



รายงานการวิจัยฉบับที่ 136

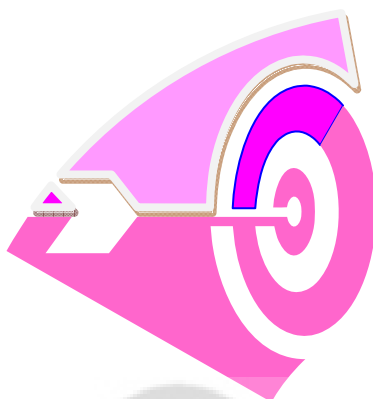
ผลการบริหารจัดการและประเมินโครงการ
เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิก
ของสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนในกรุงเทพมหานคร

จัดทำโดย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง และคณะ
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ได้รับการสนับสนุนทุนจาก
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

มีนาคม พ.ศ.2554



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับ

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว)

โดย ผศ.ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง โทร. 02-6495175, 089-1653520 , 02-6495000 ต่อ 7625

ผู้ช่วยโครงการ อ.ทัศนาก ทอภักดี โทร. 081-5840121 E-mail: tasana@swu.ac.th

เลขานุการโครงการ น.ส. สุพิชชา วงศ์จันทร์ โทร.086-8428283 E-mail: ae_unlimit@hotmail.com

นาย วรสรณ์ เนตรทิพย์ โทร.084-9025270 E-mail: napanetthip@yahoo.com

ที่อยู่ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 114 ถ.สุขุมวิท 23

แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110 E-mail: ungsinun@swu.ac.th

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

คำนำ

“การบริหารจัดการและประเมินโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร” เป็นลักษณะโครงการวิจัยเชิงประเมินผลและกึ่งทดลองที่ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว) ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร (สปสข.) คณะผู้ดำเนินโครงการได้ใช้องค์ความรู้ทางพฤติกรรมศาสตร์เป็นหลักในการถ่ายทอดเทคนิคเรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงให้กับบุคลากรในสถานพยาบาล จำนวน 17 แห่ง ที่มีที่ตั้งอยู่ในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานครที่ร่วมจัดการบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิก ให้มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและ ได้ประยุกต์แห่งพฤติกรรมศาสตร์ในเรื่อง การปรับพฤติกรรม มาเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้านของตนเอง หรือ 3 Self ประกอบด้วย ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self-efficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพ (Self-regulation) และการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) และตัวบ่งชี้ค่าทางชีวเคมีให้ดีขึ้นหรืออยู่ในระดับปกติ

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

สุดท้ายนี้ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ขอขอบพระคุณคณะผู้ดำเนินโครงการทุกท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผศ.ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง หัวหน้าคณะผู้ดำเนินโครงการและคณะทำงาน ที่ได้บริหารจัดการโครงการนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลงานวิจัยเรื่องนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อไป

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพินท์ ชูชม)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1: บทนำ	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
หน่วยงานที่นำผลการวิจัยเชิงประเมินไปใช้	8
ขอบเขตการศึกษา	9
กรอบแนวคิดในการประเมินผลโครงการ	14
กรอบการดำเนินโครงการบริหารจัดการและประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยน	
พฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร	15
นิยามปฏิบัติการ	16
สมมติฐานการวิจัย	20
บทที่ 2: เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	21
สถานการณ์ภาวะสุขภาพของคนไทย	21
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเทคนิคการพัฒนาสุขภาพ	31
ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	42
การบริหารจัดการและประเมินโครงการตาม CIPP Model	50
การประเมินโครงการแบบ 360 องศา และ Logic Model	56
แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ 3Self และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	59
แนวคิดการบริหารและการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	
ด้วยหลัก PROMISE และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	86
บทที่ 3: วิธีดำเนินการวิจัย	109
กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมิน	109
วิธีการประเมินและบริหารโครงการ	111
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและตัวชี้วัดความสำเร็จ	116
การเก็บรวบรวมข้อมูล	121
การวิเคราะห์ข้อมูล	121
บทที่ 4: ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	123
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการ	124
ตอนที่ 2 ผลการประเมินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	126

สารบัญ - ต่อ -

	หน้า
ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยด้านการบริหารจัดการ โครงการตามหลัก PROMISE ด้านบริบททั่วไป ด้านปัจจัยนำเข้าและด้านกระบวนการที่ส่งผลต่อผลผลิตของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	129
ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self – Efficacy) การกำกับตนเอง (Self-Regulation) และ การดูแลตนเอง (Self-Care) ของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยในกลุ่มโรคเมตาบอลิก ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	136
ตอนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบตัวชี้วัด ได้แก่ ค่า BMI ไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต รอบเอวระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ	139
บทที่ 5: สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	151
สรุปผล	152
การอภิปรายผล	155
ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ	163
ปัจจัยสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จ	167
ข้อเสนอแนะ	169
เอกสารอ้างอิง	172

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงจำนวน และค่า BMI เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามช่วงอายุและเพศ	27
2 แสดงจำนวนและค่า BMI เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาค	27
3 สรุปผลการสำรวจภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคอ้วน เบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่สำคัญในประชากรอายุ 17-74 ปี เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550	28
4 อัตราความชุก (ร้อยละ) ของประชากรที่มีอายุ 15-74 ปี ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคใน 12 เดือนที่ผ่านมา ของกรุงเทพมหานครและระดับประเทศ พ.ศ. 2550	29
5 ความถี่ และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร (n = 4,649)	124
6 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้รับบริการ กลุ่มหัวหน้าโครงการ และกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการที่เป็นตัวแทนในการประเมิน	126
7 ผลการเปรียบเทียบความสอดคล้องของคะแนนการประเมินโครงการระหว่างกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ หัวหน้าโครงการ และผู้บังคับบัญชา ตามการทดสอบสถิติ ANOVA และ t-test	128
8 คะแนนมาตรฐานของผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม อิทธิพลรวม	130
9 ผลการประเมินเชิงคุณภาพในด้านบริบททั่วไป (Context) ตามความคิดเห็นของ 3 กลุ่ม	132
10 ผลการประเมินเชิงคุณภาพในด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ตามความคิดเห็นของ 3 กลุ่ม	133
11 ผลการประเมินเชิงคุณภาพในด้านกระบวนการ (Process)ตามความคิดเห็นของ 3 กลุ่ม	134
12 ผลการประเมินเชิงคุณภาพในด้านผลผลิต (Product) ตามความคิดเห็นของ 3 กลุ่ม	135
13 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self – Efficacy) ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	136
14 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self – Efficacy) เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n =4,649)	137
15 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการกำกับตนเอง (Self-Regulation) ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 4,649)	137
16 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีคะแนนการกำกับตนเอง (Self- Regulation) เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	138
17 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเอง (Self-Care) ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 4,649)	138

สารบัญตาราง –ต่อ-

ตาราง	หน้า
18 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีคะแนนการดูแลตนเอง (Self-Care) เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 4,649)	139
19 ผลการเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 3,832)	139
20 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 3,832)	140
21 ผลการเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตบน ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 2,754)	140
22 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีค่าความดันโลหิตบน เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 2,754)	140
23 ผลการเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตล่าง ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (2,753)	141
24 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีค่าความดันโลหิตล่าง เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 2,753)	141
25 ผลการเปรียบเทียบค่ารอบเอว (วัดเป็นนิ้ว) ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 257)	141
26 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีค่ารอบเอว (วัดเป็นนิ้ว) เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 257)	142
27 ผลการเปรียบเทียบค่ารอบเอว (วัดเป็นเซนติเมตร) ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 651)	142
28 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีค่ารอบเอว (วัดเป็นเซนติเมตร) เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 651)	143
29 ผลการเปรียบเทียบค่ารอบเอวต่อรอบสะโพก ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 100)	143
30 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีค่ารอบเอวต่อรอบสะโพก เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 100)	144
31 ผลการเปรียบเทียบค่าไขมันในหลอดเลือด (Cholesterol) ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 255)	144

สารบัญตาราง –ต่อ-

ตาราง	หน้า
32 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีค่าไขมันในหลอดเลือด(Cholesterol) เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 255)	144
33 ผลการเปรียบเทียบค่าจำนวนบุหรี่ยี่สิบ (เป็นมวน) ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 61)	145
34 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ (เป็นมวน) เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 61)	145
35 ผลการเปรียบเทียบค่าไขมันสะสมในร่างกาย ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 100)	145
36 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีค่าไขมันสะสมในร่างกาย เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 100)	146
37 ผลการเปรียบเทียบค่าไขมันในเลือด ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 100)	146
38 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีค่าไขมันในเลือด เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 100)	147
39 ผลการเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 712)	147
40 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 712)	147
41 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (Hb A1C) ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 144)	148
42 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม(Hb A1C) เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 144)	148
43 ผลการเปรียบเทียบค่าน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 50)	149
44 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีค่าน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 50)	149
45 สัดส่วนของระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการในระดับมาก ปานกลาง และน้อย (n = 4,649)	149

สารบัญภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประยุกต์จาก ชิปโมเดล (CIPP Model) และโลจิกโมเดล (Logic Model)	14
2 กรอบแนวคิดการบริหารจัดการและดำเนินโครงการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ตามหลัก PROMISE ของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร	15
3 สาเหตุการตายที่สำคัญของคนไทย	23
4 อัตราการป่วยและตายของโรคความดันโลหิตสูงปี พ.ศ. 2541-2550	25
5 ความชุกของผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนและผู้ที่มีน้ำหนักปกติ จำแนกตามปี	27
6 อัตราการป่วยและตายของโรคหลอดเลือดสมองปี พ.ศ. 2541-2550	30
7 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ใช้ทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรค	45
8 โครงสร้างของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 2002: 1)	49
9 องค์ประกอบหลักของการประเมินตามรูปแบบ CIPP (Stufflebeam & Shinkfield, 2007: 333)	52
10 สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ ตามการประเมินแบบ CIPP	55
11 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	60
12 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	61
13 แสดงถึงลักษณะของกระบวนการใช้ตัวแบบ (Bandura, 1986)	62
14 การกำกับตนเอง (Schunk, 1994: 76)	71
15 กระบวนการปรับปรุงเป้าหมาย (Bulter, 1998: 163)	76
16 แสดงกรอบความคิดในการวัดผลสัมฤทธิ์ของงาน	91
17 สรุปลองค์ประกอบในการวัดผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงาน	93
18 แสดงโมเดลความสัมพันธ์และขนาดอิทธิพลของปัจจัยด้านการบริหารจัดการโครงการ ตามหลัก PROMISE ด้านบริบททั่วไป ด้านปัจจัยนำเข้าและด้านกระบวนการ ที่ส่งผลต่อ ผลผลิตของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาล	131

**รายงานสรุปผล การดำเนินงานโครงการจัดการบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
ของสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนในกรุงเทพมหานคร
(Result Report of Managing Program for Health Behavior
Modification of Public and Private Hospitals in Bangkok Metropolis)**

อังศินันท์ อินทรกำแหงและคณะ

บทสรุปผู้บริหาร

การวิจัยเชิงประเมินผลครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับทุนสนับสนุนการดำเนินงานจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2553 2) ศึกษาอิทธิพลของการบริหารจัดการโครงการตามหลัก PROMISE ปัจจัยบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า และปัจจัยกระบวนการ ที่ส่งผลต่อผลผลิตของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3) เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ 3Self และตัวชี้วัดทางชีวเคมี ได้แก่ ค่า BMI ค่าระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการและ 4) ศึกษาปัจจัยเกื้อหนุนและอุปสรรค ต่อการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ในช่วงกรกฎาคม - พฤศจิกายน 2553 โดยกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก รวม 4,649 คน และกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลระหว่างโครงการมี 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหัวหน้าโครงการ 30 คน กลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ 30 คนและผู้เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 120 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติทดสอบ t-test และ Path Analysis ในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth Interview) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินโครงการเป็นแบบสอบถามประมาณค่า 4 ระดับ รวม 21 ข้อและแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างพัฒนามาจากแนวคิดการประเมินโครงการ CIPP Model และ Logic Model และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-efficacy) แบบสอบถามการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-regulation) แบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.73 -0.85 ผลการวิจัย พบว่า

1) ผลการประเมินระหว่างการดำเนินโครงการโดยการเปรียบเทียบคะแนนความคิดเห็นในภาพรวมระหว่างกลุ่มผู้เข้ารับบริการ กลุ่มหัวหน้าโครงการ และกลุ่มผู้บังคับบัญชา พบว่ามีคะแนนผลการประเมินแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 3.219^*$) เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนการประเมินเป็นรายคู่พบว่า กลุ่มผู้เข้ารับบริการให้คะแนนการประเมินสูงกว่ากลุ่มผู้บังคับบัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ค่าเฉลี่ย $3.52 > 3.35$) เมื่อทำการเปรียบเทียบ

คะแนนผลการประเมินในด้านบริบททั่วไป ด้านปัจจัยนำเข้า และด้านผลผลิต ระหว่างกลุ่มผู้เข้ารับบริการ กลุ่มหัวหน้าโครงการ และกลุ่มผู้บังคับบัญชา และการใช้หลัก PROMISE ในโครงการ ตามความคิดเห็นระหว่างกลุ่มผู้เข้ารับบริการและกลุ่มหัวหน้าโครงการ พบว่า มีคะแนนผลการประเมินทั้ง 3 กลุ่มไม่แตกต่างกันหรือความคิดเห็นสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน แต่เมื่อทำการเปรียบเทียบผลการประเมินในด้านกระบวนการพบว่าทั้ง 3 กลุ่มมีคะแนนผลการประเมินแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 10.448^{**}$) เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนการประเมินเป็นรายคู่พบว่า กลุ่มผู้เข้ารับบริการให้คะแนนการประเมินสูงกว่ากลุ่มผู้บังคับบัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($3.51 > 3.13$) และกลุ่มหัวหน้าโครงการให้คะแนนการประเมินสูงกว่ากลุ่มผู้บังคับบัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($3.52 > 3.13$)

2) ปัจจัยการบริหารจัดการโครงการตามหลัก PROMISE Model และปัจจัยด้านCIPP Model ของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาล พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงต่อผลผลิตของโครงการ (Product) ได้แก่ การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) บริบททั่วไปของโครงการ (Context) และกระบวนการ (Process) มีค่าอิทธิพลรวมเท่ากับ 0.37, 0.31 และ 0.88 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และสามารถร่วมกันทำนายผลผลิตของโครงการได้ร้อยละ 69 และปัจจัยที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลผลิตของโครงการ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า (Input) การบริหารจัดการมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน (Result based management) การมองโลกแง่ดี (Optimism) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) การจัดกระบวนการเรียนรู้โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Individual or client center) และการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองของผู้รับบริการ (Self-esteem)

3) หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก PROMISE Model พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าผู้เข้าร่วมโครงการมากกว่าร้อยละ 70 มีพฤติกรรมสุขภาพ 3Self เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ และมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ค่าความดันโลหิตบน ค่าความดันโลหิตล่าง รอบเอว (วัดเป็นนิ้ว) ค่ารอบเอว (วัดเป็นเซนติเมตร) ค่าไขมันในเส้นเลือด (Cholesterol) จำนวนบุหรี่ยี่สิบ (เป็นมวน) ค่าไขมันสะสมในร่างกาย ค่าไขมันในเลือด ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่มีค่ารอบวงเอวต่อรอบสะโพก และค่าน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) ไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโครงการ

4) ปัจจัยสำคัญที่ทำให้โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประสบความสำเร็จได้แก่ การที่ผู้เข้าร่วมโครงการสมัครใจเข้าโครงการจึงให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของการดำเนินโครงการในครั้งนี้ ได้แก่ ผู้เข้าร่วมโครงการมีความหลากหลายและมีเวลาเตรียมงานโครงการน้อย คณะทำงานมีจำนวนน้อย เทคนิคการจัดกิจกรรมไม่มีความหลากหลาย



บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาด้านสุขภาพนับได้ว่าเป็นปัญหาในระดับนานาชาติที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของประชากรทุกคน จนกระทั่งองค์การอนามัยโลกซึ่งเป็นองค์กรระหว่างประเทศที่ดูแลปัญหาด้านสุขภาพ (World Health Organization, WHO) ได้กล่าวไว้ในการประชุม ณ ประเทศแม็กซิโก เกี่ยวกับประเด็นปัญหาสุขภาพโดยสรุปว่า เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนของสังคมโลกไม่ว่าจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ประเทศกำลังพัฒนา และประเทศด้อยพัฒนา มีความจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนก่อนที่จะทำการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากภาวะด้านสุขภาพเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Wood, 2005) หากประชาชนของประเทศขาดการมีสุขภาพที่ดีแล้วการพัฒนาประเทศเพื่อให้เกิดความเจริญก้าวหน้าจึงเป็นเรื่องที่มีความยากลำบากในการดำเนินการให้เห็นผลที่เป็นจริงในทางปฏิบัติได้ เนื่องจากสังคมโลกในปัจจุบันได้ถูกผนวกเข้าไว้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันด้วยกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง หากประชากรส่วนใหญ่ของโลกยังคงมีคุณภาพชีวิตต่ำ มีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย ก็จะเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การพัฒนาในระดับสังคมโลกไม่สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้อย่างแท้จริงจนกระทั่งเห็นผลในระดับประชาชน และที่สำคัญการแก้ไขปัญหาสุขภาพ การส่งเสริมพฤติกรรมด้านสุขภาพไม่สามารถที่จะดำเนินการด้วยหน่วยงานภาครัฐแต่เพียงอย่างเดียวจะต้องอาศัยความร่วมมืออย่างแท้จริงจากทุกภาคส่วนของสังคม รวมไปถึงการมีความร่วมมือระหว่างประเทศในระดับนานาชาติ ซึ่งการร่วมกันดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างแท้จริงของทุกภาคส่วนจะเป็นการส่งเสริมให้การดำเนินงานด้านสุขภาพประสบความสำเร็จอย่างรอบด้าน และส่งผลดีต่อประชาชนได้อย่างแท้จริง (Knezevic et al, 2008; World Health Organization, 2010; Knezevic, 2009)



การบริหารจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพอย่างยั่งยืนด้วยกระบวนการการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน การปรับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนให้มีความถูกต้องตามหลักอนามัยด้วยเทคนิควิธีการทางด้านจิตวิทยาที่ควบคู่กับจริยธรรมทางวิชาชีพอย่างเคร่งครัด นับได้ว่าเป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพอย่างยั่งยืนและมีความปลอดภัยต่อประชาชนมากที่สุดในปัจจุบัน และยังนับได้ว่าเป็นวิธีการที่ลดความเสี่ยงจากการใช้ยาเพื่อการรักษาได้เป็นอย่างดี (Innis, 1981; Watanabe et al, 1998) ประเทศที่พัฒนาแล้วจำนวนมากได้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพด้วยการนำเทคนิคการปรับพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavioral Modification) ซึ่งเป็นการนำแนวคิดและทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาเข้ามาประยุกต์ใช้ในการสร้างกิจกรรมที่เหมาะสมกับคุณลักษณะเฉพาะของประชาชนของตนเอง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพให้ลดน้อยลง เสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะเป็นการลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังชนิดต่างๆ (Jones, Brockway & Atkinson, 1995) เทคนิคที่นำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีอย่างหลากหลายดังเช่น การใช้กิจกรรมกลุ่มชุมชนสัมพันธ์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน (Nilsen, 1996) การใช้กิจกรรมการเล่นกีฬาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายและการดูแลสุขภาพของประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองซึ่งมีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย (Larsen & Manderson, 2009) เป็นต้น

การป้องกันปัญหาด้านสุขภาพอนามัยด้วยการใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นวิธีการที่มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ได้กับประชาชนทุกช่วงอายุ ทุกอาชีพ ใช้การปรับพฤติกรรมเป็นรายบุคคล (Individual) หรือแม้กระทั่งใช้การปรับพฤติกรรมเป็นรายกลุ่ม (Group) แต่จะต้องอาศัยความรู้ทางด้านจิตพฤติกรรมศาสตร์ที่มีความถูกต้อง ผู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควรที่จะได้รับการฝึกอบรมเทคนิค วิธีการ และกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญมาเป็นอย่างดี มีการติดตามผลการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง จึงจะทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีความถูกต้องตามหลักทฤษฎี และประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างแท้จริง (Reighard, 2010; Elder, 1987) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในต่างประเทศมีการดำเนินการมาอย่างยาวนาน จนกระทั่งมีการพัฒนากระบวนการที่เป็นมาตรฐานสำหรับเป็นแนวทางให้บุคลากรทางด้านสุขภาพและหน่วยงานที่มีความสนใจได้นำกระบวนการดังกล่าวที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Pomerleau, 1979) กระบวนการที่เป็นมาตรฐานสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางของนักวิชาการต่างประเทศที่ได้พัฒนาขึ้นมาก็ยังคงมีข้อจำกัดที่จะนำมาปรับใช้พฤติกรรมสุขภาพของคนไทย เพราะว่ามีพื้นฐานทางด้านประวัติศาสตร์ วิธีการดำรงชีวิตที่ส่งผลต่อลักษณะพฤติกรรมโดยรวมของคนไทยกับชาวตะวันตกมีเงื่อนไขที่แตกต่างกัน การที่จะนำ



กระบวนการดังกล่าวที่ประสบความสำเร็จในสังคมตะวันตกเมื่อนำมาใช้กับสังคมไทยโดยขาดการประยุกต์ที่เหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญอย่างแท้จริง จึงส่งผลให้การนำเทคนิคดังกล่าวมาใช้ไม่สามารถที่จะส่งผลให้ประสบความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมสุขภาพตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Leventhal & Linda, 1987) ดังนั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนของประเทศไทยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนารูปแบบกระบวนการที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยอย่างแท้จริง

สำหรับแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรคเมตาบอลิกของคนไทย เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ 3 ด้าน หรือ พฤติกรรมสุขภาพ 3Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self - efficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-regulation) และ การดูแลสุขภาพของตนเอง (Self-care) โดยผู้ให้บริการต้องยึดแนวทางการบริหารจัดการ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก PROMISE Model ที่ประกอบด้วย 1) P - Positive reinforcement ให้การเสริมแรงทางบวก 2) R - Result based management คำนึงถึงหลักการบริหารจัดการที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน 3) O - Optimism มีการมองโลกแง่ดีเสมอ 4) M - Motivation มีการสร้างแรงจูงใจเป็นระยะ 5) I - Individual or client center จัดกระบวนการเรียนรู้โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง 6) SE -Self- Esteems ยึดหลักการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองของผู้รับบริการปรับพฤติกรรมเสมอ (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2552) แนวทางการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ตามหลัก PROMISE ได้ถูกนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจากหน่วยงานทั้งภาครัฐ องค์กรไม่หวังผลกำไร และหน่วยงานภาคเอกชน เป็นจำนวนมาก ในช่วงปี พ.ศ. 2551 – 2553 โดยได้รับทุนสนับสนุนการดำเนินงานจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 13 กรุงเทพมหานคร โดย สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เป็นผู้ถ่ายทอดองค์ความรู้และประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ตามหลัก PROMISE ให้กับหัวหน้าโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมกับทำหน้าที่ในการกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินโครงการดังกล่าว ทั้งนี้ผลการประเมินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในช่วง ปี พ.ศ. 2551 – 2552 พบว่า การนำหลัก PROMISE มาใช้ในการบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถที่จะทำให้ผู้เข้ารับบริการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3Self เพิ่มขึ้นได้เป็นอย่างดี และมีการเปลี่ยนแปลงดัชนีชี้วัดทางด้านสุขภาพกายภาพ เช่น ค่าความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย ค่าไขมันในเลือด มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. ได้แก่ การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และการจัดการอารมณ์ ก็มีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเช่นกัน



ในปี พ.ศ. 2553 สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ได้เห็นความสำคัญของการนำเทคนิคกระบวนการบริหารโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก PROMISE มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self โดยมุ่งหวังให้ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มเสี่ยงต่อโรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และหลอดเลือดสมอง ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามหลักการเรียนรู้ทางสติปัญญาสังคม (Social cognitive learning) จากสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้นจำนวน 30 โครงการ ทั้งนี้ มีการถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการโครงการ และการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญในหลากหลายวิธีการจัดการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self เป็นเวลา 4 วันโดยคณาจารย์จากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ให้กับคณะทำงานของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการแต่ละแห่งสามารถนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เหตุผลสำคัญที่ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ได้ให้ความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มเสี่ยงต่อโรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและหลอดเลือดสมอง เป็นเพราะว่าปัจจุบันโรคดังกล่าวส่งผลกระทบร้ายแรงต่อประชาชนชาวไทยในระดับสูง โดยพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2530 – 2552 ประชาชนชาวไทยมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีอัตราการเสียชีวิตมากถึง 114 คน ต่อประชากร 100,000 คน นับว่าเป็นอัตราที่สูง แนวทางสำคัญในการป้องกันจึงจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ที่ถูกต้องตามหลักแห่งการปรับพฤติกรรม สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงอย่างเร่งด่วน เช่น พฤติกรรมกรรมสูบบุหรี่ กระตุ้นให้หมั่นการดูแลสุขภาพของตนเองด้วยออกกำลังกาย ตรวจระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด รวมถึงการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (นิธิ มหานนท์, 2553) เช่นเดียวกับผลสำรวจของเครือข่ายวิจัยสุขภาพ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ที่ได้ทำการทบทวนสถานการณ์ปัญหาและองค์ความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือดพบว่าในแต่ละปี ประเทศไทยมีผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง และโรคเบาหวาน รวมกันสูงถึงปีละ 85,000 คน หรือวันละ 236 คน และยังพบว่าร้อยละ 58 ของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแต่ไม่เสียชีวิตจะกลายเป็นภาระของสังคมในลักษณะของการเป็นคนพิการ และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาระยะยาวเป็นจำนวนมาก แนวทางที่เหมาะสมในการจัดการปัญหาดังกล่าวไม่ใช่วิธีการรักษา แต่เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึ่งจะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนของสังคมทั้งโรงพยาบาล ชุมชน และองค์ความรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ได้มีการศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับเทคนิคกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อให้บุคคล หน่วยงาน และองค์กรที่เกี่ยวข้องได้นำความรู้ดังกล่าวไปใช้ให้



