้ง 4 ประเภท จะมีคุณค่า เป็นแกนกลาง ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินกับโครงการได้ดังนี้

1. การกำหนดเป้าหมาย เป็นตัวตั้งคำถามของการประเมินทางบริบท การประเมินทางบริบท ก็จะเป็นตัวจัดหาข้อมูลเพื่อพิสูจน์และปรับปรุงเป้าหมายที่กำหนด
2. การปรับปรุงแผนดำเนินการ เป็นตัวตั้งคำถามของการประเมินข้อมูลป้อนเข้า การประเมินข้อมูลป้อนเข้าก็จะเป็นสิ่งที่ใช้ตัดสินใจแผนดำเนินการและทิศทาง เพื่อแผนดำเนินการมีประสิทธิภาพมากขึ้น



3.การปฏิบัติการตามโครงการ เป็นตัวตั้งคำถามของการประเมินกระบวนการ การประเมินกระบวนการก็จะเป็นสิ่งตัดสินกิจกรรมต่าง ๆ และให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อปรับปรุง การปฏิบัติของบุคลากร

4.ผลลัพธ์ / ผลผลิต จากการปฏิบัติ เช่น การประสบความสำเร็จ เป็นตัวกำหนดถึงการประเมินผลลัพธ์ / ผลผลิต การประเมินทางผลลัพธ์ / ผลผลิต ก็จะเป็นเครื่องตัดสินผลลัพธ์จากการปฏิบัติการเพื่อจะพัฒนาไปสู่ความก้าวหน้าต่อไป



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

4.1.2 องค์ประกอบของรูปแบบการประเมินแบบ CIPP

ดังที่กล่าวข้างต้นว่า รูปแบบการประเมินผลแบบ CIPP ประกอบด้วยการประเมิน 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

2. การประเมินข้อมูลป้อนเข้า (Input evaluation: I) เป็นการตรวจสอบความพร้อม ความเหมาะสม และความพอเพียงของปัจจัยต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์ทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดกับทรัพยากรที่มีอยู่ และเป็นทางเลือกที่มีโอกาสทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการได้มากที่สุด ข้อมูลที่ได้นำไปประกอบการตัดสินใจว่าจะใช้ทรัพยากรให้ตรงกับเป้าหมายของโครงการฝึกอบรม ได้ดีที่สุดอย่างไร ซึ่งการประเมินข้อมูลป้อนเข้ามีจุดประสงค์เพื่อกำหนดและประเมินศักยภาพของระบบ แผนการของโครงการ การวางรูปแบบขั้นตอนกระบวนการ เพื่อดำเนินการให้เป็นไปตาม กลยุทธ์ งบประมาณ และตารางเวลาที่กำหนดไว้ สำหรับวิธีการประเมินข้อมูลป้อนเข้า คือ การจัดทำรายการ และวิเคราะห์ทรัพยากรบุคคล และสิ่งของ แผนการแก้ไขปัญหา และการจัดรูปแบบ กระบวนการ ตามหลักความสัมพันธ์ การปฏิบัติใช้จริง ทวน และเศรษฐศาสตร์ ซึ่งการประเมินข้อมูลป้อนเข้าจะนำมาใช้เพื่อเลือกแหล่งสนับสนุน กลยุทธ์การแก้ไขปัญหา และการจัดรูปแบบ กระบวนการ กล่าวคือ เพื่อจัดโครงสร้างการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินการ จัดสรรงบประมาณ และเวลาของการทำกิจกรรมในโครงการ และเป็นพื้นฐานให้กับการตัดสินใจเรื่องการบรรลุเป้าหมาย

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 ซึ่งการประเมินกระบวนการจะช่วยทำให้บรรลุเป้าหมายและเกิดการเปลี่ยนแปลงการจัดรูปแบบและกระบวนการของโครงการ โดยส่งผลต่อการควบคุมและเก็บบันทึกข้อมูลของขั้นตอนการดำเนินการจริง และนำมาใช้ตีความเป็นผลสรุปต่อไป

4. การประเมินผลผลิต (Product evaluation: P) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการ หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้ รวมทั้งพิจารณาในประเด็นของการ ขยาย เลิก ขยาย หรือปรับเปลี่ยนโครงการ แต่การประเมินผลแบบนี้มิได้ให้ความสนใจต่อเรื่อง ผลกระทบ (Impact) และผลลัพธ์ (Outcomes) ของนโยบาย / แผน / โครงการเท่าที่ควร การประเมิน



ลักษณะนี้เป็นการประเมินผลที่เกิดขึ้นโดยเทียบกับวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่กำหนด เป็นการวัดและแปลความหมายเกี่ยวกับการบรรลุถึงวัตถุประสงค์ ดังนั้นการประเมินผลผลิตจึงมีจุดประสงค์เพื่อรวบรวมคำอธิบายและคำตัดสินของผลงานที่ออกมา และเชื่อมโยงผลนั้นเข้ากับ จุดประสงค์ เนื้อหา ปัจจัยป้อน และกระบวนการ และเพื่อตีความข้อดี คุณค่า ความสำคัญของแผนการประเมิน สำหรับการประเมินผลผลิต ทำให้ได้รวบรวมความคิดเห็นจากผู้ให้การสนับสนุนและวัดผลงานทั้งทางด้านคุณภาพและปริมาณ ซึ่งการประเมินนี้จะถูกใช้เป็นปัจจัยในการดำเนินการต่อ ยกเลิก หรือปรับปรุงโครงการ และแสดงถึงผลกระทบทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ เปรียบเทียบกับแผนที่วางไว้ด้วย

ด้วยรูปแบบการประเมินแบบ CIPP (CIPP Model) เน้นการประเมินเชิงระบบเพื่อให้ได้ข้อสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจ ซึ่งสามารถสรุปและแบ่งประเภทของการตัดสินใจออกเป็น 4 ประเภท ดังภาพประกอบ 13 (Stufflebleam & Others, 1971: 62)

สารสนเทศ			
สูง	ตัดสินใจเพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขเพียงบางสิ่ง (Homeostasis) แต่ยังรักษาสภาพเดิมๆ ไว้ได้ เพียงแต่เปลี่ยนเพื่อยกระดับคุณภาพ	ตัดสินใจเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างสิ้นเชิง (Metamorphosis) ต้องได้รับข้อมูลมากพอที่จะมั่นใจเปลี่ยนโครงสร้างทั้งระบบ แต่เกิดขึ้นค่อนข้างยาก	
	ตัดสินใจเพื่อปรับปรุงและพัฒนา (Incrementalism) มุ่งหวังให้เกิดการพัฒนาแต่มีข้อมูลน้อย อาจอาศัยข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญเพิ่มเติมประกอบการตัดสินใจ	ตัดสินใจเพื่อดูแลและโอกาสของการเปลี่ยนแปลง (Neomobolism) โดยอาศัยแนวคิดใหม่มาทดลองใช้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างสูง	
ต่ำ	น้อย		มาก

ภาพประกอบ 14 สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ ตามการประเมินแบบ CIPP

5) การประเมินโครงการแบบ 360 องศา และ Logic Model

กระบวนการประเมินผลงานแบบ 360 องศา แบ่งได้เป็น 5 ขั้นตอน (ดนัย เทียนพุฒ, 2547)

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



สำหรับประเทศไทยนั้น ผลการศึกษาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการประเมินให้ผลสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่ว่า องค์การไทยที่มีการประยุกต์ใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา ต่างเห็นว่า ควรนำระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา มาใช้เพื่อวัตถุประสงค์การพัฒนามากกว่าใช้เพื่อการตัดสินใจเชิงบุคลากร (มนูญ ศิวรมย์, 2542; ศตพัฒน์ ทิพย์สมบูรณ์, 2549; สำนักงาน ก.พ., 2550) อย่างไรก็ตาม ยังมีนักวิชาการบางท่าน ที่เห็นแย้งว่า การประยุกต์ใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา จะบังเกิดประโยชน์สูงสุดก็ต่อเมื่อนำมาใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงานและการบริหารการสืบทอดตำแหน่งขององค์การ (Fleenor & Brutus, 2001; Lepsinger & Lucia, 2001) ด้าน Cynthia McCauley กลับเห็นว่า ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา สามารถให้ได้ทั้ง 2 เป้าหมาย ควบคู่กัน ผู้บริหารยังเห็นประโยชน์ การมีวัฒนธรรมองค์การที่สนับสนุน และที่สำคัญ การประเมินนั้นมีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ (Bracken, Dalton, Jako, McCauley, & Pollman, 1997)

5.1 กลุ่มเป้าหมายในการใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา

โรเจอร์ และคณะ (Rogers, Rogers, & Metlay 2002) กล่าวว่าแต่เดิมแล้ว ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา ถูกนำไปใช้กับกลุ่มผู้บริหารที่มีศักยภาพสูง (High potential executives) ขององค์การ สอดคล้องกับความเห็นของ (Goldsmith & Underhill, 2001) ที่เห็นว่า เป้าหมายของระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา ถูกนำไปใช้เพื่อการพัฒนาภาวะผู้นำของนักบริหารขององค์การ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ (Brutus & Derayeh, 2002) ที่พบว่า องค์การในประเทศแคนาดานั้นร้อยละ 61 ได้ประยุกต์ใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา กับตำแหน่งระดับบริหาร เป็นสำคัญเป้าหมายของการประยุกต์ใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา ยังอาจรวมถึง การมุ่งพัฒนาสมาชิกในทีมงาน (Hallam, 2001: 289-300) บ้างยังหวังผลให้บังเกิดในระดับมหภาค คือ การมุ่งพัฒนาองค์การและการบริหารความเปลี่ยนแปลงขององค์การ ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับพนักงานทุกระดับและระบบทุกระบบภายในองค์การ (Church, Waclawski, & Burke, 2001: 301-317) ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบทุกด้านดังนั้นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจึงจำเป็นต้องครอบคลุมกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการทั้งหมด ในขณะที่เดียวกันเรามักจะพบว่า การดำเนินโครงการในปัจจุบันทั้งในหน่วยงานของภาครัฐและเอกชน ต่างมุ่งเน้นการทำงานในรูปแบบของทีมงานมาใช้ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ส่งผลให้สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในทีมเปลี่ยนไปจากการทำงานในรูปแบบประจำ ในการทำงานเป็นทีมจึงจำเป็นต้องมีการประเมินที่ครบทุกด้านทั้ง 360 องศาเช่นกัน

สรุปได้ว่า การประเมินโครงการตามแนวทาง 360 องศาจึงจำเป็นที่จะต้องดำเนินการเก็บข้อมูลจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องจะทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถอธิบายความสำเร็จและเป็นข้อมูลย้อนกลับได้ ในการประเมินโครงการครั้งนี้ได้นำรูปแบบดังกล่าวมาใช้ในการประเมินโดยทำการ



ประเมินจากหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกลุ่มผู้บังคับบัญชา จะทำให้ได้ข้อมูลย้อนกลับและข้อสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินและบริหารจัดการโครงการครั้งต่อไป

5.2) แนวคิดการประเมินแบบ Logic Model

รูปแบบโลจิกหรือรูปแบบเหตุผล (Logic Model) หมายถึง รูปแบบที่ประยุกต์ขึ้นเพื่อประเมินลำดับขั้นตอนการทำงาน ที่สามารถให้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ องค์ประกอบของตัวแบบนี้ถูกกำหนดขึ้นและนำมาประยุกต์ใช้โดย เพนคราท์ซ (Pankratz, 2008: Online) เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า มีลักษณะองค์ประกอบของตัวแบบคล้ายกับ 2 แบบแรก ประกอบด้วย เป้าหมาย (Goals) ทรัพยากรหรือปัจจัยนำเข้า (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” ได้รวมเอาปัจจัยด้านสถานะแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง กับโครงการ และปัจจัยนำเข้าอื่น ๆ เข้าไว้ด้วย อีกทั้งการกำหนดวัตถุประสงค์การประเมินบางโครงการก็สามารถนำ “ผลผลิต” มาเป็นปัจจัยขององค์ประกอบของ “ผลลัพธ์” ได้ หรือผู้ประเมินอาจนำ “ผลผลิต” มาใช้เป็นปัจจัย กระบวนการเพื่อวัดผลสำเร็จของโครงการได้ (ศิริรัตน์ ชุณหคล้าย, 2551: ออนไลน์)

โดยเพนคราท์ซ (Pankratz, 2008) ได้สรุปมิติการวัดความสำเร็จตามรูปแบบโลจิกไว้ดังนี้

1. การวัดประสิทธิผล (Effectiveness) ขององค์การในระดับผลลัพธ์ (Outcomes) และพิจารณา ความสัมพันธ์กับผลผลิต (Outputs) เพื่อหาปัจจัยเอื้อและปัจจัยอุปสรรคจากภายในองค์การ และจากภายนอก องค์การ หากองค์การมีแผนงานมากกว่า 1 แผนงาน ก็จะวัดผลลัพธ์ รวมของทุกแผนงานในลักษณะตัวชี้วัดรวม (Aggregated indicator) จากคะแนนของแต่ละผลลัพธ์เป็นปัจจัยร่วม (Composite factors)

2. การวัดประสิทธิภาพ (Efficiency) ขององค์การในระดับผลผลิต (Outputs) และพิจารณา ความสัมพันธ์กับผลผลิต (Inputs) โดยเฉพาะต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต (Output based costing) เพื่อหาปัจจัยเอื้อ และปัจจัยอุปสรรคจากกระบวนการผลิตและบริการขององค์การ

3. การวัดความประหยัด (Economy) ขององค์การในระดับปัจจัยนำเข้า (Inputs) และพิจารณา ความสัมพันธ์กับทรัพยากรอื่น ๆ ของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับองค์การ (Resource หรือ Cost) ที่เป็นค่าใช้จ่าย ทางอ้อม เช่น ค่าใช้จ่ายในการบำบัดของเสีย ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูทรัพยากร และ ค่าใช้จ่ายของพหุภาคีในการร่วม กิจกรรม



4.การวัดประสิทธิผลต่อค่าใช้จ่าย (Cost-effectiveness) ขององค์การในลักษณะเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพ (Effectiveness) ทั้งผลประโยชน์ทางตรง (Direct benefit) ผลประโยชน์ทางอ้อม (Indirect benefit) และผลประโยชน์ที่ไม่เห็นเป็นตัวตนชัดเจน (Intangible benefit) กับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งค่าใช้จ่ายคงที่ (Fixed cost) งบดำเนินการ (Operation cost) และค่าใช้จ่ายทางอ้อม (Indirect cost) เพื่อประเมินความคุ้มค่า ของภารกิจของหน่วยงาน

6) แนวคิด 3 Self ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 Self – efficacy หรือการรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

6.1.1 ความหมาย

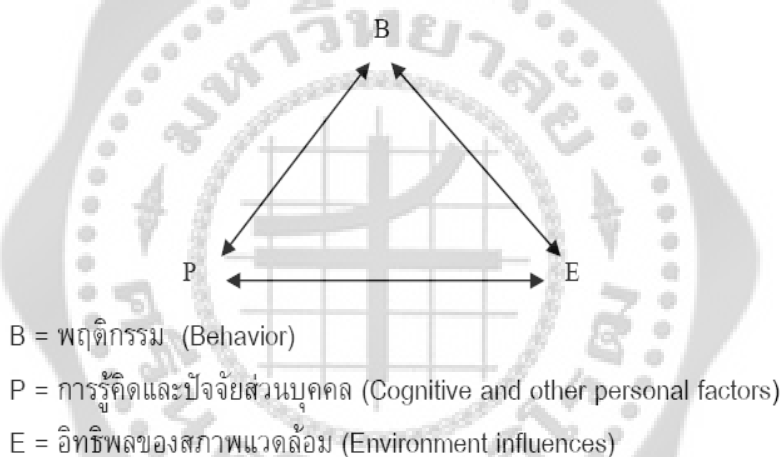
การรับรู้ความสามารถของตน มีรากศัพท์มาจากภาษาอังกฤษ คำว่า Perceived Self-Efficacy หรือ นิยมเรียกกันสั้นๆ ว่า Self-Efficacy นักวิชาการในประเทศไทยส่วนใหญ่โดยเฉพาะทางด้านจิตวิทยาและพฤติกรรมศาสตร์ มีความเห็นเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เรียกว่า การรับรู้ความสามารถของตน แบบดูรา (Bandura, 1986: 391) วูด และล็อก (Wood, Robert & Locke, 1987: 1013-1014) ได้ให้คำจำกัดความในลักษณะที่คล้ายกันว่า เป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการระบบและกระทำพฤติกรรม เพื่อให้ได้ผลการปฏิบัติตามแบบที่กำหนดไว้ เป็นความเชื่อในความสามารถแต่ละบุคคลว่าตนมีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ ความเชื่อในความสามารถเกิดจากองค์ประกอบของคุณลักษณะต่างๆ เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดความเชื่อและความสามารถในการเข้าใจ การคิดแปลงเกี่ยวกับการสร้างและความสามารถในการควบคุมตนเอง ลีฟคอร์ท (Lefcourt, 1966: 206-207) ร็อตเตอร์ (Rotter, 1966: 119) อธิบายในทำนองเดียวกันว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน หมายถึง การที่บุคคลที่รับรู้เหตุการณ์ต่างๆ ทั้งที่เป็นเหตุการณ์ทางบวกและทางลบ เป็นผลที่เกิดจากการกระทำของตนเอง และตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นได้ ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองจะรับรู้ว่าการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นผลมาจากลักษณะพฤติกรรม และการกระทำของตน

แนวคิดเกี่ยวกับความหมาย และขอบเขตของการรับรู้ความสามารถของตนข้างต้นโดยสรุปแล้ว หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อและรับรู้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งในเชิงบวกและเชิงลบล้วนแต่มาจากพฤติกรรมของตนเอง เชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะทำกิจกรรมบางอย่างได้ประสบความสำเร็จหากมีความตั้งใจจริง หากมองในประเด็นด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก็สามารถอธิบายได้ว่า เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลที่มีต่อตนเองว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอ มีศักยภาพที่เพียงพอในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง



6.1.2 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเป็นแนวคิดสำคัญแนวคิดหนึ่งที่มีมาจากทฤษฎีการรู้คิดเชิงสังคม (Social cognitive theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1986: 24) มีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคลบุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้มี การรับรู้ความสามารถของตนเองต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการรู้คิดเชิงสังคม เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ 3 ชนิด ซึ่งเป็นตัวกำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) ได้แก่พฤติกรรม การรู้คิดและปัจจัยส่วนบุคคล และอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจแสดงได้ดังแผนภาพต่อไปนี้



ภาพประกอบ 15 แบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างตัวกำหนด 3 ชนิด ที่มีอิทธิพลเชิงเหตุ-ผลซึ่งกันและกัน (Bandura, 1986: 24)

แบนดูรา (Bandura, 1986: 393-396) ได้กล่าวถึงบทบาทและอิทธิพลของการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองว่า การคาดการณ์เกี่ยวกับการกระทำในอนาคตนั้นทำได้ไม่ง่ายนัก เพราะความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการได้แสดงบทบาทในฐานะตัวกำหนดที่ใกล้ชิดที่สุดหนึ่งเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินชีวิต แบบแผนการคิด และปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นภายใต้สภาพการณ์ที่ได้รับการดำเนิน โดยที่ความเชื่อในความสามารถของตนเองจะสนับสนุนการทำหน้าที่ของสภาพทางจิตสังคมดังกล่าวให้ดำเนินไปอย่างมีคุณภาพได้หลายวิธี คือ (1) การเลือกกระทำพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความสามารถของตนเองเพื่อให้มีโอกาสประสบความสำเร็จแต่ควรประเมินตนเองสูงกว่าความสามารถที่จะทำได้เพียงเล็กน้อยเพื่อให้ได้ทำกิจกรรมที่ยากพอเหมาะและท้าทายความสามารถ (2) การใช้ความพยายามและความอดทนในการกระทำพฤติกรรม บุคคลที่ตัดสินใจว่าตนเองมีความพยายามมากจะมีความพยายามสูงและอดทนต่ออุปสรรค (3) แบบการคิดและ



ปฏิริยาทางอารมณ์ บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูงเมื่อเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรคจะกระตุ้นให้ตนเองใช้ความพยายามมากขึ้น แตกต่างจากบุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำจะมีปฏิริยาทางอารมณ์ในด้านลบ เช่น เกิดความเครียด กระวนกระวาย และกระทำพฤติกรรมอย่างไม่เต็มความสามารถส่งผลให้มีแนวโน้มที่จะล้มเหลวมากขึ้น แบนดูรา ได้เสนอภาพแสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ดังภาพประกอบ 16



ภาพประกอบ 16 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Bandura, 1986)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้น เป็นการตัดสินใจว่า ผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว แต่จะต้องระวังความเข้าใจผิดเกี่ยวกับความหมายของคำว่าผลที่เกิดขึ้น ผลที่เกิดขึ้นในที่นี้จะหมายถึง ผลกรรมของการกระทำพฤติกรรมเท่านั้น มิได้หมายถึงผลที่แสดงการกระทำพฤติกรรม เพราะว่าผลที่แสดงถึงการกระทำพฤติกรรมนั้นจะพิจารณาว่าพฤติกรรมนั้นสามารถทำได้ตามการตัดสินใจความสามารถของตนเองหรือไม่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้ มีผลต่อการตัดสินใจ ที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งจะเห็นได้ดังภาพประกอบ 17

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

ภาพประกอบ 17 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Bandura, 1986)



สำหรับแหล่งกำเนิดของการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น แบนดูรา (Bandura, 1995: -3 – 5 :Bandura, 1986: 399-401) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของบุคคลพัฒนามาจากปัจจัยหลัก 4 ประการ คือ ได้แก่

1. ความสามารถของบุคคล เนื่องจากความสำเร็จจากการกระทำเป็นประสบการณ์ที่บุคคลได้รับโดยตรง และเป็นข้อมูลที่มีความเที่ยงตรงสูง การที่บุคคลได้รับความสำเร็จจากการทำงานซ้ำกันหลายๆ ครั้ง ทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองมากยิ่งขึ้น ถึงแม้ว่าในบางครั้งจะประสบความล้มเหลวบ้าง แต่ก็ไม่มีผลมากนัก เพราะบุคคลจะมองว่าความล้มเหลวที่เกิดมาจากสาเหตุอื่นๆ

2. การได้เห็นรูปแบบประสบการณ์ความสำเร็จ (Vicarious Experience) การรับรู้ความสามารถของบุคคลส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลจากการได้เห็นผู้อื่นประสบความสำเร็จ การได้เห็นบุคคลอื่นกระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแล้วประสบความสำเร็จ จะทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น หากแต่ว่าบุคคลจะต้องมีความสามารถในการทำกิจกรรมนั้นได้เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ถ้ามีความตั้งใจและความพยายาม เขาจะสามารถทำงานนั้นได้และประสบความสำเร็จเช่นเดียวกันการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จ (Vicarious experience) ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถอาจเปลี่ยนแปลงได้จากการถ่ายทอดความสามารถและการเปรียบเทียบกับความสำเร็จของผู้อื่น การสังเกตเห็นคนอื่นแสดงพฤติกรรมที่ซับซ้อนแล้วได้รับความสำเร็จ โดยเฉพาะบุคคลนั้นมีลักษณะใกล้เคียงกับผู้สังเกตจะพัฒนาการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะทำงานได้สำเร็จเช่นเดียวกันหากมีความพยายามและไม่ย่อท้อ

3. การพูดชักจูงจากผู้อื่น (Verbal Persuasion) การพูดชักจูง (Verbal persuasion) เมื่อคนเราต้องต่อสู้กับความยากลำบาก การรับรู้ความสามารถจะรักษาไว้ได้ง่ายหากมีคนอื่นที่มีความสำคัญต่อตนเอง (Significant others) ได้ให้ความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถ แม้ว่าการพูดชักจูงจากผู้อื่นเพียงอย่างเดียวมีข้อจำกัดในการสร้างการรับรู้ความสามารถให้เข้มแข็ง แต่การพูดชักจูงจากผู้อื่นก็อาจส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงในบุคคลได้ถ้าประเมินในแง่บวกตามขอบเขตที่เป็นจริง การยกย่องที่ไม่เป็นจริงทำให้คนเกิดความลังเลอย่างรวดเร็วเมื่อผิดหวังจากความพยายาม คนที่ชักจูงด้วยคำพูดว่ามีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในงานที่ได้รับมอบหมาย มีแนวโน้มจะใช้ความพยายามมากขึ้นเพื่อก้าวไปสู่ความสำเร็จ ความเชื่อเกี่ยวกับการยืนยันของตนเอง (Self-affirming) ได้สนับสนุนการพัฒนาทักษะและการรับรู้ความสามารถของบุคคล ดังนั้น คุณลักษณะเกี่ยวกับความสามารถที่ได้จากการชักจูงจากผู้อื่น จะมีผลต่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถเมื่อใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลได้รับประสบการณ์ ความสำเร็จ บุคคลที่ได้รับการกล่าวถึงว่าขาดความสามารถมีแนวโน้มจะหลีกเลี่ยงงานท้าทายซึ่งจะบ่มเพาะศักยภาพของตนเองและหยุดชะงักอย่างรวดเร็วเมื่อเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคโดยการทำกิจกรรมให้ช้าลงและลดแรงจูงใจที่จะทำงาน อย่างไรก็ตาม



ในการสร้างความเชื่อที่ไม่เป็นจริงเกี่ยวกับความสามารถของบุคคล ได้ลดความน่าเชื่อถือของผู้ชักชวนและล้มเหลวในการสนับสนุนการรับรู้ความสามารถของบุคคล

4. สภาวะทางกาย (Physiological State) เป็นปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจความสามารถของบุคคล การรับรู้ความสามารถของบุคคลจะสูงหรือต่ำ ส่วนหนึ่งมาจากสภาวะทางกายของเขาเอง กล่าวคือ ในสภาวะที่ร่างกายเกิดการตื่นตัว เช่น เครียด วิตกกังวล ตื่นเต้น อ่อนเพลีย เมื่อยล้า หรืออยู่ในสภาวะการณ์ที่ถูกคุกคามมากกว่าตัวกระตุ้น หรือในสภาวะที่ร่างกายถูกกระตุ้นมากๆ มักจะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมได้ไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ การตัดสินใจความสามารถส่วนหนึ่งมาจากข้อมูลการแสดงผลของภาวะทางสรีระและภาวะทางอารมณ์ ที่เกิดจากการตีความปฏิกิริยาที่ตึงเครียดว่าเป็นสัญญาณของความอ่อนแอที่จะมีผลทางลบต่อการปฏิบัติหน้าที่ โดยเฉพาะกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานที่เข้มข้นและทรหดอดทน คนจะตัดสินใจความเหนื่อยล้าอาการปวด และความเจ็บปวดว่าเป็นสัญญาณของภาวะทางสรีระที่อ่อนล้า ส่วนอารมณ์ (Mood) ที่มีผลกระทบต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของบุคคล เช่นเดียวกัน กล่าวคือ อารมณ์ทางบวกจะส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตน ขณะที่อารมณ์ทางลบเช่น ผิดหวัง เสียใจ จะให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง

6.1.3 การวัดการรับรู้ความสามารถของตน

การตรวจสอบแนวคิดเกี่ยวกับการวัดการรับรู้ความสามารถของตน พบว่ามีนักวิชาการได้พัฒนาแบบวัด กระบวนการวัดไว้จำนวนหนึ่ง ดังเช่น แบนดูรา (Zimmerman, 1995: 203; Bandura, 1977b, 1986) ได้พัฒนาระดับการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยพิจารณาใน 3 ลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการกระทำหรือเนื้อหา ดังนี้

1. ระดับ (Level) การรับรู้ความสามารถของตนเองจะเปลี่ยนแปลงไปตามระดับความยาก (Magnitude) ของงาน ดังเช่น เพิ่มมากขึ้นเมื่อจำเป็นต้องแก้ปัญหาทางคณิตศาสตร์

2. หลักการทั่วไป (Generality) เกี่ยวกับการเปลี่ยนความเชื่อในการรับรู้ความสามารถของตนเองเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนไป ดังเช่น ความแตกต่างของเนื้อหาวิชาที่เรียน

3. ความมั่นใจ (Strength) วัดได้จากระดับความแน่ใจที่บุคคลนั้นจะสามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายให้ทำได้

ลีและบอบโค (Lee; & Bobko, 1994: 364-369) ได้เปรียบเทียบแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อหาความเที่ยงตรงของแบบวัด 5 ลักษณะ คือ

1. วัดความมั่นใจ (Strength) เป็นวิธีการวัดที่มีการนำมาใช้มากที่สุด โดยถามเกี่ยวกับความมั่นใจที่จะกระทำพฤติกรรมเมื่อระดับความยากของงานเพิ่มขึ้นได้ เพียงใด โดยประเมินความมั่นใจจาก ไม่มีความมั่นใจ (0 คะแนน) ถึง มีความมั่นใจมากที่สุด (10 คะแนน) หรือใช้หลัก ความน่าจะเป็นจาก 0% ถึง 100%



2. วัดระดับความยาก (Magnitude) เป็นวิธีการวัดที่มีการนำมาใช้รองลงมา เป็น การถามว่า จะสามารถกระทำพฤติกรรมต่างๆ เมื่อมีระดับความยากเพิ่มขึ้นได้หรือไม่ ข้อคำถามเป็นแบบการเล่าเรื่องย่อๆ แล้วให้ผู้ตอบตอบว่า “ใช่” / “ไม่ใช่” ถ้าตอบใช่ให้ “1” คะแนน และตอบไม่ใช่ให้ “0” ถ้ายังมีคะแนนรวมสูงแสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง

3. วัดแบบผสม เป็นการวัดทั้งความมั่นใจและระดับความยากของงาน ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่ นิยมใช้ ข้อคำถามเดียวกันแต่แยกช่องคำตอบเป็น 2 ช่อง ช่องหนึ่งเป็นแบบตอบใช่/ไม่ใช่ และอีกช่องเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า หรือเป็นแบบร้อยละ หรือวัดอีกแบบหนึ่งโดยวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองทั้งระดับความยากและความมั่นใจ โดยพิจารณาในระดับเดียวกัน เช่น จากข้อคำถามให้ประเมินจาก “ฉันไม่สามารถทำได้” (0 คะแนน) ถึง “ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถทำได้มากที่สุด” (100คะแนน) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ แบนดูรา (Bandura, 1986) มากที่สุด

4. วัดแบบผสมโดยแปลงคะแนนความมั่นใจให้เป็นคะแนนมาตรฐานซี (Z-score)

5. วัดความมั่นใจ โดยใช้ข้อคำถามเดียวเกี่ยวกับงานที่กำหนด แล้วให้ผู้ตอบประเมินค่าระดับความมั่นใจของตนเอง

ผลการวิจัยพบว่า แบบวัดแบบผสมทั้งแบบที่ 3 และ 4 มีความเที่ยงตรงเชิงเอกนัย (Convergent Validity) และความเที่ยงตรงเชิงทำนาย (Predictive Validity) สูงที่สุด และพบว่า แบบวัดความมั่นใจโดยใช้คำถามข้อเดียว มีความเที่ยงตรงเชิงเอกนัย และความเที่ยงตรงเชิงทำนายต่ำที่สุดและแบบวัดทั้ง 5 ลักษณะสัมพันธ์กันเชิงบวก มีค่าเท่ากับ .62

แนวคิดดังกล่าว เห็นได้ว่า ในการวัดการรับรู้ความสามารถของตนนั้นสามารถที่จะประยุกต์แนวคิดของนักวิชาการที่ได้เสนอถึง โครงสร้าง หลักการของระดับการรับรู้ความสามารถของตน แล้วนำมาประยุกต์ใช้สร้างแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าได้ ในการศึกษาครั้งนี้ก็เช่นเดียวกัน ได้ทำการวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

6.1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตน

การตรวจสอบพบว่า มีงานวิจัยหลายเรื่องที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบทั้งในงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Casual Relationship) และงานวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ดังรายละเอียดผลการวิจัย ต่อไปนี้

สำหรับในประเทศไทยพบว่า มีงานวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) จำนวนมากที่ได้ทำการประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ดังเช่น การวิจัยของ วราภรณ์ กุประดิษฐ์ (2551) ซึ่งเป็นการวิจัยในระดับปริญญาเอก ที่ได้ทำการพัฒนาโปรแกรม การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองและการควบคุมตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชน วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยคือ



เพื่อสร้างหลักสูตรและศึกษาประสิทธิภาพของการใช้หลักสูตรว่าจะสามารถพัฒนาพฤติกรรม การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชนได้หรือไม่ ซึ่งการประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนในโปรแกรมการพัฒนา คือ การให้เยาวชนกลุ่มตัวอย่างได้เห็นตัวแบบที่ประสบความสำเร็จจากผู้อื่น เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ว่าเยาวชนเองก็สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงยาเสพติดได้ โดยผู้ที่ประสบความสำเร็จซึ่งมาเป็นแบบอย่างนั้นเป็นบุคคลที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ยังใช้กิจกรรมการให้กำลังใจด้วยการร้องเพลง การสอนตนเอง และการเล่นเกม Walk rally แบบแผนในการทดลองแบ่งนักเรียนออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองจำนวน 31 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 31 คน จัดฝึกอบรม 3 วัน ระยะเวลาในการฝึกอบรม 18 ชั่วโมง และติดตามผลการฝึกอบรม 1 เดือน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า เยาวชนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและการควบคุมตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด หลังการฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเยาวชนกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรม การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด และเจตคติทางลบต่อการใช้สารเสพติด หลังการฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการวิจัยดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า การนำแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะการใช้ตัวแบบ (Modeling) นั้นมีผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคลได้ นฤมล เวชจักรเวร (2552) ที่ได้ทำการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการเพื่อป้องกันความเสี่ยงทางสรีรวิทยาต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โปรแกรมดังกล่าวได้ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม กิจกรรมจัดทั้งสิ้นจำนวน 12 ครั้ง ลักษณะของกิจกรรมในภาพรวมจะเป็นการให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมทำกิจกรรมกลุ่มและได้ร่วมกันฝึกกิจกรรมการเลือกรับประทานอาหาร การทำอาหารเพื่อรับประทานเอง การทำสมุดบันทึกสุขภาพเพื่อเตือนตนเอง การดูวิดีโอตัวแบบพฤติกรรมของผู้ที่ประสบความสำเร็จ รวมทั้งได้อภิปรายร่วมกันภายในกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้เป็นเพศหญิงวัยก่อนหมดประจำเดือน อายุระหว่าง 30 – 45 ปี มีวิชาชีพครู จากโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานการศึกษาเอกชน 2 แห่ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 33 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 37 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ การปฏิบัติตน เพื่อป้องกันความเสี่ยงทางสรีรวิทยาต่อการเกิดโรคหัวใจเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มมีส่วนสำคัญในการช่วยเสริมการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนด้านการเลือกรับประทานอาหาร โภชนาการได้



สำหรับผลการวิจัยในต่างประเทศก็พบว่า มีนักวิจัยได้นำแนวทางการรับรู้ความสามารถของตนไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังเช่น ผลการวิจัยของ เซนและเยท (Chen & Yeh, 2005) ที่ได้พัฒนาโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่โดยใช้ Internet Assisted Instruction (IAI) มาช่วยให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ โปรแกรมดังกล่าวได้ประยุกต์แนวทางการรับรู้ความสามารถของตนเองเข้ามาใช้เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถของตนในการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาจำนวน 77 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ 6 สัปดาห์ ร่วมกับ IAI กลุ่มควบคุมไม่ได้รับอะไรเลย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม IAI ซึ่งได้ประยุกต์แนวทางการรับรู้ความสามารถของตนเข้าไปใช้ โปรแกรมดังกล่าวจะมีกระบวนการให้กำลังใจผ่านเว็บไซต์ การบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และแสดงให้เห็นถึงพัฒนาในการเลิกสูบบุหรี่ ตลอดจนมีตัวแบบที่ประสบความสำเร็จให้เห็นอยู่ตลอดเวลา ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้นและลดจำนวนการสูบบุหรี่ลงได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับ คิม นาม และซี (Kim, Nam & See, 2004) ที่ได้ทำการศึกษาการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้านการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งได้ทำการพัฒนาโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่สำหรับเยาวชนเกาหลี กิจกรรมการปรับพฤติกรรมดังกล่าวได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และแนวทางการรับรู้ความสามารถของตน กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 43 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 22 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 21 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 9 ครั้ง ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตน การจัดการกับความเครียด การแก้ไขในสิ่งที่ผิด การหาประสบการณ์จากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ การให้กำลังใจระหว่างการร่วมกิจกรรม หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมแล้วพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับนิโคตินในปัสสาวะลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กิจกรรมส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า แนวทางการรับรู้ความสามารถของตนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้

6.2 Self – regulation หรือ การกำกับตนเอง

6.2.1 ความหมาย

การกำกับตนเอง (Self regulation) เป็นกระบวนการของบุคคลที่แสดงออกซึ่งความพยายามที่จะสั่งการให้ตัวเองปฏิบัติกิจกรรมบางสิ่ง บางอย่างให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ตามความต้องการ ความพยายามดังกล่าวนั้นเป็นการขัดแย้งกับสภาพปกติของบุคคลที่เป็นอยู่ สอดคล้องกับ ชุงค์ และซิมเมอร์แมน (Schunk; & Zimmerman, 1994: 75) กล่าวว่าไว้ว่าการกำกับตนเองคือ กระบวนการที่จะปฏิบัติกิจกรรมและสนับสนุนความคิด พฤติกรรม และความรู้สึกเพื่อให้ได้มาซึ่งเป้าหมายของการเรียนรู้ทักษะต่างๆ โดยมีแรงจูงใจ และกระทำด้วยตนเอง เช่นเดียวกับ บอมมา



สเตอร์ และคณะ (Baumeister, Heathertom; & Tice, 1994: 6) ได้ให้ความหมายของการกำกับตนเองไว้ว่า การกำกับตนเองเป็นความพยายามของบุคคลที่จะเปลี่ยนแปลงการตอบสนองของตนเอง ซึ่งการตอบสนองที่ได้มานี้อาจประกอบด้วย การกระทำความคิด ความรู้สึก ความต้องการ และการปฏิบัติ บุคคลจะตอบสนองสิ่งเร้าด้วยวิธีการที่แน่นอนแต่การกำกับตนเองเป็นการขัดแย้งกับวิธีการตอบสนองปกติ เป็นการตอบสนองเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ พินทริชและดีกรูท (Pintrich; & De-Groot, 1990: 33) กล่าวว่า การกำกับตนเองในการเรียนหมายถึง การที่ผู้เรียนมีกลวิธีการคิดของตนเองที่จะวางแผน เตือนและปรับความคิดของตนเอง มีการจัดการและควบคุมความพยายามของตนเอง รวมทั้งการใช้กลวิธีทางปัญญา เช่นเดียวกับ ซิมเมอร์แมน (Zimmerman, 1998: 1) กล่าวว่า การกำกับตนเอง (Self - regulation) เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งเป้าหมายสำหรับตนเอง บันทึกพฤติกรรมตนเอง และคิดกลวิธีให้บรรลุเป้าหมายด้วยตนเอง บุคคลจะเป็นผู้ควบคุมกระบวนการนี้ด้วยตนเอง ชังก์ (Schunk, 1994: 76 - 79) ได้เสนอว่า การกำกับตนเอง (Self-regulation) ประกอบด้วยกระบวนการย่อย 3 กระบวนการ ดังนี้ การสังเกตตนเอง (Self - observation) การตัดสินตนเอง (Self - judgment) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self - reaction)

6.2.2 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ซิมเมอร์แมนและมาร์ตินเชพอนส์ (Zimmerman; & Martinez-Pons, 1986: 284) ได้สันนิษฐานว่าการกำกับตนเองมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ กลวิธีกำกับตนเองในการเรียน (Self-Regulated Learning Strategies) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อทักษะการปฏิบัติงาน (Self - Efficacy) และการตั้งเป้าหมายทางการเรียน (Academic Goals)

1. กลวิธีกำกับตนเองในการเรียน หมายถึง วิธีการที่นักเรียนใช้กำกับการได้มาซึ่งความรู้หรือทักษะต่างๆของผู้เรียน รวมทั้งวิธีการต่างๆ เช่น การรวบรวม หรือการถ่ายโอนความรู้การให้รางวัลต่อความสำเร็จ หรือลงโทษต่อความล้มเหลวของตนเอง การค้นคว้าหาความรู้ การท่องจำหรือการใช้เครื่องช่วยจำ

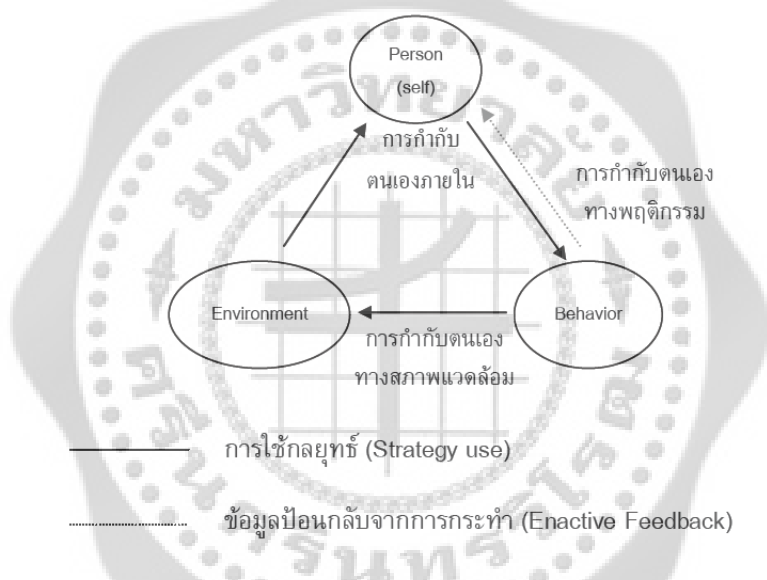
2. การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง การที่บุคคลตัดสินเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการ หรือดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

3. เป้าหมายทางการเรียน เช่น เกรด ค่านิยมทางสังคม หรือโอกาสในการทำงานหลังจากสำเร็จการศึกษา จะเป็นองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุความสำเร็จ

แบนดูรา (ปณิศา นิรมล, 2546: 13; อ้างอิงจาก Bandura, 1986) ให้ข้อควรระวังว่าแม้ทั้ง 3 องค์ประกอบทำหน้าที่กำหนด ซึ่งกันละกัน ก็ไม่ได้หมายความว่า องค์ประกอบทั้ง 3 นั้นจะมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกัน อิทธิพลทางสภาพแวดล้อมอาจจะมีอิทธิพลมากกว่าองค์ประกอบทางพฤติกรรม หรือองค์ประกอบส่วนบุคคลในทางบริบท เช่น ในโรงเรียนที่มี

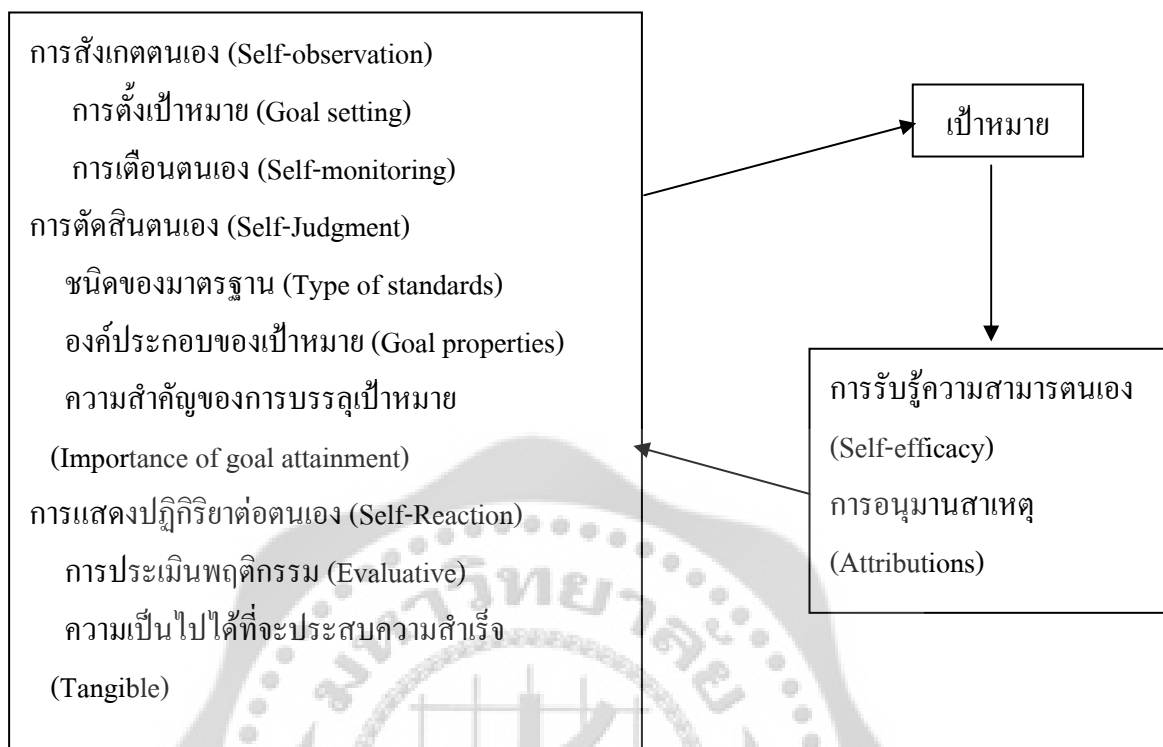


โครงสร้างหลักสูตรมาก หรือมีข้อจำกัดในการปฏิบัติในห้องเรียน อาจไม่มีความคล่องตัวในการกำกับตนเอง ในทางกลับกัน ในโรงเรียนที่มีกฎเกณฑ์บังคับน้อย องค์ประกอบทางด้านส่วนบุคคลหรือพฤติกรรมอาจมีผลต่อการกำกับตนเองมากกว่า การกำกับตนเองในการเรียนจะเกิดขึ้นเมื่อนักเรียนสามารถใช้กระบวนการส่วนบุคคลในการที่จะกำกับพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมในการเรียน เช่นเดียวกับ ซิมเมอร์แมน (Zimmerman, 1989: 330) ได้กล่าวไว้คล้ายกับ แบนดูรา ว่าการกำกับตนเองมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุอยู่ 3 ประการ คือ บุคคล สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม การเรียนรู้โดยการกำกับตนเองมิได้เกิดจากกระบวนการภายในเพียงอย่างเดียว แต่ได้รับอิทธิพลจากเหตุการณ์ในสิ่งแวดล้อม และเหตุการณ์ในด้านพฤติกรรมด้วย และขณะเดียวกันปัจจัยด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมต่างก็มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน (Reciprocal) ดังภาพประกอบ 18



ภาพประกอบ 18 การวิเคราะห์อิทธิพลซึ่งกันและกันระหว่างปัจจัยของการกำกับตนเองด้านบุคคล สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม (Zimmerman, 1989)

ซังค์ (Schunk, 1994: 76 - 79) การกำกับตนเอง (Self-regulation) ประกอบด้วย กระบวนการย่อย 3 กระบวนการ ดังนี้ การสังเกตตนเอง (Self - observation) การตัดสินตนเอง (Self - judgement) และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self - reaction) สามารถเสนอดังภาพประกอบ 19 ดังนี้



ภาพประกอบ 19 กระบวนการย่อยในการกำกับตนเอง (Schunk, 1994)

ภาพประกอบข้างต้น พบว่าการสังเกตตนเอง (Self - observation) การสังเกตตนเอง ประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ประการ ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) หมายถึง การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายหรือกำหนดเกณฑ์ในการแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลงและ การเตือนตนเอง (Self - monitoring) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลสังเกตและบันทึกพฤติกรรม เป้าหมายที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ตนเองกระทำ ทั้งนี้ในระยะแรกของการกำกับตนเอง (Self - regulation) เป็นระยะของการเลือกเป้าหมายก่อนที่บุคคลจะสามารถกำกับพฤติกรรมของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลจะต้องเลือกเป้าหมายและต้องคิดว่าอะไรที่เขาตั้งใจจะกระทำ การตั้ง เป้าหมายเป็นกระบวนการที่สำคัญ ซึ่งจะมีแปรที่มาเกี่ยวข้องด้วยคือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self - efficacy) การตั้งเป้าหมายต้องเหมาะสมกับระดับความสามารถของบุคคลนั้น จึงจะมีโอกาสบรรลุเป้าหมายได้มาก นอกจากนี้ขณะที่บุคคลกระทำพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ ก็จะต้องมีการเตือนตนเองโดยการบันทึกพฤติกรรมของตนไว้ด้วย

กระบวนการในการกำกับตนเอง (Processes of self-regulation) พบว่าในกลุ่มนักทฤษฎีปัญญาสังคมกล่าวถึงกระบวนการย่อยในการกำกับตนเอง (Sub process in self-regulation)



ประกอบด้วย 3 กระบวนการย่อย ดังต่อไปนี้ แบนดูรา (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550: 54 – 57; อ้างอิงจาก Bandura, 1986)

1. กระบวนการสังเกตตนเอง (Self observation) บุคคลจะไม่มีอิทธิพลใดๆ ต่อการกระทำของตนเองถ้าเขาไม่สนใจว่าเขากำลังทำอะไรอยู่ ดังนั้นจุดเริ่มต้นสำคัญของการกำกับตนเอง คือ บุคคลต้องรู้ว่า กำลังทำอะไรอยู่เพราะความสำเร็จของการกำกับตนเองนั้นส่วนหนึ่งมาจากความชัดเจน ความสม่ำเสมอ และความแม่นยำของการสังเกตและบันทึกตนเอง ในกระบวนการสังเกตนั้น แบนดูรา เสนอว่า ควรพิจารณา 4 ด้าน คือ ด้านการกระทำ ซึ่งผู้ที่สังเกตตัวเอง ควรจะตัดสินใจว่า ควรจะสังเกตตนเอง ในมิติใดของการกระทำของตนซึ่งมิติต่างๆ ของพฤติกรรมที่ควรพิจารณาทำการสังเกตได้แก่ มิติด้านคุณภาพ อัตราความเร็วปริมาณ ความริเริ่ม ความสามารถในการเข้าสังคม จริยธรรมและการเบี่ยงเบน ทั้งนี้การที่จะเลือกสังเกตที่ มิติใดของพฤติกรรมนั้นขึ้นอยู่กับเป้าหมายของผู้สังเกต และลักษณะของพฤติกรรมเป็นหลัก เช่น ถ้าต้องการสังเกตการวิ่งของนักกีฬา ก็คงต้องทำการสังเกตในมิติของความเร็ว หรือถ้าจะสังเกตว่า หลังการฝึกทักษะทางสังคมแล้ว การปฏิสัมพันธ์กับสังคมเป็นเช่นใด ก็อาจสังเกตในมิติของความสามารถในการเข้าสังคม เป็นต้น นอกจากด้านของการกระทำแล้ว ยังมีด้านของความสม่ำเสมอ ความใกล้เคียง และความถูกต้อง แบนดูรา กล่าวว่า การที่คนเราจะเกิดแรงจูงใจของตนเองนั้นน่าจะขึ้นอยู่กับปัจจัยดังภาพประกอบ 20



การสังเกตตนเอง (Self-Observation)	กระบวนการตัดสินใจ (Judgement Process)	การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-Reaction)
ด้านของการกระทำ คุณภาพ อัตราความเร็ว ปริมาณ ความริเริ่ม ความสามารถในการเข้า- สังคม จริยธรรม ความเบี่ยงเบน ความสม่ำเสมอ ความใกล้ชิด ความถูกต้อง	มาตรฐานส่วนบุคคล ทำหาย ชัดแจ้ง ความใกล้ชิด ทั่วๆไป การกระทำเพื่อข้างอิง บรรทัดฐานที่เป็นมาตรฐาน การเปรียบเทียบทางสังคม การเปรียบเทียบกับตนเอง การเปรียบเทียบกับกลุ่ม การให้คุณค่าของกิจกรรม ให้คุณค่าสูงมาก กลางๆ ไม่ให้คุณค่า การอนุมานความสามารถใน- การกระทำ แห้งภายในตนเอง แห้งภายนอก	การประเมินการแสดง ปฏิกิริยาต่อตนเอง ทางบวก ทางลบ การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ในลักษณะที่รับรู้จริง จับต้องได้ การให้รางวัล การลงโทษ ไม่มีปฏิกิริยาต่อตนเอง

ภาพประกอบ 20 กระบวนการกำกับตนเองตามแนวทางทฤษฎีปัญญาสังคม
(สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550)

2. กระบวนการการตัดสินใจ (Judgment process) ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตตนเองจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองไม่มากนักถ้าปราศจากการตัดสินใจและข้อมูลดังกล่าวเป็นที่พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ โดยอาศัยมาตรฐานส่วนบุคคลที่ได้มาจากการถูกสอนโดยตรง การประเมินปฏิกิริยาการตอบสนองของสังคมต่อพฤติกรรมนั้น ๆ และจากการสังเกตตัวเองแบบดูราให้ ความสำคัญอย่างมากต่อการถ่ายทอดมาตรฐานจากกระบวนการของตัวแบบนอกจากการตัดสินใจที่ ต้องอาศัยมาตรฐานส่วนบุคคลแล้ว ปัจจัยอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจ คือ การ เปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิงทางสังคมที่ประกอบด้วย การเปรียบเทียบบรรทัดฐานของสังคม การ เปรียบเทียบทางสังคม การเปรียบเทียบกับตนเองและการเปรียบเทียบกับกลุ่มกระบวนการตัดสินใจ จะไม่ส่งผลใดๆ ต่อบุคคล ถ้าพฤติกรรมที่ตัดสินใจนั้นยังไม่มีคุณค่าพอแก่ความสนใจของบุคคล แต่ถ้า พฤติกรรมนั้นมีคุณค่าการประเมินตนเอง ก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลทันที แต่อย่างใดก็ตาม การที่บุคคลจะสนองตอบอย่างไรต่อกระบวนการตัดสินใจนั้น ก็ขึ้นอยู่กับ การ อนุมานสาเหตุในการกระทำ บุคคลจะรู้สึกภูมิใจ ถ้าการประเมินความสำเร็จของการกระทำมาจาก



ความสามารถและการกระทำของเขา และจะรู้สึกไม่พึงพอใจเท่าใดนัก ถ้าการกระทำนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอก

3. ปฏิกริยาต่อตนเอง (Self-reaction) การพัฒนามาตรฐานในการประเมินและทักษะในการตัดสินใจนั้น จะนำไปสู่ปฏิกริยาต่อตนเอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจในการที่จะนำไปสู่ทางบวกทั้งในแง่ของผลที่ได้ เป็นสิ่งของที่จับต้องได้ หรือในแง่ของความพึงพอใจในตนเอง ส่วนมาตรฐานภายในบุคคลก็จะทำหน้าที่เป็นตัวเกณฑ์ที่จะทำให้บุคคลลงระดับการแสดงออก อีกทั้งเป็นตัวจูงใจให้บุคคลกระทำพฤติกรรมไปสู่มาตรฐานดังกล่าวด้วยจากที่กล่าวมา จะสรุปได้ว่า กระบวนการกำกับตนเอง เป็นกระบวนการส่วนบุคคลที่นักเรียนจะต้องมีการดำเนินการด้วยตนเอง ตั้งแต่ขั้นตอนแรก คือ การสังเกตตนเอง ถึงสิ่งที่ตนเองกำลังกระทำอยู่ การตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองกำลังกระทำอยู่ว่าเป็นไปในทิศทางใด และได้มาตรฐานตามที่ตั้งใจไว้หรือไม่ ควรเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดบ้าง และกระบวนการสุดท้ายคือปฏิกริยาต่อตนเอง คือการประเมินพฤติกรรมของตนเอง ว่ามีความพอใจต่อพฤติกรรมของตนเองหรือไม่ ซึ่งจะส่งผลต่อการคงระดับของการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ

แบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่าโครงสร้างของสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ (Structure of the Learning Context) เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการกำกับตนเองในการเรียน การเรียนรู้ของมนุษย์จะยังคงอยู่ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมทางสังคม การเปลี่ยนงานเพื่อเพิ่มระดับความยากหรือการเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางการศึกษาจากที่ที่มีเสียงดัง ไปสู่ที่เงียบจะมีอิทธิพลต่อการกำกับตนเองในการเรียน มีงานวิจัยที่พบว่า การตัดสินใจความรู้ความสามารถนักเรียนมีผลทางตรงจากความยากของงานที่ทำ อิทธิพลด้านสภาพแวดล้อมที่อธิบายข้างต้น ทำให้เห็นว่าผลกระทบซึ่งกันและกันกับอิทธิพลส่วนบุคคล จะไปกำกับพฤติกรรม เมื่อผู้เรียนมีการกำกับตนเองอิทธิพลด้านส่วนบุคคล และอิทธิพลด้านพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ นักเรียนที่มีการกำกับตนเองจะเข้าใจผลกระทบของสภาพแวดล้อมที่มีต่อตนเองระหว่างการได้มาซึ่งความรู้ และรู้ว่าจะพัฒนา สภาพแวดล้อมโดยใช้กลวิธีต่างๆ ซิมเมอร์แมน และมาร์ตินเนซ-พอนส์ (Zimmerman; & Martinez – Pons, 1986, 1988) พบว่านักเรียนที่กำกับตนเองจะใช้กลวิธีจัดสภาพแวดล้อมการขอความช่วยเหลือทางสังคมของครู การค้นหาข้อมูลจากห้องสมุด การทบทวนข้อมูล เพราะว่าอิทธิพลด้านสภาพแวดล้อม อิทธิพลส่วนบุคคล และอิทธิพลด้านสังคมจะส่งผลซึ่งกันและกัน เราสามารถสอน หรือชี้แนะให้นักเรียนเป็นผู้กำกับตนเองโดยใช้กลวิธีอย่างมีประสิทธิภาพ และโดยการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง นักเรียนที่ใช้กลวิธีการกำกับตนเองในการเรียนจะทำให้เขาเพิ่มการควบคุมด้านส่วนบุคคล พฤติกรรม และสภาพแวดล้อม

6.2.3 การวัดการกำกับตนเอง

การตรวจสอบแนวคิดเกี่ยวกับการวัดการกำกับตนเอง พบว่ามีนักวิชาการได้พัฒนาแบบวัด กระบวนการวัด และหลักการสำคัญไว้จำนวนหนึ่ง ดังเช่น งานวิจัยในประเทศไทยที่ได้ทำ



การวัดการกำกับตนเองในด้านพฤติกรรมสุขภาพ ในงานวิจัยของ จินตนา มะโนน้อม (2552) ได้ทำการวัดการกำกับตนเองด้วยการแบบสังเกต โดยให้ผู้ตอบได้รายงานตามสภาพความเป็นจริงในตัวชี้วัดที่ต้องการวัด เช่น ชีพจรขณะพัก ระยะเวลาที่ออกกำลังกาย จำนวนครั้งในการบริหารกล้ามเนื้อ จำนวนรอบที่ทำ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า มวกร ธรรมาวิริทธิ์ (2549) สงกรานต์ กลั่นด้วง (2548) และ ซึ่งได้ทำการวัดการกำกับตนเองด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าเหมือนกัน มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับมากกว่า .70 ทุกฉบับ ลักษณะของข้อคำถาม เช่น “ฉันสามารถที่จะนำตัวเองให้หลีกเลี่ยงจากอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเองได้” และ “ฉันออกกำลังกายได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้” และในงานวิจัยต่างประเทศพบว่า โชว ฮียูน (Cho-Hee Yoon, 2009) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการคิดด้านวิทยาศาสตร์ของนักเรียนที่มีพรสวรรค์ทางด้านวิทยาศาสตร์จากโรงเรียนมัธยมต้นในประเทศเกาหลี ตัวแปรเชิงสาเหตุหนึ่งที่ทำการศึกษา คือ การกำกับตนเองในการเรียนรู้ การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการวัดการกำกับตนเองในการเรียนรู้ด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .78 ลักษณะของข้อคำถาม เช่น ฉันสามารถอ่านหนังสือเล่มเดียวได้จนเกิดความเข้าใจ นอกจากนี้ยังได้ทำการวิเคราะห์เส้นอิทธิพลของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีต่อการคิดด้านวิทยาศาสตร์ ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis) ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรการเรียนรู้แบบกำกับตนเองส่งผลต่อการคิดด้านวิทยาศาสตร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบว่า มอลพาส (Malpass, 1999) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการกำกับตนเอง การกำหนดเป้าหมาย การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความวิตกกังวลกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนคณิตศาสตร์ ซึ่งการศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยม จำนวน 144 คน ในการวัดการกำกับตนเองนั้น ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .89 เช่นเดียวกับ ฟินทริช โรวเซอร์ และคิกรูท (Pintrich Roeser; & De-Groot, 1994) ที่ได้ทำการวัดการกำกับตนเองด้านการเรียนรู้ ของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น (เกรด 7) ที่มาจากโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นใน Midwest จำนวน 100 คน มีอายุเฉลี่ย 12.3 ปี โดยทำการวัดด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .88 มีลักษณะของข้อคำถาม เช่น “ฉันตรวจสอบงานของฉันเพื่อให้แน่ใจว่าทำได้ถูกต้องหรือไม่” และ “ฉันจดบันทึกสรุปเนื้อหาที่อ่านเพิ่มเติม ในแบบที่ฉันเข้าใจง่ายเพื่อเก็บไว้อ่านทบทวนบทเรียนก่อนสอบ” งานวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การวัดการกำกับตนเอง สามารถที่จะทำการวัดได้ด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับได้ และการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการวัดด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับเช่นเดียวกัน

6.2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำกับตนเอง

มีการนำแนวคิดเกี่ยวกับการกำกับตนเอง (Regulation) มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยเชิงทดลองเพื่อนำมาพัฒนาชุดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายให้กลุ่ม



ตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ ในทิศทางที่ดีขึ้น รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดทางด้านชีวเคมีไปในทิศทางที่ดีขึ้น ดังเช่นในงานวิจัยของ มวกร ธรรมาวิริทธิ์ (2549) ได้ทำการศึกษาผลของการเดินเร็วที่มีต่อการลดระดับโคเลสเตอรอลรวม และแอลดีแอล และการเพิ่มเอชดีแอล โคเลสเตอรอลในเลือด โดยใช้คู่มือการกำกับตนเองในการเดินเร็ว ซึ่งเนื้อหาของโปรแกรมการทดลองคือ คู่มือการกำกับตนเองในการเดินเร็ว นั้น เนื้อหาประกอบด้วยระยะเวลา ชีพจรก่อนเดิน ขณะเดิน หลังการเดิน จำนวนครั้งในการเดินแต่ละสัปดาห์ และบันทึกความรู้สึกและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกาย และประเมินผลจากสิ่งที่บันทึก ซึ่งตัวเลขในแบบบันทึกจะเป็นตัวกระตุ้นพฤติกรรมอย่างหนึ่ง เพราะว่าตัวเลขที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้จะมีส่วนทำให้ผู้ทำการบันทึกเกิดความรู้สึกไม่ดีกับตนเองส่งผลทำให้เกิดความพยายามที่จะทำให้สำเร็จ สำหรับผู้ที่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายนั้นจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีกำลังใจที่จะปฏิบัติต่อไปหรือน้ำหนักที่คงที่หรือค่อยๆ ลดลงในแต่ละสัปดาห์ ก็จะเป็นแรงเสริมในการเดินเร็วอย่างหนึ่งด้วย ส่วนการบันทึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจในแต่ละครั้ง ก็จะทำให้กลุ่มตัวอย่างได้เกิดการทบทวนและเปรียบเทียบผลดีผลเสียที่เกิดขึ้น ทั้งนี้หลังจากที่เสร็จสิ้นโปรแกรม 8 สัปดาห์ ดังกล่าวแล้ว พบว่า หลังจากใช้โปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อการเดินเร็วในกลุ่มทดลอง ระดับโคเลสเตอรอลรวม และแอลดีแอล-โคเลสเตอรอลในเลือดลดลง และระดับเอชดีแอล-คอเลสเตอรอลเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การใช้เทคนิคการกำกับตนเองโดยการให้กลุ่มเป้าหมายทำการบันทึกสุขภาพของตนเองสามารถที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในทิศทางที่ดีขึ้นได้ เพราะทำให้ผู้ที่ทำการบันทึกเห็นถึงผลของการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนเกิดการตระหนักใน ความสำคัญของสุขภาพได้เช่นเดียวกับ สงกรานต์ กลั่นด้วง (2548) ที่ได้วิจัยโดยการประยุกต์ใช้เทคนิค The “Take PRIDE” Program ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ชุดกิจกรรมดังกล่าวได้ประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเองเข้ามาใช้โดยใช้เทคนิคการบันทึก สมุดสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การบันทึกเกี่ยวกับการกิน การออกกำลังกาย และการควบคุมสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตลอดจนมีการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย เน้นการจัดกิจกรรมมากกว่าการบรรยาย เวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมมีความยืดหยุ่นได้มากพอสมควร แต่มีการกำหนดเวลาสิ้นสุดของกิจกรรมเพื่อไม่ให้ผู้เข้าร่วมรู้สึกเกิดความเบื่อหน่าย มีการให้คำชมเชยจากเจ้าหน้าที่ มีการเพิ่มเป้าหมายด้วยของรางวัลหรือการประกาศให้คนอื่นๆ ได้รับทราบถึงความสำเร็จของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ ผลการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรม การกำกับตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ จินตนา มะโนน้อม (2552) ที่ได้ทำการศึกษาถึงผลของการกำกับ



ตนเองโดยการออกกำลังกายด้วยยางยืดและการควบคุมอาหารที่มีต่อการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่ ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน อำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด โดยชุดกิจกรรมดังกล่าวได้นำแนวทางการกำกับตนเองเข้ามาใช้ โดยมี 3 ขั้นตอนสำคัญได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้แนะนำตัวและร่วมกันทำกิจกรรมสัมพันธ์ ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการ โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน การสร้างความมั่นใจในตนเอง ร่วมกันสรุปปัญหาของตนเองและกลุ่ม กระบวนการกำกับตนเองเริ่มต้นจาก การเตือนตนเองโดยให้กลุ่มได้วิเคราะห์ปัญหาและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การออกกำลังกายด้วยยางยืด ทำการประเมินผลจากการกำกับตนเอง การเสริมแรงด้วยการชมเชยจากผู้วิจัย และขั้นตอนที่ 3 การปิดกลุ่ม โดยให้หัวหน้ากลุ่มเป็นผู้สรุปผลที่เกิดขึ้นและถอดบทเรียนที่ได้รับร่วมกัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยยางยืด และมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีน้ำหนักตัว ระดับเปอร์เซ็นต์ไขมัน และรอบเอวน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศก็พบเช่นเดียวกันว่า มีการนำแนวทางการกำกับตนเองมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น จาคิก (Jakici, 2003) ได้ทำการศึกษาเรื่องการออกกำลังกายเพื่อศึกษาโรคอ้วน ผลการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการควบคุมน้ำหนักซึ่งอาจจะมากกว่าการเลือกรับประทานอาหาร เพราะว่าการออกกำลังกายจะมีประสิทธิภาพในการควบคุมน้ำหนัก เมื่อควบคุมพลังงานจากสารอาหารที่รับประทานเข้าไปด้วย ในการวิจัยดังกล่าว ได้ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ประยุกต์มาจากแนวทางการกำกับตนเอง โดยให้แพทย์ทำการกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่มีโรคอ้วนให้เริ่มออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ (วันละ 30 นาที ใน 5 วัน ต่อสัปดาห์) โดยที่แพทย์จะเป็นส่วนหนึ่งในการกำกับพฤติกรรมด้วยการโทรศัพท์ไปสอบถามถึงการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบกับการให้ทำบันทึกสุขภาพเพื่อเป็นการเตือนตนเอง มีการเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินตามสภาพจริง ทั้งนี้เป็นเพราะว่าการออกกำลังกายในระดับนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้จากภายนอก ผลการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมน้ำหนักได้ และสามารถควบคุมน้ำหนักในระยะยาวต่อไปด้วยการออกกำลังกาย 300 นาทีต่อสัปดาห์ (วันละ 60 นาที ใน 5 วันต่อสัปดาห์) ผลการทดลองดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการการควบคุมตนเองทั้งจากภายในและภายนอกสามารถที่จะทำให้นักคนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ และความสำเร็จที่ได้รับทราบนั้นจะเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้เกิดการเพิ่มพฤติกรรม



6.3 Self – care หรือ การดูแลตัวเอง

6.3.1 ความหมาย

การดูแลตนเองเป็นแนวคิดสำคัญทางด้านสุขภาพหนึ่งที่ใช้ในการอธิบายถึงพฤติกรรมของปัจเจกในการตรวจสอบ ดูแลสุขภาพของตนเองให้อยู่ในภาวะที่เหมาะสม ทั้งนี้พบว่า นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายที่แตกต่างกันออกไป เลวิน (Gantz, 1990; citing Levin, 1976) ให้มุมมองของการดูแลตนเองว่า เป็นกระบวนการในการทำหน้าที่ของบุคคลนั้นๆ เกี่ยวกับสุขภาพ และบุคคลจะได้ประโยชน์จากการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค และการรักษา การดูแลตนเองถือเป็นความสมัครใจเป็นข้อจำกัดของตนเอง ไม่มีการบังคับเป็นความหลากหลายของพฤติกรรม เกี่ยวพันอย่างต่อเนื่อง หรืออาจเฉพาะช่วงเวลาหนึ่งๆ และเป็นกระบวนการตัดสินใจที่เกี่ยวกับการได้สังเกตตัวเอง การตระหนักในอาการและอาการแสดง การพิจารณาถึงความรุนแรง รวมถึงการมีทางเลือกและการประเมินแนวทางการรักษา โดยในมุมมองของดังกล่าว เห็นว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำเฉพาะบุคคล โดยใช้ความสามารถและการตัดสินใจของตนเองเพื่อบรรลุถึงภาวะสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดของ โรมเดอร์ (Health Canada, 2004; citing Romeder et al., 1990) โดยเน้นที่เป็นการตัดสินใจและการกระทำโดยตัวบุคคลที่มีความสนใจในสุขภาพของตนเอง เป็นวิธีแรกของบุคคลในการแก้ปัญหาสุขภาพ และการดูแลตนเองถือเป็นหนึ่งในกลยุทธ์ของการเข้าถึงภาวะสุขภาพที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง บุคคลมีแหล่งประโยชน์สำหรับการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและการแก้ไขปัญหาของตนเอง 5 แหล่งด้วยกัน คือ ตัวบุคคล สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน บุคลากรทางด้านสุขภาพ ข้อมูลข่าวสารต่างๆ และ สิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับ แนวคิดของ นอร์ริส (Norris, 1979) ที่ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้บุคคลและครอบครัวได้รับการริเริ่ม มีความรับผิดชอบ รวมทั้งได้รับประโยชน์จากการทำหน้าที่ในขณะที่กำลังพัฒนาความสามารถทางด้านสุขภาพ มุมมองของนอร์ริส อาจสรุปได้ว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำร่วมกันระหว่างบุคคลและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

แนวคิดดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดก็ตามที่บุคคลได้เริ่มปฏิบัติด้วยตนเอง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อดำรงรักษาชีวิต ภาวะความมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน เป็นการกระทำอย่างมีแบบแผน เป็นขั้นตอน มีความต่อเนื่อง และเมื่อมีการกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ร่างกาย จิตใจและพัฒนาคำเนินชีวิตของบุคคลนั้น ไปถึงเป้าหมายของแต่ละบุคคล