เกิดประโยชน์สูงสุด (เครือข่ายวิจัยสุขภาพ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2552) แนวทางในการป้องกันปัญหาดังกล่าว สอดคล้องกับ เกษม วัฒนชัย (2549) ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า สาเหตุหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจคือ การขาดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น ขาดการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับช่วงอายุของตนเอง รับประทานอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไม่รับประทานผักผลไม้ รวมทั้งการสูบบุหรี่ ดังนั้นแนวทางในการป้องกันที่ยั่งยืนจึงไม่ใช่การรักษาทางการแพทย์ แต่เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันของกลุ่มเสี่ยงที่จะต้องอาศัยบุคลากรจากหน่วยงานที่มีองค์ความรู้ทั้งทางด้านสุขภาพ และเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของสังคมไทย

นอกจากนี้แล้วยังพบว่าสถานการณ์โรคอ้วนในประเทศไทยจัดอยู่ในสถานะที่น่าเป็นห่วงมาตลอดตั้งแต่ก่อน 10 ปีที่ผ่านมาตามที่ แสงโสม สีนะวัฒน์ (2541) ได้กล่าวว่าโรคอ้วนซึ่งเป็นสถานะของร่างกายที่มีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติโดยมีการสะสมของไขมันใต้ผิวหนังนั้น มีอัตราความชุกในประเทศไทยเพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่องแม้ว่าทางหน่วยงานภาครัฐจะมีนโยบายในการให้ความรู้เกี่ยวกับการลดความอ้วน การควบคุมน้ำหนักตัวมาอย่างต่อเนื่องก็ตาม แสดงให้เห็นว่า การประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอ้วนแต่เพียงอย่างเดียวไม่สามารถที่จะลดอัตราความชุกโรคอ้วนในประเทศไทยได้ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ วิศาล เยาวพงศ์ศิริ (2553) ที่ว่าปัจจุบันสถานการณ์โรคอ้วนในประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งส่งผลให้วิถีการใช้ชีวิตประจำวันทั้งทางด้านการเลือกบริโภคอาหารที่เสี่ยง การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์ยังไม่มีความเหมาะสมถูกต้อง และคาดการณ์ว่าหากหน่วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพยังไม่มีการเชิงรุกในด้านการส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ถูกต้องภาวะโรคอ้วนของประชาชนจะส่งผลกระทบไปให้เกิดโรคอื่นๆ ตามมาอีกมาก เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคกระดูกเสื่อม โรคเบาหวาน เป็นต้น และในการจัดอันดับสาเหตุของโรคที่ทำให้เกิดการตายของประชาชนในระดับสากล ขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าโรคอ้วนเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 รองจากโรคเอดส์ และการสูบบุหรี่ แนวทางในการป้องกันปัญหาโรคอ้วนไม่ใช่เพียงแต่การณรงค์เพื่อให้ประชาชนเกิดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองเพียงเท่านั้น แต่จะต้องมีกระบวนการ เทคนิคทางด้านจิตวิทยาที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยมาทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งนี้ในเขตกรุงเทพมหานครเป็นจังหวัดที่น่าเป็นห่วงมากที่สุด หากในอีก 10 - 15 ปีข้างหน้า ยังไม่มีโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคอ้วนที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย และถูกต้องตามหลักแห่งการปรับพฤติกรรม คาดว่าหน่วยงาน



ภาครัฐจะต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวเป็นเงินจำนวนมาก และต้องสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ที่มีความสามารถไปด้วย (สมหวัง ด้านชัยวิจิตร, 2552)

ทั้งนี้จากอันตรายของโรคเมตาบอลิก ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยึดตามนโยบายของ สปสช.ซึ่งประกอบด้วย โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและหลอดเลือดสมอง ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศไทย โดยเฉพาะประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครที่มีวิถีชีวิตประจำวันเร่งรีบไปกับกิจกรรมทางเศรษฐกิจเป็นส่วนใหญ่ จึงส่งผลทำให้ผู้คนส่วนใหญ่ โดยเฉพาะประชาชนในวัยทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงจะก่อให้เกิดโรคดังกล่าวขึ้น หากเกิดโรคเมตาบอลิก โรคใดโรคหนึ่งก็จะส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา ถ้าหากประชาชนกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ถูกต้องตามการสนับสนุนจากบุคลากรที่มีทักษะทางจิตวิทยาร่วมกับความเชี่ยวชาญทางสุขภาพและทักษะการจัดการเรียนรู้ทางสุขภาพซึ่งทำหน้าที่เป็นเพียงผู้สนับสนุน ผู้สร้างแรงจูงใจ เสริมแรงให้กับประชาชนผู้รับการปรับพฤติกรรมก็จะส่งผลดีต่อการป้องกันโรคในระยะยาว เพราะการปรับพฤติกรรมที่ได้ผลดีต้องเกิดจากการสมัครใจและสัญญาใจอย่างเด็ดเดี่ยวของผู้รับการปรับพฤติกรรมว่าจะจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและที่สำคัญประชาชนจะนำทักษะประสบการณ์ตรงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองไปเผยแพร่ให้กับบุคคลใกล้ชิดอย่างมั่นใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองต่อไป ซึ่งนับได้ว่าเป็นแนวทางในการป้องกันปัญหาอย่างยั่งยืนที่ควรขยายผลสร้างเสริมองค์ความรู้ทางด้านการปรับพฤติกรรมที่เป็นเอกลักษณ์ของสังคมไทยต่อไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ความสำคัญของปัญหาดังกล่าว สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร จึงได้มอบหมายให้คณะผู้ประเมินโครงการได้ทำการนิเทศและประเมินผลการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครที่ได้รับทุนสนับสนุนและได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ด้วยหลัก PROMISE Model รวมจำนวนทั้งสิ้น 30 โครงการในปี พ.ศ. 2553 นี้ คณะผู้ประเมินโครงการได้นำเทคนิคการประเมินโครงการแบบตามแนวคิด CIPP Model และการประเมินแบบ 360 องศา เป็นกรอบการดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งในเชิงกว้างและเชิงลึก ในการประเมินและนิเทศโครงการแต่ละครั้งจะมีคณะผู้นิเทศโครงการที่มีองค์ความรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมอยู่ด้วยอย่างน้อย 3 คน ต่อ การประเมิน 1 โครงการ ซึ่งการประเมินโครงการครั้งนี้เริ่มตั้งแต่การประเมินบริบททั่วไปของโครงการ (Context) เพื่อประเมินถึงความต้องการจำเป็นที่จะต้องดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประเมินปัจจัยนำเข้า (Input) เพื่อประเมินถึงความพร้อมทั้งทางด้านคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และองค์ความรู้ ประเมินกระบวนการ (Process) เพื่อประเมินถึงความสามารถในการดำเนินงานของคนทำงาน ประเมินผลผลิต (Product) เพื่อตรวจสอบถึงผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้แต่ละโครงการ และได้ทำ



การประเมินถึงการใช้แนวคิด PROMISE Model ของคณะทำงานที่ใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งมีการเก็บข้อมูลจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดำเนินงาน ได้แก่ กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ หัวหน้าโครงการและผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

- 1) เพื่อให้ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านการตรวจคัดกรองตามแบบของ สปสช. และพบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก (Metabolic) 4 กลุ่ม ได้แก่ อ้วน/ลงพุง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากสถานพยาบาลที่ได้รับฝึกอบรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ด้วยหลัก PROMISE
- 2) เพื่อเพิ่มองค์ความรู้และทักษะในการบริหารโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้กับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครให้มีองค์ความรู้ในเชิงวิชาการและทักษะที่ถูกต้องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ตามหลักการบริหาร โครงการ PROMISE Model ให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร
- 3) เพื่อสร้างเครือข่ายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดขึ้นในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เป็นหน่วยงานกลางในการติดต่อสื่อสาร และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อประเมินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับทุนสนับสนุนการดำเนินงานจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2553 จำนวน 30 โครงการ ตามกรอบแนวคิด CIPP Model และ 360 Degree Feedback
- 2) เพื่อศึกษาอิทธิพลของการบริหารจัดการโครงการตามหลัก PROMISE ปัจจัยบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า และปัจจัยกระบวนการ ที่ส่งผลต่อผลผลิตของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาล
- 3) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ของผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับพฤติกรรมตนเอง และการดูแลสุขภาพของตนเอง ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร



4) เพื่อเปรียบเทียบภาวะด้านสุขภาพตามตัวชี้วัดกลุ่มโรคเมตาบอลิก ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ค่า BMI ค่าระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต

5) เพื่อศึกษาถึงเหตุปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อความสำเร็จและอุปสรรค ต่อการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกของสถานบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1) กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 3Self จะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่อง เช่น การควบคุมการบริโภค การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ที่ดี เป็นต้น มีวิถีชีวิตแบบพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ ตลอดจนสามารถเป็นต้นแบบด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้กับครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และผู้สนใจทั่วไป

2. สถานพยาบาลหน่วยบริการที่ดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่กลุ่มเสี่ยงในครั้งนี้ได้เครือข่ายการปรับพฤติกรรมสุขภาพอันจะส่งผลให้เกิดการความร่วมมือ แลกเปลี่ยนทรัพยากรระหว่างกันและกัน ตั้งแต่ก่อน ระหว่างและหลังดำเนินโครงการ จากการจัดกิจกรรมของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์โดยเริ่มจากการวิพากษ์ในเชิงวิชาการตามหลักแห่งการปรับพฤติกรรมและการปฏิบัติ การให้คำชี้แนะเกี่ยวกับเทคนิคกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนการแลกเปลี่ยนความรู้ตามหลักแห่งการปรับพฤติกรรมกับสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ซึ่งจะก่อให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถอดบทเรียนและการเรียนรู้ที่ยั่งยืน เกิดภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งพร้อมขยายผลต่อสถานพยาบาลนอกเครือข่ายต่อไป

3. ทำให้สถานพยาบาลที่ไม่ได้เข้าโครงการให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในครั้งนี้เกิดความสนใจในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ตามหลัก PROMISE ซึ่งเป็นเทคนิคที่ได้ผนวกแนวคิดทางจิตวิทยา สังคมวิทยา การบริหารและการศึกษา เข้าไว้ด้วยกันอย่างผสมกลมกลืน

4. สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ได้เครือข่ายการเสริมสร้างและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานด้านสุขภาพในอนาคตเกิดภาคีความร่วมมือที่กว้างขวางมากขึ้นส่งผลให้การดำเนินนโยบายด้านสุขภาพในระยะยาวลดต้นทุนทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีประสิทธิผล

หน่วยงานที่นำผลการวิจัยเชิงประเมินไปใช้



1) สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร ซึ่งจะได้ทราบถึงความสำเร็จ อุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนนำข้อมูลครั้งนี้ไปใช้ในการตัดสินใจในเชิงนโยบายเพื่อการส่งเสริม สนับสนุนให้สถานพยาบาลในกำกับที่มีศักยภาพเพียงพอได้นำเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปใช้อย่างเป็นรูปธรรม และขยายผลในวงกว้างต่อไป

2) สถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน จะได้ทำการศึกษาถึงผลการประเมินโครงการ จุดเด่น และจุดด้อยของการนำเทคนิคกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางการบริหารโครงการด้วยหลัก PROMISE Model ที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ตลอดจนได้ประยุกต์ใช้เทคนิคการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ดังกล่าวให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมไทย

3) หน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทั่วไป เช่น กรมอนามัย กองสุกศึกษา กระทรวงสาธารณสุข สำนักต่างๆในกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลในเขตจังหวัดต่าง ๆ จะได้ศึกษาถึงผลของการประเมินโครงการในครั้งนี้เพื่อที่จะได้นำข้อมูลดังกล่าวไปเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการคัดเลือกโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปใช้ในการให้บริการกับประชาชนในเขตพื้นที่บริการของตนเอง ตลอดจนได้เรียนรู้เกี่ยวกับเทคนิค กระบวนการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนโดยการใช้กิจกรรมกลุ่ม

4) สถาบันอุดมศึกษาที่จัดการเรียนการสอนเรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถที่จะนำองค์ความรู้ในการบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก PROMISE Model เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอน และการทำวิจัยของอาจารย์ และบัณฑิตศึกษาต่อไป

ขอบเขตการศึกษา

1) หน่วยงานที่ดำเนินการกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิก ได้แก่ สถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครที่ได้รับงบประมาณจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานครให้ไปดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ด้วยการนำหลักการบริหารจัดการโครงการตามแนวทาง PROMISE Model ภายใต้การนิเทศและประเมินโครงการของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒในปี พ.ศ. 2553 จำนวน 17 หน่วยงาน รวมทั้งสิ้น 30 โครงการ ได้แก่ โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ โรงพยาบาลสิรินธร วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โรงพยาบาลโรงงานยาสูบ โรงพยาบาลลาดกระบัง โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ในสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี และโรงพยาบาลกรุงเทพ หน่วยงานละ 1 โครงการ โรงพยาบาลรามธิบดีรวม 6 โครงการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีรวม 4



โครงการ โรงพยาบาลเลิดสินรวม 4 โครงการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ารวม 2 โครงการและโรงพยาบาลตำรวจ รวม 2 โครงการ ซึ่งแต่ละโครงการจะดำเนินงานในรูปคณะกรรมการอย่างน้อย 3 คน ตลอดจนมีที่ปรึกษาที่เป็นนักวิชาการในสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยดำเนินกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับกลุ่มเป้าหมายเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มอย่างน้อย 5 ครั้งในช่วงระยะเวลา 4-7 เดือน ตามข้อกำหนดของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ให้ได้ผลตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ในข้อเสนอโครงการของแต่ละโครงการที่สอดคล้องกับบริบทและปัญหาสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

2) กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ คนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครซึ่งเป็นผู้ป่วยหรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก 4 โรคหลัก ได้แก่ อ้วน/ลงพุง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้เข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและได้รับงบประมาณจาก สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานครในปีงบประมาณ 2553 จำนวน 30 โครงการ รวมผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และตัวบ่งชี้ทางชีวเคมี เช่น BMI ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต รอบเอว เป็นต้น ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ทั้งสิ้น 4,649 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 สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์เพื่อไปบริหารจัดการประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานครในปีงบประมาณ 2553 จำนวน 30 โครงการๆ ละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน ทำหน้าที่ในการตอบแบบประเมินโครงการทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

3.2) กลุ่มผู้บังคับบัญชา ได้แก่ หัวหน้างานโดยตรงของหัวหน้าโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2553 จำนวน 30 โครงการๆ ละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน ทำหน้าที่ให้ข้อมูลตามแบบประเมินโครงการทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ



3.3) กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินโครงการจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2553 จากจำนวน 30 โครงการๆ ละ 4 คน รวมทั้งสิ้น 120 คน ทำหน้าที่ให้ข้อมูลตามแบบประเมินโครงการทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

4) ขอบเขตด้านเนื้อหาในการประเมิน การประเมินครั้งนี้ได้กำหนดกรอบแนวคิดในการประเมินตามซีปโมเดล (CIPP Model) ของ สตฟเฟิลบีมและชินคฟิลด์ (Stufflebeam & Shinkfield, 2007) และโลจิกโมเดล (Logic Model) ของ เพนคราตซ์ (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 การบันทึกความสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง การบรรลุตามเป้าหมายของโครงการ การสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพ การเพิ่มขึ้นของทักษะการบริหารโครงการสุขภาพของคณะทำงาน ตลอดจนผู้บังคับบัญชามีความพึงพอใจ การสร้างชื่อเสียงให้หน่วยงาน การสร้างประโยชน์ให้กับชุมชนรอบข้าง



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

4.5 ผลลัพธ์ระยะยาว (Result) ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อหน่วยงาน ความพึงพอใจของผู้บริหารต่อโครงการและการให้บริการหน่วยงานได้รับการยอมรับจากผู้รับบริการ ความต้องการของผู้รับบริการที่จะเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่หน่วยงานสถานพยาบาลจัดให้อีกในโอกาสต่อไป และความต้องการของหน่วยงานที่จะดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

การประเมินครั้งนี้ได้นำเทคนิคทั้งในเชิงปริมาณและในเชิงคุณภาพมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือสำหรับการประเมินประกอบด้วย

1) แบบสอบถามสำหรับประเมินโครงการ (Questionnaire) เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 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 สอบถามบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตจากโครงการ เพื่อสอบถามความคิดเห็นในเชิงลึกที่มีต่อการจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีกลุ่มเป้าหมายในการตอบคือ กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชา และกลุ่มตัวแทนผู้เข้าร่วมโครงการ ใช้สัมภาษณ์ระหว่างการนิเทศ ติดตามโครงการ

3) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3Self เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่ จริงมาก(คะแนน = 4) จริง(คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และ ไม่จริง (คะแนน = 1) ใช้สำหรับประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการของกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ

4) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และ ไม่



จริง (คะแนน = 1) ใช้สำหรับการประเมินความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการจากผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด ใช้สอบถามหลังเข้าร่วมโครงการ

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

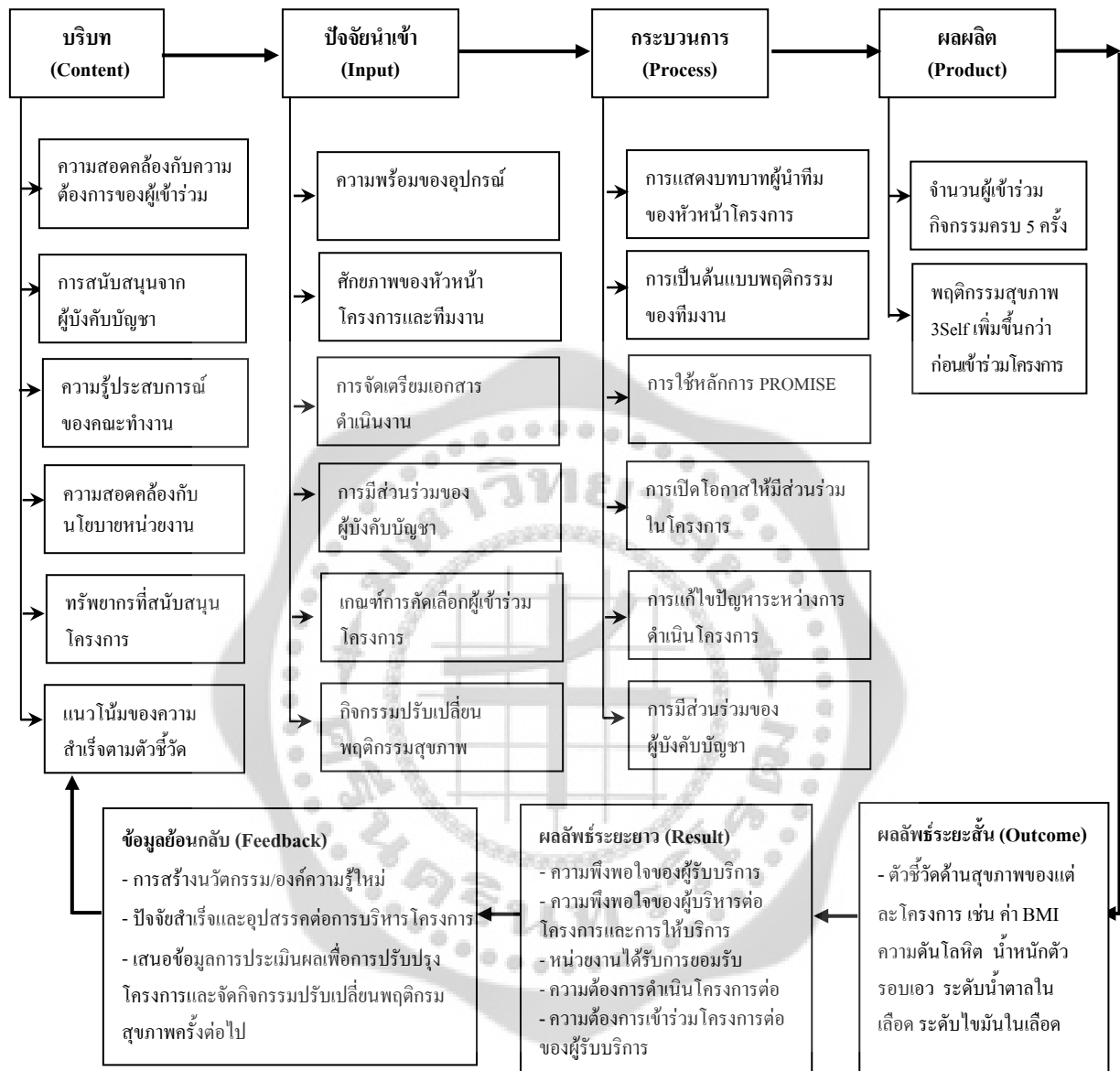
ตัวชี้วัดความสำเร็จของการประเมินโครงการ

1) ตัวชี้วัดในเชิงปริมาณ ได้แก่ กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชา และกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการมีการให้คะแนนระดับความพึงพอใจในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตและผลลัพธ์ของโครงการอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 70 ขึ้นไปจากผู้ให้คะแนนทั้งหมด และตัวชี้วัดด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการตามแต่ละโครงการได้กำหนดไว้ เช่น ภายหลังจากสิ้นสุดโครงการผู้เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ระดับน้ำตาลในเลือด ค่า BMI ไขมันในเลือด ค่าความดันโลหิต รอบเอว จำนวนการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับที่ลดลงหรือเป็นปกติดีกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

2) ตัวชี้วัดในเชิงคุณภาพ ได้แก่ กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชา และกลุ่มเสียงผู้เข้าร่วมโครงการ โดยส่วนใหญ่มีความรู้สึว่าโครงการสามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของตนเองและหน่วยงาน โดยมีผลให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้นได้ ทำให้คณะทำงานมีทักษะการบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้องตามหลักแห่งการปรับพฤติกรรม มีทักษะในการบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก PROMISE Model เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ 3Self เป็นโครงการที่สามารถเป็นต้นแบบให้กับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และโครงการเป็นประโยชน์ต่อประชาชนไทยแท้จริง



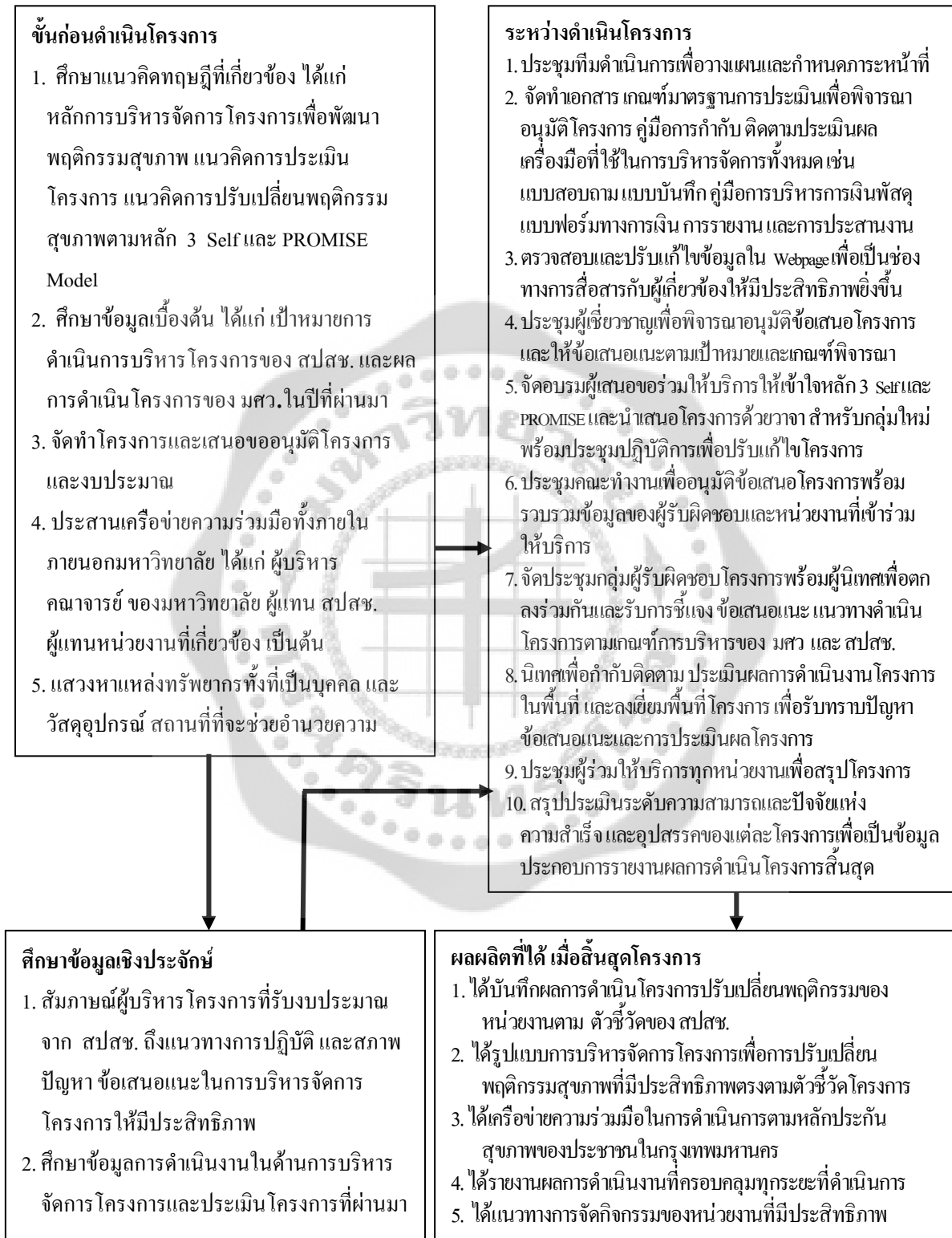
กรอบแนวคิดในการประเมินผลโครงการ



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประยุกต์จาก
ซีปโมเดล (CIPP Model) และ โลจิกโมเดล (Logic Model)