6.3.2 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การตรวจสอบเอกสารพบว่า แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ได้มีนักวิชาการในสายงานการพยาบาลได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ในเชิงพฤติกรรม ดังเช่น โอเร็ม (Orem, 1991) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองว่า เป็นพฤติกรรมที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action and goal



oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ พอจะสรุปได้ดังนี้ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ และระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ และจำแนกพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมี 3 ลักษณะ คือ

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Universal self care) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติ เพื่อประคับประคองกระบวนการดำรงชีวิตและสนับสนุนให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างปกติสุขหรือเป็นการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการตามกระบวนการของชีวิต เช่น การดูแลตนเองในเรื่องของอากาศ น้ำ อาหาร การขับถ่ายของเสีย การทำกิจกรรม การพักผ่อน การอยู่ตามลำพังการมีส่วนร่วมในสังคมและการป้องกันอันตรายของชีวิต

2. การดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental self care) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของของแต่ละบุคคลในแต่ละระยะของวงจรชีวิต ได้แก่ การเข้าสู่ภาวะการตั้งครรภ์ การเป็นมารดา เป็นต้น รวมทั้งเหตุการณ์ที่อาจมีผลกระทบในทางลบต่อกระบวนการพัฒนา ซึ่งได้แก่การรักษาสมดุลของโครงสร้างของร่างกายและจิตใจ ให้เกิดภาวะที่สมบูรณ์และการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันอันตรายจากสิ่งแวดล้อมที่อาจจะมีผลกระทบต่อพัฒนาการของมนุษย์

3. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self care) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเมื่อเกิดเจ็บป่วย เป็นการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาและขจัดอาการที่เบี่ยงเบนไปจากภาวะสุขภาพ อันอาจมีผลกระทบถึงจิตใจอารมณ์ เป็นการช่วยควบคุมสภาพของโรคมิให้ลุกลาม ตลอดจนการแพร่กระจายของโรคไปสู่ผู้อื่น บุคคลจึงต้องปรับพฤติกรรมใหม่ให้สามารถเข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงและการดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อมีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพมีดังนี้ (1) การแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์ (2) ตระหนักถึงและติดตามผลที่เกิดขึ้น (3) การปฏิบัติตามคำสั่งในการวินิจฉัยโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันความพิการหรือความบกพร่องของหน้าที่ของร่างกาย (4) ตระหนักถึงและติดตามหรือควบคุมความไม่สบาย หรือผลที่เป็นอันตรายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล (5) ปรับความรู้สึกก็นึกคิดของตนเองและภาพลักษณ์ของตนให้เหมาะสม โดยการยอมรับสถานะทางสุขภาพ และความจำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองตามแบบแผนที่เป็นคำสั่งเฉพาะ (6) เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่กับผลของสภาพ การวินิจฉัย การรักษา ในลักษณะที่ส่งเสริมพัฒนาการของบุคลิกภาพต่อไป

การดูแลตนเองด้านจิตใจ: ฮิลล์ และสมิธ (Hill & Smith, 1985) ให้ความหมายของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านจิตใจว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเป็นปกติวิสัย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสภาพจิตใจและคงไว้ซึ่งความผาสุกทางด้านจิตใจ เกิดความสมดุลในการเผชิญชีวิต ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการเผชิญปัญหา ด้านการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม และด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ดังต่อไปนี้



1. การพัฒนาการรู้จักตนเองการรู้จักตนเอง (Self-awareness) เป็นกระบวนการพิจารณาและประเมินตนเองเกี่ยวกับการที่บุคคลรับรู้รู้สึกต่อตนเอง ทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก ค่านิยม จุดเด่นจุดด้อยและความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตนเอง รวมทั้งต้องมีความรู้จักตนเองในด้าน ความรู้สึกและความขัดแย้งต่างๆ สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นสิ่งไม่น่าพอใจ พร้อมทั้งจะสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์นั้นๆ ได้

2. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นกระบวนการทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างบุคคล เป็นพฤติกรรมที่ใช้ในการแสวงหาความรู้สึก เป็นระบบการทำงานที่รวมถึงการใช้ภาษา ท่าทางหรือสัญลักษณ์ที่จะนำไปสู่การเข้าใจความหมาย รวมทั้งเป็นวิธีส่งสารรับสารและทำความเข้าใจ เพื่อความสะดวกในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพเป็นการรู้จักใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งปริมาณและคุณภาพ โดยเริ่มต้นที่การประเมินการใช้เวลาในแต่ละวัน ว่าตนเองใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมอะไรบ้างและกิจกรรมนั้นสำคัญแค่ไหน ใช้เวลามากน้อยเพียงใด ได้ผลอย่างไร จากนั้นจึงวางแผนจัดระเบียบการใช้เวลาโดยมีการกำหนดเวลาเริ่มต้น เวลาสิ้นสุด จัดลำดับความสำคัญของงาน มีการวางแผนการใช้เวลาอย่างสมดุลทั้งกิจกรรมในการทำงานและกิจกรรมเพื่อสุขภาพจิต

4. การเผชิญปัญหา เป็นกระบวนการที่เป็นความพยายามของบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพของตนเอง

5. การสนับสนุนทางสังคม เป็นกลุ่มคนที่มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีจุดมุ่งหมายโดยมีการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ อารมณ์ และมีการช่วยเหลือด้านวัตถุ แรงงาน และข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่บุคคลใช้เผชิญกับความเครียด เพราะแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดความเครียด

6. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นกิจกรรมที่บุคคลทำตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองนับถือ ซึ่งศาสนาต่างมีคำสอนเพื่อแนวทางในการปฏิบัติ และเป็นหลักในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุขของบุคคล รวมทั้งเป็นแบบอย่าง กฎเกณฑ์และต้นกำเนิดของขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยม วัฒนธรรม ที่ก่อให้เกิดความสงบสุขในการอยู่ร่วมกัน

การดูแลตนเองด้านพฤติกรรมการป้องกันโรค: การตรวจสอบเอกสารพบว่าเกี่ยวกับการดูแลตนเองทางด้านการป้องกันโรคพบว่า สุริยาภรณ์ อินทภิรมย์ (2549) อธิบายว่า การป้องกันโรคนั้นสามารถจำแนกพฤติกรรมได้ออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปี (สิริพร กาญจนประโชติ, 2546)

1. การออกกำลังกายคนที่ขาดการออกกำลังกายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจพอ ๆ กับคนที่มีความดันโลหิตสูง การหันมาออกกำลังกาย แม้เพียงพอประมาณจะเกิดประโยชน์อย่างมหาศาล โดยประโยชน์ของการออกกำลังกายสามารถสรุปได้ดังนี้คือ (สำนักข่าวแห่งชาติ, 2548.) -



ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ความอ้วน ระดับคอเลสเตอรอลสูง เบาหวานและภาวะเครียด - เพิ่มหรือคงระดับความแข็งแรง ความทนทาน และเพิ่มระดับพลังงานของร่างกาย - ปรับปรุงรูปร่าง และเพิ่มความรู้สึกของการมีสุขภาพดี- ช่วยให้หลับสบายขึ้น - ทราบปริมาณอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการ - เพิ่มความกระฉับกระเฉง ซึ่งนำไปสู่การทำงานที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น - เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก

2. การรับประทานอาหารปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ออกตราสัญลักษณ์ “อาหารรักษหัวใจ” เพื่อแสดงว่าอาหารชนิดนี้มีใยอาหารสูง หรือเกลือไม่มากหรือน้ำตาลไม่มาก หรือมีชนิดของกรดไขมันในสัดส่วนที่เหมาะสม เมื่อบริโภคในปริมาณที่ให้พลังงานเหมาะสม จะไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ และหลอดเลือด โดยกลุ่มอาหารที่รับพิจารณาออกตรารับรองในระยะแรกกำหนดเป็น 6 กลุ่มดังนี้ กลุ่มที่ 1 ธัญชาติและผลิตภัณฑ์ กลุ่มที่ 2 อาหารทะเล เนื้อสัตว์ และผลิตภัณฑ์ กลุ่มที่ 3 นม และผลิตภัณฑ์ กลุ่มที่ 4 น้ำมัน และไขมัน กลุ่มที่ 5 ถั่ว และผลิตภัณฑ์ กลุ่มที่ 6 น้ำดื่ม

3. การจัดการความเครียด มูลนิธิหมอชาวบ้าน (2549) ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ของความเครียดกับความดันโลหิตสูงว่า กลไกความสัมพันธ์ระหว่างความดันเลือดสูงกับความเครียดเฉียบพลัน ผ่านการกระตุ้นมาจากระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้การเต้นของหัวใจเร็วขึ้น และความดันเลือดสูงขึ้นความเครียด คือสภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้าจากภายนอก (รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส) และภายใน (สิ่งที่ใจนึกคิด) มากระทบ ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ จนเสียสมดุลก่อให้เกิดการปรับตัวเพื่อจัดการกับสิ่งเร้าต่างๆ ส่วนความหมายของปัจจัยทางจิตใจสังคมที่มีผลต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ความเครียดในชีวิตเรื้อรัง ได้แก่ ความเครียดในการทำงาน ความเครียดในหน้าที่การงาน ความไม่สมดุลระหว่างความพยายามกับรางวัลที่ได้รับ ความเครียดในชีวิตสมรสและในครอบครัว เป็นต้น ความซึมเศร้าและกังวล บุคลิกภาพ ความมั่งร่ำรวยผู้อื่น และความโกรธ สถานะทางสังคมเศรษฐกิจ การสนับสนุนทางสังคม การโดดเดี่ยวทางสังคม

6.3.3 การวัดการดูแลตนเอง

ในการวิจัยเชิงปริมาณได้มีนักวิจัยทำการวัดตัวแปรการดูแลตนเองด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating) ด้วยโครงสร้างทางทฤษฎีที่แตกต่างกันออกไป ดังเช่น งานวิจัยของ วิกาวัน ปัญญาเริน(2552) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของ ผู้สูงอายุชาวไทยเชื้อสายจีนในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ได้ทำการวัดตัวแปรพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยเชื้อสายจีน โดยอาศัยแนวคิดการดูแลตนเองของ 3 โครงสร้าง ได้แก่ การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย ด้านรับประทานอาหาร และการดูแลสุขภาพจิต ทำการวัดด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ลักษณะของข้อคำถามเช่น “ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก เช่น ข้าวโพด ถั่ว ผักผลไม้



ต่างๆ” และ ข้อคำถามเชิงลบ “ท่านรับประทานอาหารรสชาติๆเช่น เผ็ดจัด หวานจัด เค็มจัด” เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ ศรีธนา ยอดสุด (2553) ที่ได้ทำการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจและพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุ ในการวัดตัวแปรการดูแลตนเองด้านจิตใจ และพฤติกรรมป้องกันโรคนั้น พบว่าได้มีการใช้แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง โดยทำการวัดในด้าน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดูแลสุขภาพอนามัย การรู้จักพัฒนาตนเอง การติดต่อสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ลักษณะของข้อคำถาม เช่น “ท่านสำรวจตนเองว่าการกระทำของท่าน ขัดแย้งกับหลักศีลธรรมที่ท่านยึดถือหรือไม่” และ “ท่านทำสมาธิหรือปฏิบัติกิจกรรมที่มุ่งให้จิตใจสงบทั้งในยามปกติหรือเวลาที่ท่านมีความทุกข์ใจ” เช่นเดียวกับ วิชัย สิริวิบูลย์กิตติ (2553) ได้ทำการวัดพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะในสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย ด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยได้ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับการดูแลตนเองผนวกกับกระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ ว่าเป็นการปฏิบัติในการดูแลตนเองระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งผู้ป่วยสามารถกระทำการกิจกรรมการดูแลตนเองได้ ลักษณะของข้อคำถาม เช่น “ปรับระยะนั่งหน้าจอคอมพิวเตอร์หรือดูโทรทัศน์ให้อยู่ในระดับสายตา” และ “หยุดพักอิริยาบถ 5-10 นาที ในทุกชั่วโมงของการทำงาน” การตรวจสอบเอกสารดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยได้ข้อสรุปว่า การวัดการดูแลตนเองในการวิจัยเชิงปริมาณโครงการครั้งนี้ จะทำการวัดตัวแปรการดูแลตนเองด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังงานวิจัยข้างต้นดังกล่าว

6.3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง

การตรวจสอบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองพบว่า ได้รับความสนใจจากนักวิจัยทั้งในและต่างประเทศได้ทำการศึกษาอย่างต่อเนื่อง เพราะว่าเป็นตัวแปรสำคัญที่สามารถอธิบาย และทำนายถึงผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ ดังเช่น แฮริส และกลูเต็น (Harris; & Gluten, 1979: 17-29) ได้ศึกษาพฤติกรรมปฏิบัติตนด้านการรักษาสุขภาพเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง 842 คน ผลการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีกิจกรรมที่มีเป้าหมายในการรักษาสุขภาพเช่น การออกกำลังกาย การควบคุมปริมาณอาหารมากกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ สำหรับในประเทศไทยพบว่า วิชัย สิริวิบูลย์กิตติ (2553) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะในสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มทดลอง 30 คน ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ การประเมินการเผชิญปัญหา และการประเมินความก้าวหน้า กลุ่มควบคุม 30คน ให้สุขศึกษาตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนให้โปรแกรมสุขศึกษาและภายหลังการ



ให้โปรแกรมสุขศึกษา 4 สัปดาห์ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการปวดดีขึ้นกว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ระดับอาการปวดลดลงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จิตพร คัมภีรานนท์ (2549) ได้ทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลชลประทาน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก การหลีกเลี่ยงแรงกดบริเวณข้อเข่า การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และมีภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระดับความเจ็บปวด องศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา และเวลาในการขึ้นบันไดดีกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญระดับสถิติและภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การควบคุมน้ำหนัก การหลีกเลี่ยงแรงกดบริเวณข้อเข่า การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และมีภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญระดับสถิติ

7. การบริหารโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง PROMISE Model

7.1 การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement: P)

7.1.1 ความหมาย และแนวคิดของการเสริมแรงทางบวก

นักวิชาการได้ให้ความหมายในแง่มุมต่างๆ ดังเช่น ประทีป จินฉัตร (2540) ได้อธิบายถึงหลักของการเสริมแรงทางบวกตามแนวคิดดังกล่าวว่าหลักการให้การเสริมแรงทางบวกอย่างมีประสิทธิภาพนั้นหลักการทั่วไป ดังนี้

1. การเสริมแรงทางบวกจะต้องให้หลังจากการเกิดพฤติกรรมเป้าหมายเท่านั้น การให้การชมเชยหรือให้สิ่งของก่อนการเกิดพฤติกรรมไม่ถือว่าเป็นการเสริมแรง
2. การเสริมแรงจะต้องกระทำทันทีที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น การเสริมแรงต่อพฤติกรรมเป้าหมายอย่างทันทีนั้น จะทำให้ผู้ที่ได้รับการเสริมแรงเกิดการเรียนรู้ได้ดีที่สุดว่าควรแสดงพฤติกรรมอะไร
3. การเสริมแรงควรจะให้สม่ำเสมอ นั่นคือควรให้การเสริมแรงทุกครั้ง หรือแทบทุกครั้งที่เกิดพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น ไม่ควรขึ้นอยู่กับอารมณ์ของผู้ดำเนินการปรับพฤติกรรม การให้การเสริมแรงไม่สม่ำเสมอ ทำให้การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมเกิดขึ้นได้น้อยมาก
4. ควรมีการบอกถึงเงื่อนไขการให้การเสริมแรง นั่นคือ ควรจะมีการบอกผู้ที่ถูกปรับพฤติกรรมว่าเขาควรแสดงพฤติกรรมอะไรในสภาพการณ์ใด แล้วจะได้รับอะไรเป็นการเสริมแรง



5. ตัวเสริมแรงนั้นควรมีปริมาณพอเหมาะที่จะเสริมแรงพฤติกรรมโดยไม่ก่อให้เกิดการหมดสภาพการเป็นตัวเสริมแรง นั่นคือ บางครั้งถ้าให้ตัวเสริมแรงมากเกินไปก็อาจทำให้เกิดการหมดสภาพการเป็นตัวเสริมแรงได้โดยเฉพาะตัวเสริมแรงประเภทตัวเสริมแรงปฐมภูมิ แต่ก็ไม่ควรจะให้น้อยเกินไปจนไม่มีพลังพอที่จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา

6. ตัวเสริมแรงนั้นจะต้องเลือกให้เหมาะกับแต่ละบุคคล เนื่องจากคนเรามีความแตกต่างกัน ดังนั้นตัวเสริมแรงของแต่ละคนจึงอาจไม่เหมือนกัน อีกทั้งในบางโอกาสตัวเสริมแรงที่เคยเสริมแรงคนๆ หนึ่งอาจจะไม่เสริมแรงคนๆ หนึ่งในเวลาต่อมาก็ได้

7. ถ้าเป็นไปได้ควรใช้ตัวเสริมแรงที่มีอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้น เช่น การใช้กิจกรรมที่ชอบทำมากที่สุด หรือการเสริมแรงทางสังคม เป็นต้น

8. ควรมีการใช้ตัวแบบหรือการชี้แนะควบคู่ไปกับการเสริมแรงด้วย เนื่องจากจะทำให้บุคคลได้เรียนรู้ได้เร็วขึ้นว่าควรจะทำพฤติกรรมเช่นใดจึงจะได้รับการเสริมแรง

9. ควรมีการวางแผนการใช้ตารางการเสริมแรง หรือยืดเวลาการเสริมแรง เมื่อพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอแล้ว ควรจะมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการเสริมแรงเสียใหม่ให้เป็นการใช้ตารางการเสริมแรงแทน หรืออาจจะใช้การยืดเวลาการเสริมแรงก็ได้ เพราะจะทำให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นคงอยู่ได้นานขึ้นแม้ว่าจะไม่ได้รับการเสริมแรงอีกเลยในอนาคตก็ตาม

การเสริมแรงทางสังคม : นอกจากนี้ ประทีป จินฺง (2540) ยังได้อธิบายถึงการเสริมแรงทางบวกที่เป็นการเสริมแรงทางสังคมว่า (Social reinforces) เป็นการเสริมแรงทางบวกอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นการแสดงออกโดยใช้คำพูดหรือท่าทางกับบุคคลหลังจากที่บุคคลแสดงพฤติกรรมเป้าหมายแล้ว อันมีผลทำให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมเป้าหมายเพิ่มขึ้นประเภทของการเสริมแรงทางสังคมอาจแบ่งเป็น

1. การใช้คำพูด โดยการชมเชย ยกย่อง
2. การใช้ลักษณะท่าทางโดยการยิ้ม พยักหน้า แตะหัว โดยการกอด ให้ความสนใจการยอมรับความคิดเห็น ฯลฯ

หลักในการใช้การเสริมแรงทางสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ

1. ต้องชมต่อหน้า
2. ต้องชมทันที
3. การชมนั้นจะต้องบอกว่าผู้ที่ถูกชมนั้นมีพฤติกรรมอะไรที่ดี โดยบอกให้ชัดเจน
4. การชมนั้นจะต้องบอกว่าคุณมีความรู้สึกที่ดีอย่างไรต่อการที่ผู้ที่ถูกชมแสดงพฤติกรรมที่ดีและการแสดงพฤติกรรมเช่นนั้นจะช่วยให้เขาดีขึ้นได้อย่างไร
5. หลังจากพูดชมและหยุดชั่วขณะหนึ่งแล้ว ควรใช้การแสดงความชื่นชมทางสีหน้าเพื่อให้ผู้ถูกชมมีความรู้สึกว่าคุณมีความรู้สึกดีอย่างไร



6. กระตุ้นให้ผู้ที่ถูกข่มขืนแสดงพฤติกรรมที่ดึ้นเพิ่มมากขึ้นอีก
7. จับมือ หรือแตะตัวผู้ที่ถูกข่มขืนให้เขามีความรู้สึกว่าคุณสนับสนุนเขา

การเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกร: เบี้ยอรรถกร (Token Economy) เป็นสัญลักษณ์หรือรูปแบบหลายอย่างอาจอยู่ในรูปของคะแนน เบี้ย ดาว คุปอง แสตมป์ เป็นต้น ซึ่งผู้ที่ได้รับสามารถนำไปแลกสิ่งต่างๆ ได้ตามต้องการของแต่ละบุคคลภายใต้อำนาจการแลกเปลี่ยนของแต่ละชนิด มิคุลาส (Mikulas. 1978: 89-94) กล่าวว่า การเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกรเป็นการให้เสริมทางบวกวิธีหนึ่งจัดเป็นลักษณะหนึ่งของการให้เสริมแรง ที่เรียกว่า “สัญญาที่ตกลงกันไว้” (Contingency Contracting) ซึ่งสัญญาที่ตกลงกันไว้จะมีลักษณะที่ชัดเจนและทำให้ทุกคนเกิดความเข้าใจเป็นอย่างดีซึ่งทำให้บุคคลเกิดความคาดหวังในผลของพฤติกรรมที่แตกต่างกัน นักปรับพฤติกรรมจะเป็นผู้ทำข้อตกลงต่างๆ กับผู้ที่เกี่ยวข้อง และใช้เบี้ยเป็นตัวเสริมแรง เรียกว่า “เบี้ยอรรถกร”

ข้อจำกัดของการเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกร แคชดิน (Kazdin, 1977: 45) ได้เสนอข้อจำกัดของการเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกรไว้ดังต่อไปนี้ คือ

1. การให้เบี้ยอรรถกรมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการแสดงพฤติกรรมที่พึงปรารถนา ฉะนั้นบุคคลจึงเรียนรู้ว่าเบี้ยอรรถกรเป็นสัญญาณที่แสดงให้ทราบว่าการแสดงพฤติกรรมนั้นได้รับการเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกร เมื่อถึงเวลาต้องคิดให้เบี้ยอรรถกรพฤติกรรมนั้นจึงลดลง ถ้าต้องการให้อัตราการแสดงพฤติกรรมนี้ยังคงเดิม จึงต้องใช้เสริมตัวอื่นที่มีคุณค่า เช่น เกรด เงิน และคำชมเชยมาแทนเบี้ยอรรถกรหรืออาจใช้สถานการณ์ที่มีอยู่ตามธรรมชาติ เช่น สิทธิพิเศษ กิจกรรม และเสริมทางสังคมแทนได้

2. มีปัญหาในการเก็บรักษาเบี้ย บางคนอาจได้เบี้ยมาโดยไม่ถูกต้อง เช่น ขโมยของจากเพื่อน แทนที่จะแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ซึ่งทำให้เบี้ยอรรถกรมีประสิทธิภาพน้อยลง วิธีป้องกันการขโมยทำได้โดยการให้เบี้ยอรรถกรที่แตกต่างกันสำหรับแต่ละบุคคล ส่วนการทำเบี้ยหายก็ให้ผู้แสดงพฤติกรรม

แคชดิน (Kazdin, 1977 : 47) กล่าวถึงขั้นตอนในการเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกรไว้ดังนี้คือ

1. กำหนดพฤติกรรมที่เป็นจุดประสงค์พร้อมทั้งนิยามลักษณะของพฤติกรรมไว้ชัดเจนและวิธีการวัดลักษณะพฤติกรรมนั้น
2. เลือกวิธีการที่ทดลองที่สามารถประเมินผลการเสริมแรงได้
3. เลือกสิ่งที่จะนำมาใช้เป็นเบี้ย เลือกตัวเสริมแรงที่จะนำมาแลกและกำหนดอัตราการแลกเปลี่ยนที่แน่นอน

แคชดิน (Kazdin, 1977 : 51) กล่าวถึงการให้เบี้ยอรรถกรไว้ว่า เบี้ยอรรถกรเป็นสิ่งที่ใช้เป็นตัวกลาง สำหรับการแลกเปลี่ยน สิ่งที่มีนิยมนำมาใช้เป็นเบี้ยมีหลายชนิด เช่น ไข่ ดาว คะแนน ความดี



ของเครื่องนับครั้ง การเจาะรูกระดาษแข็ง เหยียญที่ผลิตเอง ฯ การเลือกสิ่งต่างๆ ดังกล่าวขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมลักษณะของปัญหาและกลุ่มตัวอย่างซึ่งต้องคำนึงถึงดังต่อไปนี้

1. เบี้ยต้องมีลักษณะพิเศษยากต่อการปลอมแปลง
2. สะดวกในการใช้พกติดตัวได้ง่าย
3. มีลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลเพื่อมิให้เกิดการขโมยหรือแลกเปลี่ยนพร้อมทั้งสะดวกในการให้และการตรวจสอบจำนวนพฤติกรรมและสิ่งแลกเปลี่ยนที่แต่ละคนพึงพอใจ

7.1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมแรงทางบวก

การเสริมแรงทางบวกเป็นเทคนิคสำคัญที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกิดจากการเฝ้าของอีกบุคคลหนึ่ง เป็นตัวแปรสำคัญที่ได้มีการศึกษาค้นคว้าอย่างต่อเนื่อง ดังเช่น กาแลซซี กาแลซซี และลิทซ์ (Galassi, Galassi, & Litz, 1974) ได้ศึกษา ผลการฝึกการกล้าแสดงออก โดยให้ข้อมูลย้อนกลับด้วยเทปบันทึกภาพ (Videotape) พร้อมกับการเสริมแรงทางสังคม การให้คำชมเชย กับนักศึกษาที่มีพฤติกรรมไม่กล้าแสดงออก กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาวิชาจิตวิทยาเบื้องต้นที่ West Virginia University จำนวน 32 คนซึ่งสุ่มจากนักศึกษาจำนวน 103 คน โดยศึกษาเป็น 4 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับการฝึกครั้งละประมาณ 1 ½ ชั่วโมง เป็นเวลา 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้งต่อเนื่องกัน ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการฝึกใดๆ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ The College Self-expression Scale (CSES) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการทดสอบก่อนและหลังการฝึกผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการฝึกมีพฤติกรรมการแสดงออกอย่างเหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และผลจาก Subjective Unit of Disturbance Scale แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกการกล้าแสดงออกมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึก อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่สามารถประเมินได้ว่า เทปบันทึกภาพมีประสิทธิภาพในการช่วยให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้รับการฝึกหรือไม่ แต่กลุ่มตัวอย่างได้จัดอันดับเทปบันทึกภาพไว้ในอันดับที่ 1 และอันดับที่ 4 ที่มีความสำคัญในการฝึกการกล้าแสดงออกและช่วยให้ผู้เข้ารับการฝึกสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่นเดียวกับ มอริส (Morris, 1975) ได้เสนอวิธีการและเทคนิคในการฝึกพฤติกรรม กล้าแสดงออกที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) การสวมบทบาท คือ การให้ผู้มีปัญหาได้ฝึกซ้อมการแสดงออกที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ 2) การแสดงแบบ หรือการกลับบทใช้เมื่อจะเป็นแม่แบบในการตอบสนองที่เห็นว่าเหมาะสมและผู้มีปัญหาสามารถปฏิบัติตามได้ในสถานการณ์ฝึก 3) การให้รางวัลและชี้แนะ เป็นการให้คำชมเชยให้ผู้มีปัญหาที่มีแรงจูงใจในการเพิ่มความถี่และความเข้มของพฤติกรรมที่ต้องการแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะเชิงจูงใจต่อ พฤติกรรมที่ผู้มีปัญหาแสดงออกมา โดยให้เป็นตัวของตัวเองมากที่สุด

7.2 การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result Based Management – RBM: R)

7.2.1 ความเป็นมาการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์



จากแนวคิดของการบริหารจัดการแนวใหม่ (New management) ที่มุ่งเน้นการให้ความสำคัญต่อ ความประหยัด (Economy) ใช้ต้นทุนหรือทรัพยากรการผลิตอย่างเหมาะสม และมีความคุ้มค่าที่สุด ประสิทธิภาพ (Efficiency) ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานให้ได้ผลงานในระดับที่สูงกว่าปัจจัยนำเข้า และประสิทธิผล (Effectiveness) ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

7.2.3 ความหมายการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์

การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result Based Management) คือ วิธีการบริหารที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์หรือผลการปฏิบัติงานเป็นหลัก โดยมีการวัดผลการปฏิบัติงานด้วยตัวชี้วัดอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อให้บรรลุ วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ทำให้ผู้บริหารทราบผลความก้าวหน้าของการดำเนินงานเป็นระยะ ๆ แลแก้ไขข้อบกพร่องได้ทันเวลาที่เป็นการควบคุมทิศทางดำเนินงานให้มุ่งสู่วิสัยทัศน์ฯ ของหน่วยงาน ส่วนงานบริการ หรือกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่ทำเสร็จสมบูรณ์พร้อมส่งมอบให้ประชาชนผู้รับบริการ ผลผลิตเป็นผลงานที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมโดยตรง

7.2.4 ลักษณะของการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์

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

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 - วัดได้ตามช่วงเวลาที่กำหนด

เกณฑ์มาตรฐานของตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (KPI) คือ

1. ประสิทธิภาพ (Effectiveness) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ กับเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนด แบ่งเป็น

1.1 ประสิทธิภาพเชิงต้นทุน เป็นการวัดความคุ้มค่าจากการลงทุน 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

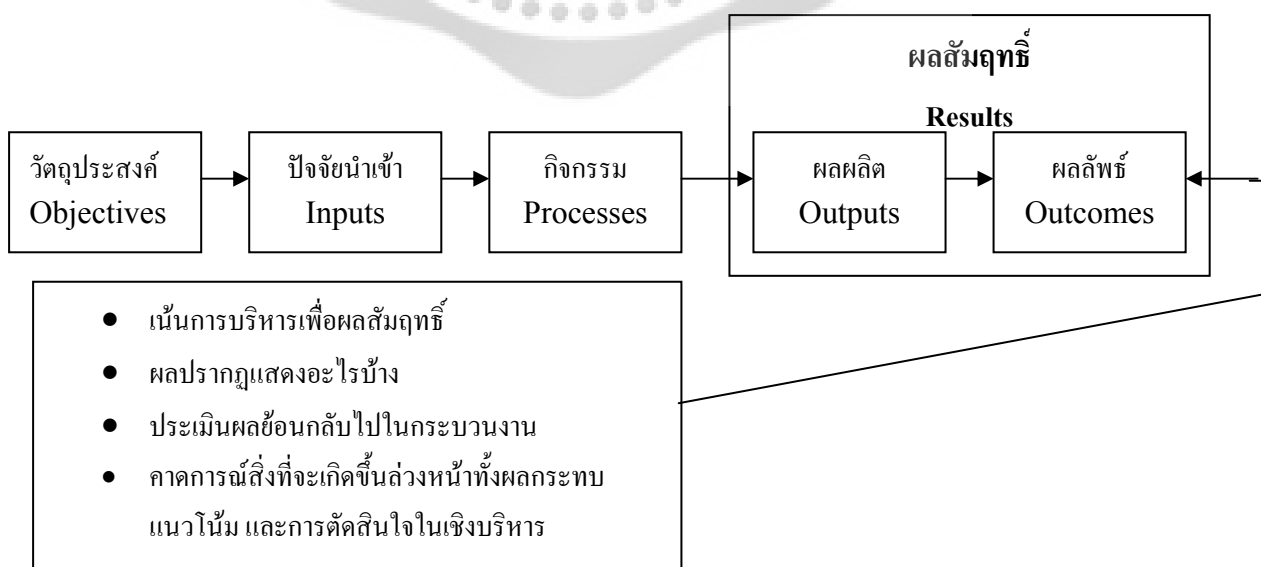
2.2 วัดจากแรงงาน เช่น วัดจากจำนวนเจ้าหน้าที่ หรือเวลาที่ใช้ผลิต

3. ความประหยัด (Economy) เช่น ร้อยละของต้นทุนที่ลดลง

4. คุณภาพ (Quality) วัดความถูกต้อง ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

5. ความสามารถในการให้บริการได้ตามเวลาที่กำหนด (Timeliness) เช่น ร้อยละของผู้ประกอบการที่ได้รับเอกสารการจดทะเบียนภายในเวลามาตรฐาน

การวิเคราะห์ผล เป็นการพิจารณาผลการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริงเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด แล้วประเมินย้อนกลับเข้าไปในกระบวนการทำงานขององค์กร เพื่อคาดหมายถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้า ผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นและแนวโน้มการตัดสินใจในเชิงบริหาร



ภาพประกอบ 21 สรุปองค์ประกอบในการวัดผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงาน

(สำนักงานข้าราชการพลเรือน, 2541)



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

7.3 การมองโลกแง่ดี (Optimism: O)

7.3.1 ความหมาย และแนวคิดเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี

การมองโลกในแง่ดี ได้มีนักวิชาการตลอดจนนักจิตวิทยา ได้ให้ความหมายของการมองโลกในแง่ดี ไว้ดังนี้ โกลแมน (Goleman, 1995: 97-101) ได้กำหนดให้การมองโลกในแง่ดีเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในการรู้จักตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของปรีชาเชิงอารมณ์ (Emotional Intelligent) โดยที่คนมองโลกในแง่ดีจะเห็นว่าทุกสิ่งทุกอย่างไม่ได้เลวร้าย มีพลังโอกาสที่จะพลิกผันสถานการณ์ที่เลวร้ายให้กลับคืนดีได้ เซลิเกแมน (Seligman, 2006: 40-51) ได้ให้ความหมายของการมองโลกในแง่ดีว่าหมายถึง ความคิด ความเชื่อในเหตุผลทางบวกต่อเหตุการณ์ที่ไม่พึงปรารถนาที่ผ่านเข้ามาในชีวิตโดยใช้รูปแบบการอธิบายให้เหตุผลตนเองแบ่งออกเป็น 3 มิติ คือ

1. ความคงทนถาวรของเหตุการณ์ว่าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นแบบชั่วคราวหรือถาวร
2. ความเป็นตนเอง ซึ่งเป็นรูปแบบการอธิบายตนเอง ที่บุคคลเชื่อว่าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเพราะตนเองหรือบุคคลอื่น

3. ความครอบคลุมของเหตุการณ์ว่าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเฉพาะบุคคลหรือเกิดกับบุคคลทั่วไป

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมองโลกในแง่ดี : การศึกษาวิจัยของเซลิเกแมน (Seligman, 2006: 125-129) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบการอธิบายตนเองเพื่อการมองโลกในแง่ดี มีดังนี้

1. การถ่ายทอดจากผู้ปกครอง (Intergenerational transmission) เนื่องจากตั้งแต่วัยเด็กนั้นเด็กมีเวลาอยู่กับผู้ปกครองเป็นส่วนใหญ่ และได้รับรู้รูปแบบและแนวคิดการอธิบายตนเองต่อเหตุการณ์ทั้งที่ดีและเลวร้าย และเด็กก็จะซึมซับรับเอารูปแบบและแนวคิดในการอธิบายตนเองนั้นไว้ซึ่งจะยืนยันโดยงานวิจัยของเซลิเกแมนได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการอธิบายตนเองและความเข้มแข็งของเด็กและผู้ปกครอง พบว่ารูปแบบการอธิบายเหตุการณ์เลวร้ายของมารดาและเด็กมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ของรูปแบบการอธิบายตนเองระหว่างเด็กและบิดา



2. การให้ข้อมูลป้อนกลับของผู้ใหญ่ (The role of adult feedback) ในสังคมมนุษย์จะพบเหตุผลมากมายที่ผู้หญิงได้รับประสบการณ์ที่ทำให้ผู้หญิงช่วยเหลือตนเองได้น้อยจากที่เธออาศัยอยู่ โดยที่เด็กผู้ชายจะถูกผู้ใหญ่หรือผู้ปกครองจับตามองทุกพฤติกรรมไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมที่ถูกหรือผิด ในขณะที่เด็กผู้หญิงมักจะถูกเพิกเฉย เด็กผู้ชายจะถูกฝึกฝนให้พึ่งพาตนเอง ขณะที่เด็กผู้หญิงจะถูกสั่งสอนให้พึ่งพาผู้อื่น และเมื่อเขาเหล่านั้นเติบโตขึ้น ผู้หญิงจะค้นพบตนเองว่า ในสังคมและวัฒนธรรมทำให้เธอถูกทำให้ด้อยค่าในกฎการเป็นภรรยาและการเป็นมารดา เมื่อผู้หญิงออกสู่โลกของการทำงาน เธอก็พบว่าประสิทธิภาพของความสำเร็จในการทำงานของเธอต่ำกว่าผู้ชาย เมื่อเธอแสดงความคิดเห็นจะได้รับการยอมรับน้อยกว่าผู้ชายแม้ว่าเธอจะบริหารงานได้ดีกว่าผู้ชายก็ตาม ซึ่งภาวะนี้ทำให้ผู้หญิงเกิดความเครียดมากกว่าผู้ชาย

3. การได้รับความบอบช้ำทางจิตใจครั้งแรก (First major trauma) เวลาและสภาพความเป็นจริงของบุคคลที่ได้รับความบอบช้ำทางจิตใจและเกิดการสูญเสีย ชั่งบราวน์ และแฮร์ริส (Brown & Harris, 1978 : 789) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความซึมเศร้าในหญิงที่ใช้แรงงานและหญิงที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่อยู่ในระดับกลางในกรุงลอนดอน ก็พบว่าความซึมเศร้าในปัจจุบันของหญิงเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียมารดาในอดีตก่อนอายุ 11 ปี ที่เป็นเช่นนี้เพราะการสูญเสียมารดาเป็นเหตุการณ์เลวร้ายที่สำคัญที่เกิดขึ้นจริงและไม่สามารถแก้ไขได้

4. ความล้มเหลวในการแก้ปัญหา (When solutions do not work) หมายถึง การทำงานที่เด็กต้องใช้ความคิดและความเข้าใจแต่เด็กกลับล้มเหลวในการแก้ปัญหานั้น ซึ่งจากการศึกษาของ นอร์เลน (Norlen-hoeksema, 1988 : 91-114) พบว่าส่วนใหญ่ในเด็กที่มีอายุ 4-5 ปีจะมีการตอบคำถามโดยไม่มีการอธิบายแต่จะพูดถึงการแก้ปัญหา ขณะที่เด็กอายุ 6 ปี ส่วนใหญ่จะตอบคำถามในลักษณะการอธิบายสาเหตุ จากการศึกษาสรุปได้ว่า การแก้ปัญหาก็เกิดขึ้นก่อนการอธิบายสาเหตุดังนั้นเมื่อเด็กล้มเหลวในการแก้ปัญหา เด็กจะต้องพัฒนาทฤษฎีนามธรรมขั้นสูง (Abstract theory) เพื่อนำไปสู่คำตอบใหม่ ซึ่งในขั้นนี้เด็กจะใช้การอธิบายสาเหตุ ซึ่งเป็นเป้าหมายให้เกิดรูปแบบของการอธิบายขึ้นนั่นเอง

7.3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมองโลกในแง่ดี

งานวิจัยในประเทศไทยได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดีพบว่า สุริย์พร ไชยฤกษ์ (2550: 96-108) ได้ทำการศึกษาปัจจัยบางประการที่ส่งผลต่อการมองโลกในแง่ดีของนักเรียน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระระดับนักเรียน ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ลักษณะมุ่งอนาคต และการอบรมเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผล และตัวแปรอิสระระดับห้องเรียน ได้แก่ บรรยากาศในชั้นเรียน และการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญกับการมองโลกในแง่ดี และค้นหาตัวแปรอิสระระดับนักเรียนและตัวแปรอิสระระดับห้องเรียนที่ส่งผลต่อการมองโลกในแง่ดี ซึ่งมีรูปแบบการวิเคราะห์ 2 ระดับ ได้แก่ ระดับนักเรียน และระดับห้องเรียน



ผลการวิจัยพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรอิสระระดับนักเรียน ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ลักษณะมุ่งอนาคต และการอบรมเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผลกับการมองโลกในแง่ดี มีค่าเท่ากับ 0.662 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรอิสระระดับห้องเรียน ได้แก่ บรรยากาศในชั้นเรียน และการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญกับการมองโลกในแง่ดี มีค่าเท่ากับ 0.50 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรอิสระระดับนักเรียน ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ลักษณะมุ่งอนาคต และการอบรมเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผลส่งผลต่อการมองโลกในแง่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และตัวแปรอิสระระดับห้องเรียน ได้แก่ บรรยากาศในชั้นเรียน และการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญไม่ส่งผลต่อการมองโลกในแง่ดี แต่ส่งผลต่อค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของการเห็นคุณค่าในตนเองที่ส่งผลต่อการมองโลกในแง่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้ งานวิจัยในต่างประเทศให้ความสนใจที่จะทำการศึกษาในตัวแปรดังกล่าว เช่น คาทิ ไฮโนเนน และคณะ (Kati Heinonen et al., 2005) ได้ทำการศึกษาเยาวชน 21 ปี เกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองในวัยรุ่นตอนต้นและวัยรุ่นตอนปลาย เพื่อพยากรณ์รูปแบบการอธิบายตนเองเพื่อการมองโลกในแง่ดีและการมองโลกในแง่ร้ายในผู้ใหญ่ของประเทศฟินแลนด์ ผลการวิจัยพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการอธิบายตนเองเพื่อการมองโลกในแง่ดีและการมองโลกในแง่ร้ายในวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7.4 แรงจูงใจ (Motivation: M)

7.4.1 ความหมาย และแนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจ

การนิยามให้ความหมายของนักวิชาการแต่ละท่านยังพบว่า มีความแตกต่างกันไปบ้าง ดังเช่น แมคเคลแลนด์ (พิมพ์พัชร พงษ์ตน, 2544: 9; อ้างอิงจาก McClelland, 1953: 104) กล่าวว่า แรงจูงใจ หมายถึง ความปรารถนาที่จะทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้ประสบความสำเร็จด้วยมาตรฐานอันดีเลิศและเหนือกว่าผู้อื่น เช่นเดียวกับ บราวน์ (สุชาพร ฉายะรติ, 2547: 28; อ้างอิงจาก Brown, 1981: 121-122) กล่าวว่า แรงจูงใจ คือ แรงขับและแรงกระตุ้นสภาวะทางอารมณ์หรือความปรารถนาภายในที่ผลักดันให้บุคคล แสดงออกถึงความต้องการ แรงขับภายในของเอ็กต์บุคคลมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับเงื่อนไขทางสภาวะแวดล้อม บอลล์ (พิมพ์พัชร พงษ์ตน, 2544: 9; อ้างอิงจาก Ball, 1982: 1256) กล่าวว่าแรงจูงใจหมายถึง กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้น การควบคุมพฤติกรรม หรือการทำให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่

ประเภทของแรงจูงใจในแนวทางเดียวกัน 2 ประเภท คือ

1. แรงจูงใจภายใน (Intensive Motivation) เป็นแรงจูงใจที่มาจากภายในตัวบุคคล เป็นแรงขับที่ทำให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมโดยไม่หวังรางวัลหรือแรงเสริมจากภายนอก เพราะเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความสนใจของผู้แสดงพฤติกรรม มองเห็นคุณค่าในตัวเอง มีความสุขหรือ



พึงพอใจในสิ่งนั้นซึ่งความรู้สึกมีความสุขนั่นเองที่เป็นรางวัลหรือสิ่งตอบแทนที่เขาได้รับ เช่น การเล่นวิดีโอเกม การร้องเพลงในห้องน้ำ การเก็บรักษาไดอารี่ส่วนตัว เป็นต้น

2. แรงจูงใจภายนอก (Extensive Motivation) เป็นแรงจูงใจที่ได้รับอิทธิพลจากภายนอกจูงใจให้เกิดพฤติกรรมเป็นความต้องการที่จะปฏิบัติเพื่อให้ได้รับสิ่งตอบแทน หรือรางวัลหรือหลีกเลี่ยงจากผลที่ไม่พึงปรารถนา แรงจูงใจเหล่านี้ เช่น แรงเสริมชนิดต่าง ๆ ตั้งแต่คำชมรางวัลที่เป็นสิ่งของ เงิน ตัวแปรต่าง ๆ ที่มาจากบุคคล ลักษณะของเหตุการณ์ สิ่งแวดล้อมภายนอก เป็นต้น(อารี พันธัมณี, 2546: 270; สุรางค์ ไคว์ตระกูล, 2544: 169)

ทฤษฎีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของแมคคลีแลนด์ (McClelland) อารี พันธัมณี (2546) ได้อธิบายว่าทฤษฎีนี้เน้นอธิบายการจูงใจของบุคคลที่กระทำการเพื่อให้ได้มาซึ่งความต้องการความสำเร็จมิได้หวังรางวัลตอบแทนจากการกระทำของเขา ซึ่งความต้องการความสำเร็จนี้ในแง่ของการทำงานหมายถึงความต้องการที่จะทำงานให้ดีที่สุดและทำให้สำเร็จผลตามที่ตั้งใจไว้ เมื่อตนทำอะไรสำเร็จได้ก็จะเป็นแรงกระตุ้นให้ทำงานอื่นสำเร็จต่อไป หากองค์กรใดมีพนักงานที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์จำนวนมาก ก็จะเจริญรุ่งเรืองและเติบโตเร็ว ในช่วงปี ค.ศ. 1940 นักจิตวิทยาชื่อ เดวิด แมคคลีแลนด์ (David I. McClelland) ได้ทำการทดลองโดยใช้แบบทดสอบการรับรู้ของบุคคล (Thematic Apperception Test (TAT)) เพื่อวัดความต้องการของมนุษย์ โดยแบบทดสอบ TAT เป็นเทคนิคการนำเสนอภาพต่าง ๆ แล้วให้บุคคลเขียนเรื่องราวเกี่ยวกับสิ่งที่เขาเห็น จากการศึกษาวิจัยของแมคคลีแลนด์ได้สรุปคุณลักษณะของคนที่มีความจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูงมีความต้องการ 3 ประการที่ได้จากแบบทดสอบ TAT ซึ่งเขาเชื่อว่าเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะเข้าใจถึงพฤติกรรมของบุคคลได้ดังนี้

1. ความต้องการความสำเร็จ (Need for Achievement (nAch) เป็นความต้องการที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ให้เต็มที่และดีที่สุดเพื่อความสำเร็จ จากการวิจัยของแมคคลีแลนด์ พบว่าบุคคลที่ต้องการความสำเร็จ (nAch) สูง จะมีลักษณะชอบการแข่งขัน ชอบงานที่ท้าทาย และต้องการได้รับข้อมูลป้อนกลับเพื่อประเมินผลงานของตนเอง มีความชำนาญในการวางแผน มีความรับผิดชอบสูง และกล้าที่จะเผชิญกับความล้มเหลว

2. ความต้องการความผูกพัน (Need for Affiliation (nAff)) เป็นความต้องการการยอมรับจากบุคคลอื่น ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ต้องการสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น บุคคลที่ต้องการความผูกพันสูงจะชอบสถานการณ์การร่วมมือมากกว่าสถานการณ์การแข่งขัน โดยจะพยายามพยายามสร้างและรักษาความสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่น

3. ความต้องการอำนาจ (Need for power (nPower) เป็นความต้องการอำนาจเพื่อมีอิทธิพลเหนือผู้อื่น บุคคลที่มีความต้องการอำนาจสูง จะแสวงหาวิถีทางเพื่อให้ตนมีอิทธิพลเหนือบุคคลอื่นต้องการให้ผู้อื่นยอมรับหรือยกย่อง ต้องการความเป็นผู้นำ ต้องการงานให้เหนือกว่าบุคคลอื่น และจะกังวลเรื่องอำนาจมากกว่าการทำงานให้มีประสิทธิภาพ



ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs theory): นาง ลักษณ์ ไหว้พรหม (2547) อธิบายว่าเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งกำหนดโดยนักจิตวิทยาชื่อมาสโลว์ (Abraham Maslow) เป็นทฤษฎีการจูงใจที่มีการกล่าวขวัญ อย่างแพร่หลาย มาสโลว์มองว่าความต้องการของมนุษย์มีลักษณะเป็นลำดับขั้น จากระดับต่ำสุดไป ยังระดับสูงสุด เมื่อความต้องการในระดับหนึ่งได้รับการตอบสนองแล้ว มนุษย์ก็จะมีความต้องการ อื่นในระดับที่สูงขึ้นต่อไป ลักษณะความต้องการตามหลักการของมาสโลว์ มีดังนี้

ขั้นที่ 1 ความต้องการด้านสรีระ (Physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของ มนุษย์เพื่อความอยู่รอด เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค อากาศ น้ำดื่ม การพักผ่อน เป็นต้น

ขั้นที่ 2 ความต้องการความปลอดภัยและมั่นคง (Security or safety needs) เมื่อมนุษย์ สามารถตอบสนองความต้องการทางร่างกายได้แล้ว มนุษย์ก็จะเพิ่มความต้องการในระดับที่สูงขึ้น ต่อไปเช่น ความต้องการความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ความต้องการความมั่นคงในชีวิตและ หน้าที่การงาน เป็นต้น

ขั้นที่ 3 ความต้องการได้รับความรักและเป็นเจ้าของ (Affiliation or Acceptance needs) เป็น ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งเป็นธรรมชาติอย่างหนึ่งของมนุษย์ เช่น ความต้องการให้ และได้รับซึ่งความรัก ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ ความต้องการได้รับการยอมรับ การ ต้องการได้รับความชื่นชมจากผู้อื่น เป็นต้น

ขั้นที่ 4 ความต้องการได้รับการยกย่อง (Esteem needs) หรือ ความภาคภูมิใจในตนเอง เป็น ความต้องการการได้รับการยกย่อง นับถือ และสถานะจากสังคม เช่น ความต้องการได้รับความ เคารพนับถือ ความต้องการมีความรู้ความสามารถ เป็นต้น

ขั้นที่ 5 ความต้องการบรรลุศักยภาพของตนเองอย่างแท้จริง (Self-actualization) เป็นความ ต้องการสูงสุดของแต่ละบุคคล เช่น ความต้องการที่จะทำทุกสิ่งทุกอย่างได้สำเร็จ ความต้องการทำ ทุกอย่างเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง เป็นต้น

แอทกินสัน (Atkinson, 1991: 52) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของแรงจูงใจไว้ 3 ประการ คือ

1. ความคาดหวัง (Expectation) คือ การคาดการณ์ล่วงหน้าถึงผลจากการกระทำของตนเอง ผู้ที่ มีแรงจูงใจสูงจะมีความคาดหวังล่วงหน้าถึงผลสำเร็จในงานที่ตนทำ
2. สิ่งล่อใจ (Incentive) คือ ความพึงพอใจที่ได้รับจากการทำงาน เช่น งานที่ตนสนใจงานที่ ตนถนัด งานที่ให้ผลตอบแทนสูง หากบุคคลใดพอใจในสิ่งล่อใจจะทำให้บุคคลนั้นเกิดแรงจูงใจสูง ด้วย



3. ความอยากรู้อยากเห็น คือ ความพึงพอใจจากการที่บุคคลกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งกล่าวคือ การที่บุคคลทำสิ่งใดก็หวังเพียงความสุข ความพึงพอใจกับการที่ได้ทำสิ่งนั้นๆ โดยปราศจากการคำนึงถึงผลว่า จะประสบความสำเร็จ หรือประสบความสำเร็จล้มเหลว

7.4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ

มีการศึกษาจำนวนมากที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ เพราะว่าเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้เกิดพฤติกรรม ดังเช่น แอตตาเวย์ (Attaway, 2008) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติด้านบวกต่อสถาบันการศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจในการเรียนและปัจจัยทางสังคม โดยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนเกรด 7 และเกรด 8 แบ่งเป็นเพศชาย-หญิง และตามเชื้อชาติ จำนวน 208 คน ผลการวิจัยปรากฏว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติด้านบวกต่อสถาบันการศึกษาสูงจะมีแรงจูงใจในการเรียนสูงตามไปด้วย และปัจจัยด้านเพศพบว่า เพศหญิงจะมีแรงจูงใจสูงกว่า ส่วนด้านเชื้อชาติพบว่า อาฟริกันอเมริกัน จะมีแรงจูงใจสูงกว่า นอกจากนี้ อาร์ทแมน (Artman, 2008) ได้ศึกษาถึงปัจจัยด้านแรงจูงใจในการเอาชนะอุปสรรคในการเรียนการสอนผ่านระบบออนไลน์ของหลักสูตรธุรกิจศึกษา โดยผู้วิจัยทำการเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้มีการสอนระบบออนไลน์ ผลจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยแรงจูงใจภายใน และภายนอกและอุปกรณ์ช่วยสอน ต่างก็เป็นตัวช่วยเสริมให้การเรียนการสอนเป็นไปได้อย่างดี ตรงกันข้าม หากไม่มีการให้ปัจจัยแรงจูงใจใด ๆ การจัดการศึกษาก็ล้มเหลว อาร์โนลด์ (Arnold, 2009) ได้ศึกษาถึงยุทธศาสตร์ในการอ่านกับแรงจูงใจในการอ่านของนักเรียนที่ปรับตัวดี ปานกลาง และปรับตัวไม่ดีหรือไม่ปรับตัว โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างในระดับเกรด 4 จำนวน 99 คน และเกรด 5 จำนวน 97 คน ซึ่งเป็นนักเรียนสองภาษาชาวสเปน โดยให้ปัจจัยที่สร้างแรงจูงใจ เช่น การสอนยุทธศาสตร์การอ่านที่เข้มข้น เนื้อหาการอ่านที่มากทั้งคุณภาพและปริมาณ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้ปัจจัยป้อนดังกล่าว และเป็นกลุ่มที่มีการปรับตัวดี จะประสบความสำเร็จในการอ่านมากกว่าอีกสองกลุ่มที่เหลือ ซึ่งพิสูจน์ได้ว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการประสบความสำเร็จในการเรียนอย่างเด่นชัด

7.5 การให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Individual or Clients-Center Approach: I)

7.5.1 ความหมาย และแนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Individual or Clients-Center Approach: I)

จากการปรับเปลี่ยนหลักการและแนวคิดสำหรับการดูแลและการให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการที่เน้นการตั้งรับเป็นหลัก มาเป็นการให้บริการโดยคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Clients-Center Approach) ของการให้บริการนั้นๆ จะเป็นสิ่งสำคัญและเป็นความท้าทายอย่างยิ่งต่อการทำงานขององค์กรทุกภาคส่วนในสังคม ไม่ว่าจะเป็นองค์กรภาครัฐบาล ภาคเอกชน ภาค



ประชาชนและแม้แต่ภาคธุรกิจที่ไม่มุ่งแสวงหากำไร ทั้งนี้ เพื่อรองรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (3C) ได้แก่

1. Change เหตุที่ต้องมีการปรับตัวเพราะโลกมีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะผู้รับบริการที่มีอิทธิพลต่อภารกิจขององค์กร เช่น การร้องขอ ดังนั้น จะบริหารจัดการแบบเดิมไม่ได้ เนื่องจากผู้รับบริการก็คือประชาชนที่มีความสำคัญมากขึ้น
2. Clients การให้บริการที่ต้องให้ความสำคัญกับผู้รับบริการเป็นลำดับแรก
3. Competition ภาวะการแข่งขันขององค์กรทุกระดับเพื่อสร้างคุณค่าและช่วงชิงความเป็นหนึ่งในการให้บริการทั้งภายในและภายนอกองค์กร

และความสำคัญดังกล่าวข้างต้นนี้เอง “การให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง” จึงได้ปรากฏขึ้นมาในฐานะวิธีการเพื่อรองรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทั้งยังสามารถสนองตอบต่อความต้องการของผู้รับบริการควบคู่กับเป้าหมายของการให้บริการได้เป็นอย่างดี

พัฒนาการทางความคิดทางด้านสุขภาพกับการดูแลผู้รับบริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง: อรรถประโยชน์จากการดำเนินงานที่มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นลำดับแรกของโรเจอร์ ได้เป็นต้นแบบทางความคิดสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนาด้านอื่นๆ ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ดังเช่น ในวงการการศึกษาที่มีการจัดการศึกษาและการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Student-Center) วงการอุตสาหกรรมที่เน้นแรงงานและผู้นำเป็นความสำคัญลำดับแรกในการพัฒนาขององค์กร สายการพัฒนาองค์กร การพัฒนางานด้านสาธารณสุข กิจกรรมแบบข้ามวัฒนธรรมและหลากหลายวัฒนธรรม ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ และในทางการเมืองที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา

นายแพทย์ขึ้น เตชามหาชัย (2546) ได้กล่าวถึงการบริหารจัดการงานโรงพยาบาลและงานสาธารณสุขที่ได้นำแนวคิดของการดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวม โดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางไว้อย่างน่าสนใจว่า

“...การดูแลสุขภาพประชาชนก็เช่นกัน องค์ความรู้และเทคโนโลยีเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วมาก ความรู้ทางเทคนิควิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ความรู้ในการบริหารจัดการ โครงการส่งเสริมสุขภาพอย่างได้ผล สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรมในพื้นที่ ประสพการณ์ ความรู้ความชำนาญเฉพาะบุคคล ในการบริหารจัดการองค์ความรู้ต่างๆ วัฒนธรรมองค์กรในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ เหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ต้องมีการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน โรงพยาบาลก็เช่นกัน โรงพยาบาลเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ เป็นองค์กรที่มีวิสัยทัศน์ พันธกิจ ปรัชญา นโยบาย และรูปแบบการนำองค์กรการบริหารจัดการด้านต่างๆ เป็นของตนเอง มีทีมบุคลากรหลากหลายสาขาที่มีความรู้ความชำนาญต่างๆ จำนวนมาก มาอยู่รวมกัน มีเทคโนโลยีและแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชน ในแบบฉบับของตนเอง ได้รับความเชื่อถือไว้วางใจจากคนในชุมชน อยู่ในชุมชน ทราบถึงชีวิตความเป็นอยู่ สังคม วัฒนธรรม จิตใจ อารมณ์ และสภาวะ



สุขภาพของคนในชุมชน เป็นที่พึ่งพาของประชาชนในพื้นที่ มีศักยภาพ และความพร้อมในการดูแล และเป็นผู้นำด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งต้องอาศัยเทคโนโลยี ความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์ และความร่วมมือของบุคลากรทุกฝ่าย เป็นทีมสาขาวิชาชีพเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยเน้นผู้รับบริการ หรือประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีการพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมาย ทั้งที่เจ็บป่วย และที่ยังมีสุขภาพดี เพื่อลดการเจ็บป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน และเสริมสร้างสุขภาพ สมรรถภาพในทุกมิติ คำนึงถึงประโยชน์ ความต้องการ และความพึงพอใจของผู้มารับบริการ และประชาชนไม่ใช่การดูแลสุขภาพแบบแยกส่วน เป็นรายโรค รายอวัยวะแยกสุขภาพกายออกจากมิติด้านอื่นๆ ที่ประกอบเป็นคนคนนั้น ไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และความเป็นอยู่การจะดูแลสุขภาพผู้รับบริการให้เกิดการบูรณาการ มีการผสมผสาน โดยคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และมีเครือข่ายองค์ความรู้ เพื่อการประสานส่งต่อการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมีกลยุทธ์ในการดำเนินงาน มีการบริหารจัดการระบบ การดูแลสุขภาพในลักษณะ ให้เกิดความคล่องตัวสะดวกต่อผู้รับบริการ ได้ข้อมูลต่างๆ ครอบคลุมปัญหาของผู้รับบริการ...”

ดังนั้น จึงพอสรุปหลักการสำคัญของการให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางได้ว่าเป็นการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมอะไรก็ตาม ที่มีเป้าหมายสำคัญอยู่ที่การคำนึงถึงประโยชน์ของกลุ่มผู้ได้รับผลประโยชน์ นั่นก็คือ ประชาชน นักเรียน ผู้รับบริการ ลูกค้า แรงงาน ฯลฯ ได้อย่างตรงตามความต้องการ มีการดำเนินงานที่ใส่ใจต่อกระบวนการมีส่วนร่วม การเสริมพลัง มีการจัดลำดับความสำคัญ มีวางแผนการดำเนินงานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการเป็นลักษณะทำไปปรับปรุงไป และพัฒนาไป เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและเกิดนวัตกรรมในการดูแลและให้บริการใหม่ๆ อยู่ตลอดเวลา

7.6 การเห็นคุณค่าในตัวเอง (Self-esteem: SE)

7.6.1 ความหมาย และแนวคิดเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตัวเอง

นักวิชาการได้ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตัวเอง ไว้ค่อนข้างที่จะหลากหลาย ดังเช่น โรเซนเบิร์ก (ปรารธนา ชอนแก้ว, 2542 : 11 ; อ้างอิงจาก Rosenberg, 1967) ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองไว้ว่า เป็นความเคารพที่บุคคลมีต่อตนเอง มองเห็นตนเองเป็นคนมีค่า โดยไม่จำเป็นต้องเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นว่า ดีกว่าหรือเลวกว่า และไม่ต้องคิดว่าตนเองเป็นคนเลวเลิศ แต่ควรตระหนักในข้อจำกัดของตนและสามารถคาดหวังได้ว่าจะปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้นได้อย่างไร สอดคล้องกับ มาสโลว์ (Maslow, 1970 : 45) ให้ความหมายการเห็นคุณค่าในตนเองไว้ว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเองและเห็นว่าตนเองมีความเข้มแข็ง มีคุณค่า มีความสามารถ มีความเชี่ยวชาญ ในการกระทำภารกิจต่างๆ คูเปอร์สมิธ (รวีวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล,



2547 : 18 ; อ้างอิงจาก Coopersmith, 1993 : 419) กล่าวถึง คุณค่าในตนเองว่าเป็นการประเมินตนเองของบุคคล และทัศนคติที่มีต่อตนเองในด้านการยอมรับ หรือไม่ยอมรับเกี่ยวกับตนเอง ในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และค่าในตนเอง เช่นเดียวกับ คอนเนย์ โปเดสต้า (Connie, 2001:3) ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเอง คือ การเห็นตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญ รวมถึงการมีความรับผิดชอบในบทบาทของตนเองและผู้อื่น นอกจากนี้ในกลุ่มนักวิชาการชาวไทย ก็พบว่าการให้ความหมายไว้ค่อนข้างแตกต่างกัน ดังเช่น สมพงษ์ จินดารุ่งเรืองรัตน์ (2546: 12) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเองนั้น เป็นความรู้สึกที่ดี ที่มีต่อตนเองทั้งทางด้านบวกหรือลบ เป็นความรู้สึกว่าตนเองมีค่า หรือเป็นการตัดสินคุณค่าของตนเอง รวมถึงการยอมรับตนเองว่ามีความสำคัญและมีความสามารถในการทำสิ่งต่างๆ ให้ประสบผลสำเร็จ นอกจากนี้ ศศิวิมล บุราณทวิคุณ (2547: 16) ให้ความหมายว่า การเห็นคุณค่าในตนเองนั้น เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถ ประสบความสำเร็จในสิ่งที่ทำ มีความสำคัญ มีคุณค่า มีประโยชน์ต่อสังคม ได้รับการยอมรับ มีความเชื่อมั่นในการกระทำของตน รับรู้คุณค่าตามความเป็นจริง

แนวคิดดังกล่าวข้างต้นอาจสรุปได้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเองนั้น หมายถึง การประเมินตนเองตามความรู้สึกของตน ว่าตนเองเป็นคนที่มีความสามารถ มีความสำคัญ มีการประสบผลสำเร็จในการทำงาน รวมทั้งการยอมรับ การเห็นคุณค่าจากคนในสังคมที่มีต่อตน ตลอดจนการมีเจตคติที่ดีต่อตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งบุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเอง มองตนเองในแง่ดี ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกกับบุคคลอื่นในแง่ดีด้วย

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล คูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1981 : 118 – 119) แบ่งองค์ประกอบที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง ออกเป็น 2 อย่าง ดังนี้ (ปรารธนา ช้อนแก้ว, 2542 : 21 – 25)

1. องค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่ ลักษณะทางร่างกาย สภาพจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกต่างๆ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การงาน ค่านิยมส่วนตัว และระดับความมุ่งมั่นในชีวิต
2. องค์ประกอบภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจและการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ในโรงเรียนและในชุมชนที่อยู่อาศัย

ลักษณะของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง – ต่ำ: ลักษณะต่างๆ ของการเห็นคุณค่าในตนเองทั้งในระดับสูงและระดับต่ำ บ่งบอกถึงลักษณะความรู้สึก และพฤติกรรมที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน อันเป็นผลมาจากพัฒนาการของแต่ละบุคคล ซึ่งเบรดเชอร์ (Bradshaw, 1981: 26 – 27) ได้รวบรวมลักษณะต่างๆ ของการเห็นคุณค่าในตนเองไว้ดังนี้

- ลักษณะของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองระดับสูงได้แก่ 1) มีการมอบหมายหน้าที่ 2) ความเป็นผู้ใหญ่ 3) เป็นคนเปิดเผย 4) มีความไว้วางใจ 5) เป็นคนตรงไปตรงมา 6) มีความมั่นใจ 7) เป็นตัวของตัวเอง 8) กล้าเผชิญหน้ากับความขัดแย้ง 9) มีความคิดสร้างสรรค์ 10) ชอบดูแล 11) กล้า



เสี่ยง 12) มีความกล้า 13) ให้ความร่วมมือ 14) มีการทดลอง 15) มีลักษณะพิเศษเฉพาะ 16) มีความกล้าแสดงออก 17) รู้สึกว่าตนเองปลอดภัย 18) รับฟังผู้อื่น 19) มีการแบ่งความรับผิดชอบ ส่วน ลักษณะของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำได้แก่ 1) มีการตอบสนองต่อผู้อื่นต่ำ 2) ไม่ค่อยมีชีวิตชีวา 3) ไม่มั่นคง อ่อนแอ 4) ไม่เปิดเผยตัวเอง 5) ไม่ชอบความเสี่ยง 6) ไม่ชอบฟังผู้อื่น 7) ไม่ค่อยมีความประทับใจ 8) ความโกรธ บั่นทอนจิตใจ 9) หลีกเลี่ยงความขัดแย้งในใจ 10) มีความกล้าน้อย 11) เข้ากับผู้อื่นยาก 12) เฉื่อยชา เกียจคร้าน 13) มีความสงสัย 14) มีความไว้วางใจผู้อื่นน้อย 15) มีปัญหาในการปรับตัว 16) รู้สึกกลัวมาก รู้สึกไม่ปลอดภัย 17) ความเศร้าใจ 18) มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นเพียงชั่วคราว 19) มีความคิดสร้างสรรค์น้อย 20) เปลี่ยนแปลงยาก 21) ทำตนไปตามบทบาท

บรูโน (Bruno, 1983 : 363) กล่าวถึงการเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองไว้ 4 ประการ ได้แก่ 1) ใช้การเสนอแนะ หรือให้ข้อคิดโดยตรง (Direct suggestion) อาจจะเป็นการให้ข้อคิดหรือข้อเสนอแนะโดยผู้อื่น หรือโดยตนเอง วิธีการนี้เป็นการให้ข้อมูลที่มีผลกระทบให้เกิดกำลังใจ และสร้างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง แต่จะต้องมีการเสริมแรงโดยเหตุการณ์ทางบวกที่ต่อเนื่องกัน 2) สร้างความสำเร็จให้กับตนเองให้มากขึ้น และ 3) ลดความคาดหวังลง เป็นการลดความอยากได้ หรือความคาดหวังต่าง ๆ ลง 4) การยุติการประเมินค่าตนเอง ซึ่งอธิบายได้โดยใช้หลักทฤษฎีว่าด้วยเหตุผลและอารมณ์ (Rational – Emotive Therapy) ของแอลเบิร์ต เอลเลียส ที่เห็นว่ามนุษย์เรานั้น เพียงแต่มีชีวิตอยู่ก็มีคุณค่าแล้ว จึงไม่ต้องประเมินค่าของตนเองอีกต่อไป ด้วยความคิดนี้จึงเชื่อว่า การเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลจะเพิ่มขึ้นได้ ถ้าบุคคลนั้นเลิกตัดสินค่าของตนเอง



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

เพื่อให้การวิจัยเชิงประเมิน โครงการครั้งนี้ ได้ข้อสารสนเทศรอบด้าน (Overview Information) จึงได้นำเทคนิคการวิจัยหลายวิธีมาผสมผสานกัน ประกอบด้วย 1. การประเมินตามแนวทางซิป (CIPP Model) 2. การประเมินตามแนวทางโลจิก (Logic Model) 3. การประเมินแบบ 360 องศา (360 Degree feedback) การผสมผสานเทคนิคการประเมินทั้ง 3 ทำให้กรอบแนวคิดในการประเมินมีความครอบคลุมทุกมิติในการดำเนินโครงการ เพราะทำให้ได้ข้อมูลการประเมินโครงการตั้งแต่ ปัจจัยบริบทของโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์ระยะสั้น และผลลัพธ์ระยะยาว และดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายสำคัญของโครงการได้แก่ กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ กลุ่มหัวหน้าโครงการ และกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ได้ให้ความสำคัญกับข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data)

ในส่วน of ข้อมูลเชิงปริมาณนั้น ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลการประเมินด้วยแบบสอบถาม แบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ เพื่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ ปัจจัยบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต พฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และการบริหารโครงการตามแนวทาง PROMISE Model และยังได้ใช้เครื่องมือทางการแพทย์สำหรับวัดตัวชี้วัดทางชีวเคมีของผู้เข้าร่วมโครงการตามแต่ละโครงการที่ได้กำหนดไว้ เช่น การหาค่า BMI การวัดความดันโลหิต การวัดระดับน้ำตาลในเลือด การวัดระดับไขมันในเลือด การวัดรอบเอว เป็นต้น และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การหาค่าเฉลี่ย การหาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาค่าสัดส่วน และสถิติทดสอบ ได้แก่ สถิติทดสอบ t-test และ One Way ANOVA



ในส่วนของคุณข้อมูลเชิงคุณภาพนั้น ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลการประเมินด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept Interview) ด้วยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ ปัจจัยบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และข้อมูลจากเอกสารรายงานผลการดำเนินงานของแต่ละโครงการเพื่อตรวจสอบถึงเหตุปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อความสำเร็จและอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

รายละเอียดของการประเมินโครงการนำเสนอเรียงตามลำดับต่อไป ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมิน วิธีการประเมินและบริหารโครงการ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและตัวชี้วัดความสำเร็จ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมิน

ประชากรในการประเมิน ได้แก่ สถานพยาบาลที่ดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากงบประมาณสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร ในปีงบประมาณ 2555 จำนวน 34 โครงการ โดยมีตัวแทนที่เป็นกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นประชากรในการประเมินครั้งนี้ 3 กลุ่ม ได้แก่ หัวหน้าโครงการทั้ง 34 โครงการๆ ละ 1 คน รวมจำนวน 34 คน ผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการทั้ง 34 โครงการๆ ละ 1 คน รวมจำนวน 34 คน และผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจาก 34 โครงการ รวมจำนวน 4,500 คน

กลุ่มตัวอย่างในการประเมิน การประเมินโครงการครั้งนี้ได้นำเทคนิคการเก็บข้อมูลแบบ 360 องศา (360 Degree Feedback) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รอบด้าน จึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างในการประเมินออกเป็น 3 กลุ่ม ซึ่งล้วนแต่เป็นกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่

1. **กลุ่มหัวหน้าโครงการ** ได้แก่ ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อบริหารและจัดกิจกรรมให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก 4 โรคหลัก ได้แก่ อ้วน/ลงพุง เบาหวาน ความดันโลหิต และหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2555 จำนวน 34 โครงการๆ ละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 34 คน ทำหน้าที่ตอบแบบสอบถามการประเมินโครงการทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

2. **กลุ่มผู้บังคับบัญชา** ได้แก่ หัวหน้างานโดยตรงของหัวหน้าโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ



แห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2555 จำนวน 34 โครงการๆ รวมทั้งสิ้น 16 คน ทำหน้าที่ตอบแบบสอบถามการประเมินโครงการทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