**กรอบการดำเนินโครงการบริหารจัดการและประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
ของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครประจำปีงบประมาณ 2553**



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดการบริหารจัดการและดำเนินโครงการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ตามหลัก PROMISE ของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร



นิยามปฏิบัติการ

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

2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำใดๆ ที่มีการประยุกต์หลักแห่งการปรับพฤติกรรม หรือหลักการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม เพื่อมุ่งกระทำใ้บุคคลเปลี่ยนแปลงทางความคิดแก้ไขพฤติกรรมตนเอง 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. ปีงบประมาณ 2553 และได้รับการประเมินจากสถานพยาบาลผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมว่าเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดโรคเรื้อรัง ที่เป็นผลมาจากพฤติกรรมสุขภาพไม่ดีที่รุนแรงตามมาพร้อมทั้งสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จากสถานพยาบาลเครือข่ายของ สปสช. รวมอย่างน้อย 5 ครั้ง ในช่วง 4- 7 เดือนที่มีการจัดกิจกรรมโครงการ

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



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

4.1) การรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ว่าตนเองมีความเชื่อมั่นที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเองให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ และคนที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะมีความอดทนอดสาหัส ไม่ท้อถอยและจะประสบความสำเร็จในที่สุด และวัดจากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .73 โดยให้คะแนนจาก ระดับความเป็นจริงที่ปรากฏของพฤติกรรมตนเอง จากจริงมากให้ 4 คะแนน ถึง ไม่จริง ให้ 1 คะแนน และผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง สูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า

4.2) การกำกับตนเอง หมายถึง การแสดงออกถึงการกระทำของผู้เข้าร่วม โครงการในการสังเกตด้วยตนเองถึงพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายและวางแผนในการกระทำที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อาจกระทำด้วยการจดบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง กระตุ้นเตือนตนเองให้กระทำอย่างต่อเนื่องให้บรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดีตามที่ตนเองได้ตั้งเป้าหมายไว้ และวัดจากแบบสอบถาม การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .80 โดยให้คะแนนจาก ระดับความเป็นจริงที่ปรากฏของพฤติกรรมตนเอง จากจริงมากให้ 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 ข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .85 โดยให้คะแนนจาก ระดับความเป็นจริงที่ปรากฏของพฤติกรรมตนเอง จากจริงมากให้ 4 คะแนน ถึง ไม่จริง ให้ 1 คะแนน และผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า



5) ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ หมายถึง การที่ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้สึกประทับใจที่ได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีความรู้สึกที่ตนเองได้รับการตอบสนองความต้องการที่แท้จริงระหว่างการค้าเนินกิจกรรม การมีความสุขใจที่ได้ร่วมทำกิจกรรม ความพอใจจากการได้รับการปรับเปลี่ยนสุขภาพ ความพอใจที่ตนเองมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงขึ้น วัดจากแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .870 โดยกำหนดให้ผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 7-13 เป็นผู้ที่มีความพึงพอใจต่อโครงการในระดับน้อย มีคะแนนระหว่าง 14-20 เป็นผู้ที่มีความพึงพอใจต่อโครงการในระดับปานกลาง และผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 21-28 เป็นผู้ที่มีความพึงพอใจต่อโครงการในระดับมาก

6) ตัวชี้วัดชีวเคมี หมายถึง การประเมินค่าทางกายและผลทางเคมีของผู้เข้าร่วมโครงการ 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) ให้มีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่องได้ด้วยความสำเร็จในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) และผู้ให้บริการควรให้บริการแก่ผู้รับบริการโดยคำนึงถึงหลักปฏิบัติตามหลัก PROMISE Model คือ

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

7.2) การบริหารจัดการมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน (Result based management) การที่คณะทำงานโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้บริหารจัดการโครงการซึ่งมีเป้าหมายร่วมกันอย่างแท้จริงเพื่อให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้เป็นสำคัญ พยายามที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการจัดกิจกรรมอย่างรวดเร็ว

7.3) การมองโลกแง่ดี (Optimism) หมายถึง การที่คณะทำงานโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความเชื่อว่าปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการจัดกิจกรรมสามารถที่จะแก้ไขได้เป็นสิ่งที่ทำ



ท้าย เชื่อมั่นว่าผู้เข้าร่วมโครงการมีศักยภาพที่เพียงพอในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง
เชื่อมั่นว่าเพื่อนร่วมงานมีความสามารถในการจัดกิจกรรม

7.4) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง การที่คณะทำงานโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้พยายามที่จะหารูปแบบการจัดกิจกรรมแบบใหม่เพื่อกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดความสนใจที่จะร่วมทำกิจกรรม คณะทำงานพยายามที่จะสร้างสัมพันธภาพด้วยวิธีการต่างๆ กับผู้เข้าร่วมโครงการเป็นองค์ประกอบเพื่อการจูงใจให้อยากเข้าร่วมกิจกรรม

7.5) การจัดกระบวนการเรียนรู้โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Individual or client center) หมายถึง การที่คณะทำงานผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้เป็นผู้นำในการจัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ด้วยตนเอง ได้รับการสนับสนุน การจูงใจจากคณะทำงานให้จัดการสุขภาพตนเองตั้งแต่ การตั้งเป้าหมาย วางแผน ออกแบบกิจกรรม ฝึกปฏิบัติดูแลพฤติกรรมสุขภาพตามแผนของตนเองพร้อมประเมินผลด้วยตนเอง และได้รับข้อมูลย้อนกลับที่นำมาสู่การวางแผนและกระทำพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จึงมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการโครงการอย่างเต็มที่ มีการรับฟังความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมโครงการอย่างจริงใจเพื่อนำไปปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับความสนใจของผู้เข้าร่วมโครงการอย่างแท้จริง

7.6) การเสริมสร้างคุณค่าในตนเองของผู้รับบริการ (Self-esteems) หมายถึง การที่คณะทำงานโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ให้เกียรติกับผู้เข้าร่วมโครงการอย่างแท้จริง พยายามที่จะทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ เชื่อว่าการมีสุขภาพที่ดีมีความสำคัญต่อการพัฒนาสังคม

โดยสามารถใช้เทคนิควิธีการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่หลากหลายที่เน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญที่ประกอบด้วยสัดส่วนของเวลาและเนื้อหาในการจัดกิจกรรมที่เริ่มต้นจากการปรับความคิด สร้างแรงจูงใจ การเสริมแรงด้วย 1) กิจกรรมสนุกสนานหรือเกม ประมาณร้อยละ 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 วัดได้จากแบบสอบถามแบบ



มาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 20 ข้อ จากกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .938 และจากกลุ่มหัวหน้าโครงการ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .924

สมมติฐานการวิจัย

- 1) ผลการนิเทศและประเมินโครงการตามรูปแบบการประเมิน CIPP Model คือ ปัจจัยด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ปัจจัยกระบวนการ ด้านผลผลิตและด้านผลลัพธ์ ของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของทุกโครงการ อยู่ในระดับดีขึ้นไปตามการรับรู้ทั้งในกลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ และกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ
- 2) ปัจจัยการบริหารจัดการโครงการตามหลัก PROMISE Model ปัจจัยบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยกระบวนการ มีอิทธิพลต่อผลผลิตของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาล
- 3) ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก PROMISE Model ผู้เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ
- 4) ผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละโครงการมีการเปลี่ยนตัวชี้วัดทางชีวเคมี เช่น ค่า BMI ไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ



บทที่ 2

บททวนวรรณกรรม

ความนำ

การวิจัยเชิงประเมิณครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อบริหารจัดการ กำกับติดตามและ ประเมินผลการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขต กรุงเทพมหานครที่จัดให้กับประชาชนไทยซึ่งเป็นผู้ป่วยหรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก (Metabolic) 4 โรคหลัก ได้แก่ อ้วน/ลงพุง เบาหวาน ความดันโลหิตและหัวใจ และหลอดเลือด สมอง โดยได้ประยุกต์ใช้เทคนิคการประเมินตามแนวทางซิป (CIPP Model) และแนวทางโลจิก (Logic Model) และดำเนินการเก็บข้อมูลตามแนวทางการประเมินแบบ 360 องศา (360 Degree feedback) โดยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การทบทวน เอกสารในบทนี้ได้นำเสนอไว้ตามหัวข้อดังต่อไปนี้

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

PROMIS Model และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของคนไทย

ปัจจุบันปัญหาด้านสุขภาพสำหรับประชาชนคนไทยนับได้ว่าเป็นสิ่งที่อยู่ในความสนใจของ หน่วยงานภาครัฐเป็นอย่างมาก จนกระทั่งได้มีการจัดทำรายงานเพื่อนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรี



เกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพโดยรวมของคนไทยปีล่าสุดในวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2551 เนื่องในวันสาธารณสุขแห่งชาติ (มดิชน, 2551) โดยสรุปแล้วพบว่า โครงสร้างประชากรไทยได้เข้าสู่โครงสร้างประชากรสูงอายุ ซึ่งได้แก่การมีสัดส่วนของคนสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) เกินร้อยละ 10 โดยในปี 2550 มีประชากรรวมทั้งสิ้น 65.6 ล้านคน เป็นคนสูงอายุ ร้อยละ 10.7 และในปี 2551 มีประชากรทั้งสิ้น 66.5 ล้านคน มีคนสูงอายुर้อยละ 11.1 คนวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ร้อยละ 67.4 และวัยเด็ก (0-14 ปี) ร้อยละ 21.5 ซึ่งมีความจำเป็นอย่างมากที่จะต้องเตรียมความพร้อมทั้งประเทศในด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับกับปัญหาด้านสุขภาพเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้ แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าการเจ็บป่วยของคนไทยมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากจำนวนคนที่ป่วยหรือรู้สึกไม่สบายได้ลดลงจากร้อยละ 18.7 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 17.4 ในปี 2550 โดยโรคที่ทำให้ป่วยมากที่สุดในปี 2550 ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจร้อยละ 40.9 ตามด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อ/เส้นเอ็น/กระดูกและข้อ ร้อยละ 11.4 และโรคระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 9.4 และพบว่าในรอบปี 2550 คนไทยมีการเข้าพักรักษาพยาบาลเป็นคนไข้ใน ร้อยละ 5.9 (จำนวน 3.9 ล้านคน) โดยลดลงจากร้อยละ 6.9 ในปี 2547 สำหรับค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยในที่ผู้ป่วยจ่ายเองมีแนวโน้มลดลง คือ มีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยคนละ 1,945 บาทในปี 2550 โดยลดลงจาก 2,120 บาทในปี 2547 นอกจากนี้ยังพบว่าผลสำรวจเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลคนที่ป่วยในรอบ 1 เดือนที่สำรวจในปี 2550 ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณคนละ 162 บาท โดยเพิ่มขึ้นจาก 129 บาทในปี 2547 ยังพบว่าในปี 2550 มีผู้ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพร่างกายร้อยละ 48.1 พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 31.7 โรคเบาหวานร้อยละ 13.3 และโรคหัวใจร้อยละ 7.0 ผลการสำรวจดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าภาวะด้านสุขภาพของคนไทยในปัจจุบันแม้ว่าจะมีแนวโน้มว่าจะดีขึ้นกว่าหลายปีที่ผ่านมา เนื่องมาจากนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐเป็นไปในเชิงรุกมากขึ้น แต่ในสภาพสังคมปัจจุบันที่จะต้องรองรับการเป็นสังคมแห่งผู้สูงอายุ และสังคมเมือง จึงมีความจำเป็นอย่างมากที่ทุกภาคส่วนของสังคมจะต้องหันมาให้ความสนใจอย่างแท้จริงกับปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการป้องกันปัญหาที่จะต้องเน้นความสำคัญของการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนทุกช่วงวัยให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม (เครือข่ายวิจัยสุขภาพ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2552)

การสืบค้นถึงโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรไทยพบว่า ผลการสำรวจของกลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2548 (กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2548) พบว่าโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชาชนไทยเสียชีวิตรายงานเป็น อัตราการเสียชีวิตต่อประชากร 100,000 คน พบว่าโรคที่เป็นสาเหตุอันดับหนึ่งคือ มะเร็ง และเนื้องอกทุกชนิด รองลงมาคือ อุบัติเหตุ และโรคหลอดเลือดในสมอง และความดันเลือดสูง โรคหัวใจ ปอดอักเสบ และโรคอื่นๆ ของปอด โรคเกี่ยวกับไต โรคเกี่ยวกับตับ และตับอ่อน โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องเนื่องจากไวรัส การบาดเจ็บจากการฆ่าตัวตาย ถูกฆ่าตาย วัณโรคทุกชนิด



จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโรคเมตาบอลิก นับได้ว่าเป็นกลุ่มโรคสำคัญระดับแรกที่เป็นสาเหตุให้คนไทยเสียชีวิตมากที่สุด โรคหลอดเลือดในสมองและความดันเลือดสูง ซึ่งเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้จากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รายละเอียดของสาเหตุการตายของคนไทยแสดงรายละเอียดดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 สาเหตุการตายที่สำคัญของคนไทย

ที่มา: กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ (2548)

สถานการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดในปัจจุบันพบว่าเป็นปัญหาการตายอันดับต้นๆ ของทุกประเทศในโลกไม่ว่าจะมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างไร ผู้รอดจากการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดจะต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลานาน คนทั่วโลกตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด 16.7 ล้านคนหรือ ร้อยละ 29.2 ในปี 2546 และเพิ่มเป็น 17.5 ล้านคนในปี 2548 ประมาณร้อยละ 80 ของการตาย อยู่ในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำถึงรายได้ปานกลาง และในปี พ.ศ. 2553 โรคหัวใจและหลอดเลือดจะเป็นสาเหตุการตายในประเทศกำลังพัฒนา รวมถึงประเทศไทยด้วยและประชาชนอย่างน้อย 20 ล้านคนที่รอดตายจาก โรคหัวใจและหลอดเลือดต้องรักษาต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายสูง คาดประมาณว่า 16.7 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 29.2 ของการตายของประชากรโลกด้วยสาเหตุกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่สามารถป้องกันได้ด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงหลัก เช่น รับประทานอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ, ไม่ออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ ร้อยละ 50 ของการตายและความ



พิการจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นจำนวนมากกว่า 12 ล้านคนทั่วโลกในแต่ละปี สามารถลดจำนวนการตายด้วยวิธีปฏิบัติต่างๆร่วมกันไม่ว่าจะเป็นแผนระดับชาติในการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ และการลดปัจจัยเสี่ยงหลักเช่นความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วน และการสูบบุหรี่ โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและในประเทศกำลังพัฒนาในประเทศไทยรายได้น้อยและรายได้นานกลาง ซึ่งพบว่าร้อยละ 80 ของการตายเป็นสาเหตุของโรคหัวใจและหลอดเลือด อีกทั้งยังเป็นปัญหาเรื่องภาระโรคถึงร้อยละ 86 คาดประมาณว่าในปี 2553 โรคหัวใจและหลอดเลือดจะเป็นสาเหตุการตายหลักในประเทศกำลังพัฒนา รวมทั้งประเทศไทยก็ต้องเตรียมรับมือกับภาวะปัญหาดังกล่าวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งในด้านการป้องกันปัญหาและการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า (รวมพร นาคะพงศ์ และ ศิริกัลยาณี มีฤทธิ์, 2553) ทั้งนี้ปัญหาเกี่ยวกับการที่ประชาชนเป็นและอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกซึ่งได้แก่ อ้วน/ลงพุง เบาหวาน ความดันโลหิตและหัวใจ และหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ศึกษาสถานการณ์กลุ่มโรคดังกล่าวเรียงตามลำดับดังนี้

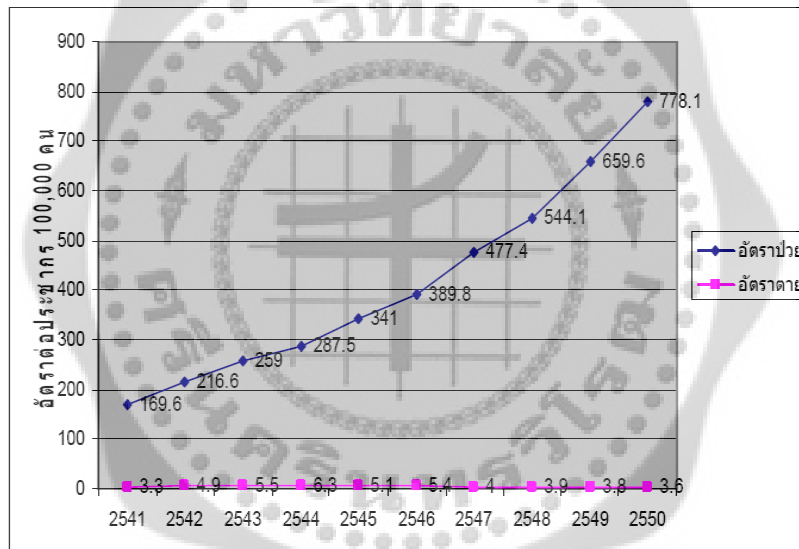
1.1 สถานการณ์ความดันโลหิตสูง

จากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของคนไทยโดยพบว่า อัตราตายต่อประชากร 100,000 คน ด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงที่สุด ในปีพ.ศ. 2544 เท่ากับ 6.3 และมีแนวโน้มลดลงในปีพ.ศ. 2545 เท่ากับ 5.1 แต่กลับสูงขึ้นอีกในปีพ.ศ. 2546 เท่ากับ 5.4 และลดลงเหลือ 3.9 ต่อประชากรแสนคนในปีพ.ศ. 2547 จากการสำรวจ ภาวะสุขภาพอนามัยของคนไทยครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540 พบว่า ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง สำหรับผู้ใหญ่ทำงานและสูงอายุ (ใช้เกณฑ์ความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท) เท่ากับ 6,447,601 คน โดยสองในสามอยู่ในวัยทำงาน (4,587,442 คน) หนึ่งในสามอยู่ในวัยสูงอายุ (1,719,639 คน) ส่วนน้อยอยู่ในวัยเด็ก (140,220 คน) ในการสำรวจ ภาวะสุขภาพอนามัยของ คนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความดันโลหิตสูงร้อยละ 16.3 หรือ คิดเป็นจำนวน 7.95 ล้านคน นอกจากนี้จากสถิติ พ.ศ. 2538-2547 ดังกล่าว แม้จะพบว่าสถานการณ์การตายจากภาวะความดันโลหิตสูงโดยตรงไม่สูงมากนัก แต่ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุหลักของการตาย และการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือดและโรคไต จากรายงานการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยง โรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2547-2548 ของศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ ด้านภาวะสุขภาพโรคเรื้อรังสำคัญ พบว่า ความชุกของประชากรที่ได้รับการบอกจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น จาก 7.92 เป็น 8.31 แสนคนและมีการประมาณการว่า ประชากรได้รับการบอกว่าเป็น ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นราว 108,622 คน จากปีพ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2548 สอดคล้องกับการประมาณการประชากร ที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตสูง ในรอบปีพ.ศ. 2549 ที่ผ่านมา



เพิ่มขึ้นเป็น 970,972 คน และความชุกของการได้รับการบอกว่าเป็นความดันโลหิตสูงพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และช่วงอายุสูงขึ้นจะมีความชุกเพิ่มขึ้นตามลำดับ

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541-2550 พบว่าสถิติการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่เพิ่มขึ้นแต่อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี และในปี พ.ศ. 2550 สถิติจากสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข รายงานอัตราผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีที่อยู่อาศัยในภาคกลางสูงสุดและรองลงมาคือ ภาคใต้ ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีอัตราการป่วยเป็น 998.4, 885.7, 879.9 และ 520.1 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2550 ที่ทำการตรวจวัดความดันโลหิตของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปพบว่าประชาชนภาคกลางเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่สุดและเพศหญิงเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชายประมาณ 2 เท่า ดังภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 อัตราการป่วยและตายของโรคความดันโลหิตสูงปี พ.ศ. 2541-2550

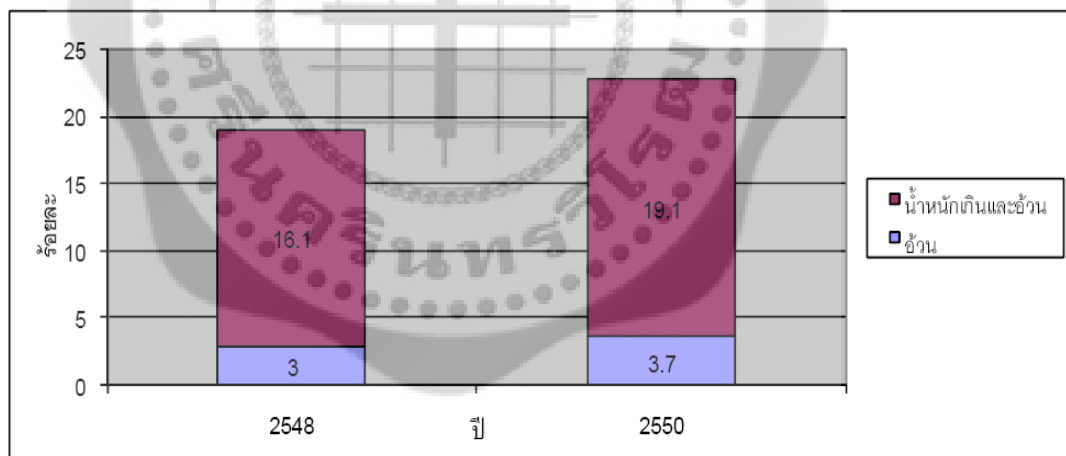
ที่มา: การสำรวจศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย สถานการณ์นโยบาย และเครือข่ายความร่วมมือ. (2552). คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

1.2 สถานการณ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของภาวะเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ร่วมกับกระแสวัฒนธรรมตะวันตกส่งผลรับประทานอาหารมากเกินความต้องการโดยไม่ได้สมดุล อาหารที่ไม่สมดุลคืออาหารที่ประกอบด้วย ไขมันและน้ำตาลสูง มีใยอาหารน้อย ประกอบกับการไม่ออกกำลังกายและสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปมีอิทธิพลต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหัวใจ



โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดอุดตันในสมอง และโรคเบาหวาน เป็นต้น โรคเหล่านี้ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยที่สมควร และเป็นภาระให้กับสังคมในการดูแลรักษา (ประณีต ผ่องแผ้ว, 2539:78-79 อ้างใน อังศิรินทร์ อินทรกำแหง, 2550: 17) และการสำรวจของ ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ (2539) พบว่า ชาวชน แม่บ้าน และคนงานในโรงงาน มีการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพโดยขาดการคำนึงถึงประโยชน์ และคุณค่าทางโภชนาการ โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่ประกอบด้วย แป้งและน้ำตาลเป็นหลัก สอดคล้องกับข้อมูลอัตราการบริโภคน้ำตาลต่อคนที่เพิ่มขึ้นสูงกว่าเท่าตัวจาก 12.7 กิโลกรัม/คน/ปี ในปี พ.ศ.2526 เป็น 29.1 กิโลกรัม/คน/ปี ใน พ.ศ. 2544 ดังแสดงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร นอกจากนี้ ยังมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารนอกบ้าน อาหารสำเร็จรูป โดยหาซื้อจากร้านค้า หรือแผงลอยมากขึ้น โดยพบว่า คนไทยส่วนใหญ่ ซื้ออาหารปรุงสำเร็จจากร้านค้าสูงสุด รองลงมา คือ ตลาดสดและพ่อค้าเร่อาหารเหล่านี้นอกจากจะไม่ได้คุณค่ายังมีปริมาณแคลอรีสูงและราคาแพง ก่อให้เกิดปัญหาโภชนาการ เช่น โรคอ้วน ปริมาณไขมันในเลือดสูงมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสถิติซึ่งได้รายงานไว้ในปี พ.ศ. 2550 มีผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 19.1 และผู้ที่อ้วนร้อยละ 3.7 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2548 ที่พบผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 16.1 และผู้ที่อ้วนร้อยละ 3.0 และมีรายงานที่เพศหญิงมีน้ำหนักเกินและอ้วนกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 4.7 และ 2.7 ตามลำดับดังภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 ความชุกของผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนและผู้ที่อ้วน จำแนกตามปี

ที่มา: รายงานประจำปี 2551. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข)

นอกจากนี้ รายงานจากการสำรวจของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี 2543 ร้อยละของเด็กนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน เท่ากับ 13.6 และในปี พ.ศ. 2544 ในประชากรวัยสูงอายุพบว่า มีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 23.9 ส่วนการสำรวจในปีพ.ศ. 2545 พบว่าร้อยละของประชากรวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน เท่ากับ 10.22 ประชากรวัยทำงานมีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 29.2



เมื่อพิจารณาเกณฑ์ในการจำแนกภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วน จากค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index - BMI) พบว่า ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างอายุ 15-74 ปี ทั้งประเทศเฉลี่ยเท่ากับ 22.7 กก./ม² เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายสูงกว่าเพศชาย และช่วงอายุ 45-54 ปี มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายสูงสุด (23.7 กก./ม²) และช่วงอายุ 15-24 ปี ต่ำสุด (20.7 กก./ม²) ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวน และค่า BMI เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามช่วงอายุและเพศ

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

ที่มา: กรมควบคุมโรค. (2550). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ.

กระทรวงสาธารณสุข.

และเมื่อพิจารณาตามภาค พบว่า กลุ่มตัวอย่างในระดับภาค ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายสูงสุดในกรุงเทพมหานคร รองลงมาภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉลี่ยเหนือ และภาคใต้ ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวนและค่า BMI เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาค

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

ที่มา: กรมควบคุมโรค. (2550). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ.

กระทรวงสาธารณสุข.



เมื่อเปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงความชุก ของภาวะอ้วน โรคความดันโลหิตสูง และ เบาหวาน ระหว่างปี พ.ศ.2548 และ2550 มีความแตกต่างที่เห็นได้ชัดดังตาราง 3 และ 4

ตาราง 3 สรุปผลการสำรวจภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคอ้วน เบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่สำคัญในประชากรอายุ 17-74 ปี เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550

ความชุก(ร้อยละ)/ค่าเฉลี่ยของภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงโรคที่สำคัญ	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2550	การเปลี่ยนแปลง	
			เพิ่มขึ้น	ลดลง
1. ภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน				
- ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ($BMI \geq 25$ กก./ม. ²)	16.1 (7.3 ล้านคน)	19.1 (8.8 ล้านคน)	3 (1.5 ล้านคน)	-
- ผู้ที่มีภาวะอ้วน ($BMI \geq 30$ กก./ม. ²)	3.0 (1.4 ล้านคน)	3.7 (1.7 ล้านคน)	0.7 (0.3 ล้านคน)	-
- ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว (นิ้ว) ในประชากรชาย	31.8 นิ้ว	31.9 นิ้ว	0.1 นิ้ว	-
- ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว (นิ้ว) ในประชากรหญิง	30.2 นิ้ว	30.6 นิ้ว	0.4 นิ้ว	-
2. ความดันโลหิตสูง				
- ผู้ที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน 1 ปีที่ผ่านมา ใน ประชากรอายุ 40-74 ปี	77.3 (16.3 ล้านคน)	78.1 (17.2 ล้านคน)	0.8 (0.9 ล้านคน)	-
- ผู้ที่เคยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบอกว่ามีความ ดันโลหิตสูงหรือเป็นโรคความดันโลหิตสูงใน ประชากรอายุ 15-74 ปี	8.3 (3.7 ล้านคน)	9.4 (4.3 ล้านคน)	1.1 (0.6 ล้านคน)	-
- ผู้ที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตทุกเดือน ในประชากรที่มีความดันโลหิตสูงอายุ 15-74 ปี	52.8	50.2	-	2.6
- จำนวนครั้งเฉลี่ยที่ประชากรที่มีความดัน โลหิตสูงอายุ 15-74 ปี ไปพบเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขเพื่อรับการรักษาใน 1 ปีที่ผ่านมา	6.5	6.8	0.3	-
3. โรคเบาหวาน				
- ความชุกของผู้ที่ได้รับการตรวจวัดระดับ น้ำตาลในเลือดเพื่อหาโรคเบาหวานภายใน 1 ปี ที่ผ่านมา ในประชากรอายุ 40-74 ปี	49.6 (10.5 ล้านคน)	55.6 (12.1 ล้านคน)	6.0 (1.6 ล้านคน)	-
- ความชุกของผู้ที่เคยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บอกว่าเป็นโรคเบาหวานในกลุ่มอายุ 15-74 ปี	3.7 (1.6 ล้านคน)	3.9 (1.8 ล้านคน)	0.2 (0.2 ล้านคน)	-



ความชุก(ร้อยละ)/ค่าเฉลี่ยของภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงโรคที่สำคัญ	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2550	การเปลี่ยนแปลง	
			เพิ่มขึ้น	ลดลง
- ความชุกของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานได้รับการ ตรวจเลือดหาระดับน้ำตาลทุกครั้ง	57.0 (0.8 ล้านคน)	46.8 (0.7 ล้านคน)	-	102 (0.1 ล้านคน)
- จำนวนครั้งเฉลี่ยที่ประชากรอายุ 15-74 ปีที่ เป็นโรคเบาหวานไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อรับการรักษานาน 1 ปีที่ผ่านมา	8.0	8.1	0.1	-

ที่มา: รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ.(2550). ศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวัง
พฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

ตาราง 4 อัตราความชุก (ร้อยละ) ของประชากรที่มีอายุ 15-74 ปี ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการ
เป็นโรคใน 12 เดือนที่ผ่านมา ของกรุงเทพมหานครและระดับประเทศ พ.ศ. 2550

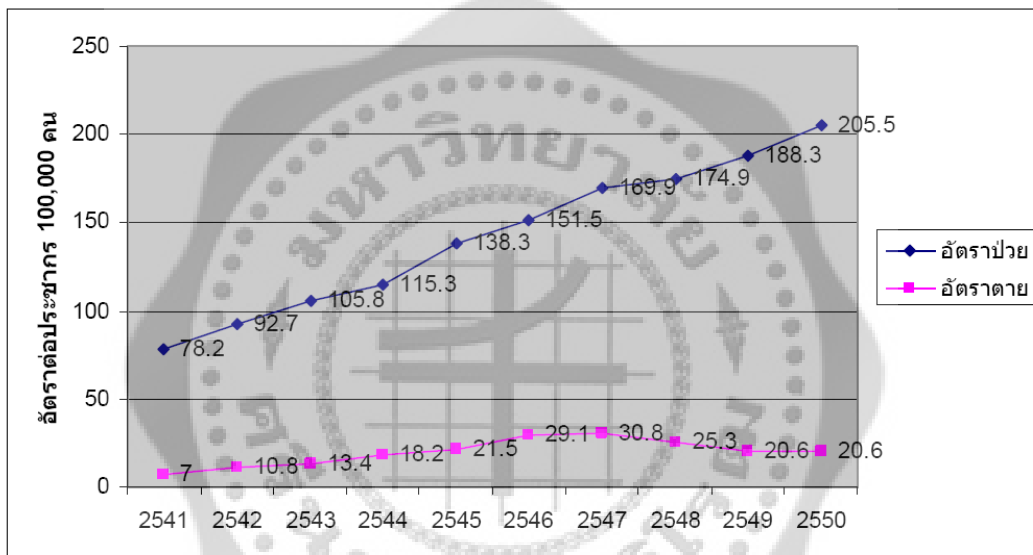
	(BMI $\geq$ 25 กก./ม. ²)	(BMI $\geq$ 30 กก./ม. ²)	เส้นรอบ เอวเกิน	ความดัน โลหิตสูง	น้ำตาลใน เลือดสูง	โรคหลอดเลือด สมอง
ทั้งประเทศ	19.1	3.7	21.1	75.5	51.3	1.1
เพศ						
- ชาย	16.8	2.7	9.7	68.8	44.5	1.3
- หญิง	21.3	4.7	32.2	81.5	57.3	0.9
กทม.	25.9	6.0	25.0	71.2	52.8	1.0

1.3) สถานการณ์กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในคนไทยเรียกอัมพาต แต่ถ้าผู้ป่วยรายใดมีอาการไม่
รุนแรงยังพอซบเซาได้เรียกโรคอัมพฤกษ์ โรคหลอดเลือดสมองแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ โรคหลอดเลือด
สมองแตกและโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่มักพบมากในผู้
ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอาการ แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง
ทันที พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ หรือฟังไม่เข้าใจทันทีทันใด เดินเซ เวียนศีรษะทันทีทันใด ตามองเห็น
ภาพซ้อน หรือมีควมข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด ปัจจัยเสี่ยงที่พบและสามารถควบคุมได้ ได้แก่
ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความอ้วน และการสูบบุหรี่ และ
ถ้าคนไทยยังมีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้แน่นอนว่าโรคหลอดเลือดสมองจะมีแนวโน้มยังคงอยู่ ดังแสดง
อัตราตายอย่างหยาบจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2544 – 2547 หลังจากนั้น มี
แนวโน้มลดลง ในปี 2548 ในภาพรวมทั้งประเทศ



จากสถิติการเสียชีวิตและการป่วยนั้นถึงแม้สถิติการเสียชีวิตของโรคหลอดเลือดสมองจะมีแนวโน้มคงที่แต่พบว่าอัตราการป่วยในโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี และในปี พ.ศ. 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติได้รายงานอัตราผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีที่อยู่อาศัยในภาคกลางสูงสุด รองลงมาคือ ภาคเหนือ ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยมีอัตราการป่วยเป็น 262.2, 241.9, 230.9 และ 134.2 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ และสถิติจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดในสมองในเพศชายมากกว่าเพศหญิงโดยคิดเป็นร้อยละ 32.6 และ 24.9 ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2548 มีรายงานว่าจำนวนประชากรกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงที่สุด รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 55-64 ปีดังภาพประกอบ 6



ภาพประกอบ 6 อัตราการป่วยและตายของโรคหลอดเลือดสมองปี พ.ศ. 2541-2550

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

อัตราตายปรับฐานจากโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2548 พบว่า ภาคกลางเป็นภาคที่มีอัตราตาย จากโรคนี้สูงสุด และสูงกว่าอัตรา ตายรวมทั้งประเทศ รวมทั้งในทุก กลุ่มอายุ รองลงมาคือภาคเหนือ ซึ่งมีอัตราตายปรับฐานจากโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าอัตราตายรวมเล็กน้อย และในภาพรวมทั้งประเทศ การตายจากโรคหลอดเลือด เริ่มพบในกลุ่มอายุ 30 ปี ขึ้นไป และพบสูงสุดในกลุ่มอายุ 70-79 ปี หลังจากนั้น จึงเริ่มลดลง ซึ่งรูปแบบนี้พบ ได้ในภาคกลางและภาคใต้ สำหรับภาคเหนือจะพบการตายสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี หลังจากนั้นจึงเริ่มลดลง ในขณะที่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะพบการตายจาก โรคนี้ใกล้เคียงกันในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี



สรุปได้ว่าอัตราตายอย่างหยาบและอัตราตายปรับฐานจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มลดลงทั้งในภาพรวมประเทศและระหว่างภาค ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเกิดจากการมีมาตรการในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ ความสำคัญกับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ซึ่งเกิดจากความร่วมมือทั้งภาครัฐและ เอกชน แต่ทั้งนี้ ควรให้ความใส่ใจกับภาคกลางที่ยังพบการตายจากโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าอัตรารวมทั้งประเทศอยู่มาก

2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเทคนิคการพัฒนาสุขภาพ

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

2.1) แนวคิดการปรับพฤติกรรมตามหลักพฤติกรรมศาสตร์

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



2.1.1) ความเชื่อพื้นฐานตามหลักพฤติกรรมศาสตร์

นักปรับพฤติกรรมตามแนวทางพฤติกรรมศาสตร์ มีความเชื่อพื้นฐานในการดำเนินการปรับพฤติกรรม 2 ประการ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) คือ

1. พฤติกรรมปกติกับพฤติกรรมผิดปกติ พัฒนามาจากหลักการเดียวกัน คือจากหลักการเรียนรู้ แต่ทั้งนี้ต้องไม่รวมถึงพฤติกรรมที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายและระบบประสาท
2. พฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้โดยหลักการเรียนรู้เช่นเดียวกัน และในปัจจุบันจากคำว่า การปรับพฤติกรรม (Behavior modification) และ พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) เป็นคำที่ใช้ในความหมาย “การปรับพฤติกรรม” หมายถึง การประยุกต์ของกระบวนการของทฤษฎีการวางเงื่อนไขผลกรรม (Operant conditioning) ในขณะที่ “พฤติกรรมบำบัด” หมายถึง การประยุกต์ใช้วิธีการของทฤษฎีการวางเงื่อนไขสิ่งเร้า (Classical conditioning) (O, Leary & Wilson, 1987:1) แต่มิคุลัส (Mikulas, 1978: 2) ได้แยกคำทั้งสองนี้ไว้ว่า การปรับพฤติกรรม เป็นกระทำของบุคคลทั่วไป แต่ในวงการของนักจิตวิทยาคลินิก (Clinical setting) จะใช้คำว่า พฤติกรรมบำบัด

2.1.2) คุณสมบัติของกระบวนการปรับพฤติกรรม

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

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

2. การปรับพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้การตีตรา หลีกเลี่ยงการจัดประเภทบุคคล และการใช้คำบางคำ เช่น “ผิดปกติ” ทั้งนี้เพราะการตีตราและการจัดประเภทบุคคล อาจจะมีประโยชน์ในเชิงการบริหารและการสื่อสาร และอาจช่วยแนะว่าตัวแปรใดที่ควรพิจารณาในระหว่างการประชุมพฤติกรรม แต่การ ตีตราและการจัดประเภทบุคคลไม่เป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์พฤติกรรมมากนัก ตรงกันข้ามการตีตราบุคคลอาจจะเป็นการทำลายบุคคล (คนที่ถูกตีตราว่าเป็นคนอย่างไร อาจจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมไม่เป็นปกติเช่นนั้นก็ได้ เช่น คนที่ถูกตีตราว่าเป็นคนอ้วนแล้วพฤติกรรมของเขาอาจเปลี่ยนแปลงไปอ้วนมากยิ่งขึ้นก็ได้) นอกจากนี้ การตีตราหรือการจัดประเภทบุคคล อาจจะทำให้ นักปรับพฤติกรรมมองข้ามพฤติกรรมที่เป็นแบบฉบับของบุคคลนั้น คำว่า “ผิดปกติ” “เบี่ยงเบน” และคำว่า “ความเจ็บป่วยทางจิต” คำเหล่านี้เป็นภาวะสันนิษฐาน (construct) ซึ่งบุคคลในแต่ละวัฒนธรรมให้นิยามไม่ตรงกันพฤติกรรมอย่างหนึ่งอาจถือว่าเป็น พฤติกรรมผิดปกติในสังคม



หนึ่ง แต่อาจเป็นพฤติกรรมปกติในอีกสังคมหนึ่งก็ได้ เช่น เด็กพูดโต้แย้งผู้ใหญ่ในสังคมตะวันตกถือว่าเป็นพฤติกรรมปกติ เป็นการกล้าแสดงออก แต่ในสังคมไทยส่วนใหญ่ยังไม่ยอมรับอาจถือว่าเป็นพฤติกรรมที่ขาดสัมมาคารวะเป็นสิ่งที่ไม่ควรประพฤติ

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

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

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

2.1.3) ความหมายของการปรับพฤติกรรม

ระยะแรกนักวิชาการส่วนใหญ่จะให้ความหมายของการปรับพฤติกรรมบนพื้นฐานการเรียนรู้ ดังเช่น ความหมายของการปรับพฤติกรรม ตามที่ ชัยพร วิชชาวุธ และ ธีระพร อูวรรณโณ (อังสินันท์ อินทรกำแหง, 2552 อ้างอิงจาก ไม่ปรากฏผู้แต่ง, 2552) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การปรับพฤติกรรมเป็นการประยุกต์หลักการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ส่วน มิคุลัส (Mikulas, 1978:2) ได้ให้ความหมายของการปรับพฤติกรรมไว้ว่า การปรับพฤติกรรม คือ การประยุกต์หลักการพฤติกรรมที่ได้จากการทดลองเพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรม ซึ่งก็คล้ายๆ กับความหมายที่ คาลิช (Kalish, 1981 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549: 3) ให้ไว้ว่าการปรับพฤติกรรมหมายถึง การนำเอาหลักพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม



วอลป์ (Wolpe, 1969) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการใช้ผลที่ได้จากการทดลอง หลักการเรียนรู้ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่ไม่เหมาะสมให้เหมาะสมขึ้น โอเลอรี่และวิลสัน (O'leary & Wilson, 1987) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้และข้อค้นพบจากจิตวิทยาการทดลอง เพื่อใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์

สรุปได้ว่า การปรับพฤติกรรม หมายถึง การประยุกต์หลักการแห่งพฤติกรรม หรือหลักการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรม โดยเน้นที่พฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้ หรือวัดได้ เป็นสำคัญและในการศึกษาครั้งนี้ วัดจากพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน คือ การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง (Self efficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self regulation) และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง (Self care)

2.1.4) หลักการแห่งพฤติกรรม

คาลิช (Kalish, 1981 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2526) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นหลักการที่ครอบคลุมทั้งแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ การวางเงื่อนไข และแนวคิดทางจิตวิทยาต่างๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์เข้ามาประยุกต์ใช้ได้ และแนวคิดของการใช้หลักการแห่งพฤติกรรมมาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แบ่งออกเป็นสองกรณี คือ

1. กรณีที่สามารถควบคุมสภาพแวดล้อมได้ สามารถจัดกระทำโดยการเปลี่ยนแปลงที่พฤติกรรมโดยตรง นักปรับพฤติกรรมใช้ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไข จัดการกับพฤติกรรมโดยตรง ด้วยการควบคุมสภาพแวดล้อมต่างๆ ให้ได้
2. กรณีที่ไม่สามารถควบคุมสภาพแวดล้อม สามารถจัดกระทำโดยการเปลี่ยนที่ความรู้สึก (Feeling) ซึ่งส่งผลทำให้พฤติกรรมเปลี่ยน หรือ จัดกระทำโดยเปลี่ยนที่ความรู้คิด (Cognitive) ซึ่งส่งผลทำให้พฤติกรรมเปลี่ยน ซึ่งตามหลักการแห่งพฤติกรรมเชื่อว่า ความรู้สึก ความรู้คิด และพฤติกรรมมีผลซึ่งกันและกัน การเปลี่ยนพฤติกรรมอาจจะเปลี่ยนได้ที่ความรู้สึกหรือความรู้คิด ซึ่งจะส่งผลทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการควบคุมสภาพแวดล้อม

2.1.5) การปรับพฤติกรรมในปัจจุบัน

การปรับพฤติกรรมมีประวัติความเป็นมาอันยาวนานบนพื้นฐานของหลายแนวคิด หลังจากปี ค.ศ. 1970 ความนิยมเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ ได้รับความนิยมนลดลง ทั้งนี้การปรับพฤติกรรมจะมีปัญหาเกี่ยวกับการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง จนทำให้ดูเหมือนไม่ครอบคลุมพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ประกอบกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหบางพฤติกรรม ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขไม่สามารถอธิบายหรือจัดวางเงื่อนไขให้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น พฤติกรรมภายในซึ่งประกอบด้วยความคิด ความรู้สึก เป็นต้น ด้วยเหตุนี้จึงเป็นโอกาสให้นักจิตวิทยากลุ่มปัญญานิยมเข้ามามีส่วนในการพัฒนาเทคนิคการปรับพฤติกรรม ซึ่งผู้นำของนักจิตวิทยากลุ่มนี้ได้แก่ Albert Bandura เป็นผู้เสนอแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคม



(Social cognitive theory) ซึ่งแนวคิดในกลุ่มนี้ได้รับความนิยมอย่างมากในช่วงทศวรรษที่ 1980 และได้มีการพัฒนาเทคนิคการปรับพฤติกรรมต่างๆ มากมาย นอกจากนี้ปัจจุบันยังได้มีการนำเอาแนวคิดของการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเข้ามาใช้ในการพัฒนาด้วย ซึ่งรู้จักกันในนามของการป้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback) (ประทีป จินฉัตร, 2540)

สามารถสรุปได้ว่า ในการปรับพฤติกรรมของบุคคล ควรคำนึงถึงลักษณะวิธีการดังต่อไปนี้

1. เน้นที่พฤติกรรมเฉพาะเจาะจงเฉพาะกลุ่มเสี่ยง
2. เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลโดยผ่านกระบวนการเรียนรู้
3. ต้องมีการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ชัดเจน
4. ต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลเป็นสำคัญ
5. การศึกษาแนวโน้มจะเน้นที่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเท่านั้น
6. เน้นความเป็นมนุษย์ของบุคคล โดยไม่มีการบังคับใดๆ ทั้งสิ้น
7. เทคนิคต่างๆ ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเป็นเทคนิคที่มีประสิทธิภาพ แต่การนำไปใช้

จำเป็นต้องคำนึงถึงข้อดีและข้อจำกัด ตลอดจนเกณฑ์การใช้เทคนิคเหล่านั้นให้รอบคอบด้วย

8. การปรับพฤติกรรมจะเน้นการใช้วิธีการทางบวกมากกว่าวิธีการลงโทษ
9. วิธีการปรับพฤติกรรมสามารถใช้ได้อย่างเหมาะสมตามลักษณะปัญหาของแต่ละบุคคล

แนวทางในการปรับพฤติกรรม 3Self ตามหลัก PROMISE ได้ประยุกต์หลักการปรับพฤติกรรมตามแนวทางพฤติกรรมศาสตร์ในครั้งนี้อมาใช้ เช่น การให้ความสำคัญของมนุษย์ การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายไว้ให้ชัดเจน ใช้วิธีการเสริมแรงทางบวก และให้ความสำคัญกับกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น

ข้อควรคำนึงในการปรับพฤติกรรมทั้งนี้การปรับพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ทำได้ยากและต้องอาศัยเวลาเทคนิคที่เหมาะสม พฤติกรรมที่อาจจะปรับได้ เช่น เป็นพฤติกรรมที่เพิ่งเกิดขึ้นปัจจุบัน เป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหาไม่รุนแรง และก็เป็นเฉพาะบางคนเท่านั้นที่จะสามารถปรับพฤติกรรมได้ และการนำไปใช้ก็ต้องระมัดระวังอย่างมาก ดังต่อไปนี้

1. สิทธิของบุคคล
2. ในการปรับพฤติกรรม ผู้ใช้หรือให้บริการปรับพฤติกรรมจะต้องระลึกเสมอว่า ตนเองมีความรู้ในเรื่องการปรับพฤติกรรมดีพอหรือยัง การนำเทคนิคต่างๆ ไปใช้ จะต้องเตรียมรับกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นอย่างไร
3. จะต้องคำนึงว่าการปรับพฤติกรรมนิยมที่จะเลือกใช้เทคนิคการเสริมแรงหรือปรับเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม หรือเพิ่มพฤติกรรมซึ่งอาจเกิดปัญหาต่างๆ ปัญหาทางอารมณ์ตามมาได้
4. ผู้ปรับพฤติกรรมควรคำนึงถึงประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้ถูกปรับพฤติกรรมหรือผู้รับบริการปรับพฤติกรรมเพื่ออยู่ร่วมกันสังคมได้อย่างมีความสุข



5. การนำการปรับพฤติกรรมไปใช้ควรนำไปพัฒนาพฤติกรรมที่พึงประสงค์กับสังคมและคำนึงถึงเรื่องจริยธรรมเป็นสิ่งสำคัญ

2.1.6) ตัวอย่างเทคนิคการปรับพฤติกรรม

การปรับพฤติกรรมตามหลักพฤติกรรมศาสตร์ที่มีการประยุกต์ใช้แนวคิดที่หลากหลายเข้าด้วยกันมีนักวิชาการนำไปใช้ในการปรับพฤติกรรมหลายท่าน ยกตัวอย่างเช่น งานปรับพฤติกรรมของ จุฑารัตน์ กิตติเชมากร (จุฑารัตน์ กิตติเชมากร, 2550) ที่ได้ใช้ เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในกรณีวิเคราะห์รายบุคคล (Single case) จุดประสงค์เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการออกกำลังกายให้เพิ่มขึ้นจนสม่ำเสมอ โดยเริ่มจากพฤติกรรมที่จะศึกษา ว่าควรจะทำหนดนิยามของพฤติกรรมเป้าหมายให้ชัดเจนก่อน ในที่นี้เราจะศึกษาเรื่องของการออกกำลังกาย โดยนิยาม การออกกำลังกาย ว่า การเคลื่อนไหวร่างกายให้มีจังหวะเหมาะสม เป็นการฝึกซ้อมให้ร่างกายแทบทุกส่วนได้มีความคล่องตัวไว พร้อมกับการได้แรงงานด้วย ได้แก่ การว่ายน้ำ โดยวัดจากเวลาที่ว่ายน้ำ ตั้งแต่ 30 นาทีขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง และการวิ่ง โดยวัดจากการวิ่ง ตั้งแต่ 30 นาที อย่างต่อเนื่อง 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 ในกรณีศึกษานี้ เป็นการสังเกตความถี่ (จำนวนครั้ง) ในการออกกำลังกาย ซึ่งกำหนดวันและเวลาในการออกกำลังกาย ในการเก็บข้อมูลโดยการบันทึกจำนวนครั้งของการออกกำลังกายโดยจะต้องเก็บอย่างต่อเนื่อง (Continuous assessment) โดยดูจากความสม่ำเสมอของพฤติกรรม ซึ่งเก็บเป็นฐานข้อมูลเบื้องต้น (Baseline) เพื่อดูแนวโน้มของพฤติกรรม ดูความสม่ำเสมอของการเกิดพฤติกรรม (Stability of performance) โดยข้อมูลในช่วงนี้ สามารถนำมาอธิบายการเกิดพฤติกรรม และสามารถนำข้อมูลมาทำนายการเกิดพฤติกรรมในอนาคต ซึ่งนำมาเขียนกราฟเพื่อให้เกิดความชัดเจนเมื่อเราพิจารณาข้อมูลแล้วพฤติกรรมการออกกำลังกาย (พฤติกรรมที่พึงประสงค์) มีแนวโน้มที่จะลดลงซึ่งจุดประสงค์ ในการปรับพฤติกรรมครั้งนี้เราต้องการเพิ่มพฤติกรรมการออกกำลังกาย ให้เพิ่มขึ้นจนคงที่สม่ำเสมอจากนั้น จึงออกแบบโปรแกรมในการปรับพฤติกรรมเลือกเทคนิคในการปรับพฤติกรรม ที่จะนำมาใช้ให้เหมาะสมและควรคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลตามลักษณะของปัญหา เมื่อพิจารณาแล้วว่า ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ถูกสังเกตเหมาะกับการให้การเสริมแรงประเภทใด จึงจะสามารถมีอิทธิพลต่อการเพิ่มพฤติกรรมเป้าหมายได้ เนื่องจากผู้ถูกสังเกตและผู้สังเกตเป็นคนใกล้ชิดและสามารถอยู่ร่วมกันในช่วงเวลาที่กำหนด จากการศึกษาลักษณะ นิสัยใน