3. **กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ** ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก (Metabolic) 4 โรคหลัก ได้แก่ อ้วน/ลงพุง เบาหวาน ความดันโลหิตและหัวใจ และหลอดเลือดสมอง ที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินโครงการจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2555 จากจำนวน 34 โครงการๆ ละ 4 คน รวมทั้งสิ้น 136 คน ทำหน้าที่ตอบแบบสอบถามการประเมินโครงการทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

4. **ผู้ให้ข้อมูลสำหรับการประเมินผลลัพธ์ระยะสั้น** หลังจากเสร็จสิ้นการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สถานพยาบาลแต่ละแห่งที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2555 จะต้องทำการติดตามผลลัพธ์ระยะสั้นของการดำเนินโครงการจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากทั้ง 30 โครงการ รวมจำนวน 4,500 คน เพื่อการวัดพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ และตัวชี้วัดด้านชีวเคมีตามที่แต่ละโครงการได้กำหนดไว้ เช่น BMI ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต รอบเอว เป็นต้น

วิธีการประเมินและบริหารโครงการ

การประเมินและบริหารโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนไทยซึ่งเป็นผู้ป่วยหรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก 4 โรคหลัก ได้แก่ อ้วน/ลงพุง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง ที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจาก สถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2555 ภายใต้การนิเทศและประเมินโครงการจากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ดำเนินการตามลำดับต่อไปนี้

- 1) ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับการบริหารโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- 2) จัดทำเกณฑ์มาตรฐานการประเมินพิจารณาตัดสินอนุมัติ ข้อเสนอโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาล ที่เสนอขอทุนสนับสนุน และเมื่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คนตรวจสอบพร้อมหัวหน้าโครงการปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และดำเนินการทำสัญญาข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินโครงการให้เป็นไปตามเงื่อนไขที่ สปสช. และสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำหนดระหว่างฝ่ายหัวหน้าโครงการ ผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ และสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์



- 3) จัดทำคู่มือการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ในเขตกรุงเทพมหานคร และการบริหารการเงินสำหรับหัวหน้าโครงการและทีมงานเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินโครงการ
- 4) จัดทำคู่มือกำกับติดตามและประเมินผลโครงการเพื่อให้ผู้นิเทศโครงการใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามนิเทศงานและประเมินโครงการของผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- 5) จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาขีดความสามารถของสถานพยาบาลที่ร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้มีความเชื่อมั่น มีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการบริหารจัดการโครงการ และทักษะในการจัดกิจกรรมที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งทางจิตพฤติกรรม 3 Self และ PROMISE Model เป็นเวลา 3 วัน
- 6) จัดกิจกรรมในทีมผู้นิเทศเพื่อสร้างความร่วมมือในการดูแล ให้คำแนะนำแก่หัวหน้าโครงการต่างๆ ดำเนินการได้ไปตามเป้าหมาย และตัวชี้วัด เป็นเวลา 1 วัน
- 7) บริหารจัดการ ประเมินผล นิเทศโครงการบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละสถานพยาบาล ที่ร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้ผลสัมฤทธิ์ตามตัวชี้วัด โดยประยุกต์แนวทางการประเมินผลโครงการตาม CIPP Model เป็นเวลา 4-5 เดือน
- 8) จัดประชุมสรุปโครงการแก่ผู้ร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของทุกหน่วยงาน เป็นเวลา 2 วัน
- 9) สรุปรายงานผลการดำเนินงานบริหารจัดการ โครงการเสนอต่อ สปสช. และหน่วยงานที่นำไปใช้ประโยชน์

ประเด็นในการประเมินเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการดำเนินโครงการของสถานพยาบาลที่ร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

- 1) ชื่อโครงการ สามารถบ่งชี้ถึงลักษณะกิจกรรม แนวคิดสำคัญที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ ระบุกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน
- 2) หลักการและเหตุผล ควรระบุปัญหาและสาเหตุที่มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องของกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มที่ลักษณะคล้ายกันไว้อย่างชัดเจน ถ้ามีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ดี เพื่อเป็นกรอบในการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาและลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย
- 3) วัตถุประสงค์ ควรมีความสอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข เป็นวัตถุประสงค์ที่วัดได้จริงและไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและเวลา โดยระบุตัวชี้วัดที่ชัดเจนทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เช่น กลุ่มเสี่ยงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปทิศทางที่ดีขึ้น รอบเอวลดลงจากเดิมเท่าไรกี่คน หรือคิดเป็นร้อยละเท่าไร เป็นต้น



- 4) กลุ่มเป้าหมาย ควรระบุชัดเจนว่าเป็นใคร โดยผ่านการตรวจแบบคัดกรองด้วยเกณฑ์
อย่างไรในการคัดเลือกเข้าโครงการ จำนวนกี่คน โดยให้เหมาะสมกับศักยภาพของผู้ดำเนินการ
- 5) หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบควรระบุไว้ชัดเจน เช่น หน่วย / ฝ่าย ภาควิชา สถาบัน เป็นต้น
- 6) ผู้รับผิดชอบ ควรระบุไว้ในรูปของคณะทำงานอย่างน้อย 3 คนขึ้นไป โดยให้ระบุชื่อนามสกุล ตำแหน่ง วุฒิกการศึกษา สถานที่ทำงาน และเบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ แฟกซ์
อีเมล
- 7) วันเวลา สถานที่ ในการดำเนินโครงการ ควรระบุพอสังเขป ช่วงไม่เกิน 7 เดือน
- 8) ขั้นตอนการดำเนินงาน ควรระบุไว้ชัดเจนว่าจะทำอะไรที่ไหนอย่างไร เมื่อไหร่ โดยจัดทำ
เป็นผังการปฏิบัติงาน โดยมีระยะเวลาทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อยู่ระหว่าง 4-6 เดือน
- 9) การประเมินผลโครงการ ควรระบุลักษณะการประเมิน และตัวชี้วัดที่ชัดเจน ที่ให้เกิดผล
การเปลี่ยนแปลงของลักษณะทางจิต เช่น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการหรือผู้รับบริการมีพฤติกรรม
จัดการความเครียดดีขึ้น โดยวัดจากอะไรบ้าง ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีการรับรู้ความสามารถ
ของตนเองในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจต่อการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองพร้อมที่จะกำกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของตนเอง ถึงแม้
โครงการสิ้นสุดลง เป็นต้น และตัวแปรผลลัพธ์ทางร่างกายและทางคลินิก เช่น ร้อยละของผู้เข้าร่วม
โครงการมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีระดับน้ำตาลในเลือด
ลดลงหรือเป็นปกติ ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีความดันโลหิตลดลงหรือเป็นปกติ ร้อยละของ
ระดับความพึงพอใจ เป็นต้น
- 10) ผลสัมฤทธิ์ของงาน ที่ทางสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ส่งมอบงานให้ สปสช. เมื่อ
สิ้นสุดโครงการ ประกอบด้วย แบบบันทึกผลการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ
หน่วยงานตามตัวชี้วัดของ สปสช. และรายงานสรุปผลการดำเนินงานที่ครอบคลุมทุกระยะของการ
ดำเนินโครงการของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สถานพยาบาลที่ดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้กับประชาชนไทยซึ่งเป็น
ผู้ป่วยหรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก (Metabolic) 4 โรคหลัก ได้แก่ อ้วน/ลงพุง เบาหวาน
ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สปสช. เขต 13
กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2555 ภายใต้การนิเทศและประเมินโครงการจากสถาบันวิจัย
พฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประกอบไปด้วยหน่วยงานต่างๆ และลักษณะของ
โครงการ ดังต่อไปนี้



1) โรงพยาบาล ภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ปี 2555 เลขที่สัญญา : H1/2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 50 คน

2) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ Good Health Good Life รุ่นที่ 1 เลขที่สัญญา : H2/2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 104 คน

3) โรงพยาบาลสิรินธร จำนวน 2 โครงการ คือ

1. โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร”(Change 2012แรงบันดาลใจสู่การเปลี่ยนแปลง) เลขที่สัญญา : H3/2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 300 คน

2.โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิงนิค พิชิตโรคอ้วน เลขที่สัญญา : H4/2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 200 คน

4) โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 6 โครงการ คือ

1. โครงการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มลดเลิกบุหรื เลขที่สัญญา : H5/2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 50 คน

2.โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิกของชุมชนเขตพื้นที่โรงพยาบาลรามาริบัติ เลขที่สัญญา : H6/2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 200 คน

3.โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิซึมด้วย Hula Hoop-Hula Hit พิชิตพุง เลขที่สัญญา : H7/2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 100 คน

4.โครงการ “สร้างสุขภาพดี มีความสุข” ในบุคลากรของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน เลขที่สัญญา : H8/2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 206 คน

5. โครงการส่งเสริมการเรียนรู้ หลีกเสี่ยงโรค ควบคุมเบาหวานเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน เลขที่สัญญา : H9/2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 150 คน

6.โครงการรักษสุขภาพชุมชนซอยสวนเงิน เลขที่สัญญา : H10/2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 54 คน

5) โรงพยาบาลโรงงานยาสูบ จำนวน 2 โครงการ คือ

1.โครงการลดอ้วน ลดพุง มุ่งสุขภาพดี ปี 3 เลขที่สัญญา : H11/2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 200 คน

2.โครงการหัวใจดี สมองดี ชีวิตสดใส เลขที่สัญญา : H12/2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 186 คน



6) คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร จำนวน 2 โครงการ คือ

1.โครงการเด็กไทยใส่ใจสุขภาพ เลขที่สัญญา : H13/2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม
จำนวน 150 คน

2.โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมและป้องกันโรคความดัน
โลหิตสูงโดยโปรแกรม 3 S โรงพยาบาลสิรินธร เลขที่สัญญา : H14/2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม
จำนวน 150 คน

7) สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการส่งเสริมและ
ป้องกันโรคเมตาบอลิกในชุมชน เลขที่สัญญา : H15/2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 150 คน

8) โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการ“เลือกกิน หยุดดื่ม ชวนกัน
ออกกำลังกาย...เพื่อด้านภัยกลุ่มโรคเมตาบอลิก” เลขที่สัญญา : H16/2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม
จำนวน 250 คน

9) โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการ ปรับวิถีเพื่อชีวิที่มีสุขกับ
ทหารเรือบางนา เลขที่สัญญา : H17/2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 100 คน

10) โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพ จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการลดอ้วน ลดพุง มุ่ง
ปรับพฤติกรรม 3 อ ด้วย 3 self เลขที่สัญญา : H18/2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 200 คน

11) โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
เสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก เลขที่สัญญา : H19/2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 200 คน

12) โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 4 โครงการ คือ

1.โครงการบัดดี้แคมป์สร้างสุข 3 อ.ด้านภัยร้ายไขมันในเลือดสูง โรงพยาบาล
ตำรวจ เลขที่สัญญา : H20/2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 110 คน

2.โครงการ สถานีตำรวจรักษาสภาพ เลขที่สัญญา : H21/2555 มีผู้เข้าร่วม
โครงการรวม จำนวน 240 คน

3.โครงการแข่งขันกันสวย แข่งขันกันสุข (ภาพดี) เลขที่สัญญา : H22/2555 มี
ผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 100 คน

4.โครงการปรับพฤติกรรมสุขภาพดีชีวิที่มีสุขปี 55 เลขที่สัญญา : H23/2555 มี
ผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 150 คน

13) โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ จำนวน 2 โครงการ คือ

1.โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและ
หลอดเลือด เลขที่สัญญา : H24/2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 200 คน



2. โครงการพัฒนาศักยภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวผู้สูงอายุ
เลขที่สัญญา : H25/2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 200 คน

14) โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการลดเสี่ยง โรคโรคด้วย
หลักการ PROMISE ในกลุ่มเสี่ยงโรคเมตาบอลิก เลขที่สัญญา : H26 /2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการ
รวม จำนวน 100 คน

15) โรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 8 โครงการ คือ

1.โครงการลดอ้วน ด้วยตัวเรา เลขที่สัญญา : H27/2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม
จำนวน 50 คน

2.โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อชะลอการ
เสื่อมของไต เลขที่สัญญา : H28/2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 50 คน

3.โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิด
โรคความดันโลหิตสูง เลขที่สัญญา : H29/2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 50 คน

4.โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน
ขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลเลิดสิน ปี 2555 เลขที่สัญญา : H30/2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม
จำนวน 50 คน

5.โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2555 เลขที่
สัญญา : H31/2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 50 คน

6.โครงการลดอ้วน ลดปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เลขที่สัญญา : H32/2555 มี
ผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 50 คน

7.โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค ในนักเรียนมัธยมปลายที่มีภาวะอ้วน
เลขที่สัญญา : H33/2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 50 คน

8. โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เลขที่
สัญญา : H34/2555 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและตัวชี้วัดความสำเร็จ

การประเมินและการบริหารโครงการครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมินโครงการแบบ
ชิป (CIPP Model) ของ สตัฟเฟิลบีมและชินคฟิลด์ (Stufflebeam & Shinkfield, 2007) แนวคิดการ
ประเมินแบบโลจิกโมเดล (Logic Model) ร่วมกับการประเมินแบบ 360 องศา (360 Degree
Feedback) และได้ประยุกต์เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ
เครื่องมือในการประเมินสามารถจำแนกได้ดังนี้



1. เครื่องมือสำหรับการประเมินโครงการตามแนวคิด CIPP Model เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 กลุ่มหลัก ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มหัวหน้าโครงการทั้ง 30 โครงการๆ ละ 1 คน รวม 30 คน กลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการทั้ง 34 โครงการ รวม 16 คน และกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการทั้ง 34 โครงการๆ ละ 4 คน รวมทั้งสิ้น 136 คน ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) เพื่อสอบถามในประเด็นเกี่ยวกับ บริบททั่วไปของโครงการ (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และ ผลผลิต (Product) รายละเอียดของแบบสอบถามมีดังนี้

1.1. การประเมินด้านบริบททั่วไปของโครงการ (Context Evaluation) เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความต้องการจำเป็นในการจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ความพร้อมของหน่วยงานในการจัดกิจกรรม การศึกษาสภาพปัญหาก่อนการจัดกิจกรรม การประเมินศักยภาพในด้านความพร้อมของคณะทำงานที่ก่อนที่จะเริ่มจัดกิจกรรม การประชาสัมพันธ์โครงการ การมีเกณฑ์การคัดเลือกที่เหมาะสม การประเมินการที่จะได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน แบบสอบถามด้านบริบททั่วไปสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการมีข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .478 - .609 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .873 สำหรับหัวหน้าโครงการมีข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .353 - .733 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .870 และสำหรับผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการมีข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ ค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .278 - .657 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .818 เกณฑ์ในการชี้วัดความสำเร็จในด้านบริบททั่วไปของโครงการ คือ กลุ่มผู้ประเมินทั้ง 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มได้ให้คะแนนการประเมินในด้านนี้มากกว่าร้อยละ 70 ของคะแนน

1.2. การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) เป็นการสอบถามถึงความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์ที่จะต้องใช้ในการจัดกิจกรรมตามที่ได้กำหนดไว้ ศักยภาพในการทำงานของคณะทำงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ความพร้อมและความเหมาะสมของสถานที่ในการจัดกิจกรรม ประสิทธิภาพของกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความน่าสนใจถูกต้องตามหลักวิชาการ ความพร้อมของเอกสารประกอบการเรียนรู้ที่จะใช้ในการจัดกิจกรรม การเป็นแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรมสุขภาพของคณะทำงาน ความสามารถในการทำงานเป็นทีมของคณะทำงาน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการบริหารจัดการโครงการตามแนวทาง PROMISE Model เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ 3Self การประเมินแนวโน้มความสำเร็จของโครงการ แบบสอบถามด้านปัจจัยนำเข้าสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการมีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง



.388 - .567 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .811 สำหรับหัวหน้าโครงการมีข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .373 - .694 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .854 และสำหรับผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการมีข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .312 - .753 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .837 เกณฑ์ในการชี้วัดความสำเร็จในด้านปัจจัยนำเข้าของโครงการ คือ กลุ่มผู้ประเมินทั้ง 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มได้ให้คะแนนการประเมินในด้านนี้มากกว่าร้อยละ 70 ของคะแนน

1.3. การประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นการสอบถามถึงความสามารถในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแผนที่ได้กำหนดไว้ของคณะทำงาน การเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้เป็นผู้นำในการจัดกิจกรรม ความรู้ความสามารถระหว่างการดำเนินโครงการของคณะทำงานและวิทยากร ความสามารถในการปรับเปลี่ยนโครงการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การให้คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมโครงการของคณะทำงานระหว่างการดำเนินกิจกรรม การใช้หลัก PROMISE ในการบริหารโครงการ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับเทคนิคการบริหารจัดการโครงการจากผู้บังคับบัญชา การให้กำลังใจแก่คณะทำงานและการมีส่วนร่วมของผู้บังคับบัญชา บทบาทของหัวหน้าโครงการ ความสามารถในการประสานงานและการทำงานเป็นทีมแบบสอบถามด้านกระบวนการสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการมีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .520 - .732 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .886 สำหรับหัวหน้าโครงการมีข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .424 - .821 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .884 และสำหรับผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการมีข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .519 - .790 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .911 เกณฑ์ในการชี้วัดความสำเร็จในด้านกระบวนการของโครงการ คือ กลุ่มผู้ประเมินทั้ง 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มได้ให้คะแนนการประเมินในด้านนี้มากกว่าร้อยละ 70 ของคะแนน

1.4. การประเมินด้านผลผลิต (Product Evaluation) เป็นการสอบถามถึงการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ 3Self ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย ความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การบันทึกสมุดสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง การบรรลุตามเป้าหมายของโครงการ การได้เครือข่ายส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น การสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพของคณะทำงาน การเป็นส่วนหนึ่งที่ตอบสนองด้านนโยบายของหน่วยงาน การเพิ่มขึ้นของทักษะการบริหารโครงการสุขภาพของคณะทำงาน ตลอดจนผู้บังคับบัญชามีความพึงพอใจ การสร้างชื่อเสียงให้หน่วยงาน การสร้างประโยชน์ให้กับชุมชนรอบข้าง แบบสอบถามด้านผลผลิตสำหรับผู้เข้าร่วม



โครงการมีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .408 - .666 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .860 สำหรับหัวหน้าโครงการมีข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .378 - .981 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .864 และสำหรับผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการมีข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .368 - .764 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .887 เกณฑ์ในการชี้วัดความสำเร็จในด้านผลผลิตของโครงการ คือ กลุ่มผู้ประเมินทั้ง 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มได้ให้คะแนนการประเมินในด้านนี้มากกว่าร้อยละ 70 ของคะแนน

1.5. แบบสอบถามการบริหารจัดการโครงการตามแนวทาง PROMISE Model

เป็นส่วนหนึ่งในการประเมินด้านกระบวนการจัดการโครงการที่ทางสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้ให้การฝึกอบรมแก่คณะทำงาน โดยได้ทำการประเมินจากกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการและหัวหน้าโครงการแบบสอบถามการบริหารจัดการโครงการตามแนวทาง PROMISE Model ของคณะทำงานตามการรับรู้ของผู้เข้าร่วมโครงการมีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .509 - .754 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .938 แบบสอบถามการบริหารจัดการโครงการตามแนวทาง PROMISE ตามการรับรู้ของหัวหน้าโครงการมีข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .393 - .771 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .924 เหตุผลสำคัญที่ไม่ได้ทำการสอบถามในประเด็นนี้กับกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการเพราะว่า มิได้ใกล้ชิดในกระบวนการการจัดกิจกรรมมากเพียงพอที่จะเห็นถึงกระบวนการบริหารจัดการโครงการของคณะทำงานได้ดี เกณฑ์ในการชี้วัดความสำเร็จในด้านการบริหารจัดการโครงการตามแนวทาง PROMISE Model คือ กลุ่มผู้ประเมินทั้ง 2 กลุ่ม แต่ละกลุ่มได้ให้คะแนนการประเมินในด้านนี้มากกว่าร้อยละ 70 ของคะแนน

นอกจากนี้แล้วยังได้ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) ตามกรอบการประเมินแบบซิป (CIPP Model) ด้วยเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth Interview) ด้วยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงการเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยเริ่มตั้งแต่การสอบถามเกี่ยวกับบริบททั่วไปของโครงการ (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product) โดยได้สัมภาษณ์จากหัวหน้าโครงการทั้ง 34 โครงการๆ 1 คน รวมจำนวน 34 คน ทั้งสิ้น 8 ประเด็น สัมภาษณ์จากผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการทั้ง 34 โครงการ รวมจำนวน 16 คน ทั้งสิ้น 8 ประเด็น และสัมภาษณ์จากผู้เข้าร่วมโครงการจากทั้ง 34 โครงการๆ 4 คน รวมจำนวน 136 คน ทั้งสิ้น 8 ประเด็น

2. เครื่องมือสำหรับประเมินโครงการตามแนวคิด Logic Model เป็นการประเมินถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาล ประกอบ



ไปด้วยตัวชี้วัดสำคัญที่ทางสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้กำหนดไว้คือ พฤติกรรมสุขภาพ 3Self และความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ และตัวชี้วัดทางชีวเคมีที่ทางสถานพยาบาลแต่ละแห่งได้กำหนดไว้เอง เช่น ค่า BMI ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต เป็นต้น ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากสถานพยาบาลทั้ง 34 โครงการทุกคน ทั้งนี้รายละเอียดของเครื่องมือวัดมีดังนี้

2.1. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3Self เป็นการสอบถามถึงการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกัน รักษาควบคุมสุขภาพตนเองให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติสุข โดยการมีสุขภาพร่างกายจิตใจอารมณ์ที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านสุขภาพ ในการวัดพฤติกรรมสุขภาพครั้งนี้วัดจากลักษณะทางจิตและพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self-efficacy) มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตราวัด 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .730 การกำกับพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง (Self-regulation) มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตราวัด 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .800 และการดูแลสุขภาพตนเองได้ด้วย (Self-care) มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ เป็นแบบมาตราวัด 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .850 เกณฑ์ในการชี้วัดความสำเร็จในด้านพฤติกรรมสุขภาพ 3Self คือ หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3Self มากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ และหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self เพิ่มขึ้น

2.2. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ เป็นการสอบถามความรู้สึกประทับใจที่ได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้สึกที่ตนเองได้รับการตอบสนองความต้องการที่แท้จริงระหว่างการดำเนินกิจกรรม การมีความสุขที่ได้ร่วมทำกิจกรรม ความพอใจจากการได้รับบริการปรับเปลี่ยนสุขภาพ ความพอใจที่ตนเองมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงขึ้น มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .870 โดยกำหนดให้ผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 7-13 เป็นผู้ที่มีความพึงพอใจต่อโครงการในระดับน้อย มีคะแนนระหว่าง 14-20 เป็นผู้ที่มีความพึงพอใจต่อโครงการในระดับปานกลาง และผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 21-28 เป็นผู้ที่มีความพึงพอใจต่อโครงการในระดับมาก เกณฑ์ชี้วัดความสำเร็จในด้านความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการคือ หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการร้อยละ 70 มีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก



2.3. การวัดค่าชีวเคมี เป็นการการประเมินค่าชีวเคมีของผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินโครงการ ตามที่แต่ละโครงการได้ทำการกำหนดขึ้น เช่น ค่า BMI ค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในเลือด ค่าไขมันในเลือด ค่าเส้นรอบเอว เป็นต้น ซึ่งเครื่องมือสำหรับการวัดค่าชีวเคมีดังกล่าวเป็นไปตามการวัดของแต่ละโครงการด้วยเครื่องมือและเทคนิคทางการแพทย์ เกณฑ์ชี้วัดความสำเร็จด้านค่าชีวเคมีคือ หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีคะแนนชีวเคมี เช่น ค่า BMI ค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในเลือด ค่าไขมันในเลือด ค่าเส้นรอบเอว น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ และหลังจากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการ มีค่าชีวเคมีลดลง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) คณะนิเทศก์และทีมผู้ประเมิน ดำเนินการสัมภาษณ์ และเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า ตามแบบการสัมภาษณ์ที่พัฒนาจากแนวคิดการประเมินโครงการ CIPP Model ของ สตัฟเฟิลบีมและชินคฟิลด์ (Stufflebleam & Shinkfield, 2007) การประเมินแบบโลจิก (Logic Model) ของ แพนคราท์ซ (Pankratz, 2008) และเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับ แนวคิด PROMISE Model ที่คณะวิจัย สร้างขึ้นจากการบูรณาการแนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์ โดยการสัมภาษณ์และการสอบถามผู้เกี่ยวข้อง 3 กลุ่ม ประกอบด้วย หัวหน้าโครงการ จำนวน 34 คน ผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการจำนวน 16 คน และผู้ป่วยและประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 136 คน ในช่วงเดือน มิถุนายน - สิงหาคม พ.ศ. 2555

2. รวบรวมแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self โดยการสอบถามกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมจำนวน 4,550 คน ทั้งก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม ในช่วงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2555 และหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2555

3. รวบรวมความคิดเห็นจากการประชุมสรุปโครงการร่วมกันระหว่างหัวหน้าโครงการและทีมงาน จำนวน 34 โครงการ และกลุ่มคณะนิเทศก์และประเมินผลโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้านบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ประวัติการเจ็บป่วย เป็นต้น ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ด้วย สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลในเชิงปริมาณ ที่ได้จากการสอบถามเพื่อการนิเทศและประเมินโครงการตามแนว CIPP Model และ การบริหารโครงการตามแนวทาง PROMISE Model ใช้การวิเคราะห์



ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และนำเสนอด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความคิดเห็นด้านความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้จากการประเมินตาม CIPP ที่มีต่อความเป็นไปได้และความสำเร็จของโครงการ จาก 3 กลุ่มใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way ANOVA) และเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนการประเมินเกินร้อยละ 70 กับ น้อยกว่าร้อยละ 70 เพื่อตอบสมมติฐานข้อที่ 1

3. วิเคราะห์ข้อมูลในเชิงปริมาณ ที่ได้จากการสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และตัวชี้วัดด้านชีวเคมี เช่น BMI ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิตรอบเอว ใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปและนำเสนอด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยสถิติค่าที (Dependent t-test) และเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนเพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม เพื่อตอบสมมติฐานข้อที่ 2 และ 3

4. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมในเชิงคุณภาพที่แสดงถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ด้วยการพรรณานำเสนอเป็น ความถี่ เพื่อสรุปข้อมูลประกอบการอภิปรายผล



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การรายงานผลการประเมินโครงการครั้งนี้ มุ่งนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตาม สมมติฐานการวิจัย / การประเมินโครงการ ทั้ง 4 ประเด็นเพื่อการทดสอบ ดังนี้

1. ความสอดคล้องของความคิดเห็นต่อโครงการในด้านบริบททั่วไป (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิต (Output) ระหว่าง กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชา และตัวแทนกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ

2. สัดส่วนของพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และตัวชี้วัดด้านชีวเคมี เช่น BMI ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต รอบเอว ของผู้เข้าร่วมโครงการหลังที่เพิ่มขึ้น เท่าเดิม และลงหลัง หลังจากเข้าร่วมโครงการ

3. ความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และตัวชี้วัดด้านชีวเคมี เช่น BMI ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต รอบเอว ของผู้เข้าร่วมโครงการ ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ

4. เหตุปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อความสำเร็จและอุปสรรค ต่อการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จาก ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ทั้งนี้ ได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเรียงตามลำดับของวัตถุประสงค์ มีรายละเอียดดังนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์และ อักษรย่อที่ใช้แทนความหมาย ดังต่อไปนี้



n	แทน	จำนวนกลุ่มเป้าหมาย / กลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
S.D.	แทน	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติทดสอบ t-test
F	แทน	ค่าสถิติทดสอบ F-test
*	แทน	นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ

สถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มเป้าหมายที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2555 เป็นกลุ่มที่ป่วยและเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก 4 โรคหลัก ได้แก่ อ้วน/ลงพุง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง รวมทั้งสิ้นจำนวน 4,500 คน มีรายละเอียดของข้อมูลส่วนบุคคลดังตาราง 4.1

ตาราง 4.1 ความถี่ และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร (n = 4,500)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	หญิง	2,974	66.10
	ชาย	1,526	33.90
	รวม	4,500	100.00
ช่วงอายุ	น้อยกว่า 30 ปี	722	16.04
	30-39 ปี	690	15.33
	40-49 ปี	1,052	23.38
	50-59 ปี	1,146	25.47
	ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	890	19.78
	รวม	4,500	100.00



ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	2,762	61.38
ปริญญาตรี	1,475	32.78
สูงกว่าปริญญาตรี	263	5.84
รวม	4,500	100.00
สิทธิการรักษาพยาบาล		
บัตรทองในเขต กทม.	1,761	39.13
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจและครอบครัว	1,670	37.11
บัตรประกันสังคม	973	21.63
บัตรทองนอกเขต กทม.	66	1.47
อื่นๆ เช่น จ่ายเอง	30	0.66
รวม	4,500	100.00
ลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย		
กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน	1,334	29.64
กลุ่มเสี่ยงต่อโรคอ้วน	1,265	28.11
กลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง	1,235	27.44
กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	666	14.81
รวม	4,500	100.00
ปัจจัยเสี่ยงที่พบ (1 คนเสี่ยงได้มากกว่า 1 ปัจจัย)		
อ้วน / BMI สูง	1,957	43.50
ความดันโลหิตสูง	1,737	38.60
ไขมันสูง	1,367	30.38
เบาหวาน / น้ำตาลในเลือดสูง	1,354	30.09
ขาดการออกกำลังกาย	2,067	45.93
รับประทานอาหารรสจัด	1,753	38.96
พันธุกรรม	1,385	30.78
เครียด	950	21.10
สูบบุหรี่	645	14.34



ตาราง 4.1 พบผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 2,974 คน คิดเป็นร้อยละ 66.10 มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี จำนวน 1,146 คน คิดเป็นร้อยละ 25.47 มีการศึกษาดำรงระดับปริญญาตรี จำนวน 1,761 คน คิดเป็นร้อยละ 61.38 มีสิทธิการรักษาพยาบาลคือ สิทธิบัตรทอง ในเขต กทม.จำนวน 2,070 คน คิดเป็นร้อยละ 39.13 ลักษณะของกลุ่มเป้าหมายคือ กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน จำนวน 1,334 คน คิดเป็นร้อยละ 29.64 และ ปัจจัยเสี่ยงที่พบคือ ขาดการออกกำลังกาย จำนวน 2,067 คน คิดเป็นร้อยละ 45.93

ตอนที่ 2 ความสอดคล้องของความคิดเห็นต่อโครงการในด้านบริบททั่วไป (Context)

ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิต (Output) ระหว่าง กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชา และตัวแทนกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ

การประเมินโครงการครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากสถานพยาบาลทั้ง 15 แห่งที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 34 โครงการ แนวคิดการประเมินคือ CIPP Model, Logic Model และ 360 Degree Feedback เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีตัวแทนในการให้ข้อมูลได้แก่ กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ ๆ ละ 4 คน รวม 136 คน กลุ่มหัวหน้าโครงการๆละ 1 คน รวม 34 คน และกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ รวม 19 คน รายละเอียดผลการประเมินโครงการในช่วงระหว่างดำเนินโครงการ

ตาราง 4.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้เข้ารับบริการ กลุ่มหัวหน้าโครงการ และกลุ่มผู้บังคับบัญชา ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการประเมิน

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้เข้ารับบริการ		หัวหน้าโครงการ		ผู้บังคับบัญชา	
	n = 136		n = 34		n = 19	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	36	26.50	3	8.80	7	36.80
หญิง	100	73.50	31	91.20	12	63.20
รวม	136	100.00	34	100.00	19	100.00
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	85	62.50	-	-	-	-
ปริญญาตรี	41	30.10	9	26.47	5	26.30



ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้เข้ารับบริการ		หัวหน้าโครงการ		ผู้บังคับบัญชา	
	n = 136		n = 34		n = 19	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปริญญาโท / เทียบเท่า	7	5.10	15	44.12	9	47.40
สูงกว่าปริญญาโท	3	2.20	10	29.41	5	26.30
รวม	136	100.00	34	100.00	19	100.00
ช่วงอายุ						
ต่ำกว่า 30 ปี	25	18.40	-	-	-	-
ระหว่าง 31 – 39 ปี	15	11.00	3	8.80	1	5.30
ระหว่าง 40 – 49 ปี	35	25.70	15	44.10	5	26.30
ระหว่าง 50 – 59 ปี	35	25.70	15	44.10	13	68.40
มากกว่า 60 ปี	26	19.10	1	2.90	-	-
รวม	136	100.00	34	100.00	19	100.00
ประสบการณ์ทำงานด้านปรับพฤติกรรมสุขภาพ						
น้อยกว่า 3 ปี	-	-	13	38.23	3	15.78
ระหว่าง 4 – 7 ปี	-	-	15	44.11	7	36.84
ระหว่าง 8 – 10 ปี	-	-	4	11.76	3	15.78
มากกว่า 11 ปี	-	-	2	5.88	6	31.57
รวม	-	-	34	100.00	19	100.00
โรคประจำตัว						
มีโรคประจำตัว	53	39.00				
ไม่มีโรคประจำตัว	83	61.00				
รวม	136	100.00				
การเป็นโรคประจำตัว						
โรคอ้วน / ลงพุง	93	68.40	-	-	-	-
เบาหวาน	40	29.40	-	-	-	-
ความดันโลหิตและหัวใจ	52	38.20	-	-	-	-
หลอดเลือดสมอง	35	25.70	-	-	-	-



ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้เข้ารับบริการ		หัวหน้าโครงการ		ผู้บังคับบัญชา	
	n = 136		n = 34		n = 19	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว						
น้อยกว่า 12,000 บาท	45	33.08	-	-	-	-
ระหว่าง 12,001 – 30,000 บาท	43	31.61	-	-	-	-
ระหว่าง 30,001 - 50,000	25	18.38	-	-	-	-
มากกว่า 50,000 บาท	23	16.91	-	-	-	-
รวม	136	100.00	-	-	-	-
ประสบการณ์การเป็นหัวหน้าโครงการ						
น้อยกว่า 3 ปี	-	-	22	64.70	10	52.63
ระหว่าง 4 – 7 ปี	-	-	8	23.52	5	26.31
ระหว่าง 8 – 10 ปี	-	-	4	11.76	4	21.05
รวม	-	-	34	100.00	19	100.00
การได้ร่วมจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม						
สุขภาพกับ มสว						
ครั้งที่ 1	-	-	7	20.59	-	-
ครั้งที่ 2	-	-	5	14.71	-	-
ครั้งที่ 3	-	-	16	47.06	-	-
ครั้งที่ 4	-	-	6	17.64	-	-
รวม	-	-	34	100.00	-	-

ตาราง 4.2 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 73.50 จบการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 62.50 มีอายุระหว่าง 40 – 49 ปี จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 25.70 ไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 61.00 และส่วนใหญ่เป็นโรคอ้วน / ลงพุง จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 68.40 รายได้ต่อเดือนของครอบครัวโดยประมาณ น้อยกว่า 12,000 บาท จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 33.08

หัวหน้าโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 91.20 จบการศึกษาระดับปริญญาโท / เทียบเท่า จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 44.11 มีอายุระหว่าง 40 – 49 ปี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 44.10 มีประสบการณ์ทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพระหว่าง 4 – 7 ปี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 44.11 มีประสบการณ์การเป็นหัวหน้าโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพน้อยกว่า 3 ปี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 64.70 และได้เข้าร่วมจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับทาง มสว เป็นครั้งที่ 3 จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 47.06