ระดับหนึ่ง พบว่า ไม่ว่าผู้ถูกสังเกตจะทำการกิจกรรมอะไรก็ตาม เขาจะมีความมั่นใจและกล้าที่จะทำกิจกรรมนั้น โดยจะต้องมีเพื่อนร่วมทำการกิจกรรมนั้นๆ ผู้ถูกสังเกตจะมีสีหน้าดีใจ แสดงอาการดีใจ ด้วยการยิ้ม แสดงท่าทาง เมื่อมีคนชื่นชม และเข้าใจและสนใจในสิ่งที่เขาทำ หรือในเรื่องที่เขาเล่า ประสบอยู่ ดังนั้นผู้สังเกตจึงวางแผนว่าจะใช้เทคนิคใดในการเพิ่มพฤติกรรมเป้าหมายโดยตัดสินใจว่าเลือกใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมด้วยการเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) โดยใช้การเสริมแรงทางสังคม (Social reinforcement) โดยการเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) หมายถึง การเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมเป้าหมายอันเป็นผลเนื่องมาจากการได้รับสิ่งเร้าบางอย่างหลังจากที่บุคคลแสดงพฤติกรรมเป้าหมายแล้ว และการเสริมแรงทางสังคม (Social reinforcement) หมายถึง การแสดงออกโดยใช้คำพูดหรือท่าทางกับบุคคลหลังจากที่บุคคลแสดงพฤติกรรมแล้วอันมีผลทำให้บุคคลนั้น แสดงพฤติกรรมเป้าหมายเพิ่มขึ้นหรือทำให้มีพฤติกรรม การออกกกำลังกายเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ ก่อนที่จะเสนอเงื่อนไข ผู้สังเกตก็พยายามให้ข้อมูล และกล่าวเสนอแนะ ในเรื่องของการออกกกำลังกาย ว่ามีประโยชน์ เพื่อสุขภาพกายและจิตใจ และในเรื่องของเวลาในการออกกออกกำลังกายนั้น สามารถทำได้หลังเลิกงาน และวันที่ไม่มีเรียน เมื่อผู้สังเกตเลือกเทคนิคโดยใช้การเสริมแรงทางสังคม นั่นก็คือ ผู้สังเกตเสนอเงื่อนไขว่า จะไปร่วมทำกิจกรรม คือ การออกกออกกำลังกายกับผู้ถูกสังเกต และเขาก็ยินดีและเขาก็เริ่มสนใจกับเงื่อนไขนี้ หลังจากนั้น เราจะเริ่มดำเนินการตามโปรแกรม เราจะไปออกกออกกำลังกายตามโปรแกรมที่เราวางแผนเอาไว้ข้างต้น เพราะพอถึงวันและเวลาที่กำหนดเราก็รู้ว่าวันนี้จะต้องไปว่ายน้ำ หรือไม่ถ้าวันไหนอากาศไม่เอื้ออำนวย เช่น เรื่องของอากาศหนาว เป็นต้น เราก็จะออกกออกกำลังกายโดยการวิ่งรอบ ๆ หมู่บ้าน ซึ่งหลังจากออกกออกกำลังกายทุกๆ ครั้ง คือ หลังจากอาบน้ำแต่งตัวเสร็จ ควรพูดคุยกับผู้รับการปรับพฤติกรรมในเรื่องที่เกี่ยวกับการออกกออกกำลังกาย บางก็ให้คำชมที่เขาสามารถทำการกิจกรรมที่เราด้วยกันกำหนดขึ้นมาได้อย่างมีความสุข ซึ่งระหว่างการพูดคุย หรือมีคำชมต่าง ๆ กับความรู้สึกยินดี กับกิจกรรมที่เราทำ ซึ่งในแต่ละครั้งของการออกกออกกำลังกาย ผู้ถูกสังเกตเองก็มีความกระตือรือร้นขึ้นและขอให้มาออกกออกกำลังกายเป็นเพื่อนอีกในครั้งต่อไป ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เขาก็เต็มใจและอยากที่จะทำการกิจกรรมนั้นจริง ๆ คำชมทุกๆ ครั้งหลังจากออกกออกกำลังกายทันที นั่นก็คือ ตัวเสริมแรงทางสังคม (Social reinforcers) ในกรณีนี้ผู้สังเกตไปเป็นเพื่อนไปออกกออกกำลังกาย และให้คำชื่นชม (เช่น คุณสดชื่นดี แจ่มใส คล่องตัวขึ้นนะ เห็นไม่ออกกออกกำลังกายทำให้รู้สึกสดชื่น คุณดีนะ) การยิ้ม แสดงท่าทางที่ภูมิใจ แสดงความรู้สึกดีกับการที่เขาออกกออกกำลังกาย ฯลฯ ซึ่งการออกกออกกำลังกายตามโปรแกรมเพื่อสุขภาพนี้ มีอุปกรณ์อยู่ที่สภาพอากาศ และเวลาที่จำกัด

ข้อควรสังเกต ตัวเสริมแรงที่ใช้ได้ผลสำเร็จ เนื่องมาจากลักษณะของผู้ถูกสังเกตเอง ต้องการอยู่แล้ว ซึ่งสังเกตได้จากความกระตือรือร้น หลังจากที่เขาได้รับคำชมเชยว่า เมื่อออกกออกกำลังกายแล้วทำให้รู้สึกสดชื่น และเมื่อมีคนให้ความสนใจเกี่ยวกับการออกกออกกำลังกาย เขาก็จะแนะนำและ



ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย และผลกรรมที่เขาได้รับคือ ร่างกายมีความคล่องแคล่วขึ้น การทำงานได้นานขึ้น นอนหลับสบาย ใจดี สดชื่น อารมณ์ดี ฯลฯ และผู้ถูกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นคนที่ชวนเพื่อนไปออกกำลังกายอีกในครั้งต่อไป ซึ่งจะเห็นว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในครั้งนี้ ผู้ถูกสังเกต ก็ยังคงต้องอาศัยการเสริมแรง คือ การมีเพื่อนไปออกกำลังกายทุกครั้ง และการให้ความสนใจหาข่าวสารใหม่เล็กๆน้อยๆมาเล่าให้ฟัง ฯ

ส่วนปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น ระหว่างการดำเนินการตามแผน ก็จะเป็นในเรื่องของเวลา ซึ่งถ้าวันไหนเราออกจากที่ทำงานช้ากว่าปกติ ก็จะทำให้ออกกำลังกายได้น้อยลงแต่ก็จะพยายามออกกำลังกายให้ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งในเรื่องของภูมิอากาศ ในช่วงที่ให้การเสริมแรงนั้น เป็นช่วงเวลาที่มียามอากาศหนาวสลับอากาศร้อน ทำให้การออกกำลังกายโดยการว่ายน้ำ สลับกับการวิ่งรอบ ๆ หมู่บ้านแทน และสิ่งหนึ่งที่เกิดจากหลังการออกกำลังกายคือทำให้รับประทานอาหารต่ำลง ซึ่งมีผลทำให้ออนดิกขึ้น

สรุปได้ว่า หลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทางพฤติกรรมศาสตร์เป็นวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มาจากพื้นฐานทางความเชื่อที่ว่า การอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยหรือสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง แต่การอธิบายจะต้องนำแนวคิดที่หลากหลายมาบูรณาการกันเพื่อทำให้การอธิบายพฤติกรรมมีความสมบูรณ์มากที่สุด ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลก็เช่นเดียวกันไม่สามารถที่จะนำวิธีการใด หลักการ อย่างใดอย่างหนึ่งมาใช้ได้จะต้องมีการบูรณาการแนวคิด วิธีการ ให้เหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มที่จะทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตลอดจนทำความเข้าใจเกี่ยวกับบริบทรอบข้างของกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้เข้าใจก่อนเริ่มดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.2) ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change theory)

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change theory) หรือขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่เป็นแนวคิดในการอธิบายลำดับขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเยาวชนและประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ดำเนินการโดยหน่วยงาน เป็นทฤษฎีของโปรชากาและ ดิคลีเมนเท่ (Prochaska & DiClemente, 1983) ที่มีโครงสร้างขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงเป็นหัวใจหลักในการอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องไม่ใช่เป็นเพียงเหตุการณ์หนึ่งๆ เท่านั้น ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจึงเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เริ่มจากขั้นที่ไม่สนใจปัญหาไปจนถึงขั้นลงมือปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขไปสู่พฤติกรรมใหม่ (คารนิ สืบจากดี, 2552) ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ นับเป็นโครงสร้างหนึ่งของรูปแบบทฤษฎีโอเรทิกอล (Thanstheoretical model: TTM) ซึ่งประกอบด้วยโครงสร้างที่สำคัญ 5 ประการ คือ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Processes of change) การเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของพฤติกรรม (Decision balance) ความมั่นใจในความสามารถของตัวเอง (Self-efficacy) และระดับความเคยชิน/สิ่งล่อใจ (Habit



strenght/temptation) (Kelly, 2008: 149; กนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล, 2549: 24-26) ซึ่งในการศึกษาค้างนี้ จะขอก้าวถึงเฉพาะขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเท่านั้น

เริ่มต้น โพรชากาและ ดิคลิเมนเท่ (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 (ดาร์นี สืบจากดี, 2552; พิชัย แสงชาญชัย, 2552)

1. ขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation) เป็นขั้นที่บุคคลยังไม่ตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ไม่รับรู้ไม่ใส่ใจต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตน อาจเป็นเพราะไม่ได้รับรู้ข้อมูลถึงผลกระทบของพฤติกรรมนั้น เช่น คนส่วนใหญ่มักไม่ค่อยรู้ข้อมูลความสัมพันธ์ของการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและสุขภาพ หรือบางคนไม่รู้เรื่องความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ เป็นต้น เมื่อคนเราไม่รู้ข้อมูลหรือขาดข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับปัญหาของพฤติกรรมก็จะไม่เอาใจใส่หรือสนใจต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น อาจจะมีคำถามว่า“...ก็ฉันชอบสูบบุหรี่...ทำไมต้องเลิกสูบบุหรี่ล่ะ” หรืออาจเป็นเพราะเมื่อที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองและคิดว่าไม่สามารถเปลี่ยนได้ บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้มักจะหลีกเลี่ยงที่จะอ่าน พุดคุยหรือคิดเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง ทฤษฎีการปรับพฤติกรรมอื่นมักจะมองการแสดงออกในลักษณะนี้ว่าเป็นการต่อต้านหรือขาดแรงจูงใจหรือไม่มีความพร้อม สำหรับ Stage of change แล้วถือว่าเป็นโอกาสที่ผู้ช่วยเหลือจะหาวิธีการต่างๆ มาใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล ในขั้นนี้บุคคลจำเป็นต้องได้รับข้อมูลสะท้อนกลับ ได้รับความรู้ความเข้าใจ โดยเน้นสิ่งที่น่าเชื่อถือจริง เป็นเหตุเป็นผล เป็นกลาง ไม่นำหรือขู่ให้กลัว

2. ขั้นลังเลใจ (Contemplation) เป็นขั้นที่บุคคลมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะเวลาอันใกล้นี้ มีความตระหนักถึงข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ก็ยังกังวลกับข้อเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยเช่นกัน การชั่งน้ำหนักระหว่างการลงทุนกับกำไรที่จะได้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาจทำให้เกิดความลังเลใจอย่างมากจนทำให้บุคคลต้องติดอยู่ในขั้นนี้เป็นเวลานาน เหมือนกับการผัดวันประกันพรุ่ง (Behavioral procrastination) จึงยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงในทันที ในขั้นนี้ควรมีการพุดคุยถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมเก่าและใหม่ 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 อย่างเช่น

4.1 การสูบบุหรี่ - การลดจำนวนบุหรี่ที่สูบ หรือการเปลี่ยนมาสูบบุหรี่ที่มีทาร์และนิโคตินต่ำ ถือว่าเป็นขั้นลงมือปฏิบัติ แต่ในปัจจุบันนี้มีข้อสรุปเป็นมติว่า การหยุดสูบบุหรี่เท่านั้นที่ถือว่าเป็นขั้นลงมือปฏิบัติ

4.2 การควบคุมน้ำหนัก - จะต้องได้รับแคลอรีจากไขมันน้อยกว่า 30% ต่อวัน นอกจากนี้ยังถือว่า การเฝ้าระวังการกลับไปเสพยา (Relapse) ถือเป็นเรื่องสำคัญในขั้นลงมือปฏิบัตินี้ด้วย บุคคลในขั้นนี้ควรได้รับการส่งเสริมให้ลงมือกระทำตามวิธีการที่เขาเลือกอย่างต่อเนื่อง โดยช่วยเหลือทางจิตอุปสรรค และให้กำลังใจแก่เขา

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 ถ้าพฤติกรรมใหม่นั้นเป็นการใช้ไหมขัดฟันทุกวันก็อาจต้องใช้เวลา 6-8 สัปดาห์ที่จะทำให้กลายเป็นนิสัยได้ และถ้าหากพฤติกรรมใหม่คือการ



เอาชนะภาวะเสพติดให้ได้ อย่างเช่นการเลิกสูบบุหรี่ ก็ต้องใช้เวลาเป็นปีๆ กว่าที่จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาด

6. การกลับไปมีปัญหาล้ำ (Relapse) คือการที่บุคคลนั้นถอยกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิมก่อนที่จะเปลี่ยนแปลงอีก โดยที่บุคคลจะนำพาตนเองไปสู่สถานการณ์เสี่ยง การปล่อยให้ตนเองมีภาวะอารมณ์จิตใจที่เปราะบาง ไม่สามารถจัดการกับความอยากได้ ประมาทเลินเล่อ จนพลังพลากกลับไปมีพฤติกรรมเดิมบ้างหรือกลับไปมีปัญหาล้ำหรือเสพติดซ้ำอย่างเต็มตัว หากบุคคลมีการกลับไปเสพติดซ้ำจะต้องดึงเขากลับเข้าสู่เส้นทางการเปลี่ยนพฤติกรรมให้เร็วที่สุด มีการให้กำลังใจ ให้การเสริมแรง มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา มีการสรุปบทเรียนเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำอีก

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

2.2.1) งานวิจัยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ในประเทศไทยมีงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่มาก ตัวอย่างงานวิจัย เช่น พิสมัย จารุขวลิต (2538) ศึกษาประสิทธิผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของหญิงมีครรภ์ซึ่งประยุกต์มาจากทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยจัดกิจกรรมสุขศึกษาอย่างเป็นระบบให้ สอดคล้องกับกระบวนการความคิดของบุคคลนั้นๆ กลุ่มตัวอย่าง คือหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพุทธชินราช



พิษณุโลก จำนวน 124 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 62 คน กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 62 คน ได้จัดกิจกรรมตามโปรแกรม ที่กำหนดไว้ในกลุ่มทดลองเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ และการป้องกันโรคเอดส์ ทักษะต่อการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคเอดส์และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การจัดโปรแกรมทางสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการนำแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาใช้ จำแนกกลุ่มเป้าหมาย และกำหนดกิจกรรมสุขศึกษามีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในทางที่ดีขึ้น

สำหรับในต่างประเทศ มีงานวิจัยทางด้านสุขภาพหลายเรื่องที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งในภาพรวมพบว่าทฤษฎีนี้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลายประเภท เช่น พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ พฤติกรรมการเลิกเสพยาโคเคอิน พฤติกรรมการลดน้ำหนัก พฤติกรรมการลดอาหารไขมัน พฤติกรรมทางเพศที่ถูกต้อง พฤติกรรมการใช้ครีมกันแดด พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการตรวจเต้านม พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา และพฤติกรรมการพบแพทย์ เป็นต้น โดยมีการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ที่หลากหลาย ซึ่งผลการศึกษาล้วนพบว่ามีประสิทธิผลของทฤษฎีดังกล่าว (Lenio, 2552; Zimmermam, Olsen, & Bosworth, 2000; Basta, reece, & Wilson, 2008; Woody, DeCristofaro, & Carlton, 2008) ตัวอย่างงานวิจัยเช่น การศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิผลของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ติดยาที่ฉีดยาเสพติด (Intravenous drug users: IDU's) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงของการแพร่เชื้อเอชไอวี (Lenio, 2552) ผลการศึกษาพบว่า ทฤษฎีนี้มีประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานกับผู้ติดยาที่ฉีดยาเสพติดในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้วิจัยได้เสนอแนะว่าการแยกผู้ติดยาที่ฉีดยาเสพติดซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ต้องทำงานด้วยออกเป็นระดับขั้นตามทฤษฎี ทำให้พยาบาลมีความเข้าใจแรงจูงใจของพวกเขามากขึ้น รวมทั้งสามารถใช้ระดับขั้นในการประเมินว่ากระบวนการทางสังคมและสิ่งแวดล้อมใดบ้างที่มีผลกระทบต่อพวกเขา ณ เวลานั้น ตัวอย่างเช่น ถ้าพบว่าผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดต้องการรักษาด้วยยาและไม่มีความตั้งใจหรือความพยายามที่จะเลิกใช้ยา (ขั้นไม่สนใจปัญหา) พยาบาลก็จะไม่ให้การรักษาดูแล แต่จะมุ่งเน้นไปที่พฤติกรรมอื่นแทน

3. ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีหลายทฤษฎี ซึ่งในบทนี้ขอนำเสนอทฤษฎีที่ใช้กันแพร่หลาย ได้แก่ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม (Social support) (บึงอร นางทรัพย์, 2549: 27-36) และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) ดังรายละเอียดต่อไปนี้



3.1 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรม การปฏิบัติของมนุษย์ในเรื่องของสุขภาพอนามัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้จะคำนึงถึงปัจจัย ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล โดยที่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อของ บุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น โดยบุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไปขึ้นกับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม การได้รับการเอาใจใส่สนใจและอื่นๆ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526: 171)

โรเซนสต็อก ฮอคบวม คีเกลส์ และลีเวนทอล (Rosenstock; Hochbaum; Kegeles; & Leventhal, 1950 อ้างใน สมบูรณ์ ขอสกุล และ สรศักดิ์ วัฒนศิริ, 2535) เป็นบุคคลกลุ่มแรก ที่ได้ทำการศึกษาและนำเสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการอธิบายปัญหาสาธารณสุข ซึ่ง แนวคิดในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีสถานะจิตของ เคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin, 1951 อ้างใน สมบูรณ์ ขอสกุล และ สรศักดิ์ วัฒนศิริ, 2535) โดยนำมาใช้ในการ อธิบายพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมการที่บุคคลเข้าใจ หรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และหลีกเลี่ยงในสิ่งที่ตน ไม่พึงปรารถนา ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของ บุคคลโดยอธิบายพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974: 330 อ้างใน บังอร ฉางทรัพย์, 2549) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจาก การเป็นโรค จะต้องมีความเชื่อว่าเรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมี ผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อ การเป็นโรค โดยไม่มีอุปสรรค เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บป่วยและความอาย เป็นต้น

ทั้งนี้แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคได้มีการศึกษาและงานวิจัยเป็นจำนวนมาก ทั้งนักสังคมวิทยาและนักจิตวิทยาสังคม ในรูปแบบการศึกษาเรื่องปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม ทักษะการ รับรู้บุคคล ความสัมพันธ์ของการตอบสนองของบุคคลกับปัจจัยด้านอื่นๆ โดยมีกลุ่มนักจิตวิทยา สังคมที่ทำงานในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขในประเทศสหรัฐอเมริกา มีความสนใจว่า ทำไมบุคคลจึงหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค เช่น การรับรู้ภูมิคุ้มกันโรค หรือการตรวจ สุขภาพและศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีจุดมุ่งหมายของสังคม (Lewinian theory of goal setting) ซึ่งเป็น ทฤษฎีสถานะจิตของเลวิน ซึ่งตั้งสมมุติฐานไว้ว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมตามอิทธิพล 2 ปัจจัย คือ 1) การคำนึงถึงคุณค่าของสิ่งที่เป้าหมายเฉพาะ 2) การคาดคะเนเกี่ยวกับการปฏิบัติที่จะ ดำเนินไปสู่เป้าหมายนั้นๆ นั่นคือบุคคลจะแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพ トラบเท่าที่



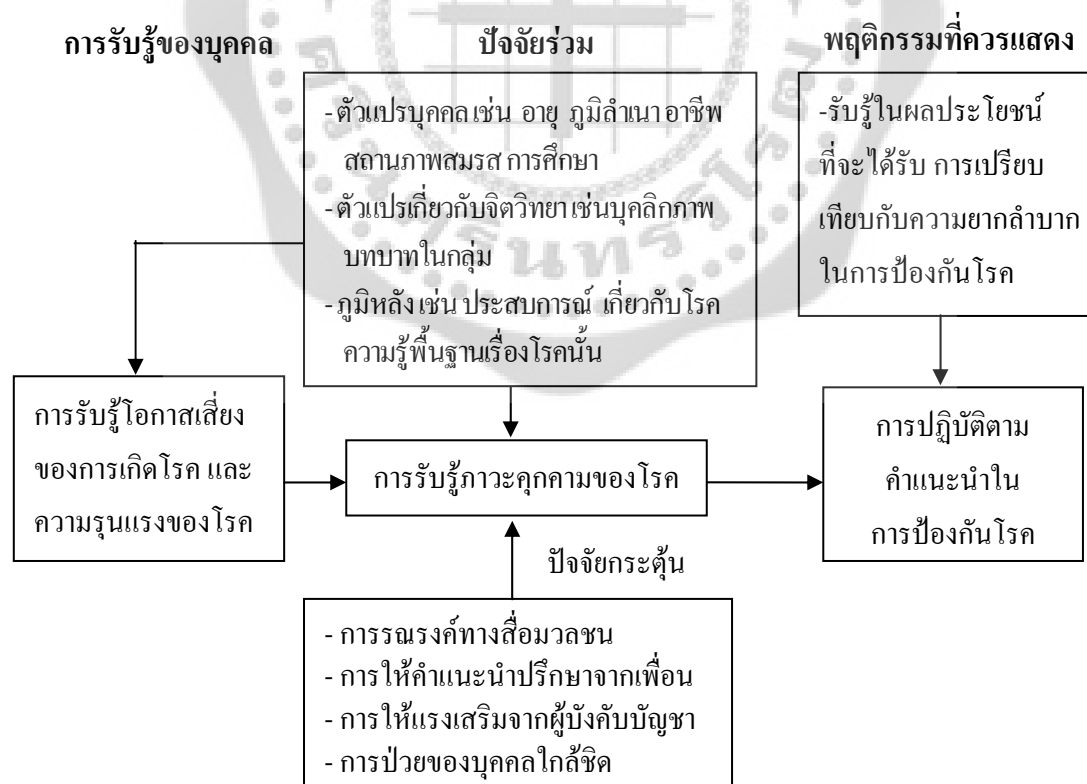
การปฏิบัติอื่นๆ มีค่าบวกและมีค่ามากกว่า ความยากลำบากในการปฏิบัติ โดยบุคคลจะต้องรู้สึกรู้ว่าโรคคุกคามตนคือตนสามารถป่วยเป็นโรคนั้นได้ หรือโรคนี้มีความรุนแรงและตนเองมีพลังต่อต้านโรคได้ กล่าวได้ว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันการโรคเมื่อมีองค์ประกอบดังนี้ (Becker; & Maiman, 1975: 3-24)

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

2. การคาดคะเนของบุคคลต่อการมีพฤติกรรม ถึงความสะดวกและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และผลที่จะได้รับเพื่อลดความรุนแรงของโรค ซึ่งก็คือ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติและการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน ซึ่งบุคคลพิจารณาไตร่ตรองจากหลายปัจจัย

3. ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติ อาจเป็นปัจจัยกระตุ้นจากภายนอก เช่น อาการเจ็บป่วยต่างๆ หรือเป็นปัจจัยด้านการรับรู้ เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

กล่าวคือความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วยความรู้ถึงความพร้อม และความเป็นไปได้ในการมีพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมป้องกันการโรค ร่วมกับปัจจัยร่วมภายในและปัจจัยชกน้าจากภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติ ดังภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ใช้ทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรค

ที่มา Becker, M.H.; & Maiman, L., (1975, January). *Medical Care*, 13(1),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-นอกตนว่าเกิดเป็นขั้นตอน ตามการคาดหวังจากพฤติกรรมที่กระทำ โดยเขาได้กล่าวไว้ 2 ลักษณะคือ บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน หมายความว่า บุคคลนั้นเชื่อหรือรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนว่าเป็นผลมาจากการกระทำหรือจากความสามารถของตน ส่วนบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน หมายความว่า บุคคลนั้นเชื่อหรือรับรู้เหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลภายนอกตนที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น โชคเคราะห์ ความบังเอิญ หรืออิทธิพลของผู้อื่นบนดลให้เป็นไป ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยหรือด้านสุขภาพ เป็นอีกมโนทัศน์หนึ่งที่สามารถอธิบายพฤติกรรมร่วมมือของบุคคลในการมีพฤติกรรมแสวงหาความรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรค บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน มักเชื่อว่า การมีสุขภาพดีเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง เพราะฉะนั้นจึงมีพฤติกรรมอนามัยไปในทิศทางบวก กล่าวคือ จะเป็นบุคคลที่สนใจ เอาใจใส่ต่อสุขภาพเป็นอย่างดี ขวนขวายแสวงหาความรู้อยู่เสมอ รู้จักบริการด้านสุขภาพอนามัย ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างมีเหตุผล ซึ่งตรงข้ามกับบุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตน ซึ่งมักเชื่อว่าการจะมีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับโชคเคราะห์ และชะตากรรม เพราะฉะนั้นจึงเป็นบุคคลที่เฉื่อยชา ไม่กระตือรือร้น และไม่สนใจใฝ่หาความรู้ จะแสดงพฤติกรรมอนามัยในการป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม (Strickland, 1978: 1192-1211)

แนวความคิดเรื่องความเชื่ออำนาจการควบคุม เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก มีงานวิจัยเป็นจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน จะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และสวิง สุวรรณ, 2532: 100) นอกจากนี้ การศึกษาของเคนเนดี้และคณะ (Kennedy; Probart; & Dorman, 1991: 319-329) พบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะแสวงหาข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพได้ นอกจากนี้จากการวิจัยของเนเมค (Nemeck, 1990: 117-236) สรุปว่าส่วนที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายในตนทางสุขภาพ และค่านิยมสุขภาพ จะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ ส่วนซินด์เลอร์ – เวอร์เน็ต และไวส์ (Zindler-Wernet; & Weiss, 1987: 160-179) ศึกษาพบว่าพฤติกรรมป้องกันโรคสามารถทำนายได้ด้วยความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ (บังอร ฉางทรัพย์, 2549)

แกรนดอลล์ และเลซี (Crandall; & Lacey, 1972: 1123-1131) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน กับตัวแปรต่างๆ พบว่าความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน มี



ความสัมพันธ์กับลำดับการเกิด ขนาดครอบครัว และชนชั้นทางสังคม นอกจากนี้คาร์เมน (Carment, 1974: 45-60) พบว่า วัฒนธรรมและประเพณีมีส่วนเกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน จอนอะจาง เฟ็งจาด (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนและปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการศึกษา ได้นำแบบวัดของกรรณิการ์ กันธรักษา ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ โดยใช้แบบสอบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพหลายมิติของวอลส์ตันและคนอื่นๆ ด้านละ 6 ข้อ พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และนำแบบวัดของ กรรณิการ์ กันธรักษา มาดัดแปลงใช้ในหญิงอาชีพพิเศษ พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่พบว่าความเชื่ออำนาจความบังเอิญมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนพรรณิษฐ์ วงศ์บา (2537: 63) ทำการศึกษาในกลุ่มทหารเกณฑ์ ถ่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช ถ่ายสมเด็จพระเอกาทศรถ และถ่ายสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ พิษณุโลก จำนวน 300 คน พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

จากงานเอกสารและวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดึงนำเสนอข้างต้นเห็นว่าความเชื่ออำนาจภายใน - นอกตนด้านสุขภาพเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะพฤติกรรมทางด้านการป้องกันโรคเป็นอย่างมาก แนวคิดนี้นับได้ว่ามีประโยชน์ต่อการปรับพฤติกรรมกลุ่มเป็นอย่างยิ่ง ในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในครั้งนี้ทางสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ได้ถ่ายทอดองค์ความรู้ไปยังกลุ่มผู้จัดกิจกรรมทั้ง 17 โครงการ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้เข้าร่วมโครงการและเป็นการสนับสนุนให้การดำเนินโครงการประสบความสำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้

3.3) การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

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

แคพแลน โรบินสัน และเฟรนช์ (Caplan; Robinson; & French, 1976: 39-42) ได้ให้คำจำกัดความว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ถูกคนได้รับโดยตรงอาจเป็นข่าวสาร 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 เป็นเครือข่ายที่ประกอบด้วยกลุ่มบุคคลมารวมกันมีเป้าหมายเดียวกัน มีการกิจเกี่ยวข้องกัน ส่วนเครือข่ายส่วนบุคคล เป็นความสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อผู้อื่น เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือชุมชน เป็นต้น โดยสมจิต หนูเจริญกุลและคณะ (2543) ได้กล่าวถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5 แหล่งคือ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้อง แหล่งจากกลุ่มเพื่อน แหล่งสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ แหล่งให้การดูแลจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ และจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ โดย บราวน์ และแมค เอลีน (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)

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



คอบบี้ (Cobb, 1976: 300-313) และแลงกลี (Langlie, 1977: 244-260) ได้รายงานการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจร่างกายเป็นประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

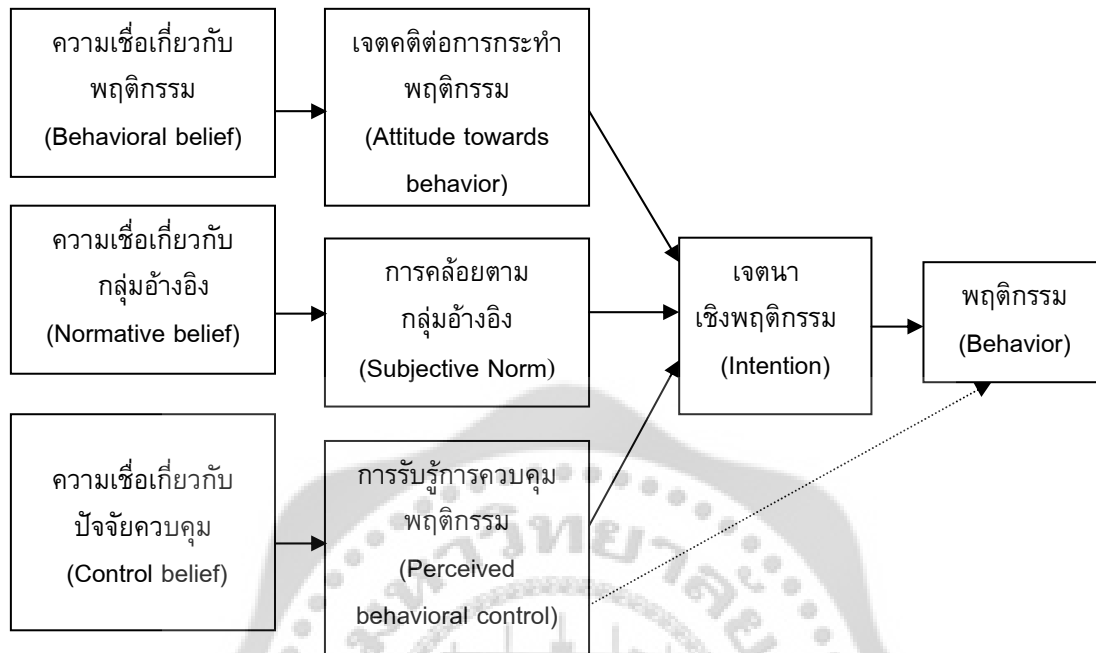
จะเห็นได้ว่า มีรายงานการศึกษามากมายที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อสุขภาพ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพอนามัยของบุคคล โดยที่อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น นอกจากนี้การได้รับการบริการจากแพทย์/พยาบาลสม่ำเสมอ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

3.4) ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) เป็นทฤษฎีส่วนขยายของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของไอเซน และฟิชไบน์ (Ajzen and Fishbein, 1980) เนื่องจากข้อจำกัดของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลที่ว่า พฤติกรรมทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การควบคุมของเจตนาเชิงพฤติกรรมอย่างสมบูรณ์ (Complete volitional control) เจตนาเชิงพฤติกรรมถูกสมมติว่าเป็นปัจจัยด้านแรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ดังนั้น เจตนาเชิงพฤติกรรมจึงเป็นตัวทำนายว่าพฤติกรรมจะเกิดขึ้นหรือไม่ กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความตั้งใจมากเพียงใด ก็จะมีพยายามในการกระทำมากขึ้นเพียงนั้น 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 8



ภาพประกอบ 8 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 พบว่า เจตนา และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมร่วมกัน อธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังได้ร้อยละ 36 นอกจากนี้ เจตคติต่อพฤติกรรม 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

การบริหาร (Administration) มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน “Administatrae” หมายถึงช่วยเหลือ (Assist) หรืออำนาจการ (Direct) และความหมายดั้งเดิมของคำว่า Administer หมายถึงการติดตามดูแลสิ่งต่าง ๆ ส่วน การจัดการ (Management) นิยมใช้ในภาคเอกชนหรือภาคธุรกิจซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งเพื่อมุ่งแสวงหากำไร (Profits) หรือกำไรสูงสุด (Maximum profits) สำหรับผลประโยชน์ที่จะตกแก่สาธารณะถือเป็นวัตถุประสงค์รองหรือเป็นผลพลอยได้ (By product) เมื่อเป็นเช่นนี้ จึงแตกต่างจากวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งหน่วยงานภาครัฐที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้บริการสาธารณะทั้งหลาย (Public services) แก่ประชาชน การบริหารภาครัฐทุกวันนี้หรืออาจเรียกว่าการบริหารจัดการ (Management administration) เกี่ยวข้องกับภาคธุรกิจมากขึ้น เช่น การนำแนวคิดผู้บริหารสูงสุด (Chief Executive Officer) หรือ ซีอีโอ (CEO) มาปรับใช้ในราชการ การบริหารราชการด้วยความรวดเร็ว การลดพิธีการที่ไม่จำเป็น การลดขั้นตอนการปฏิบัติราชการ และการมุ่งใจด้วยการให้รางวัลตอบแทน เป็นต้น

การบริหาร บางครั้งเรียกว่า การบริหารจัดการหมายถึง การดำเนินงาน หรือการปฏิบัติงานใด ๆ ของหน่วยงานหรือบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับคน สิ่งของและหน่วยงาน โดยครอบคลุมเรื่องต่าง ๆ เช่น 1) การบริหารนโยบาย (Policy) 2) การบริหารอำนาจหน้าที่ (Authority) 3) การบริหารคุณธรรม (Morality) 4) การบริหารที่เกี่ยวกับสังคม (Society) 5) การวางแผน (Planning) 6) การจัดองค์การ (Organizing) 7) การบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Staffing) 8) การอำนาจการ (Directing) 9) ประสานงาน (Coordinating) 10) การรายงาน (Reporting) และ 11) การงบประมาณ (Budgeting) เป็นการนำ “กระบวนการบริหาร” หรือ “ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการบริหาร” ที่เรียกว่า แฟมส์-โพสคอร์บ (PAMS-POSDCoRB) แต่ละตัวมาเป็นแนวทางดำเนินงาน นอกจากนี้ การบริหารยังหมายถึง การดำเนินงาน หรือการปฏิบัติงานใด ๆ ของหน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับคน สิ่งของ และหน่วยงาน โดยครอบคลุมเรื่องต่าง ๆ เช่น (1) การบริหารคน (Man) (2) การบริหารเงิน (Money) (3) การบริหารวัสดุอุปกรณ์ (Material) (4) การบริหารงานทั่วไป (Management) (5) การบริหารการให้บริการประชาชน (Market) (6) การบริหารคุณธรรม (Morality) (7) การบริหารข้อมูลข่าวสาร (Message) (8) การบริหารเวลา (Minute) และ (9) และการบริหารการวัดผล (Measurement) เช่นนี้ เป็นการนำ “ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการบริหาร” ที่เรียกว่า 9M นั่นเอง (วิรัช วิรัชนิภาวรรณ, 2551)

สรุปได้ว่า การบริหารจัดการมีแนวคิดมาจากธรรมชาติของบุคคลและสังคมซึ่งจะต้องอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม โดยจะต้องมีผู้นำกลุ่มและมีแนวทางดำเนินงานหรือวิธีการควบคุมดูแลกันภายในกลุ่มเพื่อให้เกิดความสุขและความสงบเรียบร้อย ซึ่งอาจเรียกว่า ประธานหรือผู้บริหารจัดการโครงการ โดยมีจุดเน้นแตกต่างกันไปบ้าง ที่ครอบคลุมถึง การดำเนินงาน การปฏิบัติงาน แนวทาง



(Guideline) วิธีการ (Method) หรือมรรควิธี (Means) หน่วยงาน หรือ บุคลากรที่นำมาใช้ในการบริหารโครงการหรือปฏิบัติงาน ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ เพื่อนำไปสู่จุดหมายปลายทาง (Goal) หรือการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นกว่าเดิม

4.1) การประเมินโครงการตามรูปแบบ CIPP Model

สตัฟเฟิลบีมและชินคฟิลด์ (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 ตอบสนองต่อความต้องการได้รับผลประโยชน์ด้วยความเหมาะสมและเที่ยงธรรม ด้วยรูปแบบของ CIPP เพื่อต่อการปรับปรุงโครงการและเป็นหลักการที่เป็นประชาธิปไตย ดังนั้นผู้ประเมินและผู้รับบริการสามารถที่จะ

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

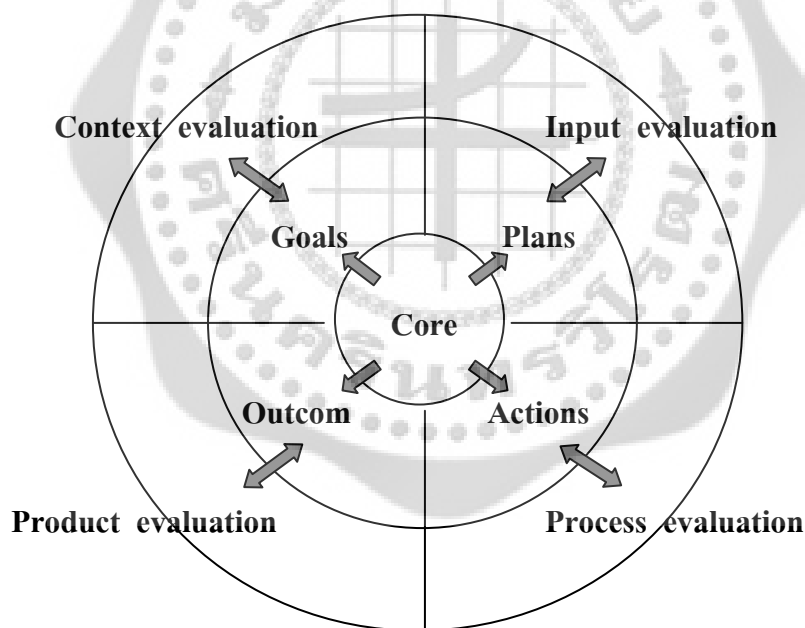
รูปแบบ CIPP ยังมีหลักสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การปรับปรุงแก้ไข การประเมินจะทำหน้าที่ในระยะยาวเพื่อกระตุ้น คำจูน และช่วยเหลือในการปรับปรุงโครงการ ระบบจะทำหน้าที่กระตุ้นให้ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า นอกจากนี้ระบบนี้ยังช่วยให้ผู้ประเมินเรียนรู้บทเรียนต่างๆ ที่ได้จากความพยายามที่ล้มเหลวและที่ประสบผลสำเร็จอีกด้วย นอกจากนี้รูปแบบ CIPP ยังเน้นที่จะประเมินด้วยความจริง โดยใช้หลักทฤษฎีที่ถูกต้องทางศีลธรรม พิจารณาตามความเป็นจริง หรือสิ่งที่เป็นอยู่จริง ไม่ใช่หรือเป็นไปตามความรู้สึกส่วนบุคคล เพื่อนำไปสู่ข้อสรุปบนพื้นฐานของความเท่าเทียม และสามารถโต้แย้งได้ในกรณีต่างๆ

องค์ประกอบหลักของการประเมินแบบ CIPP คือ “คุณค่า” ซึ่งถูกกำหนดจากกลุ่มคนหรือสังคมนั้นๆระบบนี้จะทำให้ผู้ประเมินและผู้รับบริการสามารถบ่งชี้และเข้าใจคุณค่าที่ใช้เป็นรากฐาน



สำคัญของการประเมินในเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้ ดังนั้นการประเมินทั้ง 4 ประเภท จะมีคุณค่า เป็นแกนกลาง ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินกับโครงการได้ดังนี้

- 1.การกำหนดเป้าหมาย เป็นตัวตั้งคำถามของการประเมินทางบริบท การประเมินทางบริบท ก็จะเป็นตัวจัดหาข้อมูลเพื่อพิสูจน์และปรับปรุงเป้าหมายที่กำหนด
2. การปรับปรุงแผนดำเนินการ เป็นตัวตั้งคำถามของการประเมินข้อมูลป้อนเข้า การประเมินข้อมูลป้อนเข้าก็จะเป็นสิ่งที่ใช้ตัดสินใจดำเนินการและทิศทาง เพื่อแผนดำเนินการมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- 3.การปฏิบัติการตามโครงการ เป็นตัวตั้งคำถามของการประเมินกระบวนการ การประเมินกระบวนการก็จะเป็นสิ่งที่ตัดสินใจกิจกรรมต่าง ๆ และให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อปรับปรุง การปฏิบัติของบุคลากร
- 4.ผลลัพธ์ / ผลผลิต จากการปฏิบัติ เช่น การประสบความสำเร็จ เป็นตัวกำหนดถึงการประเมินผลลัพธ์ / ผลผลิต การประเมินทางผลลัพธ์ / ผลผลิต ก็จะเป็นเครื่องตัดสินผลลัพธ์จากการปฏิบัติการเพื่อจะพัฒนาไปสู่ความก้าวหน้าต่อไป



ภาพประกอบ 9 องค์ประกอบหลักของการประเมินตามรูปแบบ CIPP (Stufflebleam & Shinkfield, 2007: 333)

4.1.2) องค์ประกอบของรูปแบบการประเมินแบบ CIPP

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



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

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

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

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

2. การประเมินข้อมูลป้อนเข้า (Input evaluation: I) เป็นการตรวจสอบความพร้อม ความเหมาะสม และความพอเพียงของปัจจัยต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์ทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดกับทรัพยากรที่มีอยู่ และเป็นทางเลือกที่มีโอกาสทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการได้มากที่สุด ข้อมูลที่ได้นำไปประกอบการตัดสินใจว่าจะใช้ทรัพยากรให้ตรงกับเป้าหมายของโครงการฝึกอบรมได้ดีที่สุดอย่างไร ซึ่งการประเมินข้อมูลป้อนเข้ามีจุดประสงค์ เพื่อกำหนดและประเมินศักยภาพของระบบ แผนการของโครงการ การวางรูปแบบขั้นตอนกระบวนการ เพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามกลยุทธ์ งบประมาณ และตารางเวลาที่กำหนดไว้ สำหรับวิธีการประเมินข้อมูลป้อนเข้า คือ การจัดทำรายการ และวิเคราะห์ทรัพยากรบุคคล และสิ่งของ แผนการแก้ไขปัญหา และการจัดรูปแบบกระบวนการ ตามหลักความสัมพันธ์ การปฏิบัติใช้จริง ทุน และเศรษฐศาสตร์ ซึ่งการประเมินข้อมูลป้อนเข้าจะนำมาใช้เพื่อเลือกแหล่งสนับสนุน กลยุทธ์การแก้ไขปัญหา และการจัดรูปแบบ



กระบวนการ กล่าวคือ เพื่อจัดโครงสร้างการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินการ จัดสรรงบประมาณ และเวลาของกิจกรรมในโครงการ 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 และหากพบว่ามีปัญหาอุปสรรคจะได้อุปกรณ์แก้ไขได้ ซึ่งการประเมินกระบวนการจะช่วยทำให้บรรลุเป้าหมายและเกิดการเปลี่ยนแปลงการจัดรูปแบบและกระบวนการของโครงการ โดยส่งผลต่อการควบคุมและเก็บบันทึกข้อมูลของขั้นตอนการดำเนินการจริง และนำมาใช้ตีความเป็นผลสรุปต่อไป

4. การประเมินผลผลิต (Product evaluation: P) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการ หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้ รวมทั้งพิจารณาในประเด็นของการ ขยาย เลิก ขยาย หรือปรับเปลี่ยนโครงการ แต่การประเมินผลแบบนี้ไม่ได้ให้ความสนใจต่อเรื่องผลกระทบ (Impact) และผลลัพธ์ (Outcomes) ของนโยบาย / แผน / โครงการเท่าที่ควร การประเมินลักษณะนี้เป็นการประเมินผลที่เกิดขึ้นโดยเทียบกับวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่กำหนด เป็นการวัดและแปลความหมายเกี่ยวกับการบรรลุถึงวัตถุประสงค์ ดังนั้นการประเมินผลผลิตจึงมีจุดประสงค์เพื่อรวบรวมคำอธิบายและคำตัดสินของผลงานที่ออกมา และเชื่อมโยงผลนั้นเข้ากับ จุดประสงค์ เนื้อหา ปัจจัยป้อน และกระบวนการ และเพื่อตีความข้อดี คุณค่า ความสำคัญของแผนการประเมิน สำหรับการประเมินผลผลิต ทำได้โดยรวบรวมความคิดเห็นจากผู้ให้การสนับสนุนและวัดผลงานทั้งทางด้านคุณภาพและปริมาณ ซึ่งการประเมินนี้จะถูกใช้เป็นปัจจัยในการดำเนินการต่อ ยกเลิก หรือปรับปรุงโครงการ และแสดงถึงผลกระทบทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ เปรียบเทียบกับแผนที่วางไว้ด้วย

ตัวอย่างการจำแนกประเภทตัวชี้วัดวัดตามรูปแบบการประเมินแบบ CIPP ซึ่งพิจารณาจากลักษณะของสิ่งที่ได้รับการประเมิน เช่น

1. ตัวชี้วัดบริบท (Context) พิจารณาได้จากสิ่งต่างๆ ดังนี้

- 1.1 สภาพแวดล้อมของ ก่อนมีโครงการพบว่าเป็นปัญหา
- 1.2 ความจำเป็น หรือความต้องการขณะนั้น และอนาคต
- 1.3 ความเข้าใจร่วมกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการ

2. ตัวชี้วัดข้อมูลนำเข้า (Input) พิจารณาได้จากสิ่งต่างๆ ดังนี้

- 2.1 ความชัดเจนของวัตถุประสงค์โครงการ



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

ด้วยรูปแบบการประเมินแบบ CIPP (CIPP Model) เน้นการประเมินเชิงระบบเพื่อให้ได้ข้อสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจ ซึ่งสามารถสรุปและแบ่งประเภทของการตัดสินใจออกเป็น 4 ประเภท ดังภาพประกอบ 10 (Stufflebeam & Others, 1971: 62)

สารสนเทศ

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

ภาพประกอบ 10 สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ ตามการประเมินแบบ CIPP



5) การประเมินโครงการแบบ 360 องศา และ Logic Model

การประเมินโครงการหรือการประเมินผลการดำเนินงานแบบ 360 องศา เป็นการประเมินที่เน้นความโปร่งใส นำมาใช้เพื่อลดความเอนเอียงของการประเมินจากหัวหน้างานฝ่ายเดียว โดยบุคคลที่มีบทบาทในการประเมินผลงานของผู้ปฏิบัติงาน แบบ 360 องศา ได้แก่ ผู้บังคับบัญชาโดยตรง ผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงานที่อยู่ในระดับเดียวกัน การประเมินตนเอง และการประเมินโดยผู้ให้บริการ นับได้ว่าเป็นกลยุทธ์ขององค์กรต่าง ๆ ในการบริหารงานและการประเมินโครงการของภาครัฐ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาประสิทธิผลการปฏิบัติงาน เพื่อเน้นการพัฒนากิจกรรม ทักษะ ความสามารถเฉพาะ ที่จะส่งผลต่อเนื่องไปสู่ความสำเร็จขององค์กร โดยกระบวนการประเมินผลงานแบบ 360 องศา แบ่งได้เป็น 5 ขั้นตอน (ดนัย เทียนพุฒ, 2547)

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

แม้ในปัจจุบัน ข้อเสนอเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ที่ดีที่สุดเพื่อการประยุกต์ใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา ยังไม่สามารถหาข้อยุติได้ เพราะนักวิชาการหลายท่านต่างมีความเห็นเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการประยุกต์ใช้แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยสามารถสรุปวัตถุประสงค์ของการประยุกต์ใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา ได้ 3 ประการ คือ 1) เพื่อการพัฒนา 2) เพื่อการตัดสินใจเชิงบุคลากร 3) เพื่อการพัฒนาและเพื่อการตัดสินใจเชิงบุคลากรร่วมกัน โดยในแต่ละวัตถุประสงค์ของการประยุกต์ใช้นั้น ได้มีนักวิชาการและผลการศึกษาซึ่งสนับสนุนแนวคิดดังกล่าวพอสรุปได้จากแนวคิดของนักวิชาการได้ว่า บรูทัสและเดเรเยส (Brutus. & Derayeh, 2002) ทำการศึกษาพบว่า องค์กรธุรกิจส่วนใหญ่ในประเทศแคนาดามากถึงร้อยละ 73 มีการใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา เพื่อวัตถุประสงค์การพัฒนา เช่นเดียวกับผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างองค์กรในประเทศสหราชอาณาจักร (Mabey, 2001) และกลุ่มตัวอย่าง 43 องค์กรระดับโลกในสหรัฐอเมริกาของ (Rogers, Rogers, & Metlay 2002) ที่ต่างพบว่า ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา นิยมใช้เพื่อวัตถุประสงค์การพัฒนาเป็นสำคัญ นอกจากนี้ การศึกษาของซีซทีส (Zentis, 2007) ยังได้รายงานไว้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีระดับความพึงพอใจต่อการใช้งานระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา เพื่อวัตถุประสงค์การพัฒนาสูงกว่าการใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา เพื่อการตัดสินใจเชิงบุคลากร (Zentis, 2007)