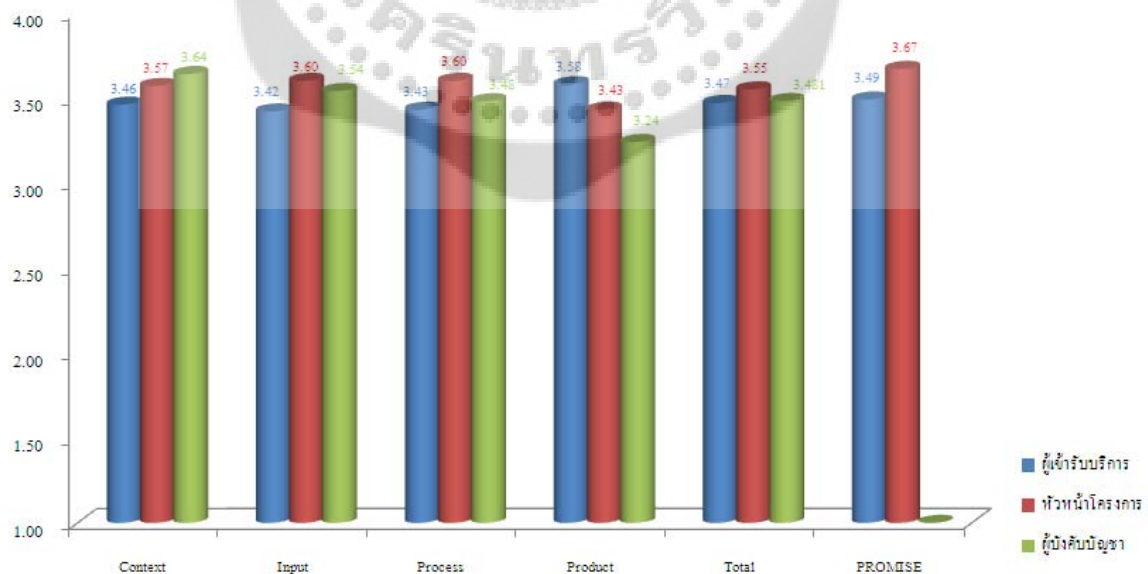
ผู้บังคับบัญชาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 63.20 จบการศึกษาปริญญาโทหรือเทียบเท่า จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 47.40 มีอายุอยู่ระหว่าง 50 – 59 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 68.40 มีประสบการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพระหว่าง 4 – 7 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 36.84 มีประสบการณ์การเป็นหัวหน้าโครงการปรับพฤติกรรมน้อยกว่า 3 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 52.63

ตาราง 4.3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการประเมินโครงการระหว่าง กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ หัวหน้าโครงการ และผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ

ตัวแปรประเมิน (มาตรวัด1-4)	ผู้เข้ารับบริการ		หัวหน้าโครงการ		ผู้บังคับบัญชา		F-test / (t-test)	Scheffe's test		
	n = 136		n=34		n=19			1-2	1-3	2-3
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D				
1.Context	3.46	.36	3.57	.35	3.64	.28	3.027	-	-	-
2.Input	3.42	.37	3.60	.37	3.54	.40	3.582*	-.18*	-	-
3.Process	3.43	.39	3.60	.36	3.48	.41	2.744	-	-	-
4.Product	3.58	.41	3.43	.38	3.24	.36	6.856*	-	.33*	-
5.Total	3.47	.32	3.55	.30	3.48	.31	.777	-	-	-
6.PROMISE	3.49	.37	3.67	.31	-	-	2.706*	-	-	-

หมายเหตุ 1 = ผู้เข้ารับบริการ 2 = หัวหน้าโครงการ 3 = ผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ภาพประกอบ 4.1 สรุปผลคะแนนเฉลี่ยของการประเมินความคิดเห็นต่อโครงการจากกลุ่มผู้เข้ารับบริการ หัวหน้าโครงการ และผู้บังคับบัญชา



ตาราง 4.3 และภาพประกอบ 4.1 แสดงให้เห็นว่าผลการประเมินจากกลุ่มผู้เข้ารับบริการพบว่าได้ให้คะแนนการประเมินโครงการในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.47 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าให้คะแนนการประเมินด้านผลผลิตสูงสุด อยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 รองลงมาคือด้านบริบททั่วไป ด้านกระบวนการ และด้านปัจจัยนำเข้า อยู่ในระดับดีมาก ทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.46, 3.43 และ 3.42 ตามลำดับ

ผลการประเมินจากกลุ่มหัวหน้าโครงการพบว่า ได้ให้คะแนนการประเมินโครงการในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.55 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าให้คะแนนการประเมินด้านกระบวนการ และปัจจัยนำเข้าสูงที่สุด อยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 เท่ากัน รองลงมาคือ ด้านบริบททั่วไป และด้านผลผลิต ตามลำดับ อยู่ในระดับดีมากทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 และ 3.43 ตามลำดับ

ผลการประเมินจากกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการพบว่า ได้ให้คะแนนการประเมินโครงการในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.48 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าให้คะแนนการประเมินด้านบริบททั่วไปสูงที่สุด อยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 รองลงมาคือด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต อยู่ในระดับดีมาก, ดีมาก และระดับดี ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54, 3.48 และ 3.24 ตามลำดับ

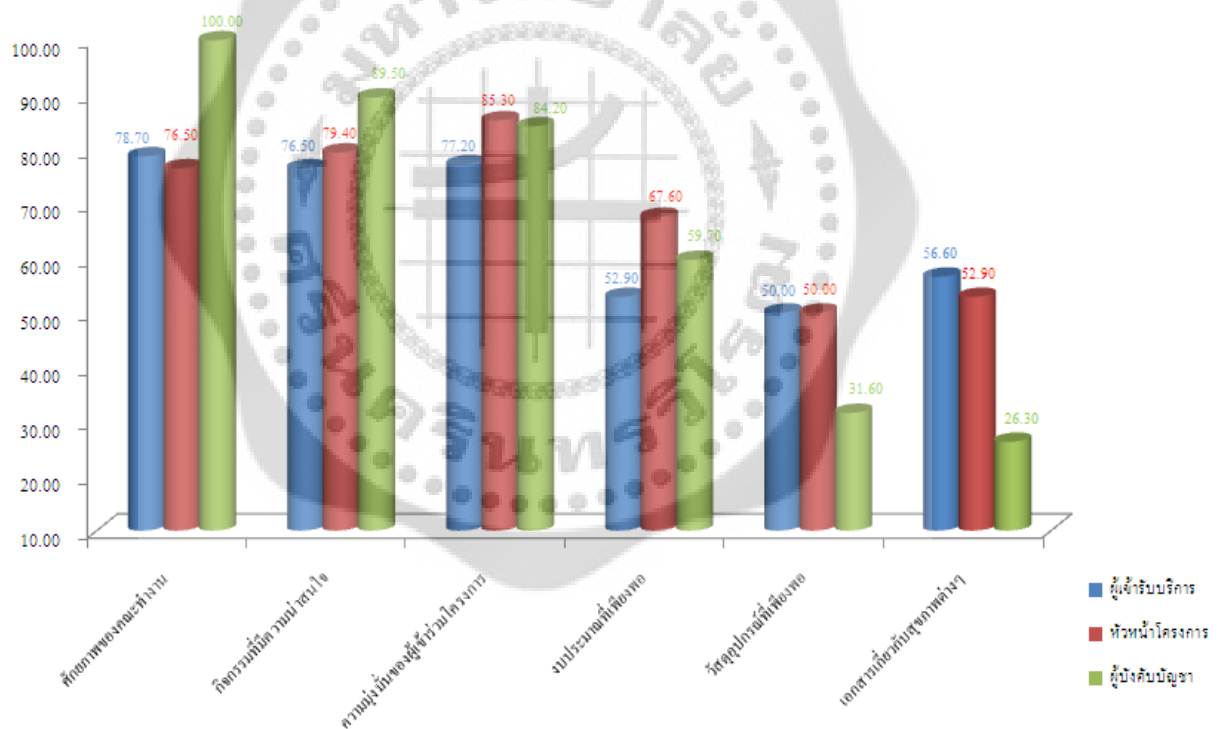
เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนการประเมินโครงการในภาพรวม (CIPP Model) ด้านบริบททั่วไป (Context) ด้านกระบวนการ (Process) พบว่ากลุ่มผู้เข้ารับบริการ กลุ่มหัวหน้าโครงการ และกลุ่มผู้บังคับบัญชา ให้คะแนนไม่แตกต่างกัน แต่พบว่ามีคะแนนแตกต่างกันในด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ที่พบว่ากลุ่มหัวหน้าโครงการให้คะแนนการประเมินสูงกว่ากลุ่มผู้เข้ารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($3.60 > 3.42$) และแตกต่างกันในด้านผลผลิต (Product) ที่พบว่ากลุ่มผู้เข้ารับบริการให้คะแนนการประเมินมากกว่ากลุ่มผู้บังคับบัญชา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($3.58 > 3.24$)

เมื่อทำการเปรียบเทียบการใช้หลัก PROMISE Model ในการบริหารโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามการรับรู้ระหว่างกลุ่มผู้เข้ารับบริการกับกลุ่มหัวหน้าโครงการ พบว่ากลุ่มหัวหน้าโครงการให้คะแนนการประเมินสูงกว่ากลุ่มผู้เข้ารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($3.67 > 3.49$)

ตาราง 4.4 ความถี่ และร้อยละของการประเมินถึงปัจจัยสำคัญที่ส่งผลทำให้การบริหารโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประสบความสำเร็จ



ปัจจัยสำคัญ	ผู้เข้ารับบริการ		หัวหน้าโครงการ		ผู้บังคับบัญชา	
	n = 136		n = 34		n = 19	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
1.ศักยภาพของคณะทำงาน	107	78.70	26	76.50	19	100.00
2.กิจกรรมที่มีความน่าสนใจ	104	76.50	27	79.40	17	89.50
3.ความมุ่งมั่นของผู้เข้าร่วมโครงการ	105	77.20	29	85.30	16	84.20
4.งบประมาณที่เพียงพอ	72	52.90	23	67.60	11	59.70
5.วัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ	68	50.00	17	50.00	6	31.60
6.เอกสารเกี่ยวกับสุขภาพต่างๆ	77	56.60	18	52.90	5	26.30



ภาพประกอบ 4.2 สรุปผลค่าร้อยละของผลการประเมินถึงปัจจัยสำคัญที่ส่งผลทำให้การบริหารโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประสบความสำเร็จ

ตาราง 4 และภาพประกอบ 2 แสดงให้เห็นถึงความคิดเห็นของกลุ่มผู้เข้ารับบริการ กลุ่มหัวหน้าโครงการ และกลุ่มผู้บังคับบัญชาที่มีความคิดเห็นต่อปัจจัยสำคัญที่ทำให้การบริหารโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประสบความสำเร็จ



พบว่ากลุ่มผู้เข้ารับบริการได้ให้ความสำคัญกับปัจจัยที่ทำให้โครงการประสบความสำเร็จเรียงจากมากไปหาน้อย ได้แก่ (1) ศักยภาพของคณะทำงาน (2) ความมุ่งมั่นของผู้เข้าร่วมโครงการ (3) กิจกรรมที่มีความน่าสนใจ (4) เอกสารเกี่ยวกับสุขภาพต่างๆ (5) งบประมาณที่เพียงพอ และ (6) วัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ มีจำนวนผู้ที่เห็นด้วย ร้อยละ 78.70, 77.20, 76.50, 56.60, 52.90 และ 50.00 ตามลำดับ

กลุ่มหัวหน้าโครงการได้ให้ความสำคัญกับปัจจัยที่ทำให้โครงการประสบความสำเร็จเรียงจากมากไปหาน้อย ได้แก่ (1) ความมุ่งมั่นของผู้เข้าร่วมโครงการ (2) กิจกรรมที่มีความน่าสนใจ (3) ศักยภาพของคณะทำงาน (4) งบประมาณที่เพียงพอ (5) เอกสารเกี่ยวกับสุขภาพต่างๆ และ (6) วัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ มีจำนวนผู้ที่เห็นด้วย ร้อยละ 85.30, 79.40, 76.50, 67.60, 52.90 และ 50.00 ตามลำดับ

กลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการได้ให้ความสำคัญกับปัจจัยที่ทำให้โครงการประสบความสำเร็จเรียงจากมากไปหาน้อย ได้แก่ (1) ศักยภาพของคณะทำงาน (2) กิจกรรมที่มีความน่าสนใจ (3) ความมุ่งมั่นของผู้เข้าร่วมโครงการ (4) งบประมาณที่เพียงพอ (5) วัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ และ (6) เอกสารเกี่ยวกับสุขภาพต่างๆ มีจำนวนผู้ที่เห็นด้วย ร้อยละ 100.00, 89.50, 84.20, 59.70, 31.60 และ 26.30 ตามลำดับ

ตาราง 4.5 สรุปผลการประเมินความคิดเห็นต่อโครงการจากกลุ่มคณะนิเทศโครงการ

ประเด็น	Context		Input		Process		Product		Total	
ประเมิน	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D
คณะนิเทศก์	3.34	.50	3.43	.48	3.31	.53	3.44	.54	3.38	.433
แปลผล	ดีมาก		ดีมาก		ดีมาก		ดีมาก		ดีมาก	

ตาราง 5 พบว่าคณะนิเทศโครงการจาก มศว ให้คะแนนต่อการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลเขตกรุงเทพมหานครในภาพรวม (CIPP Model) ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านกระบวนการ (Process) มีคะแนนการประเมินสูงสุด อยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.44 รองลงมาคือ ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านบริบททั่วไป (Context) และด้านกระบวนการ (Process) อยู่ในระดับดีมากทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.43, 3.34 และ 3.31 ตามลำดับ



สรุปผลข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากคณะนิเทศก์โครงการ

1. พบว่าหลายโครงการมีความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Modification Behavioral) ว่าไม่ใช่หลักการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ แต่มุ่งเน้นที่การปรับคุณลักษณะทางจิต เพื่อมุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
2. ยังคงพบว่าปัญหาสำคัญของการจัดกิจกรรม คือ การที่ผู้เข้าร่วมโครงการมาร่วมโครงการในแต่ละครั้งไม่เต็มจำนวนตามที่กำหนดไว้ ทางคณะทำงานโครงการจึงควรจะมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วยการจัดกิจกรรมในลักษณะของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นรายบุคคล หรือการใช้เทคนิคจูงใจต่างๆ ให้เพิ่มมากขึ้น
3. ปัจจัยสำคัญหนึ่งที่จะทำให้โครงการมีความยั่งยืน คือ การสร้างกลุ่มให้มีความเข้มแข็งให้เกิดขึ้นภายในชุมชนเพื่อให้ประชาชนได้ดำเนินการต่อเอง หลังจากที่เสร็จสิ้นโครงการแล้ว คณะทำงานควรที่จะสร้างผู้นำด้านสุขภาพขึ้นมาในกลุ่มเพื่อให้เป็นผู้นำในโอกาสต่อไปในชุมชน
4. พบว่าการที่ผู้บริหารของหน่วยงานได้ให้ความสำคัญกับการดำเนินงานโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคณะทำงาน เป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นการผลักดันให้สมาชิกในองค์กรได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ดังนั้น ทาง สปสช. เขต 13 ควรที่จะมีแนวนโยบายที่ชัดเจนในการกำหนดให้ผู้บริหรมองเห็นถึงความสำคัญของการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มากขึ้น ทั้งนี้อาจกำหนดเป็นตัวชี้วัดขององค์กรได้
5. ผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะต้องมาด้วยความสมัครใจ มีแรงผลักดันภายในที่ต้องการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง มิใช่มาจากการบังคับ ถึงจะทำให้การเข้าร่วมโครงการประสบความสำเร็จสูงสุดได้ ดังนั้น แต่ละโครงการจึงควรที่จะแสวงหาผู้เข้าร่วมโครงการลักษณะดังกล่าว

ผลสรุปข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกระหว่างกรนิเทศโครงการ

ดังแสดงรายละเอียดรายด้าน ในตาราง 4.6 – 4.9

ตาราง 4.6 ผลการประเมินเชิงคุณภาพในด้านบริบททั่วไป (Context) ตามความคิดเห็นของ 3 กลุ่ม

ผู้เข้ารับบริการ (n = 136)	หัวหน้าโครงการ (n = 34)	ผู้บังคับบัญชา (n = 19)
1) ความจำเป็นที่จะต้องเข้าร่วมโครงการ คือ ปัจจุบันเป็นโรคประจำที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น โรคอ้วน	1) มีความจำเป็นที่จะต้องจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน เพราะจากการปฏิบัติหน้าที่ประจำพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ยังคงมี	1) มีความจำเป็นที่จะต้องจัดโครงการ เพราะว่าได้สัมผัสกับกลุ่มเป้าหมายที่จะเข้าร่วมโครงการมาโดยตลอด เพราะเป็นผู้เข้ารับบริการของโรงพยาบาลเป็น



ผู้เข้ารับบริการ (n = 136)	หัวหน้าโครงการ (n = 34)	ผู้บังคับบัญชา (n = 19)
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมีพฤติกรรมสุขภาพหลายทั้งการกิน การออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม และส่วนหนึ่งก็พบว่าเนื่องจากอาชีพที่ปฏิบัติอยู่มีความเสี่ยง เช่น อาชีพตำรวจ และยังคงองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจึงอยากได้องค์ความรู้เพิ่มเติม และได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่ คนรอบข้างให้เข้าร่วมโครงการ และส่วนน้อยที่รายงานว่าชุมชนเกิดสภาพปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพกับกลุ่มประชาชนอย่างแท้จริง 2) ก่อนที่จะเข้าร่วมโครงการหลายคนไม่ได้ประเมินชัดเจนว่าคณะทำงานมีศักยภาพหรือไม่เพราะไม่ได้รู้จักกันมาก่อน แต่จะมีความมั่นใจในสถานพยาบาลว่าเจ้าหน้าที่คงจะมีความรู้ ความสามารถที่เพียงพอ หน่วยงานให้บริการก็มีอุปกรณ์ที่เพียงพอในการจัดโครงการให้ประสบความสำเร็จได้ เช่น มีสถานวัสดุอุปกรณ์ และบรรยากาศขององค์กรที่ส่วนใหญ่เป็นโรคพยาบาลน่าจะเอื้อต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพได้	ปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะพฤติกรรมการกินที่พบเป็นส่วนใหญ่ว่าเอื้อต่อการก่อให้เกิดโรคอ้วน และภาวะเสี่ยงต่างๆ โดยที่ประชาชนไม่รู้ตัว แสดงให้เห็นถึงการยังขาดองค์ความรู้ที่ดี และพบว่าประชาชนจำนวนมากที่เข้ามาใช้บริการมีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อ้วน คนกลุ่มนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่เหมาะสม และมีเป็นส่วนน้อยที่รายงานว่าได้ทำการสำรวจถึงปัญหามาจากสภาพชุมชนอย่างแท้จริง 2) ก่อนเริ่มโครงการได้วิเคราะห์แล้วว่า ศักยภาพของคณะทำงานมีอย่างเพียงพอที่จะผลักดันให้โครงการประสบความสำเร็จเพราะส่วนใหญ่แล้วก็เป็นบุคลากรทางด้านการแพทย์ มีความเชี่ยวชาญในด้านนี้โดยเฉพาะ ประกอบกับรับทราบมาก่อนจะจัดโครงการจะต้องได้รับการถ่ายทอด และมีพี่เลี้ยงจาก มศว และแต่ละโครงการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารเป็นอย่างดี หน่วยงานที่จัดมีสถานที่ อุปกรณ์ที่พร้อม และคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่มีความสนใจได้อย่างแท้จริงมาเข้าร่วมโครงการได้ แต่ในบางโครงการที่นิเทศก็พบว่า ผู้เข้ารับบริการไม่มีความสนใจเท่าที่ควร	ประจำ ที่พบว่า ส่วนใหญ่แล้วมักจะ เป็นโรคประจำเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต ที่ควรจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีถึงจะทำให้การใช้ชีวิตเป็นปกติได้ และประชาชนหลายคนในเขตพื้นที่ให้บริการ หรือส่วนใหญ่ของประเทศก็ยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมการกิน และการออกกำลังกายที่พบว่ามีปัญหาที่รุนแรงขึ้นทุกวัน หากไม่ดำเนินการป้องกันก็จะทำให้สูญเสียงบประมาณการรักษาอีกจำนวนมาก 2) ก่อนอนุมัติโครงการวิเคราะห์แล้วว่า คณะทำงานมีศักยภาพในการทำงานที่เพียงพอ เพราะเป็นความชำนาญในหน้าที่ประจำอยู่แล้ว มีผลงานเป็นที่ปรากฏชัดเจน สอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงานที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันโรค และปัจจัยทางการบริหารก็มีเพียงพอ เช่น พร้อมที่จะสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติม หรือให้อิมก่อน มีสถานที่เพียงพอ วัสดุอุปกรณ์มีจำนวนเพียงพอ มีสื่อการเรียนรู้ที่หลากหลาย แต่ปัญหาสำคัญที่คาดว่าจะเกิดขึ้นก็คือ ผู้เข้ารับบริการน่าจะมีความหลากหลาย อาจจะทำให้การร่วมกิจกรรมในครั้งเดียวกันเกิดปัญหาได้ แต่ก็ไว้ใจในความสามารถของคณะทำงานว่าจะสามารถบริหารจัดการจนประสบความสำเร็จได้



ตาราง 4.7 ผลการประเมินเชิงคุณภาพในด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ตามความคิดเห็นของ 3 กลุ่ม

ผู้เข้ารับบริการ (n = 136)	หัวหน้าโครงการ (n = 34)	ผู้บังคับบัญชา (n = 19)
1) มีความมั่นใจในศักยภาพของคณะทำงานที่จะสามารถให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้เพราะว่าเป็นบุคลากรทางการแพทย์อยู่แล้ว แต่เป็นที่น่าสนใจว่า ผู้เข้ารับบริการยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพยังคิดว่าการเข้าร่วมโครงการเป็นเพียงการถ่ายทอดความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพเพียงเท่านั้น และคณะทำงานมีความเอาใจใส่เป็นอย่างดี มีความกระตือรือร้น และเป็นแบบอย่างด้านพฤติกรรมได้เป็นอย่างดี แต่เป็นที่น่าสังเกตอีกว่า คณะทำงานหลายคนยังไม่เข้าใจบทบาทของตนเอง ในการ เป็นผู้ปรับพฤติกรรม ยังคงเน้นการถ่ายทอดองค์ความรู้ของตนเองให้กับผู้เข้าร่วมโครงการเป็นส่วนใหญ่ 2) หน่วยงานที่จัดโครงการมีความพร้อมในด้านสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ในระดับสูง เพราะว่าเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำอยู่แล้ว และสิ่งที่น่าสนใจก็คือ การจัดอาหารให้ผู้รับบริการนั้นจะเน้นอาหารด้านสุขภาพซึ่งสามารถเป็นตัวอย่างที่ดีได้ แต่สิ่งที่น่าจะเป็นสิ่งที่ต้องเพิ่มเติมก็คือ ยังขาดเอกสารประกอบความรู้ที่น่าสนใจ และสามารถในการจูงใจผู้เข้ารับบริการ	1) มีการเตรียมความพร้อมคณะทำงานโดยแบ่งหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน เช่น การประชาสัมพันธ์โครงการ การเชิญวิทยากร แต่การคิดกิจกรรมนั้นจะร่วมกันโดยเน้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในทีมงานเป็นสำคัญ ซึ่งทุกคนจะมีความเข้าใจเรื่องหลัก PROMISE Model และ 3Self จากประสบการณ์เดิม แต่ยังพบว่า ถึงแม้จะเป็นกิจกรรมฐานก็ตาม ก็ยังคงเน้นมีคณะทำงานเป็นผู้อธิบายหลักเพื่อป้อนความรู้ให้กับผู้เข้ารับบริการในฐาน ไม่นั่นให้ได้ปฏิบัติด้วยตนเอง มีเพียงบางโครงการที่เน้นปฏิบัติระหว่างการจัดกิจกรรม เพราะส่วนใหญ่ที่เน้นจะเป็นการให้ผู้เข้ารับบริการไปปฏิบัติหรือกำกับตนเองที่บ้าน 2) ได้จัดเตรียมทรัพยากรทางการบริหารไว้เป็นอย่างดี โดยได้ประสานงานกับฝ่ายบริหารในเรื่องงบประมาณสำรอง และการประกาศให้ทุกแผนกในหน่วยงานได้รับทราบถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นเพื่อขอความร่วมมือสำหรับวัสดุอุปกรณ์ก็ได้มีการจัดเตรียมอย่างพร้อมเพียงเพราะหลายโครงการมีประสบการณ์จากปีที่ผ่านมาจึงไม่พบปัญหาเรื่องวัสดุอุปกรณ์และเกือบทุกโครงการได้มีการจัดหารางวัลสำหรับผู้เข้ารับบริการที่ประสบความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมเพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจ	1) ให้การช่วยเหลือคณะทำงานอย่างเต็มที่ผู้บังคับบัญชาหลายคนได้เข้าไปเป็นที่ปรึกษาโดยตรงให้กับคณะทำงาน และหลายโครงการก็ได้มีการประกาศในที่ประชุมของหน่วยงานถึงบทบาทของคณะทำงานโดยผู้บริหารระดับสูงเพื่อให้ทุกแผนกได้ให้ความช่วยเหลือในการจัดกิจกรรมครั้งนี้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย และให้คำปรึกษากำลังใจ แก่คณะทำงานเป็นระยะๆ ในการนิเทศโครงการของทาง มศว ก็จะพบผู้บังคับบัญชาให้กำลังใจคณะทำงานระหว่างจัดกิจกรรมเสมอ แสดงให้เห็นถึงความเอาใจใส่ การสนับสนุนเป็นอย่างดี 2) การสนับสนุนด้านทรัพยากรที่ชัดเจน คือ การเปิดโอกาสให้ใช้สถานที่ และวัสดุ อุปกรณ์ต่างๆ ของหน่วยงานอย่างเต็มที่ ให้เวลาในการดำเนินโครงการอย่างเต็มที่ รวมทั้งช่วยสนับสนุนงบประมาณที่ไม่เพียงพอ หรือยังไม่ได้รับจากทาง สปสช. ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการบริหารจัดการโครงการ ช่วยประสานงานกับหน่วยงานภายนอก หลายหน่วยงานได้ประกาศยกย่องคณะทำงานอย่างเป็นทางการด้วย



ตาราง 4.8 ผลการประเมินเชิงคุณภาพในด้านกระบวนการ (Process)ตามความคิดเห็นของ 3 กลุ่ม

ผู้เข้ารับบริการ (n = 136)	หัวหน้าโครงการ (n =34)	ผู้บังคับบัญชา (n =19)
1) ผู้เข้ารับบริการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่ เช่น ระหว่างการทำกิจกรรมจะเน้นให้ผู้เข้ารับบริการได้ทำกิจกรรมมากกว่าการนั่งฟังบรรยาย ทำให้เกิดความสนุกสนาน ไม่น่าเบื่อ แต่ก็ยังเป็นที่น่าสังเกตว่า หลายโครงการถึงแม้จะมีลักษณะดังกล่าวแต่ก็ยังคงเป็นการนำจากคณะทำงาน หรือวิทยากรเป็นส่วนใหญ่ ไม่ได้เน้นให้ผู้รับบริการได้มีบทบาทนำ สำหรับการมีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์กิจกรรม หรือการบริหารจัดการ โครงการ เช่น การเงิน ผู้รับบริการหลายโครงการไม่ได้มีส่วนร่วมในด้านนี้ มีเพียงบางโครงการ 2) พบว่าเทคนิคส่วนใหญ่ที่หลายโครงการได้ใช้ในการปรับพฤติกรรม คือ การเสริมแรงทางบวก โดยคณะทำงานจะพูดคุยชมเชยผู้เข้ารับบริการที่สามารถทำกิจกรรมได้เป็นอย่างดี พูดให้กำลังใจ และการสร้างแรงจูงใจโดยใช้สิ่งของ รางวัล แต่ก็ยังเป็นที่น่าสังเกตว่า สิ่งของหรือรางวัลนั้น หลายโครงการไม่ได้มาจากการเสนอของผู้เข้ารับบริการเอง หลายโครงการได้ติดตามการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้วยการโทรศัพท์สอบถาม การตรวจสมุดพก และการตรวจสุขภาพเบื้องต้นในครั้งต่อไปที่เข้าร่วมโครงการ มีการใช้เทคนิคสร้างเสริมคุณค่าบ้างเล็กน้อย เช่น การนำตัวแบบด้านลบมาพูดในกิจกรรมเพื่อสร้างความตระหนักให้เห็นคุณค่าในตนเอง ชีวิตมีคุณค่า	1) หลายโครงการยังไม่ได้เน้นให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีบทบาทหลักในการจัดกิจกรรม ยังคงเป็นการสร้างสรรค์จากคณะทำงานเพื่อถ่ายทอด หรือเสนอต่อผู้เข้ารับบริการ แต่ก็พบว่าการจัดกิจกรรมส่วนใหญ่แล้วไม่มีการนั่งฟังบรรยายมากนัก แต่จะเป็นกิจกรรมที่ให้ผู้เข้ารับบริการได้มีส่วนร่วมมากขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา แต่ก็พบว่ายังมีบางโครงการที่ให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้มีบทบาทหลักที่ชัดเจน เช่น ให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้เป็นผู้บรรยาย องค์ความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติจริงสู่กันฟัง คิดค้นเมนูอาหารร่วมกัน คิดค้นกิจกรรมที่อยากทำเองโดยคณะทำงานเป็นที่ปรึกษา ได้รับงบประมาณไปสร้างสรรค์กิจกรรมเอง และมีการประเมินความพึงพอใจเป็นระยะๆ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการทำงาน 2)การบริหารงานตามหลัก PROMISE Model ที่ใช้มากที่สุด คือ การสร้างแรงจูงใจด้วยการกำหนดรางวัลให้ผู้ที่ประสบความสำเร็จ การเสริมแรงทางบวกด้วยการพูดจาให้กำลังใจ และก็ยังพบว่าได้มีการใช้หลักการสร้างเสริมคุณค่าให้ตนเองโดยการใช้ตัวแบบ การพูดจาให้เกิดความตระหนัก ความตระหนักในตนเองได้ดีพอสมควร ทำให้เห็นความสำคัญของสุขภาพมากขึ้น หลายโครงการก็มุ่งเน้นที่เป้าหมายสุดท้ายคือ การมีน้ำหนักตัวลดลง มีความดันโลหิตลดลง เป็นต้น คณะทำงานส่วนใหญ่ก็มีการมองโลกในแง่ดี ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และมองว่าเป็นโอกาสในการเรียนรู้จากอุปสรรคที่เกิดขึ้น	1) ได้มีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาคณะทำงานในเรื่องการบริหารงาน ทรัพยากร แต่เรื่องการจัดกิจกรรมที่เน้นผู้เข้ารับบริการเป็นสำคัญนั้นก็ให้คำปรึกษาในลักษณะที่ว่า ให้ทำความเข้าใจก่อนว่าผู้เข้ารับบริการมีความหลากหลาย หรือมีลักษณะเป็นเช่นไรก่อน คิดกิจกรรมที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายนั้น 2) ได้ติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะจาก 2 ช่องทางสำคัญ คือ การสอบถามจากผู้เข้ารับบริการ โดยตรงถึงความพึงพอใจ และความสำเร็จด้านการปรับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการได้เข้าร่วมโครงการ สังเกตจากการมีสุขภาพที่แข็งแรงขึ้น และการสอบถามโดยตรงจากคณะทำงานในวาระต่างๆ เช่น การประชุมของหน่วยงาน หรือการสอบถามอย่างไม่เป็นทางการถึงผลการดำเนินงานจากหัวหน้าโครงการ พร้อมทั้งได้ให้ข้อมูลย้อนกลับในเชิงสร้างสรรค์ เพื่อให้คณะทำงานนำไปปรับกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อผู้เข้ารับบริการมากที่สุด



ตาราง 4.9 ผลการประเมินเชิงคุณภาพในด้านผลผลิต (Product) ตามความคิดเห็นของ 3 กลุ่ม

ผู้เข้ารับบริการ (n = 136)	หัวหน้าโครงการ (n = 34)	ผู้บังคับบัญชา (n = 19)
1) หลังจากเข้าร่วมโครงการแล้วพบว่า ผู้เข้ารับบริการมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในด้านพฤติกรรมการกิน และการออกกำลังกายที่มีความชัดเจนมากที่สุด หลายคนเลิกกินอาหารเย็น อาหารประเภททอด หันมากินผักแทน มีการออกกำลังกายด้วยเทคนิคต่างๆ ที่คณะทำงานได้ถ่ายทอดไป เช่น การเล่นสูลาฮูป การเล่นไม้พลอง เล่นหนังยางยืด เป็นต้น สำหรับด้านภาวะสุขภาพ พบเช่นเดียวกันว่า หลายคนมีน้ำหนักตัวที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัด ความดันโลหิตอยู่ในระดับที่ปกติ ระดับน้ำตาลอยู่ในระดับปกติ ส่งผลทำให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการเป็นอย่างมาก 2) หลังจากเข้าร่วมโครงการพบว่า หลายคนมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้มากขึ้นจากแต่เดิมที่ไม่มั่นใจเพราะว่าสภาพแวดล้อมรอบข้างไม่ได้เอื้ออำนวยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถกำกับตนเองด้านการกิน การออกกำลังกายได้ดีขึ้น มีการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น มีการถ่ายทอดองค์ความรู้ วิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องให้กับบุคคลรอบข้างด้วย	1) มีการประเมินถึงพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ของผู้เข้ารับบริการพบว่าส่วนใหญ่แล้วในกลุ่มที่มีความตั้งใจ แน่วแน่ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความมั่นใจในตนเองเพิ่มมากขึ้นว่าจะสามารถลดน้ำหนักได้ ความคุมระดับน้ำตาลหรือความดันโลหิตได้ มีกำกับตนเองในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเพราะว่าในการเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งจะต้องมีกิจกรรมการออกกำลังกายควบคู่ไปด้วย สามารถสร้างความตระหนักได้เป็นอย่างดี สำหรับด้านภาวะสุขภาพนั้นก็เห็นได้ชัดเจนในกลุ่มที่มีความตั้งใจว่า มีน้ำหนักตัวที่ลดลง บางคนลดได้ 20 กิโลกรัมในเวลาเพียง 2 เดือน หลายคนสามารถควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดเบาหวาน ความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ สังเกตเห็นว่าผู้เข้ารับบริการส่วนใหญ่พึงพอใจที่ได้เข้าร่วมโครงการ มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปในทิศทางที่ดีกว่าเดิม 2) พึงพอใจต่อการดำเนินโครงการ เพราะประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย คณะทำงานได้มีการเรียนรู้เกิดขึ้น แต่สิ่งที่เป็นจุดด้อยก็คือ หลายโครงการยังคงเป็นแกนนำในการจัดกิจกรรมมากกว่าที่จะให้ผู้เข้ารับบริการเป็นผู้ที่มีบทบาทหลัก กฎระเบียบในการใช้เงินวัสดุต่างๆ บางโครงการผู้เข้ารับบริการมีความหลากหลายมากเกินไปทำให้ยากต่อการคิดค้นกิจกรรมที่สามารถตอบสนองทุกคนได้ จุดเด่นคือ ความร่วมมือของคณะทำงาน และความพร้อมของผู้รับบริการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง	1) พึงพอใจต่อผลลัพธ์ เพราะ ทำให้ผู้เข้ารับบริการมีภาวะด้านสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน คณะทำงานมีความเชี่ยวชาญในการทำงานมากขึ้น สามารถกระตุ้นให้บุคลากรคนอื่นๆ ของหน่วยงานเห็นความสำคัญของงานป้องกันโรคเพิ่มมากยิ่งขึ้น โครงการมีความสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงานเป็นอย่างดี หลายโครงการก็ต่อยอดเป็นผลการวิจัยที่ดีในระดับที่ได้รับรางวัล สามารถสร้างชื่อเสียงให้กับหน่วยงานได้ 2) พึงพอใจต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ที่สังเกตเห็นชัดเจนก็คือ ผู้รับบริการหลายมีความมั่นใจตนเองเพิ่มมากขึ้น แต่เนื่องจากเป็นสิ่งที่สังเกตเห็นได้ยากจึงทำให้ผู้บังคับบัญชาหลายท่านไม่ได้แสดงทรรชนะด้านนี้ชัดเจนเท่าที่ควร สำหรับด้านพฤติกรรมสุขภาพ 3o ก็พึงพอใจเช่นเดียวกันที่พบเห็นว่า ผู้เข้ารับบริการสามารถกำกับตนเองในการออกกำลังกายได้มากขึ้น มีการควบคุมอาหารที่ดี ลดการกินอาหารประเภทมัน ทอด เน้นผักมากขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของคณะทำงานได้อย่างชัดเจน



ตอนที่ 3 สัดส่วนของพฤติกรรมสุขภาพ และตัวชี้วัดด้านชีวเคมี ของผู้เข้าร่วมโครงการ หลังที่เพิ่มขึ้น เท่าเดิม และลดลง ภายหลังจากที่เข้าร่วมโครงการ

ตาราง 4.10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพ 3Self และหน่วยตัวชี้วัดชีวเคมีที่
เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ตัวแปรที่ศึกษา	n	เท่าเดิม		เพิ่มขึ้น		ลดลง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับรู้ความสามารถของตน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ(Self-efficacy)	4,500	589	13.10	3,460	76.90	451	10.00
2. การกำกับตนเอง (Self-regulation)	4,500	556	12.40	3,442	76.50	502	11.20
3.การดูแลตนเอง (Self-care)	4,500	547	12.20	3,545	78.80	408	9.10
4. ดัชนีมวลกาย (BMI)	3,787	614	16.21	698	18.43	2,475	65.36
5. ความดันโลหิตบน	2,809	286	10.18	797	28.37	1,726	61.45
6. ความดันโลหิตล่าง	2,809	514	18.30	898	31.97	1,397	49.73
7. ร้อยละของไขมันในร่างกาย	54	2	3.70	19	35.19	33	61.11
8. เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)	1,460	314	22.33	163	11.59	983	69.91
9. น้ำตาลในเลือด (FBS)	353	35	9.92	108	30.59	210	59.49
10. น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	383	103	26.89	49	12.79	231	60.31
11. ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม(% HbA1C)	150	3	2.00	25	16.67	122	81.33
12. อัตราการกรองไต (Creatinine clearance)	50	3	6.00	26	52.00	21	42.00
13.คะแนนความเจ็บปวด (Pain Score)	50	11	22.00	-	-	39	78.00
14.นุหรีที่สูบ (มวน)	50	2	4.00	-	-	48	96.00
15.ระดับคอเลสเตอรอล (CHOL)	150	6	4.00	39	26.00	105	70.00
16.ระดับไตรกลีเซอไรด์ (TG)	150	7	4.67	37	24.67	106	70.67
17.HDL	150	10	6.67	105	70.00	35	23.33
18.LDL	150	1	0.67	89	59.33	60	40.00



ตาราง 4.10 พบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการมี 1.การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self Efficacy) 2.การกำกับตนเอง (Self-Regulation) 3.การดูแลตนเอง (Self-Care) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ คิดเป็นร้อยละ 76.90, 76.50 และ 78.80 ตามลำดับ นับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ตามที่ได้กำหนดไว้ร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น

นอกจากนี้ยังพบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการมี 1.ดัชนีมวลกาย (BMI) 2.ความดันโลหิตบน 3.ความดันโลหิตล่าง 4.ร้อยละของไขมันในร่างกาย 5.เส้นรอบเอว (วัดเป็นเซนติเมตร) 6.น้ำตาลในเลือด (FBS) 7.น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) 8.ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม 9.คะแนนความเจ็บปวด (Pain Score) 10.บุหรี่ยี่สิบ (มวน) 11.CHOL 12.TG ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ คิดเป็นร้อยละ 65.36, 61.45, 49.73, 61.11, 69.91, 59.49, 60.31, 81.33, 78.00, 96.00, 70.00 และ 70.67 ตามลำดับ นับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ตามที่ได้กำหนดไว้ร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ในหลายตัวชี้วัด

และพบว่ามีหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการมี 1.อัตราการกรองไต 2.LDL และ 3.HDL เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ คิดเป็นร้อยละ 52.00, 70.00 และ 59.33 ตามลำดับ นับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ตามที่ได้กำหนดไว้ร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นในตัวชี้วัด LDL

ตอนที่ 4 ความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และตัวชี้วัดด้านชีวเคมี ของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ

ตาราง 4.11 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ 3Self และตัวชี้วัดด้านชีวเคมี ของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ ด้วยสถิติทดสอบ t-test dependent



ตัวแปรที่ทำการศึกษา	n	หลังเข้าร่วม		ก่อนเข้าร่วม		M.D.	df	ค่า t	ค่า r
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.				
1. การรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy)	4,500	16.32	2.27	14.10	2.67	2.21	4,499	57.294**	.462**
2. การกำกับตนเอง(Self-regulation)	4,500	15.89	2.42	13.62	2.78	2.26	4,499	55.034**	.442**
3.การดูแลตนเอง(Self-care)	4,500	22.65	5.40	19.37	4.05	3.27	4,499	43.329**	.426**
4. ดัชนีมวลกาย (BMI)	3,787	26.00	4.90	26.37	4.95	-.37	3,786	-14.942**	.952**
5. ความดันโลหิตบน	2,809	129.17	37.40	128.02	17.56	1.15	2,808	.258	.044
6. ความดันโลหิตล่าง	2,809	78.19	10.69	79.72	11.83	-1.53	2,808	-7.923**	.509**
7. ร้อยละไขมันในร่างกาย	54	36.49	8.56	37.32	8.26	-.82	53	-2.593*	.962**
8. เส้นรอบเอว(เซนติเมตร)	1,460	86.61	11.66	88.74	11.70	-2.13	1,459	-15.453**	.858**
9. น้ำตาลในเลือด (FBS)	353	100.10	26.39	105.48	35.58	-5.37	352	-3.607**	.628**
10.น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	383	70.89	14.70	71.71	15.2	-.82	382	-5.199**	.979**
11. ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (% HbA1C)	150	7.69	1.84	8.65	2.48	-.96	149	-8.403**	.830**
12. อัตราการกรองไต (Creatinine clearance)	50	83.58	10.18	82.50	13.07	1.08	49	.752	.644**
13.คะแนนความเจ็บปวด (Pain Score)	50	2.66	1.68	4.62	1.58	-.196	49	-9.612**	-.614**
14.บุหรี่ยี่สิบ (มวน)	50	3.90	5.72	13.28	8.96	-9.32	49	-7.75**	.390**
15.ระดับคอเลสเตอรอล (CHOL)	150	204.43	37.87	208.14	38.35	-3.71	149	-1.963	.815**
16.ระดับไตรกลีเซอไรด์ (TG)	150	116.27	59.37	129.60	73.16	-13.32	149	-3.926**	.823**
17.HDL	150	64.33	17.56	60.79	16.68	3.54	149	4.823**	.863**
18.LDL	150	134.46	40.52	121.97	37.79	12.49	149	5.120**	.709**

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 4.11 พบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการมี 1.การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self-efficacy) 2.การกำกับตนเอง (Self-regulation) 3.การดูแลตนเอง (Self-care) 4.HDL และ 5.LDL เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งนับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น

นอกจากนี้ยังพบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการมี 1.ดัชนีมวลกาย (BMI) 2.ความดันโลหิตล่าง 3.ร้อยละไขมันในร่างกาย 4.เส้นรอบเอว (เซนติเมตร) 5.น้ำตาลในเลือด (FBS) 6.



น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) 7.ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม 8.คะแนนความเจ็บปวด (Pain Score) 9.บุหรี่ยี่สิบ (มวน) และ 10.TG ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น และพบว่ามี 1.ความดันโลหิตบน 2.อัตราการกรองไต และ 3.CHOL มีความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งนับว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น

ตาราง 4.12 สัดส่วนของระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการในระดับมาก ปานกลาง และ น้อย (n = 4,500)

ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พึงพอใจระดับน้อย (คะแนนระหว่าง 7 – 13)	4	0.09
พึงพอใจระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 14 – 20)	549	12.20
พึงพอใจระดับมาก (คะแนนระหว่าง 21 – 28)	3,947	87.71

คะแนนเฉลี่ย = 23.55 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.89

ตาราง 4.12 พบว่าหลังจากที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน 3,947 คน คิดเป็น ร้อยละ 87.71 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์อยู่ในระดับมากตามที่ได้กำหนดไว้ร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ตอนที่ 4. เหตุปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อความสำเร็จและอุปสรรค ต่อการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จากข้อมูลเชิงคุณภาพ

4.1 สรุปปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินโครงการประสบความสำเร็จ

1. คณะทำงานมีความมุ่งมั่น พยายามในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ตลอดจนมีความกระตือรือร้นในการจัดกิจกรรมด้วยการทำทุกอย่างตามที่ได้รับมอบหมายจากคณะทำงาน หาความรู้เพิ่มเติม มีพฤติกรรมการทำงานที่ดี



2. คณะทำงานมีความร่วมมือ ร่วมใจ สามารถทำงานเป็นทีมงานปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ เป็นอย่างดี รับรู้ในความสามารถของสมาชิกทีมแต่ละคนที่มีอยู่ ซึ่งสามารถที่จะกำหนดตัวบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถตรงกับการดำเนินงาน และปัญหาที่เกิดขึ้น

3. ผู้บริหารของหน่วยงานได้ให้การสนับสนุนการดำเนินโครงการของคณะทำงานอย่างเต็มที่ เช่น การให้เวลาในการทำกิจกรรมโดยไม่ถือว่าเป็นการใช้เวลางาน ให้คำปรึกษาในการดำเนินงานขั้นตอนต่างๆ บอกกล่าวให้กับบุคลากรของหน่วยงานในภาพรวมให้รับทราบและเห็นความสำคัญของการปรับพฤติกรรมสุขภาพ

4. ผลสำเร็จของการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล ตลอดจนสามารถที่จะนำไปเป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพในการดำเนินงานของโรงพยาบาลได้ จึงทำให้ทุกคนในหน่วยงานเห็นความสำคัญ และได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานอย่างเต็มที่

5. ผู้เข้าร่วมโครงการมีความเต็มใจ และต้องการที่จะเข้าร่วมโครงการอย่างแท้จริง มุ่งหวังให้ตนเองมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงขึ้น ต้องการปรับพฤติกรรมอย่างแท้จริง ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ตามที่คณะทำงานได้วางแผนไว้ และมีความต่อเนื่องในการเข้าร่วมโครงการ

6. การเสริมแรงผู้เข้าร่วมโครงการด้วยการพูดจาในทางบวก เช่น การพูดชมเชยที่ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถปรับพฤติกรรมในขั้นต้นได้ พูดให้กำลังใจในกรณีที่มีข้อติดขัดบางประการที่ขัดขวางต่อการปรับพฤติกรรมของตนเอง การทักทายอย่างเป็นกันเองระหว่างเข้าร่วมโครงการ

7. คณะทำงานได้กำลังใจจากผู้เข้าร่วมโครงการ ส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ได้ทุ่มเททำกิจกรรมไปนั้น ไม่สูญเปล่า มีคนได้รับผลประโยชน์อย่างแท้จริง คำชมเชย เช่น ขอบคุณที่ช่วยเหลือพวกเรา เป็นโครงการที่ดีมากควรทำต่อไป หากไม่มีโครงการนี้จะทำให้สุขภาพแย่ลงมาก

8. การมีส่วนร่วมของคณะทำงานทุกคนในด้านการวางแผนการจัดกิจกรรม การบริหารโครงการ งบประมาณ และการร่วมกันแก้ไขปัญหา ซึ่งการมีส่วนร่วมดังกล่าวทำให้คณะทำงานทุกคนรู้สึกว่าเป็นเจ้าของโครงการร่วมกันไม่ใช่เป็นโครงการของหัวหน้าโครงการคนเดียว

9. งบประมาณที่มีจำนวนเพียงพอกับกิจกรรมตามที่ได้กำหนดไว้ และความสะดวกในการใช้จ่ายงบประมาณที่สามารถทำให้สอดคล้องกับความเป็นจริง การได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากหน่วยงานให้ยืมใช้ก่อน

10. การให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้มีส่วนร่วมในการกำหนดลักษณะของกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในครั้งต่อไป ซึ่งส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกว่า โครงการนี้เป็นของผู้เข้าร่วมโครงการอย่างแท้จริง ความรู้สึกเป็นเจ้าของ



11. การประเมินผลโครงการเป็นระยะๆ ซึ่งจะช่วยให้คณะทำงานพบข้อบกพร่องในการทำงาน สามารถที่จะนำไปปรับใช้ในการจัดกิจกรรมครั้งต่อไปให้ประสบความสำเร็จได้ดีขึ้นกว่าเดิม ตลอดจนเป็นการพัฒนาศักยภาพในการทำงานของคณะทำงานด้วย

12. ความเอื้ออาทร ความเป็นกัลยาณมิตรที่ดีระหว่างคณะทำงานกับผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งส่งผลทำให้การปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี มีความเป็นกันเอง

13. การให้รางวัลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการที่สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และเป็นต้นแบบในการจูงใจให้ผู้เข้าร่วมโครงการอื่นๆ ให้มีการปรับพฤติกรรมที่เพิ่มมากขึ้น

14. สถานที่ในการจัดกิจกรรมที่มีความพร้อม โดยเฉพาะหน่วยงานที่มีอุปกรณ์การออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพซึ่งจะทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้มาใช้บริการตลอดระยะเวลาในการปรับพฤติกรรม ซึ่งจะทำให้เห็นผลลัพธ์ได้อย่างชัดเจน ดังเช่น สถาบันสุขภาพเด็ก

15. การได้รับความช่วยเหลือให้คำแนะนำและการสนับสนุนวิชาการต่างๆจากคณาจารย์ของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

16. รูปแบบในการจัดกิจกรรมของผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง ต้องมีเนื้อหาที่น่าสนใจ แปลกใหม่ หรือสะท้อนชีวิตให้เห็นชัดเจน เช่น ความหวานของน้ำตาลทรายกับความหวานของผลไม้ต่างกันอย่างไร มีโทษหรือประโยชน์มากน้อยแค่ไหนในร่างกาย (Body Composition Analyzer) การนำเครื่องมือการวิเคราะห์องค์ประกอบกาย เพื่อให้รู้ว่ามวลไขมัน มวลกล้ามเนื้อ น้ำในร่างกาย มวลกระดูก มีเท่าไร อายุเทียบกับอัตราการเผาผลาญเท่ากับคนอายุเท่าไร สัดส่วนเป็นอย่างไร เป็นเครื่องมือที่ทำให้ผู้เข้าอบรมสนใจและใส่ใจในตัวเองมากขึ้น ในการนี้กิจกรรมที่จัดต้องน่าสนใจ วิทยากรต้องรู้จริง เข้าใจ มั่นใจ สามารถตอบปัญหา สร้างแรงจูงใจให้ประทับใจ อยากเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

17. ทีมวิทยากร พี่เลี้ยง มีสัมพันธภาพที่ดี ยิ้มแย้ม บริการด้วยความเต็มใจ ไม่หุนหันุนิดิบริการ ซึ่งสำคัญมากที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายรู้สึกเกรงใจ อยากเข้าร่วมกิจกรรม มีความตั้งใจจริง มีการแข่งขันกันเล็กน้อย โดยเฉพาะการประเมินภาวะสุขภาพ ให้คำแนะนำ เตรียมอุปกรณ์พร้อมเพียง ซึ่งมีจำนวนมากในการจัดอบรมแต่ละครั้ง (Roll up) อุปกรณ์ออกกำลังกาย เครื่องเสียง

4.2 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินโครงการ

1. ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ไม่สะดวกที่จะมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทำให้การจัดกิจกรรมแต่ละครั้งมียอดคนไม่ครบตามที่กำหนดไว้ ทั้งๆ ที่ได้จัดสรร



อุปกรณ์ไว้อย่างเพียงพอ ทำให้งบประมาณในการจัดโครงการครั้งดังกล่าวสูญเสียไป ไม่เกิดประโยชน์เท่าที่ควร

2. ผู้เข้าร่วมโครงการบางคนยังไม่มีความพร้อมที่จะปรับพฤติกรรม เนื่องจากสาเหตุส่วนตัว เช่น ความไม่พร้อมในด้านหน้าที่การงาน สภาพแวดล้อมของชุมชนที่ไม่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรม ส่งผลทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมไม่สามารถเปลี่ยนแปลงคนกลุ่มนี้ได้อย่างแท้จริง

3. กรณีที่มีการสร้างผู้นำกลุ่ม พบว่า ผู้นำกลุ่ม ยังไม่มีความเข้มแข็งเพียงพอที่จะกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมโครงการปฏิบัติกิจกรรมอย่างเต็มความสามารถ ทำให้ไม่เกิดความยั่งยืนในการดำเนินโครงการหลังจากที่ถอดถอนโครงการนี้ไปแล้ว

4. ในการจัดการกับงบประมาณที่ได้รับเนื่องจากบางครั้งจำเป็นต้องมีการใช้เงินอย่างเร่งด่วน และไม่เป็นไปตามหมวดหมู่ ดังนั้นจึงควรมีการถ่วงเฉลี่ยแทนกันได้เพื่อให้ใช้งบประมาณได้อย่างเหมาะสม

5. ระยะเวลาที่ใช้ในการปรับพฤติกรรมมีไม่เพียงพอที่จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการได้ ควรที่จะขยายเวลาออกไปอีก

6. การจัดหาครุภัณฑ์ วัสดุต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้ในโครงการซึ่งโครงการได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช. ซึ่งงบประมาณที่ได้รับผ่านทางโรงพยาบาล ซึ่งมีขั้นตอนที่ยุ่งยาก มีการบริหารจัดการงบประมาณที่ล่าช้า ไม่คล่องตัว ทำให้การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายไม่รวดเร็วไม่สอดคล้องกับระยะเวลาดำเนินโครงการ จึงเป็นปัญหาและอุปสรรคในการบริหารโครงการ

4.3 แนวทางในการพัฒนาและแนวทางการดำเนินโครงการต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางโทรศัพท์ หรือกระบวนการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการตรวจสอบว่ามีการเปลี่ยนแปลงถึงขั้นไหนแล้ว และหากมีปัญหาก็จะได้ช่วยให้คำปรึกษาหรือได้อย่างทันทั่วถึง ซึ่งน่าจะเป็นแนวทางที่ทำให้เกิดความยั่งยืนได้

2. ควรพัฒนาหรือปรับรูปแบบให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น เพื่อให้ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และรู้สึกว่าเป็นหน้าที่รับผิดชอบของตนเอง ร่วมกันหาแนวทางแก้ปัญหาเพื่อที่จะได้รูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมและตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายและชุมชน โดยบุคลากรทางสุขภาพทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำ และคอยประสานงานตลอดจนหาแหล่งสนับสนุนด้านงบประมาณให้

3. การจัดอบรมบางครั้ง ไม่ควรจำกัดในเรื่องของสถานที่ ควรมีการจัดอบรมนอกสถานที่ เพื่อให้มีสมาธิ จิตใจจดจ่ออยู่กับการทำกิจกรรมกลุ่มและไม่ต้องเป็นห่วงงาน



4. การจัดกิจกรรมการให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นรายบุคคล เพื่อสร้างความใกล้ชิดในเชิงรุกกับผู้เข้าร่วมโครงการ
5. มีกิจกรรมภาคปฏิบัติมากขึ้นกว่าสัดส่วนของกิจกรรมภาคบรรยาย เพราะจะทำให้การดำเนินโครงการไม่น่าเบื่อ
6. ต้องการให้นโยบายครั้งนี้ซึ่งได้ผล และผลักดันให้เป็นนโยบายของชาติต่อไปเพื่อที่จะให้ประชาชนมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง
7. ควรมีการแลกเปลี่ยนกิจกรรมโดยการศึกษาฐานสถานพยาบาลที่พร้อมในการจัดกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็นความพร้อมด้านสถานที่หรือตัวบุคคลเองเพื่อที่จะได้ตั้งเป็นเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่
8. ควรประชุมวิเคราะห์ผลแล้วจะได้แนวทางในการสร้างนวัตกรรมเพื่อพัฒนาโครงการข้างหน้าต่อไป เช่น รูปแบบการออกกำลังกายในสำนักงานก่อนเริ่มงาน พักกลางวัน ตอนเย็น ขณะพักผ่อนดูรายการโทรทัศน์ ฟังเพลง ซึ่งต้องออกแบบให้เหมาะสมในแต่ละราย
9. จากผลการดำเนินโครงการพัฒนาความสามารถการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวานที่ผ่านมาถึงแม้จะช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานสามารถดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลให้ลดลงได้แต่ก็ยังมีส่วนผู้ป่วยเบาหวานอีกจำนวนมากที่มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมยังไม่ถึงเป้าหมายคือไม่เกินร้อยละ 7 เนื่องจากมีปัญหาที่ซับซ้อนดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีการประสานร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยในการร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแต่ละคนอย่างต่อเนื่องควรช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ถึงเป้าหมายได้เร็วขึ้นจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในการดำเนินโครงการที่มีเวลาจำกัดไม่ควรมากเกินไป อาจเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายๆกันและมีการติดตามในระยะเวลานานกว่านี้
10. เพื่อให้การดำเนินโครงการต่อเนื่อง สะดวก รวดเร็ว ซึ่งเป้าหมายประเด็นสำคัญต้องการให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริหารโครงการ ควรจัดสรรงบประมาณให้ผ่านทางหน่วยงานที่กำกับโครงการ คือ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพราะเป็นหน่วยงานหลักที่มีความเข้าใจในการดำเนินงานโครงการ



บทที่ 5

สรุปอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อ

1) เพื่อศึกษาผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับทุนสนับสนุนการดำเนินงานจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2555 จำนวน 34 โครงการ ตามกรอบแนวคิด CIPP Model, Logic Model และ 360 Degree Feedback ในช่วงระหว่างดำเนินโครงการ

2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ของผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับพฤติกรรมตนเอง และการดูแลสุขภาพของตนเอง และตัวชี้วัดทางชีวเคมีของแต่ละโครงการ เช่น ค่า BMI ค่าระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ในช่วงสิ้นสุดการดำเนินโครงการ

3) เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้เข้าร่วมโครงการที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 3Self และตัวชี้วัดทางชีวเคมีของแต่ละโครงการ เช่น ค่า BMI ค่าระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต ที่เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

4) เพื่อศึกษาถึงเหตุปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อความสำเร็จและอุปสรรค ต่อการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ในช่วงสิ้นสุดการดำเนินโครงการ

และได้กำหนดสมมุติฐานการวิจัย / การประเมิน ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์หลักคือ



1) กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชา และกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีความคิดเห็นต่อการประเมินโครงการด้านบริบททั่วไป (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Output) และความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ มีคะแนนเกินร้อยละ 70 มากกว่าร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการ

2) ผู้เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และตัวชี้วัดด้านชีวเคมี เช่น BMI ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต รอบเอว เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

3) ผู้เข้าร่วมโครงการมากกว่าร้อยละ 70 เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และตัวชี้วัดด้านชีวเคมี เช่น BMI ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต รอบเอว ในทิศทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

กลุ่มเป้าหมายในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ได้แก่

1) กลุ่มหัวหน้าโครงการ ได้แก่ ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าโครงการให้บริการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก PROMISE Model ที่ได้รับการฝึกอบรมจาก สถาบันวิจัย พฤติกรรมศาสตร์เพื่อไปบริหารจัดการและจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ในปีงบประมาณ 2555 จำนวน 34 โครงการๆ ละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 34 คน ทำหน้าที่ในการตอบแบบ ประเมินโครงการทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

2) กลุ่มผู้บังคับบัญชา ได้แก่ หัวหน้างานโดยตรงของหัวหน้าโครงการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2555 จำนวน 15 หน่วยงาน รวมทั้งสิ้น 34 โครงการ หัวหน้า โครงการทั้งหมดมีผู้บังคับบัญชา 16 คน ที่ทำหน้าที่ให้ข้อมูลตามแบบประเมินโครงการทั้งในเชิง ปริมาณและเชิงคุณภาพ

3) กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับงบประมาณ สนับสนุนการดำเนินโครงการจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2555 จาก จำนวน 34 โครงการๆ ละ 4 คน รวมทั้งสิ้น 136 คน ทำหน้าที่ให้ข้อมูลตามแบบประเมินโครงการ ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และ กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการทั้ง 34 โครงการ รวม จำนวน 4,500 คน เพื่อเป็นข้อมูลตาม Logic Model เพื่อเก็บข้อมูล พฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และ



ตัวชี้วัดทางชีวเคมีอื่นๆ เช่น ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือด เป็นต้น ตามเป้าหมายของแต่ละโครงการกำหนด

สรุปผลการวิจัย / การประเมินโครงการ

1) ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 2,974 คน คิดเป็นร้อยละ 66.10 มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี จำนวน 1,146 คน คิดเป็นร้อยละ 25.47 มีการศึกษาค่ำกว่าระดับปริญญาตรี จำนวน 1,761 คน คิดเป็นร้อยละ 61.38 มีสิทธิการรักษาพยาบาลคือ สิทธิบัตรทองในเขต กทม.จำนวน 2,070 คน คิดเป็นร้อยละ 39.13 ลักษณะของกลุ่มเป้าหมายคือ กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน จำนวน 1,334 คน คิดเป็นร้อยละ 29.64 และ ปัจจัยเสี่ยงที่พบคือ ขาดการออกกำลังกาย จำนวน 2,067 คน คิดเป็นร้อยละ 45.93

2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินโครงการตามกรอบการประเมิน CIPP Model ประกอบด้วย กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 136 คน กลุ่มหัวหน้าโครงการ จำนวน 34 คน และกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ จำนวน 19 คน

3) ผลการเปรียบเทียบคะแนนการประเมินโครงการในภาพรวม (CIPP Model) ด้านบริบททั่วไป (Context) ด้านกระบวนการ (Process) พบว่ากลุ่มผู้ให้บริการ กลุ่มหัวหน้าโครงการ และกลุ่มผู้บังคับบัญชา ให้คะแนนไม่แตกต่างกัน แต่พบว่ามีคะแนนแตกต่างกันในด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ที่พบว่ากลุ่มหัวหน้าโครงการให้คะแนนการประเมินสูงกว่ากลุ่มผู้ให้บริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($3.60 > 3.42$) และแตกต่างกันในด้านผลผลิต(Product) ที่พบว่ากลุ่มผู้ให้บริการให้คะแนนการประเมินมากกว่ากลุ่มผู้บังคับบัญชา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($3.58 > 3.24$) เมื่อทำการเปรียบเทียบการใช้หลัก PROMISE Model ในการบริหารโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามการรับรู้ระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการกับกลุ่มหัวหน้าโครงการ พบว่ากลุ่มหัวหน้าโครงการให้คะแนนการประเมินสูงกว่ากลุ่มผู้ให้บริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($3.67 > 3.49$)

4) หลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการมี 1.การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self-Efficacy) 2.การกำกับตนเอง (Self-Regulation) 3.การดูแลตนเอง (Self-Care) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ คิดเป็นร้อยละ 76.90, 76.50 และ 78.80 ตามลำดับ นับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ตามที่ได้กำหนดไว้ร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการมี 1.ดัชนีมวลกาย (BMI) 2.ความดันโลหิตบน 3.ความดันโลหิตล่าง 4.ร้อยละของไขมันในร่างกาย 5.เส้นรอบเอว (เซนติเมตร) 6.น้ำตาลในเลือด (FBS) 7.น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) 8.



ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม 9. คะแนนความเจ็บปวด (Pain Score) 11. น้ำหนักที่สูญ (มวล) 12. CHOL 13. TG ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ คิดเป็นร้อยละ 65.36, 61.45, 49.73, 61.11, 69.91, 59.49, 60.31, 81.33, 78.00, 96.00, 70.00 และ 70.67 ตามลำดับ นับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ตามที่ได้กำหนดไว้ร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นในหลายตัวชี้วัด และพบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการมี 1. อัตราการกรองไต (H28) 2. LDL และ 3. HDL เพิ่มขึ้นต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ คิดเป็นร้อยละ 52.00, 70.00 และ 59.33 ตามลำดับ นับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ตามที่ได้กำหนดไว้ร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นในตัวชี้วัด LDL

5) หลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการมี 1. การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self-efficacy) 2. การกำกับตนเอง (Self-regulation) 3. การดูแลตนเอง (Self-care) 4. HDL และ 5. LDL เพิ่มขึ้นต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งนับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการมี 1. ดัชนีมวลกาย (BMI) 2. ความดันโลหิตต่ำ 3. ร้อยละของไขมันในร่างกาย 4. เส้นรอบเอว (วัดเป็นเซนติเมตร) 5. น้ำตาลในเลือด (FBS) 6. น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) 7. ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม 8. คะแนนความเจ็บปวด (Pain Score) 9. น้ำหนักที่สูญ (มวล) และ 10. TG ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น และพบว่า 1. ความดันโลหิตบน 2. อัตราการกรองไต และ 3. CHOL ไม่แตกต่างระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งนับว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ในประเด็นดังกล่าวนี้ยังนับว่าไม่บรรลุเป้าหมายของการดำเนินโครงการ

6) ปัจจัยสำคัญทำให้โครงการประสบความสำเร็จ ได้แก่ คณะทำงานที่มีศักยภาพ ผู้เข้าร่วมโครงการที่มีความตั้งใจจริง ผู้บังคับบัญชาให้การสนับสนุน เพื่อนร่วมงานให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรม บรรดาอาสาสมัครมีความพร้อมใจการจัดกิจกรรม ความหลากหลายของกิจกรรม สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ ผู้เข้าร่วมโครงการไม่เข้าร่วมตามกำหนด และหลายคนยังไม่พร้อมที่จะปรับพฤติกรรม ผู้นำกลุ่มกิจกรรมยังไม่เข้มแข็ง มีปัญหาด้านการบริหารงบประมาณค่าเช่า ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีน้อย และข้อเสนอแนะในการจัดโครงการครั้งต่อไป ได้แก่ มีการติดตามผลระยะยาว ให้ชุมชนมีส่วนร่วม การจัดกิจกรรมนอกสถานที่ การให้



คำปรึกษารายบุคคล เน้นการปฏิบัติมากกว่าฟังบรรยาย และการสร้างนวัตกรรมที่เหมาะสมกับผู้เข้าร่วมโครงการ โดยเฉพาะ

การอภิปรายผล

1) อภิปรายประเด็นเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่แล้วเป็นเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งแสดงให้เห็นเพศหญิงมีความสนใจต่อประเด็นด้านสุขภาพมากกว่าเพศชาย อาจเป็นเพราะว่าเพศชายมีความจำเป็นในการประกอบอาชีพ คุณลักษณะนิสัยด้านการดูแลสุขภาพที่ดีกว่าเพศหญิง เช่น พฤติกรรมการดื่มสุรา เป็นต้น ดังนั้นในการส่งเสริมหรือการปรับพฤติกรรมสุขภาพควรจะเน้นที่การส่งเสริมในกลุ่มเพศชายในเชิงรุกมากกว่า โดยรุกเข้าถึงในชุมชนโดยใช้กลยุทธ์เกี่ยวกับครอบครัว ซึ่งให้เห็นถึงความสำคัญว่า ผู้ชายจะต้องทำหน้าที่เพื่อครอบครัว หาเงินเลี้ยงครอบครัว ดังนั้น จึงควรที่จะให้ความสนใจกับการดูแลสุขภาพให้มากขึ้น ลำพังเพียงการประชาสัมพันธ์ที่โรงพยาบาลอาจจะไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นเพศชายได้ ในมิติด้านอายุก็พบว่า คนที่มีอายุมาก คือ 50 – 59 ปี มากถึงร้อยละ 61.38 ที่เข้าร่วมโครงการ แสดงให้เห็นว่า ยิ่งประชาชนที่อายุยังน้อยก็จะยังไม่เห็นความสำคัญในเรื่องสุขภาพ ซึ่งนับได้ว่าเป็นความเข้าใจผิด เพราะว่าการดำเนินชีวิตในช่วงวัยเยาว์ จะเป็นตัวกำหนดสุขภาพตอนที่อายุมากแล้ว การส่งเสริมก็ควรที่จะมุ่งเน้นกลุ่มคนวัยทำงานมากยิ่งขึ้นให้หันมาใส่ใจปัญหาด้านสุขภาพ และมิติที่สำคัญคือมิติของการเป็นโรคพบว่า กลุ่มโรคเบาหวานเป็นกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการมากที่สุด แต่ก็ยังคงไม่แตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ มากนัก แสดงให้เห็นว่าทุกกลุ่มโรค ประกอบด้วย โรคอ้วน / ลงพุง เบาหวาน ความดันโลหิต และหัวใจ และหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง เห็นความสำคัญในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างมาก เพราะคุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ

2) ผลการประเมินโครงการตามแนวทาง CIPP Model ซึ่งได้ทำการประเมินตั้งแต่บริบทความต้องการจำเป็นของโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ใน 3 กลุ่มที่เกี่ยวข้องพบว่า กลุ่มผู้เข้ารับบริการ กลุ่มหัวหน้าโครงการ และกลุ่มผู้บังคับบัญชา ให้คะแนนการประเมินในภาพรวมไม่แตกต่างกัน ผลการประเมินดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงการดำเนินโครงการที่เป็นไปอย่างมีเอกภาพ ทุกกลุ่มมีความพึงพอใจในระดับเดียวกันทั้งหมด สามารถตอบสนองความต้องการของทุกกลุ่มได้เป็นอย่างดี หลายโครงการได้มีการพัฒนาในด้านการจัดกิจกรรมอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะในเรื่องของการยึดผู้เข้าร่วมโครงการเป็นศูนย์กลาง ที่พบว่า ได้มีให้ผู้เข้าร่วมโครงการเป็นบุคคลหลักในการจัดกิจกรรมเอง เช่น การเล่าประสบการณ์การปรับพฤติกรรมสุขภาพและแนวทางแก้ไข โดยผู้เข้าร่วมโครงการเอง ไม่ใช่วิทยากรจากภายนอก การเล่นเกมบทบาทสมมติ ซึ่งกระบวนการดังกล่าว ทำให้สามารถที่จะสร้างความเข้มแข็งที่ยั่งยืนให้เกิดขึ้นได้ เมื่อพิจารณารายละเอียดแต่ละ