สำหรับประเทศไทยนั้น ผลการศึกษาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการประเมินให้ผลสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่ว่า องค์กรไทยที่มีการประยุกต์ใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360



องศา ต่างเห็นว่า ควรนำระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา มาใช้เพื่อวัตถุประสงค์การพัฒนา มากกว่าใช้เพื่อการตัดสินใจเชิงบุคลากร (มนูญ ศิวารมย์, 2542; ศตพัฒน์ ทิพย์สมบูรณ์, 2549; สำนักงาน ก.พ., 2550) อย่างไรก็ตาม ยังมีนักวิชาการบางท่าน ที่เห็นแย้งว่า การประยุกต์ใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา จะบังเกิดประโยชน์สูงสุดก็ต่อเมื่อนำมาใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงานและการบริหารการสืบทอดตำแหน่งขององค์กร (Fleenor & Brutus, 2001; Lepsinger & Lucia, 2001) ด้าน Cynthia McCauley กลับเห็นว่า ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา สามารถให้ ได้ทั้ง 2 เป้าหมาย ควบคู่กันที่ผู้บริหารยังเห็นประโยชน์ การมีวัฒนธรรมองค์กรที่สนับสนุน และที่สำคัญ การประเมินนั้นมีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ (Bracken, Dalton, Jako, McCauley, & Pollman, 1997)

5.1) กลุ่มเป้าหมายในการใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา

โรเจอร์ และคณะ (Rogers, Rogers, & Metlay 2002) กล่าวว่า แต่เดิมแล้ว ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา ถูกนำใช้กับกลุ่มนักบริหารที่มีศักยภาพสูง (High potential executives) ขององค์กร สอดคล้องกับความเห็นของ (Goldsmith & Underhill, 2001) ที่เห็นว่า เป้าหมายของระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา ถูกนำไปใช้เพื่อการพัฒนาภาวะผู้นำของนักบริหารขององค์กร เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ (Brutus & Derayeh, 2002) ที่พบว่า องค์กรในประเทศแคนาดานั้นร้อยละ 61 ได้ประยุกต์ใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา กับตำแหน่งระดับบริหาร เป็นสำคัญเป้าหมายของการประยุกต์ใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา ยังอาจรวมไปถึง การมุ่งพัฒนาสมาชิกในทีมงาน (Hallam, 2001: 289-300) บ้างยังหวังผลให้บังเกิดในระดับมหภาค คือ การมุ่งพัฒนาองค์กรและการบริหารความเปลี่ยนแปลงขององค์กร ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับพนักงานทุกระดับและระบบทุกระบบภายในองค์กร (Church, Waclawski, & Burke, 2001: 301-317) ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบทุกด้านดังนั้นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจึงจำเป็นที่จะต้องครอบคลุมกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการทั้งหมด ในขณะที่เดียวกันเรามักจะพบว่า การดำเนินโครงการในปัจจุบันทั้งในหน่วยงานของภาครัฐและเอกชน ต่างมุ่งเน้นการทำงานในรูปแบบของทีมงานมาใช้ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ส่งผลให้สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในทีมเปลี่ยนไปจากการทำงานในรูปแบบประจำ ในการทำงานเป็นทีมจึงจำเป็นต้องมีการประเมินที่ครบทุกด้านทั้ง 360 องศาเช่นกัน

สรุปได้ว่า การประเมินโครงการตามแนวทาง 360 องศาจึงจำเป็นที่จะต้องดำเนินการเก็บข้อมูลจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องจะทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถอธิบายความสำเร็จและเป็นข้อมูลย้อนกลับได้ ในการประเมินโครงการครั้งนี้ได้นำรูปแบบดังกล่าวมาใช้ในการประเมินโดยทำการประเมินจากหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกลุ่ม



ผู้บังคับบัญชา จะทำให้ได้ข้อมูลย้อนกลับและข้อสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินและบริหารจัดการโครงการครั้งต่อไป

5.2) ประโยชน์ของระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผลการดำเนินงานด้วยระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา ทำให้ได้ทัศนะที่หลากหลายในการประเมินผลการดำเนินงานมากยิ่งขึ้น และถือเป็นการเปิดโอกาสให้มีการวิพากษ์วิจารณ์เชิงสร้างสรรค์ ทั้งยังเป็นการชี้ให้เห็นจุดบกพร่อง และการระบุจุดเด่นของคณะกรรมการดำเนินงาน (Roongrernsuke & Cheosakul, 2002, มนัญ ศิวารมย์, 2542; จุฑาทิพย์ ภารพ, 2547; ศตพัฒน์ ทิพย์สมดี, 2549; ศูนย์สรรหาและเลือกสรร สำนักงาน ก.พ., 2550) อีกทั้ง ผลย้อนกลับที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงภาวะผู้นำของผู้รับการประเมินและพร้อมทั้งการปรับปรุงระดับความพึงพอใจของผู้ได้รับข้อมูลย้อนกลับ (Zentis, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับงานของ ลูทานและคณะ (Luthan, Peterson & Suzanne, 2003) ที่ได้รายงานไว้ว่า ผลย้อนกลับที่ได้จะมีส่วนปรับปรุงระดับความพึงพอใจ ระดับความผูกพัน (commitment) และยังคงความตั้งใจในการลาออกให้แก่พนักงาน ทั้งยังมีส่วนในการปรับปรุงผลการดำเนินงานขององค์กรอีกด้วย นอกจากนี้ ประโยชน์อีกประการหนึ่งของการประยุกต์ใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา คือ การสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างพนักงานที่ร่วมกิจกรรมในการประเมิน และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างพนักงานกับผู้บังคับบัญชาอีกด้วย ทำให้มีการสื่อสารที่ดี มีความเชื่อมั่นระหว่างกัน เกิดความร่วมมือร่วมใจกัน ทั้งยังสร้างจิตสำนึกในการมองประโยชน์ส่วนรวมร่วมกันมากขึ้น (Mabey, 2001, ศตพัฒน์ ทิพย์สมดี, 2549; วินัย จันทรเทศ, 2549)

5.3) แนวคิดการประเมินแบบ Logic Model

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



“ผลลัพธ์” ได้ หรือผู้ประเมินอาจนำ “ผลผลิต” มาใช้เป็นปัจจัย กระบวนการเพื่อวัดผลสำเร็จของโครงการได้ (ศิริรัตน์ ชวนหล้าชัย, 2551: ออนไลน์)

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

โดยแพนคราตซ์ (Pankratz, 2008) ได้สรุปมิติการวัดความสำเร็จตามรูปแบบโลจิกไว้ดังนี้

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

แนวคิด 3 Self เป็นแนวคิดที่ทางสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ (2551) เสนอแนะขึ้น สำหรับใช้ในการดำเนินงานในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพครั้งนี้โดยเฉพาะ โดยเน้นให้



ประชาชนผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกิดพฤติกรรมใหม่ 3 ด้านหรือ พฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ซึ่งจะก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและยั่งยืน ซึ่งมาจาก 3 แนวคิดย่อยๆ ดังนี้

6.1 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self-efficacy)

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

แบนดูรามีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน แบนดูราเห็นว่าความสามารถของคนเรานั้น ไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพการณ์นั้นๆ นั่นเอง นั่นคือถ้าเรามีการรับรู้ว่าเรามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้น คนที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด

เกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome expectation) เพื่อให้เข้าใจและชัดเจนมากขึ้น แบนดูราได้เสนอภาพความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ดังภาพประกอบ 11



ภาพประกอบ 11 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

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



ตามภาพประกอบ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจตัดสินความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้น เป็นการตัดสินใจตัดสินว่าผลกระทบใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว เช่น นักกีฬามีความเชื่อว่า เขากระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต ความเชื่อดังกล่าวเป็นการตัดสินใจตัดสินความสามารถของตนเอง การได้รับการยอมรับจากสังคม การได้รับรางวัล การพึงพอใจในตนเองที่กระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต เป็นความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น แต่จะต้องระวังความเข้าใจผิดเกี่ยวกับความหมายของคำว่าผลที่เกิดขึ้น ผลที่เกิดขึ้นในที่นี้จะหมายถึงผลกระทบของการกระทำพฤติกรรมเท่านั้น มิได้หมายถึงผลที่แสดงถึงการกระทำพฤติกรรม เพราะว่าผลที่แสดงถึงการกระทำพฤติกรรมนั้นจะพิจารณาว่าพฤติกรรมนั้นสามารถทำได้ตามการตัดสินใจตัดสินความสามารถของตนเองหรือไม่ นั่นคือ จะกระโดดได้สูงถึง 6 ฟุตหรือไม่ โดยการจะกระโดดได้สูงถึง 6 ฟุตหรือไม่นั้น มิใช่เป็นการคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ซึ่งมุ่งที่ผลกรรมที่จะได้จากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว

การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้ง 2 นี้ มีผลต่อการตัดสินใจที่จะทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ดังภาพประกอบ 12

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

ภาพประกอบ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

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

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

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) ซึ่งแบนดูราเชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามี



ทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขาเชื่อว่า เขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

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

การใช้ตัวแบบ เป็นเทคนิคที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา ที่มีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของคนเรานั้นไม่ได้เป็นผลมาจากการที่คนเรามีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมที่เขาอยู่เท่านั้น หากแต่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลที่ประกอบด้วยความคิดและรู้สึกอีกด้วย ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 นี้ (พฤติกรรม สภาพแวดล้อม ส่วนบุคคล) จะมีลักษณะของการกำหนดซึ่งกันและกันอยู่ ถ้าปัจจัยใดเปลี่ยนแปลงไป อีกสองปัจจัยที่เหลือก็จะเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ซึ่งแนวทางในการใช้ตัวแบบนี้จะพิจารณาในการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อให้บุคคลเกิดความคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้นบางอย่าง ซึ่งความคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้นนี้เอง จะส่งผลทำให้บุคคลตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมหรือไม่แสดงพฤติกรรม ลักษณะของกระบวนการใช้ตัวแบบแสดงดังภาพประกอบ 13



โดยที่ A - การเสนอตัวแบบ

B₁ - ความคิดหรือความรู้สึกของผู้สังเกตตัวแบบ

B - พฤติกรรมที่แสดงออก

C - ผลกรรม

ภาพประกอบ 13 แสดงถึงลักษณะของกระบวนการใช้ตัวแบบ (Bandura, 1986)

จากภาพประกอบ 14 จะเห็นได้ว่าในกระบวนการเสนอตัวแบบนั้นจะต้องมีการเสนอแบบ (A) ที่ทำให้ผู้สังเกตเกิดความสนใจและคิดอยากจะทำตาม (B₁) เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรม (B) ตามตัวแบบแล้ว สิ่งที่จะตามมาคือผลกรรม (C) ที่เกิดขึ้นต่อพฤติกรรมนั้น ถ้าพฤติกรรมที่ทำตามตัวแบบ



ได้รับการเสริมแรงทางบวก พฤติกรรมนั้นจะเกิดบ่อยครั้งขึ้น แต่ถ้าพฤติกรรมที่ทำตามตัวแบบแล้ว ได้รับการลงโทษ พฤติกรรมนั้นก็จะไม่เกิดขึ้นอีก

เบนดูราได้กล่าวว่า ตัวแบบมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล 3 ด้านด้วยกัน คือ

1. ช่วยให้บุคคลเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ๆ หรือทักษะใหม่ๆ ซึ่งจากผลของตัวแบบในลักษณะนี้เองทำให้เราสามารถนำเอาวิธีการเสนอตัวแบบไปสร้างพฤติกรรมใหม่ๆ ให้กับบุคคลที่ยังไม่เคยกระทำพฤติกรรมดังกล่าวนั้น เพื่อจะได้เป็นประโยชน์ต่อเขาทั้งในปัจจุบันและอนาคต

2. มีผลทำให้เกิดการระงับ (Inhibition) หรือยุติการระงับ (Disinhibition) การแสดงพฤติกรรมของผู้ที่สังเกตตัวแบบได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าเมื่อตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลกรรมเช่นใด ถ้าตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลกรรมที่เป็นสิ่งที่ไม่พึงพอใจ แนวโน้มที่ผู้สังเกตตัวแบบจะไม่แสดงพฤติกรรมตามตัวแบบนั้นจะมีสูงมาก เท่ากับว่าตัวแบบทำหน้าที่ระงับการเกิดพฤติกรรมดังกล่าว แต่ถ้าพฤติกรรมใดที่ผู้สังเกตตัวแบบเคยถูกระงับมาก่อน แล้วมาเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมดังกล่าวแล้วไม่ได้รับผลกรรมอย่างที่ผู้สังเกตคาดว่าจะได้รับ (ผลกรรมที่เป็นสิ่งที่ไม่พึงพอใจ) หรือแสดงแล้วได้รับผลกรรมทางบวก แนวโน้มที่ผู้สังเกตจะกระทำตามตัวแบบนั้นก็จะมีมากขึ้น เท่ากับว่าพฤติกรรมที่เคยถูกระงับนั้น ได้ถูกยุติการระงับแล้ว

3. ช่วยให้พฤติกรรมที่เคยได้รับการเรียนรู้มาแล้วได้มีโอกาสแสดงออก หรือถ้าเคยแสดงออกแล้วแต่ไม่ค่อยได้แสดงออก ให้แสดงออกเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผลของตัวแบบในลักษณะเช่นนี้จะทำหน้าที่เป็นสัญญาณกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา

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

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



งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

จากการประมวลงานวิจัยพบว่าม้งงานวิจัยหลายเรื่องที่น่าแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองไปพัฒนาเป็นรูปแบบกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้วิจัยขอนำเสนอแยกตามแหล่งของการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4 วิธี ตามแนวคิดของเบนดรา ดังต่อไปนี้

งานวิจัยที่เกี่ยวกับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ

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

สำหรับงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เช่น งานของธิดารัตน์ โชติกอนุชิต (Thidarat chotik-Anuchid, 2005) ซึ่งทำการประเมินสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางด้านพฤติกรรมเป็นรายบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตในเด็กวัยรุ่นที่อ้วนและมีความคงทนต่อกลูโคสผิดปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กอายุระหว่าง 12-16 ปี ที่มีการทดสอบน้ำตาลหลังอาหารผิดปกติหรือภาวะไขมันในเลือดสูง 33 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามารักษ์ดี รูปแบบการศึกษาเป็นแบบกึ่งทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 18 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน วัดผลก่อนการทดลอง, 6 เดือน และ 12 เดือน รูปแบบของโปรแกรมสุขศึกษาที่กลุ่มทดลองได้รับเพื่อสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เรื่องโรค



อ้วน เบาหวานชนิดที่ 2 การควบคุมน้ำหนัก โภชนาการและการออกกำลังกาย 2) ฝึกการออกกำลังกายแบบแอโรบิก และ 3) ฝึกทักษะที่จำเป็นต่อการควบคุมน้ำหนัก เช่น การรู้จักชั่งน้ำหนักวัด ส่วนสูงแล้วเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อฝึกประเมินภาวะโภชนาการอย่างง่าย 4) การให้ นักเรียนตั้งเป้าหมายในการควบคุมน้ำหนักด้วยตนเอง 5) การใช้ผลของการลดน้ำหนักที่ผ่านมาเป็น ข้อมูลย้อนกลับและนำเสนอสิ่งใหม่ๆ ที่ท้าทายให้เด็กลองปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ ความสามารถของตนเองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง ก่อนและหลังการทดลอง 6 เดือนและ 12 เดือน ซึ่งผู้วิจัยได้กล่าวสรุปไว้ว่า วิธีการนี้อาจทำให้เครียด เนื่องจากมีการบ้านมากเกินไป อาจไม่เหมาะสมกับเด็ก จึงไม่ได้เพิ่มการรับรู้ความสามารถของ ตนเองในกลุ่มทดลองตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และได้ให้ข้อเสนอแนะว่าในโปรแกรมต่อไปควร จะเพิ่มความสนุกสนานให้มากขึ้น

ในต่างประเทศมีงานวิจัยหลายเรื่องที่น่าแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองไปสร้าง รูปแบบกิจกรรมในโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กและวัยรุ่น เช่น ฮอลส์คอมและ คณะ (Holcomb et al, 1998: 282-8) ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็ก ชนพื้นเมือง Webb County ในรัฐเท็กซัส สหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนเกรด 5 ใน 14 โรงเรียน (อายุ 10-12 ปี) จำนวน 835 คน รูปแบบการศึกษาเป็นแบบ Quasi-experiment มีกลุ่ม เปรียบเทียบ ระยะเวลา 3 เดือน รูปแบบของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่กลุ่ม ทดลองได้รับเพื่อสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 แก่นักเรียน ซึ่งมีข้อมูลเกี่ยวกับชนิด สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน อัตรา การเกิดโรค เรื่องราวความจริงและนิยาย รวมทั้งการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเป็นการเรียน การสอนแบบมีปฏิสัมพันธ์ให้นักเรียนได้ทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองเพื่อสร้างความรู้ ทักษะ และ แนวคิดในการป้องกันโรค 2) การฝึกทักษะด้านโภชนาการ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณอาหาร การ เลือกอาหารให้ถูกต้องระหว่างอาหารที่มีไขมันต่ำและไขมันสูง ความรู้เกี่ยวกับฉลากโภชนาการ และทำกิจกรรมที่พัฒนาความสามารถของนักเรียนในการเลือกอาหารที่มีไขมันต่ำ และ 3) เน้นการ ป้องกันโรคอ้วนและเบาหวานชนิดที่ 2 โดยให้นักเรียนออกกำลังกายเป็นประจำ ผลการศึกษา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรม เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง และระหว่างหลัง การทดลองกับช่วงติดตามผล 4 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แซควิกและคณะ (Saksvig et al, 2005: 2392-8) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมนำร่อง เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังกายในนักเรียนเกรด 3,4,5 ซึ่งเป็นชนพื้นเมืองชาว Ojibway-Cree ประเทศแคนาดา จำนวน 122 คน รูปแบบการศึกษาเป็น แบบ pretest/post-test, single-sample design มีการติดตามผล 1 ปี (1998-1999) รูปแบบของ



โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังที่กลุ่มทดลองได้รับเพื่อสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน รวมทั้งความรู้และทักษะที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลัง 45 นาทีต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 16 สัปดาห์ และ 2) กิจกรรม “Diabetes Kids” ให้นักเรียนออกอากาศเรื่องเกี่ยวกับเบาหวานทางวิทยุ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และ การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการบริโภคอาหาร รวมทั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการทดลอง ดีขึ้นกว่าช่วงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เกรย์และคณะ (Grey et al, 2004: 10-5) ได้ทำการศึกษาสำรวจเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอายุ 10-14 ปี จำนวน 41 คน โดยเป็นชาวแอฟริกัน-อเมริกัน ชาวฮิสพานิก และชาว คอเคเซียน ใน Connecticut middle school 2 แห่ง รูปแบบการศึกษเป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยมีกลุ่มทดลอง 22 คน กลุ่มควบคุม 19 คน ระยะเวลา 12 เดือน รูปแบบของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่กลุ่มทดลองได้รับเพื่อสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้และทักษะด้านโภชนาการสำหรับนักเรียน สัปดาห์ละ 45 นาที โดยมีทั้งรูปแบบที่เรียนในชั้นเรียน ฝึกทำอาหารอย่างง่าย และพาไปศึกษาดูงานที่ซูเปอร์มาร์เก็ต และ 2) กิจกรรมทางกายหลังเลิกเรียนวันละ 45 นาที สัปดาห์ละ 2 วัน เป็นเวลา 16 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ทักษะการเลือกซื้ออาหารและความรู้ด้านโภชนาการของกลุ่มทดลองดีขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นักเรียนในกลุ่มทดลองมีระดับกลูโคส อินซูลิน และปริมาณไขมันลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ HbA1c, น้ำหนัก และดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม แต่กลุ่มทดลองมีอัตราการเพิ่มต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้ตัวแบบ

งานวิจัยในประเทศไทยพบว่ามีทั้งงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคอ้วนซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคอ้วน เช่น งานของ กุลนิตย์ ศักดิ์สุภา (2547) ซึ่งทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนโรงเรียนอนุบาลพนบุรี กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3-4 ที่มีภาวะโภชนาการเกิน โรงเรียนอนุบาลพนบุรี จังหวัดพนบุรี จำนวน 83 คน รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน รูปแบบของโปรแกรมสุขศึกษาที่กลุ่มทดลองได้รับจากการใช้ตัวแบบ คือ 1) การใช้ตัวแบบจากนักเรียนในกลุ่มทดลองที่สามารถปฏิบัติตัวได้ดีจนน้ำหนักลดเพื่อมาเล่าถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องให้เพื่อนฟัง 2) การสาธิตการออกกำลังกายโดยการเต้นแอโรบิคประกอบเพลงแล้วให้นักเรียนทำตาม โดยผู้สาธิตแก้ไขข้อบกพร่องให้ถูกต้อง โดยเครื่องมือที่ใช้คือ ภาพโปสเตอร์



การออกกำลังกาย และผู้สาธิต ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการควบคุมภาวะโภชนาการเกินสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และภาวะโภชนาการเกินลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในต่างประเทศ แซควิกและคณะ (Saksvig et al, 2005: 2392–8) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมนำร่องเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลัง ในนักเรียนเกรด 3,4,5 ซึ่งเป็นชนพื้นเมืองชาว Ojibway-Cree ประเทศแคนาดา จำนวน 122 คน รูปแบบการศึกษาเป็นแบบ pretest/post-test, single-sample design มีการติดตามผล 1 ปี (1998-1999) รูปแบบของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังที่กลุ่มทดลองได้รับโดยการใช้ตัวแบบ คือ การเปิดโอกาสให้นักเรียนเป็นแบบอย่างซึ่งกันและกัน เช่น กิจกรรม “video cooking club” ให้นักเรียนสาธิตวิธีการเตรียมอาหารว่างเพื่อสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการบริโภคอาหาร รวมทั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หลังการทดลอง ดีขึ้นกว่าช่วงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้คำพูดชักจูง

งานวิจัยในประเทศไทยพบว่า มีทั้งงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคอ้วนซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคอ้วน เช่น งานของ กุลนิตย์ ศักดิ์สุภา (2547) ซึ่งทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนโรงเรียนอนุบาลพนบุรี กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3-4 ที่มีภาวะโภชนาการเกิน โรงเรียนอนุบาลพนบุรี จังหวัดพนบุรี จำนวน 83 คน รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน รูปแบบของโปรแกรมสุขศึกษาที่กลุ่มทดลองได้รับโดยวิธีการใช้คำพูดชักจูง คือ 1) การนำผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมเพื่อเพิ่มการสนับสนุนหรือการให้การเสริมแรงในการควบคุมภาวะโภชนาการเกินของนักเรียน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนและการควบคุมภาวะโภชนาการเกิน การฝึกทักษะการเตรียมอาหารที่เหมาะสม และวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน 2) การให้เพื่อนที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตัวพูดให้กำลังใจเพื่อนในกลุ่ม และ 3) ผู้วิจัยอธิบายให้ทราบถึงข้อดีของการออกกำลังกายต่อการควบคุมภาวะโภชนาการเกิน ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการควบคุมภาวะโภชนาการเกินสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และภาวะโภชนาการเกินลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เช่น งานของชิคารัตน์ โชติกอนุชิต (Thidarat chotik-Anuchid, 2005) ซึ่งทำการประเมินสิทธิผลของโปรแกรมการให้



คำปรึกษาทางด้านพฤติกรรมเป็นรายบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตในเด็กวัยรุ่นที่อ้วนและมีความคงทนต่อกลูโคสผิดปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กอายุระหว่าง 12-16 ปี ที่มีการทดสอบน้ำตาลหลังอาหารผิดปกติหรือภาวะไขมันในเลือดสูง 33 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามารับดี รูปแบบการศึกษาเป็นแบบกึ่งทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 18 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน วัดผลก่อนการทดลอง, 6 เดือน และ 12 เดือน รูปแบบของโปรแกรมสุขศึกษาที่กลุ่มทดลองได้รับโดยการใช้คำพูดชักจูง คือ 1) การให้กำลังใจ กล่าวชมเชยเมื่อเด็กทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ 2) การเปิดโอกาสให้เด็กปรึกษาได้ตลอดเวลาทางโทรศัพท์ และ 3) การโทรศัพท์ติดตามผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งก่อนและหลังการทดลอง 6 เดือนและ 12 เดือน

ในต่างประเทศ แซควิกและคณะ (Saksvig et al, 2005: 2392-8) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมรณรงค์เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังในนักเรียนเกรด 3,4,5 ซึ่งเป็นชนพื้นเมืองชาว Ojibway-Cree ประเทศแคนาดา จำนวน 122 คน รูปแบบการศึกษาเป็นแบบ pretest/post-test, single-sample design มีการติดตามผล 1 ปี (1998-1999) รูปแบบของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังที่กลุ่มทดลองได้รับโดยการพูดชักจูง คือ 1) การนำผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมเพื่อเพิ่มการสนับสนุนหรือการให้การเสริมแรงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังของนักเรียน โดยการใช้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและการออกกำลังกายแก่ผู้ปกครอง เช่น วิธีการทำอาหารว่างเพื่อสุขภาพ การส่งจดหมายข่าวไปให้ผู้ปกครองเป็นระยะ การออกร้านให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครอง เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการบริโภคอาหาร รวมทั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการทดลอง ดีขึ้นกว่าช่วงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