ด้านพบว่า ในด้านปัจจัยนำเข้า กลุ่มหัวหน้าโครงการให้คะแนนการประเมินสูงกว่ากลุ่มผู้เข้ารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($3.60 > 3.42$) แสดงให้เห็นว่าหัวหน้าโครงการสามารถที่จะรับรู้ถึงการมีอยู่ของวัสดุ อุปกรณ์ในการจัดกิจกรรมได้มากกว่าที่ผู้เข้าร่วมโครงการสัมผัส แนวทางที่จะแก้ไขปัญหานี้ หรือ การที่จะทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการรับรู้ถึงการมีอยู่ของวัสดุ อุปกรณ์ที่มากขึ้น คือ กลยุทธ์ด้านการมีส่วนร่วม เช่น การให้งบประมาณกับผู้เข้าร่วมโครงการไปจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการจัดกิจกรรมด้วยตนเอง ซึ่งกระบวนการดังกล่าว จะทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการเห็นได้เห็นภาพรวมของทรัพยากรทั้งหมดที่มีอยู่ด้วยตนเอง ด้านผลผลิต(Product) ที่พบว่ากลุ่มผู้เข้ารับบริการให้คะแนนการประเมินมากกว่ากลุ่มผู้บังคับบัญชา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($3.58 > 3.24$) แสดงให้เห็นถึงความใกล้ชิดในการปฏิบัติงานระหว่างคณะทำงานกับผู้บังคับบัญชา ผู้เข้าร่วมโครงการให้คะแนนไม่แตกต่างจากหัวหน้าโครงการ แต่แตกต่างจากผู้บังคับบัญชา แสดงให้เห็นว่าผู้บังคับบัญชาอาจจะยังไม่ได้ใกล้ชิดกับการทำงานมากนัก กลยุทธ์หลักในการผลักดันจุดด้อยนี้ก็คือ การกระจายงบประมาณไปยังผู้บังคับบัญชาในฐานะเป็นผู้ตรวจ ประเมิน ให้คำแนะนำ การดำเนินโครงการแก่คณะทำงานอย่างใกล้ชิด ซึ่งกลยุทธ์ดังกล่าวจะส่งผลทำให้ ผู้บังคับบัญชาเกิดความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับ โครงการปรับปรุงพฤติกรรมมากยิ่งขึ้นทำให้คณะทำงานมีจะได้รับการคำปรึกษาอย่างใกล้ชิด ตลอดจนทั้งองค์กรก็จะเห็นถึงความสำคัญของโครงการครั้งนี้ด้วย และการประเมินการบริหารโครงการตามแนวทาง PROMISE Model ในการบริหารโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งพบว่ากลุ่มหัวหน้าโครงการให้คะแนนการประเมินสูงกว่ากลุ่มผู้เข้ารับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($3.67 > 3.49$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการยังไม่สามารถที่จะสัมผัสถึงการบริหารงานในเชิงพฤติกรรมของคณะทำงานในการใช้หลักการจัดการแบบ PROMISE Model ได้เท่ากับกลุ่มหัวหน้าโครงการ แนวทางหรือกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว คือ การให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้มาเรียนรู้เกี่ยวกับแนวทางในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง PROMISE Model ร่วมกับคณะทำงานด้วย อาจจะเริ่มต้นจากการให้ผู้นำกลุ่ม ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะกลับไปเป็นผู้นำกลุ่มการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนเมื่อโครงการเสร็จสิ้นลงแล้ว ได้เรียนรู้หลักการดังกล่าวร่วมกับคณะทำงาน ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดี 2 ประการ ได้แก่ ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้ตระหนักเกี่ยวกับแนวทางการจัดกิจกรรมร่วมกับคณะทำงาน และยังเป็นการสร้างแกนนำให้เกิดขึ้นในชุมชน ซึ่งจะเป็แนวทางในการสร้างความยั่งยืนให้เกิดขึ้นได้

3. ผลการตรวจสอบถึงสัดส่วนของผู้เข้าร่วมโครงการที่มี พฤติกรรมสุขภาพ 3Self มี สัดส่วนของการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นเกินร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด และพบว่าหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมก็มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ที่เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



สุขภาพตามแนวทาง PROMISE Model ของคณะทำงานสามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ โดยเฉพาะการรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self-efficacy) ที่กิจกรรมสามารถจะปรับเปลี่ยนกระบวนการทางจิตของผู้เข้าร่วมโครงการ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะมีความสามารถที่เพียงพอในการปรับเปลี่ยนตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นไปในทิศทางที่ดี เมื่อเกิดความมั่นใจแล้วก็ย่อมที่จะสามารถการกำกับตนเอง (Self-regulation) ให้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ให้มีพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปอย่างถูกต้องตามหลักการ และท้ายสุดก็จะเกิดการดูแลตนเอง (Self-care) ได้ดีขึ้นตามลำดับ สอดคล้องกับแนวคิดของ นอร์ริส (Norris, 1979) ที่อธิบายว่า กระบวนการเปิดโอกาสให้บุคคลได้มีการริเริ่ม มีความรับผิดชอบ รวมทั้งได้รับประโยชน์จากการทำหน้าที่ในขณะที่กำลังพัฒนาความสามารถทางด้านสุขภาพจะส่งผลทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง ในการจัดกิจกรรมตามแนวทาง PROMISE Model ก็มีกระบวนการที่เน้นให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม มีการริเริ่มทำกิจกรรมด้วยตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของ โรมเดอร์ (Health Canada, 2004; citing Romeder et al., 1990) ที่เน้นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการตัดสินใจและการกระทำโดยตัวบุคคลที่มีความสนใจในสุขภาพของตนเองเป็นผู้เริ่มต้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง กระบวนการดังกล่าวจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างยั่งยืน

แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ตัวชี้วัดทางชีวเคมี เช่น ดัชนีมวลกาย (BMI) ความดันโลหิตบน ความดันโลหิตล่างส่วนใหญ่แล้ว กลับมีสัดส่วนของการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นไม่เกินร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมดซึ่งแสดงให้เห็นว่าตัวชี้วัดดังกล่าวส่วนใหญ่แล้วยังไม่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่วางไว้ แต่ก็ยังพบว่า แต่หากมองในอีกมิติหนึ่งคือหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม ตัวชี้วัดทางชีวเคมีดังกล่าวเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ในประเด็นของสัดส่วนที่พบว่ายังไม่เกินร้อยละ 70 เพราะการที่จะเปลี่ยนแปลงเรื่องชีวเคมีจะต้องมีความเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะเวลาที่ยาวนานพอสมควร เช่น ผู้เข้าร่วมโครงการเปลี่ยนพฤติกรรมจากเดิมที่ไม่ชอบออกกำลังกายมาหันให้ความสนใจการออกกำลังกายเพื่อที่จะลดความอ้วน และทำให้ระดับไขมันในเลือดลดลง ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะต้องใช้เวลานาน ถ้าฟังเพียงแค่ระยะเวลาตามที่กำหนดไว้ในกิจกรรม 5 ครั้ง อาจจะไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดเจน กลยุทธ์ที่สำคัญในการพัฒนาดังกล่าว จึงเป็นเรื่องของการติดตามผลในระยะยาว ด้วยมาตรการต่างๆ ของคณะทำงาน ซึ่งการติดตามนั้นอาจจะรวมถึงการกระตุ้นพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมโครงการเป็นระยะๆ ของคณะทำงาน แต่หากจะให้เกิดความยั่งยืนแล้ว จะต้องสร้างแกนนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เข้มแข็งให้เกิดขึ้นในชุมชน



ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

1. หัวใจสำคัญของความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ คือ ผู้เข้าร่วมโครงการที่เห็นถึงความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของตนเอง การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยได้ผู้เข้าร่วมโครงการยังไม่มีความพร้อม หรือความเต็มใจ ผลสำเร็จย่อมไม่เกิดขึ้น ดังนั้น เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับนโยบาย ดังเช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร หรือระดับปฏิบัติ ดังเช่น โรงพยาบาล ควรที่ดำเนินมาตรการกระตุ้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญในเรื่องสุขภาพให้มากขึ้น และเผยแพร่องค์ความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพในวงกว้างมากขึ้น

2. ในการดำเนิน โครงการปรับพฤติกรรมสุขภาพมีความแตกต่างจาก การดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพที่เห็นเด่นชัดคือ แนวคิดและการปฏิบัติที่ให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพและศักยภาพ วิธีการดำเนินชีวิตของผู้ร่วมโครงการมากกว่าโดยมุ่งเน้นกิจกรรมที่มีความต่อเนื่อง จึงทำให้เห็นผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและตัวชี้วัดทางชีวเคมีทั้งร่างกายและผลการตรวจเลือดอย่างมีนัยสำคัญ จึงถือว่าเป็นกิจกรรมที่เห็นผลที่บุคลากรสาธารณสุขควรนำไปประยุกต์ใช้ในงานส่งเสริม งานสุขภาพและการสาธารณสุข

3. จากปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญได้แก่ ความทุ่มเทของคณะทำงาน แต่ที่สำคัญกว่าคือ การสมัครใจของผู้เข้าร่วมโครงการ ดังนั้น ก่อนเริ่มดำเนินโครงการควรมีการประชาสัมพันธ์และสนทนาแบบเผชิญหน้ากับผู้เข้าร่วมโครงการ เพื่อเกิดการยอมรับ การตระหนักเห็นความสำคัญและสมัครใจด้วยตนเอง จึงมีผลต่อความสำเร็จไปมากกว่าครึ่งเพราะ การปรับพฤติกรรมเป็นเรื่องของการกระทำแต่ละบุคคลเป็นรายบุคคลและ จะเห็นได้ว่าการจัดกิจกรรมโดยชุมชนดำเนินการเองจะส่งผลดีให้โครงการประสบความสำเร็จได้ดี

4. การจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญในการประสานงานที่ดี ดังนั้นบุคคลที่จะช่วยให้การประสานงานสำเร็จคือ ผู้บริหารของหน่วยงาน ดังนั้น การจัดโครงการปรับเปลี่ยนสุขภาพจะต้องมีความสอดคล้องกับนโยบายหลักของหน่วยงานและได้รับความเห็นชอบความร่วมมือจากผู้บริหารเป็นอย่างดี

5. ปัจจัยสำเร็จที่สำคัญของโครงการได้แก่ ความพร้อมที่จะกระทำการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองและงบประมาณในการดำเนินโครงการ ดังนั้น สปสช. และ มสว ในฐานะผู้กำกับติดตามการใช้งบประมาณและการดำเนินโครงการของหน่วยบริหาร จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในการพิจารณาผลงานตามตัวชี้วัดของโครงการที่ระบุไว้อย่างเคร่งครัด



เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2544). *คู่มือความฉลาดทางอารมณ์*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล. (2549). *ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และเอดส์: การประยุกต์ใช้รูปแบบทรานสทิโอเรติกเคิล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต (เภสัชกรรมคลินิก). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2552). *จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2548- 2552*. กรุงเทพฯ. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
- กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. (2553). *สถานการณ์โรคอ้วน*. กรุงเทพฯ: กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ.
- ข่าวสารเพื่อมวลชน. (2554). *สูงคนไทยใส่ใจสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม ควบคุมน้ำหนัก และความดันโลหิต เพิ่มรับประทานผักผลไม้ ไม่เครียด ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่ ลดการป่วยด้วยโรคความดันโลหิต*. สืบค้นเมื่อ 30 มีนาคม 2554 จาก <http://www.dpc6pr.com/index.php?show=news&file=readnews&id=36>
- กนิษฐา นาคะ . (2542). *วิถีชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชนบทแห่งหนึ่งในภาคใต้*. กรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ พย.ด. (พยาบาลศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ครอบครัวข่าว 3 (2555) *สธ.เผยโรคอ้วนพุ่งในรอบ 10 ปี*. Online สืบค้นเมื่อ 23 กันยายน 2555 <http://www.krobkruakao.com>
- จารุพรรณ ผลโคก. (2535). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลเชียงใหม่*. เชียงใหม่: วิทยานิพนธ์ สศ.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฑารัตน์ กิตติเชมากร. (2550). *การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพกายและใจ*. บทความวิชาการ. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จินตนา มะโนน้อม (2552) *ผลของการกำกับตนเองโดยการออกกำลังกายด้วยยางยืดและการควบคุมอาหารที่มีต่อการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน อำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด*. ชลบุรี: วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.



- เจตจันทร์ ล้วนเนตรเงิน (2551).ผลของการฝึกอบรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองและเสริมสร้างทัศนคติต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทัศนคติ และความตั้งใจหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ของนักเรียนหญิง. เชียงใหม่: วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนิกา ตู้จินดา. (2553). เด็กประถม – มัธยมไทย อ้วนกว่า 5 ล้านคน. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2554 จาก http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/special_report/15598
- คารินทร์ ฤาชัย. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดารณี สืบจากดี. (2552). *Stage of change*-ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง. บทความออนไลน์ จาก http://203.155.220.217/doh/deptd/Article/article_07.doc. สืบค้นเมื่อวันที่ 9/03/52
- ทรศนีย์ วงศ์ปา. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพและการรับรู้ถึง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค กับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ กองทัพภาค 3. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธิดารัตน์ อภิญา และ นิตยา พันธุเวชย์. (2552). ประเด็นสารบรรณรณรงค์วันเอดส์โลก ปี 2554 (งบประมาณปี ๒๕๕๕). กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- นงลักษณ์ ช่วยพรหม. (2547). จิตวิทยาทั่วไป. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2551, จาก <http://courseware.rmutl.ac.th/courses/43/unit1101.htm>.
- นฤมล เวชจักรเวร.(2552). โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการเพื่อป้องกันความเสี่ยงทางสรีรวิทยาต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์ วท.ม. (โภชนวิทยา). บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิรันดา ไชยพาน. (2552). การประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตน ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนชายมัธยมศึกษา. กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นุชรี อาบสุวรรณ , นิตยา พันธุเวชย์ และ เมตตา คาพิบูลย์ (2554) ประเด็นสารวันรณรงค์เอดส์โลก ปี 2553 (งบประมาณ 2554). Online สืบค้นเมื่อ 23 กันยายน 2555 [http://thaincd.com/document /file/news/announcement/cerebrovascular_disease.pdf](http://thaincd.com/document/file/news/announcement/cerebrovascular_disease.pdf)



- บริบูรณ์ พรพิบูลย์.(2535).โลกยามเช้าและแนวการเตรียมตัวเพื่อเป็นสุข.กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง
บังอร ฉางทรัพย์. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนใน
ชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มศว.
เบอร์เดน พอล. (2545). ยอดกลยุทธ์การจัดการกับชั้นเรียน. แปลโดย อรจิรัช ณะ ก้าวทุ่ง.กรุงเทพฯ:
เบรนนีท.
ประทีป จินฉี. (2540). เอกสารประกอบการสอน วิชา การวิเคราะห์พฤติกรรมและการปรับ
พฤติกรรม. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์.
ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). ทศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีน สุวรรณ. (2532). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา.
กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
ประเวศ วะสี (2541). คู่กันเรื่องความคิด. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกลดคิมทอง
ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. (2544). จิตวิทยาการบริหารงานบุคคล. กรุงเทพฯ: ศิวรรณา บ้านกล้วย.
ปรารธนา ช้อนแก้ว.(2542).การพัฒนาความภาคภูมิใจในตนเองของเยาวชนชายในสถานพินิจและ
คุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดระยอง โดยใช้โปรแกรมการออกกำลังกายเป็นสื่อ.
ปริญญาณิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาพัฒนาการ).กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรี
นครินทรวิโรฒ.
ปณิดา นิรมล. (2546). การพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการกำกับตนเองในการเรียนของ
นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3. ชลบุรี: วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (เทคโนโลยี
วิจัยการศึกษา). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.
พิชัย แสงชาญชัย. (2552). การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ. สืบค้นจาก
<http://nctc.oncb.go.th/new/doc/MI&MET.pdf>. [9/03/2009].
พิมพ์พัชร พงษ์ตน. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของแรงจูงใจในการอ่านกับ
ความสามารถในการอ่านและความเข้าใจภาษาไทยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ใน
โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. (การสอนภาษาไทย
มัธยมศึกษา). กรุงเทพฯ: สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
พิสมัย จารุขวลิต. (2538). การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกัน โรค
เอดส์ของหญิงตั้งครรภ์ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาล พุทธชินราชพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์



- ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผู้จัดการออนไลน์ (2555) 17 พฤษภาคม 2555 11:44 น.สธ.พบอัตราป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่ม 5 เท่า. Online สืบค้นเมื่อ 23 กันยายน 2555 <http://www.manager.co.th/qol/viewnews.aspx?NewsID=9550000060715>
- มวกร ธรรมาวิริทธิ์. (2549). ศึกษาผลการทำกับตนเองเพื่อการเดินเร็วต่อระดับคอเรสเตอรอลรวม ระดับแอลดีแอล-โคเลสเตอรอล และเอชดีแอล-โคเลสเตอรอล ของผู้ที่มีภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มัลลิกา มัติโก. (2530). คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ: ชุดที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โครงการข่างานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- มูลนิธิหมอชาวบ้าน. (2549, กรกฎาคม). ความดันโลหิตสูง. นิตยสารหมอชาวบ้าน. 340: 7.
- มานิต ชีระตันติกานนท์. (2554). กรมควบคุมโรค ห่วงใย อยากเห็นคนไทยมีสุขภาพดี. หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์ อังคารที่ 17 พฤษภาคม 2554
- รวิวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล. (2547). การศึกษาเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเอง ความว่าห่วยและสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ว.วชิรเมธีภิกขุ. (2545). เห็นสุขในทุกข์ เห็นโอกาสในวิกฤต, เนชั่นสุดสัปดาห์. สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2553 จาก www.BKKnews.com/weekend/20011105/web16.shtml.
- วราภรณ์ กุประดิษฐ์. (2551) การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองและการควบคุมตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชน. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.2(2), 89 – 102.
- วนิดา กองแก้ว. (2549). ลักษณะทางชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วิชัย เอกพลากร (บรรณธิการ) . (2553). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ใน ปี 2551-2552. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.,
- วิชัย สิริวิบูลย์กิตติ. (2553). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะใน



- สถานพยาบาลแพทย์แผนไทย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี. ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วิรัช วิรัชนิการวรรณ. (2551). แนวคิดและความหมายของการบริหารและการบริหารจัดการ. สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2553 จาก <http://www.wiruch.com/articles%20for%20article/article%20concept%20and%20meaning%20of%20admin%20and%20mgt%20admin.htm>.
- วิลาศลักษณ์ ชั่ววัลลี. (2538). การรับรู้ความสามารถของตนในเรื่องอาชีพ: ตัวแปรที่น่าสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับ อาชีพและการทำงาน. วารสารจิตวิทยา. 2(1), 97- 109.
- วิภาวัน ปัญญาเรณ. (2552). ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทลื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วิชัย เอกพลากร (2553). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ใน ปี 2551-2552. นนทบุรี : บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด
- ศรัณยา ยอดสุด. (2553). ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจและพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุ. สารนิพนธ์ กศม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศศิวิมล บุราณทวีคุณ. (2547). ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความภูมิใจในตนเองของเด็กหญิงบ้านราชวิถีเขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สงกรานต์ กลั่นด้วง. (2548). การประยุกต์ใช้ The Take PRIDE Program ในการส่งเสริมพฤติกรรมการกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่น: วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ. (2543). การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิดทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2523). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.



- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2555) สุขภาพคนไทย 2555. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ (2555).สถิติสถานะสุขภาพคนไทย.Online สืบค้นเมื่อ 23 กันยายน 2555
<http://www.thaihealth.or.th/taxonomy/term/5181>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.(2553). สถิติสาธารณสุข ปี 2541-51 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข . [cited Oct 12, 2010] ; Available from:
<http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5> .
- สมบูรณ์ ขอสกุล และ สรวงศ์ภูณัฏฐ์ ดวงคำสวัสดิ์. (2535). พฤติกรรมการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารของแม่บ้านจังหวัดลำปาง. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สมพงษ์ จินดารุ่งเรือง.(2546).ปัจจัยทางจิตวิทยาและปัจจัยทางชีวสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กวัยรุ่น.สารนิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาพัฒนาการ).กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.ถ่ายเอกสาร.
- สมพิศ ไชยกิจ.(2536).ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความภาคภูมิใจในตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดนครราชสีมา. ปรินิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาพัฒนาการ).กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.ถ่ายเอกสาร.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2536).ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2539). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต.(2549). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม (Theories and Techniques in Behavior modification). กรุงเทพฯ: พิมพ์ครั้งที่ 6. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย..
- สำนักข่าวแห่งชาติ. (2548). กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2553 จาก
<http://www.egov.go.th/Th/Lists/datGeneralNews/DispForm.aspx?ID=73>.
- สำนักงานเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค.(2552).คู่มือโรคและภัยสุขภาพสำหรับสื่อมวลชน. พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.



- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). ผู้สูงอายุกับการทำงาน: *The Labors Status of Thai Elderly*. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานวิเคราะห์และพยากรณ์สถิติเชิงสังคม สำนักงานสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. (2543). *ลักษณะทางจิตวิทยา*. สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2553 จาก <http://www.correct.go.th/JIT/psychologycharacter3.html>
- สำนักงานข้าราชการพลเรือน. (2550). *โครงการวางระบบมาตรฐานดำเนินการพัฒนาข้าราชการก่อนปฏิบัติราชการ*. นนทบุรี: สำนักงานข้าราชการพลเรือน.
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (2555) ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน Online สืบค้นเมื่อ 23 กันยายน 2555 http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/special_report/29049
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2555) จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ.2544-2553. อ้วน Online สืบค้นเมื่อ 23 กันยายน 2555 <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2554). สถานการณ์เบาหวานไทย. *สารสุขภาพ*. 4 (25) : 1 - 2
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2555) พบคนไทยป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกือบ 5 แสน Online สืบค้นเมื่อ 23 กันยายน 2555 <http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/news/4463>
- สิริพร กาญจนประโชติ. (2546). *ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและสุขภาพจิตของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุภาพร ฉายะระถิ. (2547). *รายงานการวิจัยการศึกษาเปรียบเทียบผลของวิธีสอนแบบร่วมแรงร่วมใจ และวิธีสอนแบบปกติ ที่มีต่อความสามารถและแรงจูงใจในการอ่านของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง*. ราชบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง.
- สุมาลี พัวชู. (2547). *การศึกษาพัฒนาการความสามารถในการคิดวิเคราะห์และการมองโลกในแง่ดีของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาช่วงชั้นที่ 3 ในเขตพื้นที่การศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 3*. ปริญญาโท กศ.ม. (การวิจัยและสถิติทางการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุรางค์ ไคว้ตระกูล. (2544). *จิตวิทยาการศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



- สุริยาภรณ์ อินทรภิรมย์. (2549). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- สุริย์พร ไชยฤกษ์. (2550). การศึกษาปัจจัยบางประการที่ส่งผลต่อการมองโลกในแง่ดีของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กรุงเทพมหานคร.
- เสมอจันทร์ อะนะเทพ. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเมทธาโดน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เสาวภา ทองงาม. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของวัยรุ่นหญิงในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ (วท.ม. สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). บัณฑิต วิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล
- หนังสือพิมพ์บ้านเมือง. (2551). พบคนไทยป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 500,000 คน. สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2553 จาก <http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/news/4463>
- อรพินทร์ ชุขม. (2544). จากทฤษฎีสู่แนวทางปฏิบัติในการมองโลกในแง่ดี, วารสารพฤติกรรมศาสตร์. 7(1), 43-52.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2552). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ : 3 self ด้วยหลัก PROMISE Model. กรุงเทพฯ: สุขุมวิท,
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2552). การบริหารจัดการและประเมิน โครงการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.,
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2553). การบริหารจัดการและประเมิน โครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- อารี พันธุ์มี. (2546). จิตวิทยาสร้างสรรค์การเรียนการสอน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ไชยโหมเอ็ดดูเกท.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2543). Everest พาลูกค้นหาความนับถือตนเอง. กรุงเทพฯ: ชันดร้าการพิมพ์.



- Ajzen, Icek. (1991). *The Theory of Planned Behavior, Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 50: 179-211.
- Ajzen, Icek. (2002). *Constructing a TpB Questionnaire: Conceptual and Methodological Considerations*. [cited Oct 12, 2010] From <http://www-unix.oit.umass.edu/izen/tpbrefs.html>.
- Ajzen, Icek. and Fishbein, Martin. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Arnold, Karen Michele. (2009). *Investigating the cognitive reading strategies and motivation to read of resilient, average, and non-resilient fourth-and fifth- grade Latino English language learners*. Dissertation Abstracts International. 63/02 p.467, Retrieved on May 25, 2009, from DAI-A.
- Anne Makikangas, Ulla kinnunen and Taru Feldt. (2004). Self-esteem, dispositional optimism, and health : Evidence from cross-lagued data on employees. *Journal of Research in Personality*. 556-575.
- Artman, Elaine M. (2008). *Motivation factors to overcome faculty resistance to integrating a synchronous online education in higher education business course*. Dissertation Abstracts International. 64/04, p. 1187, Retrieved on May 25, 2009 from DAI-A.
- Atkinson, J. W. (1991). *An Introduction to Motivation*. New York: D. Van Nostrand.
- Attaway, Nicloe Michele. (2008). *Understanding academic motivation in middle school Students: Association with sense of school belonging*. Dissertation Abstracts International. 64/12; p. 6314, Retrieved May 30, 2009, from. DAI-B.
- Ayllon, T & Azrin, N.H. (1968). *The token economy*. New York : Apple-ton Century-G Rotts.
- 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. (1977). Self –efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change . *Psychological Review*. 84, 191-215.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.



- Bandura. A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action : A Social Cognitive Theory*. Englewood Clifts, New Jersey : Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in Changing Societies*. UK: Cambridge University Press.
- Bandura, A., Taylor, C. B., Williams, S. L., Mefford, I.N., & Barchas, J.D. (1985). Catecholamine secretion as a function as a function of perceived coping self-efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 53, 406-414.
- 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, Roy F., Heatherton, Todd F.; & Tice Dianne M. (1994). *Losing Control: How and Why People Fail at Self-Regulation*. San Diego: Academic Press, Inc.
- Becker, M.H.; & Maiman. L.A. (1975). Sociobehaviral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. *Medical Care*. 13(1), 3-24.
- Berman, J. (2004). *ACR Special Report : Does Enhancing Social Support and Self efficacy Improve Physical Function and Mental Health in SLE*. (cited in 20 Jan, 2010) Available from http://rheumatology.hss.edu/phys/acrSpecialReports/berman_supportSLE.asp.
- Berman, R.; & Iris. M. (1998). *Approaches to self-care in late life*. Qualitative Health Research. 8(2), 224-236.
- 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.
- Branden, N. (1983). *Honoring the self : The Psychology of Confidence and Respect*. Toronto: Bantam.
- Branshaw,P.(1981).*The Management of Self – Esteem*. Prentice Hall.Inc. Englewood Cliffs.
- Brown, G.H., & Harris, T.J. (1978). *Social origins of depression*. London : Trvistock.
- Bruno,F.J.(1983). *Adjustment and Personal Growth: Seven Pathway*. 2nd ed. New York : John & Sons.
- Carment, D.W. (1974). Internal Locus External Control in India and Canada. *International Journal of Psychology*. 9, 45-60.
- 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



- Caplan, R.D. et al. (1976). *Adhering to Medical Regimens: Pilot Experiment in Patient Education and Social support*. An Arbour: University of Michigan.
- Carver, C.S. et al. (1993). "How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*. 375-390.
- Cassel, I. (1974). Psychosocial Processes and Stress: Theoretical Formulations. *International Journal of Health Services*. 4, 471-482.
- Chang, E.C. (2001). *Optimism & Pessimism*. London : Edward Brothor, Inc., Ann Arbor. Seligman. 2006
- Chen, H.H & Yeh, M.L. (2005). *Developing and evaluation a smoking cessation program combined with an internet-assisted instruction program for adolescents with smoking*. Retrieved on 12 Feb, 2010 from www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=retrieve.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of life Stress. *Psychosomatic Medicine*. 38(5), 300-313.
- Cho-Hee Yoon. (2009). Self-Regulated Learning and Instructional Factors in the Scientific Inquiry of Scientifically Gifted Korean Middle School Students. *Gifted Child Quarterly*. 53(3), 203-216.
- Coopersmit, S. (1981). *The Antecedent of Self-Esteem*. Palo Alto, California : Consulting Psychologists Press, Inc.
- Connie Podesta. (2001). *Self-Esteem and The 6 Second Secret*. Corwin press, Inc .
- 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.
- Crockett, L.S. (1994). *Effect of assertiveness training on level of stress and assertiveness experienced by nurse in Taiwan, Republic of China*. Mental Health Nursing.
- Dill, A., Brown, P., Ciambrone, D.; & W. Rakowski. (1995, July). The meaning and practice of self-care bolder adult. A qualitative study. *Research on Aging*. 17(1), 8-41.



- Debora R. Baldwin. (2009, April). Optimism and stress: an African-American college student perspective. *College student journal*. FindArticles.com
- Do, Bios KA. (2002). *Development of a self-efficacy instrument for patients with chronic low back pain and its use as a predictor of physical therapy outcome*. The university of Connecticut.
- Erikson, E. (1968) . *Identity : Youth and Crisis*. New york: Noryon
- Gantz, S.B. (1990). Self-care: Issues and Controversies. *Holistic Nursing Practice*. 4(2),1-12.
- Galassi, John P.; Galassi, Merna D., and Litz, M. Carol. (1974). Assertive Training in Groups Using Video Feedback. *Journal of Counseling Psychology*.11(1),112-117.
- Glynn, S., & Roderman, A. (1986). The development and validation of an eating self-efficacy scale. *Cognitive Therapy and Research*. 10 (1), 403-420.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence : why it can mater more than IQ*. New York: Bantam Books.
- 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*.21, 18.
- Harris Daniel M.; & Gluten. Sharon (1972). Health – Protective Behavior: An Exploratory Study. *Journal of Health and Social Behavior*. 20, 17-29
- Health Canada. (2004). *Supporting Self-Care: The Contribution of Nurses and Physicians*. Retrieved July 3, 2009, from http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/collabor/selfauto/index_e.htm
- 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
- Jakici, J.M (2003) Exercise in the treatment of obesity. *Endocrinol Metabolin North Am*. 32(4), 967 – 980.



- Kazdin, Alan E. (1977). *Behavior Modification in Applied Setting*. Illinois :Dorsey Press,
- Kazdin Alan E. (1980). *Behavior Modification in Applied Settings*. Revised Edition. Illinois: The Dorsey Press.
- 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.
- Kim, S., Nam, K.A & Seo, M. (2004). *Effectiveness of Smoking cessation program for adolescents*. Retrieved on 12 Feb, 2010 from www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?=.Retrieve.
- Langlie, J.K. (1977). Social Network, Health Beliefs and Preventive Health behavior. *Journal of Health and Social Behavior*. 18(3), 244-260.
- Lee, C. and Bobko, P. (1964). Self-efficacy believes: Comparison of five measures. *Journal of Applied Psychology*. 79. 3, 364-369.
- Lefcourt, Herbert M. (1966). Internal Versus External Control of Reinforcement: A Review. *Psychological Bulletin*. 65(4), 206-220.
- Lenio, J.A. (2552). Analysis of the Transtheoretical Model of Behavior Change. *Journal of Student Research*. Retrieved on 9/03/2009 from <http://www.uwstout.edu/rs/2006/14Lenio.pdf>
- Lust, John A.; Celuch, Kevin G.; & Showers, Linda S. (1993). A Note on Issues Concerning the Measurement of Self-Efficacy. *Journal of Applied Social Psychology*. 23(17), 1426-1434.
- Malpass, J. R. (1999). Self – Regulation, Goal Orientation, Self – Efficacy, Worry, and High – Stakes Math Achievement for Mathematically Gifted High School Student. *Roeper Review*. 24(4), 281 – 288.
- Maslow, Abraham M.(1970). *Motivation and Personality*. 2nd ed, New York : Harper and Row.
- 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, William L.(1978). *Behavior Modification*. New York : Harper&Row.



- Mone, Mark A. (1994). Comparative Validity of Two Measures of Self-Efficacy in Predicting Academic Goals and Performance. *Educational and Psychological Measurement*. 54(2), 516-529.
- Moris, R.O. (1977). *Assessment and Therapeutic Function of Self Monitoring*. Progress in Behavior Modification.
- Morris, R.J. (1985). *Behavior modification with exceptional children: Principles and Practices*. Glenview, Ill. :Scott Foresman.
- Nemeck, M.A. (1990). Health Beliefs and Preventive Behavior: a Review of Research Literature. *AAOHN Journal*. 38(3), 177-236.
- Norris, C.M. (1979). Self-care. *American Journal of Nursing*. 3, 486-489.
- Nolen-Hoeksema, S.(1988). Explanatory Style as a mechanism of disappointing athletic performance. *Psychological Science*, 143-146.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing: Concepts of Practice*. 5th ed. St. Louis: Mosby.
- Orem, D.E., Taylor, S.G.; & K.M. Repenning. (1995). *Nursing: Concepts of Practice*. St.Louis: Mosby.
- O'Leary, K.D.; & Wilson, G.T. (1987). *Behavior Therapy*. 2nd ed. Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall.
- Pender, N.J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. 3rd ed. Connecticut: Appleton & Lange.
- Pender. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2nd ed. Norwalk : Appleton
- Pintrich, P.R. ; & De Groot, E.V. (1990). Motivational & self-regulated learning components of classroom activities academic performance. *Journal of Educational Psychology*. 82 (1), 33 - 34.
- Pintrich, P.R.; & De Groot, E.V. (1990). Motivational and Self-Regulated Learning Components of Classroom Academic Performance. *Journal of Educational Psychology*. 82(1), 33 – 40.
- Pintrich, P.R.; Roeser, R.W.; & De Groot, E.A.M. (1994). Classroom and Individual Differences in Early Adolescents' Motivation and Self-Regulated Learning. *The Journal of Early Adolescence*. 14(2), 139- 161.
- Robin, D. F & Steven, V. O (1999). American and Korean Adolescents' Physical and Mental Health Self- Efficacy. *Journal of Pediatric Nursing*. 114 (1), 51 – 58.



- Rotter, J.B. (1966). Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement,. *Psychological Monographs: General and Applied*. 80, 1-28.
- Sanz, M.T. Menendez F.J. (1993). *Early Acquisitions of Trisomic-21 and Social Reinforcemen*. Early-Child-Development-and-Care.
- Schunk, D.H. (1994). *Self - Regulation of Self - Efficacy And Attributions In academic Setting*. In D.H.,Schunk & B.J.Zimmerman(eds.), *Self - regulation of learning and performance: issues and educational applications*. pp. 76-79. New Jersey: Lawrence.
- Schunk, D.H.; & Zimmerman, B.J. (1994). *Self-Regulation of Learning and Performance*. New Jersey: Hillsdale.
- Scheier. M.F., Weintraub, J.K.& Carver,C.S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of abnormal Psychology*. 97, 13-18.
- Sitharthan, T & Kavanagh, D.J (1991). Role of self-efficacy in prediction outcome from a program for controlled drinking. *Drug and Alcohol Dependence*. 27(1), 87 – 94
- Strickland, B.R. (1997). *Internal-External Control of Reinforcement in Thomas Brass(ed)*.Personality Variables in Social Behavior. New York: John Wiley and and Son.
- Story, M; et al. (2003). Obesity in American-Indian Children: Prevalence, Consequences and Prevention. *Preventive Medicine*. 37, S3-S12.
- 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.
- Tharntip, M & Varaporn, S. (2005). Eating and Physical Exercise Behavior of Children in Element School. *Chiang Mai Med Bull*. 44(2), 65-71.
- Wood, W., Robert E. & Locke Edwin A. (1987). The Relation of Self-Efficacy and Grade Goals to Academic Performance. *Educational and Psychological Measurement*. 47,1013- 1024.
- 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.
- Wolpe, J. (1969). *The Practice of Behavior Therapy*. Elmsford, NY: Pergamom
- World Health Organization. (1988). *The age of aging*. Geneva: WHO.



- Zindler-Wernet, P.; & Weiss, S.J. (1987). Health Locus of Control and Preventive Health. *Western Journal of Nursing Research*. 9(9), 160-179.
- Zimmerman. (1995). *Self-Efficacy and Educational Development*. In *Self-Efficacy in Changing Societies*. Albert Bandura. United States of America: Palatino. 202-231.
- Zimmerman,B.J.; & Paulsen, .(1994). *Self - Monitoring during Coolegiate Studying : An Invaluable Tool for Academic Self - Regulation*. In P.R. Pintrich (eds.), *Understand Self - Regulated Learning*. PP. 13-27. San Francisco : Jossey Bass.
- Zimmerman,B.J..(1998). *Invited symposium : motivation & self-regulation in gifted students*. Graduate School, New York: City University of New York.
- Zimmerman, B.J.; & Martinez-Pons, M. (1986). Developmental of Structure Interview for Assessing Student Use of Self-Regulate Learning Strategies. *American Educational Research Journal*. 50, 614-628.
- Zimmermam, 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 on 13 May, 2010 from <http://www.aafp.org/afp/AFPprinter/20000301/1409.html>