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



งานวิจัยที่เกี่ยวกับการกระตุ้นทางอารมณ์

งานวิจัยที่ใช้การกระตุ้นทางอารมณ์ในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมสำหรับโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบไม่มากนัก เช่น งานของธิดารัตน์ โชติกอนุชิต (Thidarat chotik-Anuchid, 2005) ซึ่งทำการประเมินสิทธิผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางด้านพฤติกรรมเป็นรายบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตในเด็กวัยรุ่นที่อ้วนและมีความคงทนต่อกลูโคสผิดปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กอายุระหว่าง 12-16 ปี ที่มีการทดสอบน้ำตาลหลังอาหารผิดปกติ หรือภาวะไขมันในเลือดสูง 33 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารักษ์ รูปแบบการศึกษาเป็นแบบกึ่งทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 18 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน วัดผลก่อนการทดลอง, 6 เดือน และ 12 เดือน รูปแบบของโปรแกรมสุขศึกษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับโดยใช้วิธีการกระตุ้นทางอารมณ์ คือ การสอบถามถึงอุปสรรคต่างๆ ที่ทำให้ผลการปฏิบัติตัวไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และหาวิธีการแก้ไขที่เด็กยอมรับได้ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งก่อนและหลังการทดลอง 6 เดือนและ 12 เดือน

6.2) การกำกับตนเอง (Self-regulation)

การกำกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเป็นแนวคิดที่แสดงให้เห็นภาพของการมีความสามารถในการควบคุมตนเองของกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ และอธิบายได้ถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้เกิดความสามารถในการควบคุมตนเองซึ่งมาจากภายในตนเอง

6.2.1) ความหมายของการกำกับตนเอง

ซุงค์ (Schunk, 1991: 348) ได้นิยามการกำกับตนเองว่าหมายถึง กระบวนการที่บุคคลปฏิบัติและสนับสนุนต่อพฤติกรรมความรู้ความเข้าใจและอารมณ์ความรู้สึกที่มุ่งไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ด้วยตนเองอย่างเป็นระบบ สารานุกรมนานาชาติทางการศึกษา (The international encyclopedia of education) เล่มที่ 9 (Husen and Postlethwait, 1994: 5400) ได้นิยามการกำกับตนเองว่าหมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตเพื่อไปสู่ความมุ่งหมายของแต่ละคนอย่างยืดหยุ่นด้วยตัวของตัวเอง ซุงค์ และซิมเมอร์แมน (Schunk and Zimmerman, 1997: 195-208) ได้นิยามการกำกับตนเองว่าหมายถึง กระบวนการที่กระตุ้นและสนับสนุนต่อความรู้ความเข้าใจพฤติกรรมและความพอใจเพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ในที่สุด ชินะพัฒน์ ชื่นแฉ่ม (2542: 15) ได้นิยามการกำกับตนเองว่าหมายถึงการใช้กลวิธีซึ่งได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การวางแผน การดำเนินการติดตามผล ทั้งในด้านพฤติกรรม ด้านความรู้ ความเข้าใจ และด้านแรงจูงใจของตนเอง เพื่อให้บรรลุถึงสิ่งที่มุ่งหวังได้ด้วยตนเอง

สรุปได้ว่า การกำกับตนเอง หมายถึง การแสดงออกถึงการกระทำในสังเกต พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายและวางแผนในการกระทำที่จะดูแล



ตนเองให้มีสุขภาพดีตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อาจกระทำได้ด้วยการจดบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง กระตุ้นเตือนตนเองให้กระทำอย่างต่อเนื่องให้บรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดีตามที่ตนเองได้ตั้งเป้าหมายไว้

6.2.2) ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการกำกับตนเอง

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

1. กลุ่มแนวคิดของลูเรีย (Luria) ไวออตสกี (Vygotsky) และ ลีออนเทียฟ (Leontief) ซึ่งอธิบายว่า การกำกับตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาการมนุษย์และได้รับอิทธิพลมาจากสังคมและวัฒนธรรมโดยผ่านกระบวนการเสริมสร้างคุณลักษณะของตนเอง (Internalization) อิทธิพลดังกล่าวจะผ่านกลไกทางจิตใจขั้นพื้นฐาน (Basic psychological mechanisms) แล้วเปลี่ยนรูปเป็นระบบสัญลักษณ์ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบขั้นสูงของจิตใจต่อไป

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

3. กลุ่มแนวคิดของแอดเลอร์และคูห์ล (Ach and Kuhl) ซึ่งอธิบายว่าการกำกับตนเองเกี่ยวข้องกับความตั้งใจ (Willpower) และกำลังใจ (Volitional)

แนวคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับการกำกับตนเองทั้ง 3 กลุ่มดังกล่าว แนวคิดของกลุ่มที่เชื่อว่าการกำกับตนเอง ได้รับอิทธิพลจากสังคมเป็นกลุ่มที่ได้รับความสนใจอย่างมากมีทฤษฎีที่กล่าวถึงการกำกับตนเองในกลุ่มนี้หลายทฤษฎี ได้แก่

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

1. ทฤษฎีเชิงปัญญาสังคม (Social cognitive theory)
2. ทฤษฎีวัฒนธรรมเชิงสังคม (Sociocultural theory)
3. ทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self – determination theory)

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

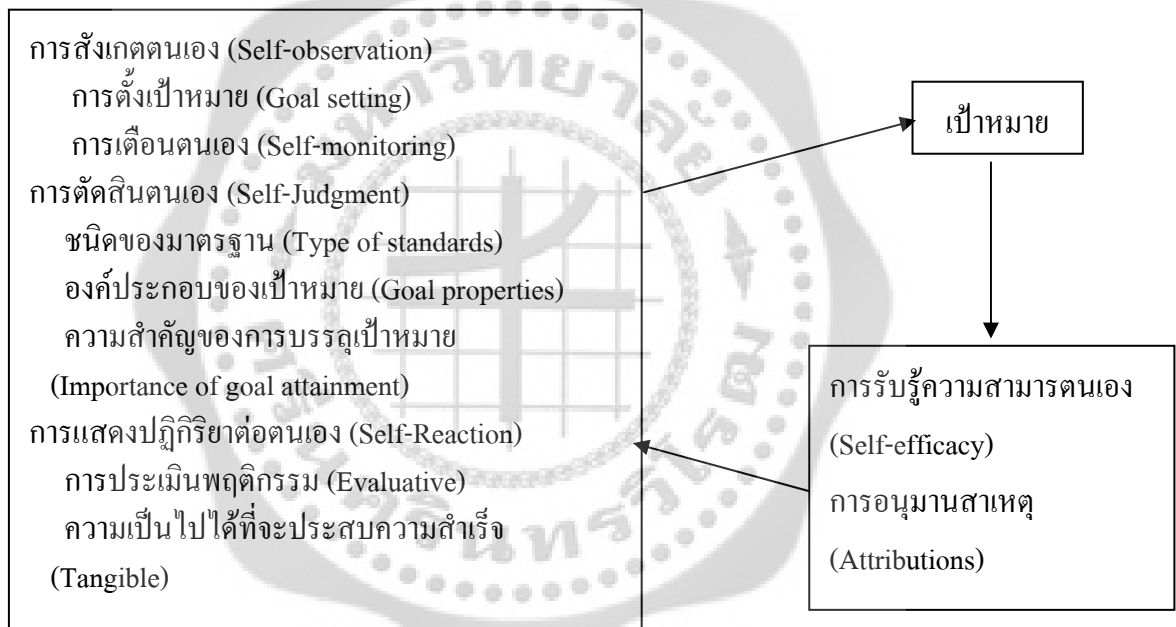


การกำกับตนเอง (Self – Regulation) เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งเป้าหมายสำหรับตนเอง และคิดกลวิธีให้บรรลุเป้าหมายด้วยตนเองบุคคลจะเป็นผู้ควบคุมกระบวนการนี้ด้วยตนเอง (Zimmerman, 1998: 1)

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

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

ทั้งนี้ กระบวนการกำกับตนเองแสดงไว้ในภาพประกอบ 14 ดังต่อไปนี้



ภาพประกอบ 14 การกำกับตนเอง (Schunk, 1994: 76)

สามารถอธิบายรายละเอียด ได้ดังนี้

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

1.1 การตั้งเป้าหมาย (goal setting) หมายถึงการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายหรือกำหนดเกณฑ์ในการแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลงซึ่งในระยะแรกของการกำกับ



ตนเอง (Self – Regulation) ก่อนที่บุคคลจะสามารถกำกับพฤติกรรมของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพบุคคลจะต้องเลือกเป้าหมายซึ่งการตั้งเป้าหมายเป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลได้รู้ถึงพฤติกรรมที่ต้องการกระทำอย่างชัดเจนและยังใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินเพื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมที่บุคคลกระทำกับพฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนดไว้การตั้งเป้าหมายต้องเหมาะสมกับระดับความสามารถของบุคคลนั้น จึงจะมีโอกาสบรรลุเป้าหมายได้ คุณสมบัติของเป้าหมาย ควรมีลักษณะดังนี้ (อรอุมา จิรณิตกุล, 2544: 15)

1. ความเฉพาะเจาะจง เป็นการระบุพฤติกรรมที่ชัดเจนว่า การลดน้ำหนักบุคคลจะตั้งเป้าหมายเฉพาะเจาะจงว่าอาหารมื้อเย็นต้องรับประทานไม่เกิน 500 แคลอรี เป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงจะช่วยเพิ่มแรงจูงใจ ส่งเสริมการเรียนรู้ และง่ายต่อการวัดพฤติกรรม

2. ความใกล้เคียง เป็นเป้าหมายที่ใช้ระยะเวลาสั้นๆ ในการกระทำพฤติกรรม เป้าหมายที่มีความใกล้เคียงจะส่งเสริมความสามารถและแรงจูงใจของตนเองและง่ายต่อการวัดพฤติกรรม ความใกล้เคียงจะมีอิทธิพลต่อการทำพฤติกรรมโดยเฉพาะกับเด็กเล็กที่สนใจงานในช่วงระยะเวลาสั้นๆ

3. ความยาก การตั้งเป้าหมายที่ยากทำให้บุคคลใช้ความพยายามเพื่อกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมาย เมื่อประสบผลสำเร็จจะเกิดความพึงพอใจและรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ

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

การตั้งเป้าหมาย มี 2 วิธีคือ

1. การตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง หมายถึง การที่บุคคลเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการกระทำด้วยตนเอง ซึ่งการตั้งเป้าหมายด้วยตนเองจะมีข้อดีคือจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าเขาเป็นผู้กระทำและผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกสบายใจและพยายามกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่ตนกำหนดไว้

2. การตั้งเป้าหมายโดยบุคคลอื่น หมายถึง การที่บุคคลอื่นเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการเปลี่ยนแปลงให้กับบุคคล ซึ่งการตั้งเป้าหมายด้วยบุคคลอื่นจะมีข้อดีตรงที่ว่าอาจจะช่วยแก้ไขให้บุคคลที่ไม่สามารถตั้งเป้าหมายด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสมให้สามารถตั้งเป้าหมายได้อย่างเหมาะสมกับความสามารถตนเองยิ่งขึ้น (ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น, 2542: 55)

1.2 การเตือนตนเอง (Self-monitoring) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายที่เกิดขึ้นด้วยตนเองเพื่อเป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ตนเองกระทำ การเตือนตนเองจะทำให้บุคคลรู้ว่าตนเองกระทำพฤติกรรมในลักษณะใด ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง



พฤติกรรมของบุคคลได้เนื่องจากบุคคลได้เห็นข้อมูลย้อนกลับแล้วก็จะทำให้เขารู้ว่าควรทำเช่นไรต่อไปเพื่อไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ

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

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

พฤติกรรม

นอกจากกระบวนการสังเกตตนเองที่กล่าวมาแล้ว แบนดูรา เสนอว่า ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการสังเกตตนเองอีกด้วย

1. เวลาที่ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง คือ บุคคลจะต้องทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองทันทีที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องแม่นยำและต่อเนื่อง (Bandura, 1986)

2. การให้ข้อมูลย้อนกลับจะทำให้บุคคลทราบว่าตนกระทำพฤติกรรมเป็นอย่างไรเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ถ้าเป็นไปตามเป้าหมายบุคคลก็ควรจะมีกำลังใจสังเกตมากขึ้นแต่ถ้าหากไม่เป็นไปตามเป้าหมายบุคคลก็จะได้หาแนวทางแก้ไขให้ดีขึ้นต่อไป (Agras, Leitenberg and Barlow, 1968 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรืองใจมั่น, 2542: 57)

3. ระดับของแรงจูงใจการที่บุคคลมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนก็จะมีการตั้งเป้าหมายและพยายามสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนมากกว่าบุคคลที่มีแรงจูงใจต่ำ (Nelson, 1997 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรืองใจมั่น, 2542: 57)

4. คุณค่าของพฤติกรรมที่สังเกต พฤติกรรมใดก็ตามที่บุคคลเห็นว่ามีความสำคัญต่อตนเองเขาก็จะให้ความสนใจในการสังเกตมากกว่าพฤติกรรมที่เขาไม่เห็นคุณค่า (Kanfer, 1970 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรืองใจมั่น, 2542: 57)

5. ความสำเร็จและความล้มเหลวของพฤติกรรมที่สังเกต การที่บุคคลกระทำพฤติกรรมแล้วได้รับความสำเร็จบุคคลก็จะให้ความสนใจสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเองมากกว่าพฤติกรรมที่เขากระทำแล้ว มักล้มเหลว (Kischenbaum and Karoly, 1977 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรืองใจมั่น, 2542: 57)



6. ระดับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่สังเกต พฤติกรรมใดก็ตามที่บุคคลสามารถควบคุมได้ บุคคลก็จะสนใจสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเองมากกว่าพฤติกรรมที่เขาไม่สามารถควบคุมได้ (Johnson and White, 1971 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมัน, 2542: 57)

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

พฤติกรรมจะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวขึ้นอยู่กับมาตรฐานที่นำมาประเมิน ข้อมูลที่จะนำมาเป็นมาตรฐานได้มาจากแหล่งต่างๆ เช่น การแสดงปฏิกิริยาทางสังคมต่อพฤติกรรมของบุคคล มาตรฐานของบุคคลอื่น การตั้งมาตรฐานที่ดีคือการตั้งพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงระบุอย่างชัดเจนมีแนวทางในการกระทำอย่างแน่นอนเป็นมาตรฐานที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงและสามารถปฏิบัติได้ หลังจากที่บุคคลนำมาตรฐานมาใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินมีแนวโน้มว่าพวกเขาจะนำมาตรฐานไปดัดแปลงใช้ในสภาพอื่นๆ และมาตรฐานนั้นยังส่งผ่านจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่งด้วยตัวแบบและความสำเร็จทางสังคม เช่น เด็กดัดแปลงมาตรฐานของผู้ใหญ่มาใช้แล้วนำมาใช้กับเพื่อน (อรอุมา จิรชนิตกุล, 2544: 18)

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

1.ควรเป็นเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง คือบุคคลจะกำหนดเป้าหมายในการทำพฤติกรรมที่เจาะจงชัดเจนลงไปว่าเขาจะต้องทำพฤติกรรมอย่างไร หรือเท่าไร

2.ควรเป็นเป้าหมายที่มีลักษณะท้าทาย การตั้งเป้าหมายที่มีลักษณะท้าทายจะเป็นสิ่งกระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลใช้ความพยายามในการกระทำพฤติกรรมให้มากขึ้น

3.ควรเป็นเป้าหมายที่ระบุแน่ชัดและมีทิศทางในการกระทำแน่นอนโดยไม่มีทางเลือกได้หลายทางเช่นควรตั้งเป้าหมายว่า “วันนี้ฉันจะทำการบ้านวิชาคณิตศาสตร์ให้เสร็จ” หรือตั้งว่า “สัปดาห์นี้นั้นจะรับประทานขนมขบเคี้ยวไม่เกิน 2 ซอง”

4.ควรเป็นเป้าหมายระยะสั้น การตั้งเป้าหมายระยะสั้นในการกระทำพฤติกรรมจะมีผลต่อแรงจูงใจเนื่องจากบุคคลจะพบกับความสำเร็จที่ตั้งไว้ง่ายและเร็วและเมื่อบุคคลประสบความสำเร็จในเป้าหมายที่ตั้งไว้ก็就会有ความพึงพอใจและเป็นแรงจูงใจให้บุคคลพยายามกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายในระยะยาวเพิ่มมากขึ้น

5. ควรเป็นเป้าหมายที่อยู่ในระดับใกล้เคียงกับความเป็นจริงและสามารถปฏิบัติได้ไม่เป็นเป้าหมายที่มีลักษณะเพ้อฝันคือสูงหรือต่ำกว่าความเป็นจริงและเป้าหมายที่ตั้งขึ้นต้องปฏิบัติได้



เมื่อเป้าหมายหรือมาตรฐานของพฤติกรรมใดไม่ได้รับการยอมรับหรือไม่มีความชัดเจน บุคคลก็จะใช้มาตรฐานไม่สมบูรณ์ซึ่งเกิดจากวิธีการเปรียบเทียบทางสังคมซึ่ง เบนคูรา (1986 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น, 2542: 59-62) กล่าวไว้ดังนี้

1. การเปรียบเทียบอ้างอิงทางสังคม (Social referential comparison) เมื่อบุคคลทราบผลการกระทำต่างๆ ของตนเองจากการวัดและการประเมินก็จะมีการเปรียบเทียบการกระทำของตนเองกับผู้อื่นด้วยเพื่อจะได้ทราบว่าผลการกระทำของตนเองสูงหรือต่ำกว่าคนอื่นเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาการกระทำของตนเองให้ดีขึ้นในการประเมินการทำพฤติกรรมของตนเองโดยการเปรียบเทียบกับผู้อื่นนั้น บุคคลสามารถเลือกเกณฑ์ในการเปรียบเทียบได้ 4 ลักษณะคือ

1.1 การเปรียบเทียบกับบรรทัดฐานที่เป็นมาตรฐานของกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มอายุ กลุ่มระดับการศึกษา กลุ่มเพศหรือกลุ่มสภาพที่อยู่อาศัย เป็นต้น ซึ่งบรรทัดฐานของกลุ่มต่างๆ เหล่านี้ได้มาจากการที่มีผู้ทำการสำรวจและหาค่าเฉลี่ยของกลุ่มนั้นๆ จนเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปแล้วและบรรทัดฐานที่บุคคลนำมาใช้เปรียบเทียบกับกระทำของตนเองจะต้องมีลักษณะคล้ายคลึงกับตนด้วย

1.2 การเปรียบเทียบกับตนเอง คือ การที่บุคคลเปรียบเทียบผลการกระทำของตนเองกับสิ่งที่เขาได้เคยกระทำมาแล้วหรือเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตนตั้งขึ้น ซึ่งการเปรียบเทียบกับตนเองนี้จะก่อให้เกิดความท้าทายจะทำให้บุคคลพยายามกระทำพฤติกรรมให้ดีกว่าครั้งที่ผ่านมา

1.3 การเปรียบเทียบกับสังคม คือ การที่บุคคลใช้ผลการกระทำของผู้อื่นมาใช้เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบกับผลการกระทำของตนซึ่งผลการกระทำของผู้อื่นนำมาใช้เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบนี้จะต้องเป็นบุคคลที่อยู่ในสภาพการณ์ที่เหมือนกันหรือคล้ายกันกับตน เช่น เพื่อนร่วมชั้น หรือผู้ร่วมงาน เป็นต้น

1.4 การเปรียบเทียบกับกลุ่ม คือ การที่บุคคลเปรียบเทียบผลการกระทำของตนกับค่าเฉลี่ยจากการกระทำของกลุ่มโดยบุคคลจะเปรียบเทียบว่าผลกระทำของตนอยู่ลำดับที่เท่าไรของกลุ่ม

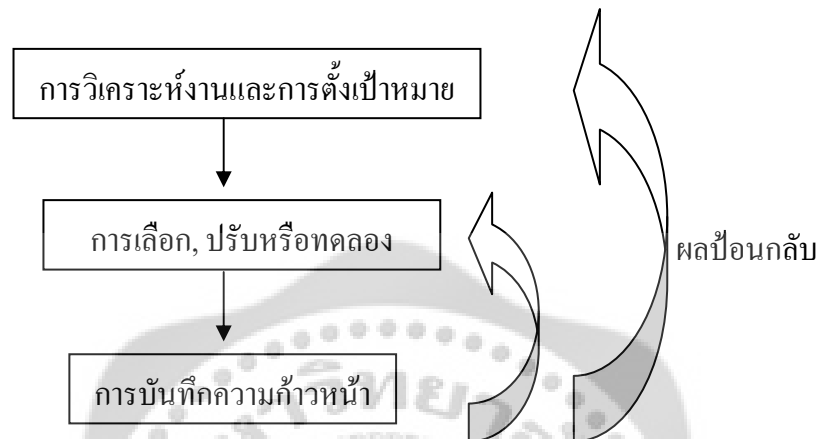
2. คุณค่าของกิจกรรม องค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่งในกระบวนการตัดสินใจคือคุณค่าของกิจกรรม บุคคลจะสนใจตัดสินใจกระทำน้อยหากเขาพบว่ากิจกรรมนั้นมีคุณค่าต่อเขาน้อยหรือไม่มีคุณค่าต่อเขาเลยและบุคคลจะใช้เวลาพยายามในการทำกิจกรรมนั้นน้อย ในทางตรงกันข้ามบุคคลจะใช้เวลาพยายามมากในการทำกิจกรรมที่เขาพิจารณาว่าเป็นกิจกรรมที่มีคุณค่าต่อเขามาก ส่วนกิจกรรมที่มีคุณค่าปานกลางจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมน้อย เพราะจะไม่กระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมมากนัก คุณค่าของกิจกรรมนั้นขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของบุคคล กิจกรรมจะมีคุณค่าถ้าบุคคลเห็นคุณประโยชน์ที่จะได้รับ

3. การอนุมานสาเหตุของพฤติกรรม การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองขึ้นอยู่กับการรับรู้ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม บุคคลมักจะภูมิใจเมื่อตนเองประสบความสำเร็จแล้วจะบอสาเหตุว่าเป็นเพราะ



ความสามารถและความพยายามแต่จะรู้สึกพึงพอใจกับงานไม่มากถ้าระบุสาเหตุว่าเป็นปัจจัยภายนอกเพราะคิดว่าความสำเร็จนั้นมิได้มาจากความสามารถและความพยายาม

ในกระบวนการกำกับตนเองของนักเรียน เมื่อนักเรียนไม่พึงพอใจกับผลที่ได้รับก็อาจมีการปรับปรุงกลวิธีหรือเป้าหมายใหม่ได้ เพื่อให้ได้รับความพึงพอใจ ซึ่งแสดงดังภาพประกอบ 15



ภาพประกอบ 15 กระบวนการปรับปรุงเป้าหมาย (Bulter, 1998: 163)

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

1. ทำหน้าที่ตอบสนองผลการประเมินพฤติกรรมของตนเอง จากกระบวนการตัดสินใจ ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมเป้าหมายได้เท่ากับหรือสูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้บุคคลจะแสดงปฏิกิริยาทางบวกต่อตนเองหรือให้รางวัลกับตนเอง แต่ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมต่ำกว่าเป้าหมายเขาจะแสดงปฏิกิริยาทางลบต่อตนเองหรือการลงโทษตนเอง หรืออาจไม่แสดงปฏิกิริยาต่อตนเองก็ได้

2. ทำหน้าที่เป็นตัวจูงใจสำหรับการกระทำพฤติกรรมของตนเอง ถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายแล้วจะให้สิ่งจูงใจกับตนเอง

2.1 สิ่งจูงใจตนเองจากภายนอก ได้แก่ วัตถุสิ่งของที่สามารถจับต้องได้หรืออาจเป็นการให้เวลาอิสระกับตนเอง การกระทำที่ชอบหรือการกระทำกิจกรรมบันเทิงต่างๆ

2.2 สิ่งจูงใจตนเองจากภายในเป็นผลกรรมภายในที่บุคคลให้กับตนเองหลังจากที่ประเมินการกระทำพฤติกรรมของตนเองแล้วซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

- การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางบวก คือ การที่บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางบวกเมื่อกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น การยกย่อง ชื่นชมตนเอง เป็นต้น



- การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางลบ คือ การที่บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางลบเมื่อกระทำพฤติกรรมได้ต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น การตำหนิตนเอง การวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง ละอายใจ และการเสียใจ เป็นต้น

การที่บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางลบนับว่าเป็นกลไกการส่งเสริมพฤติกรรมส่วน การแสดงปฏิกิริยาทางลบต่อตนเองนั้นเป็นกลไกป้องกันตนเองจากการที่ถูกสังคมหรือ บุคคลภายนอกลงโทษเพราะเมื่อบุคคลลงโทษตนเองนั้นสามารถเป็นการระบายสิ่งที่ผิดพลาดที่ตน ได้กระทำลงไปและจะกระทบกระเทือนจิตใจน้อยกว่าที่ถูกผู้อื่นลงโทษ

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

1. ประโยชน์ส่วนตัว (Personal benefits) เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมกำกับตนเองแล้วบุคคลก็จะ ได้รับประโยชน์โดยตรงต่อตัวเขาเองเขาก็จะยึดมั่นต่อการกำกับตนเองจะทำให้กระบวนการกำกับ ตนเองคงอยู่ได้

2. รางวัลทางสังคม (Social reward) การที่บุคคลมีพฤติกรรมกำกับตนเองแล้วบุคคลใน สังคมให้การยกย่องชมเชย สรรเสริญ ให้เกียรติ ให้การยอมรับหรือให้รางวัลซึ่งการให้รางวัลทาง สังคมเหล่านี้ก็จะมีส่วนช่วยให้กระบวนการกำกับตนเองของบุคคลคงอยู่ได้

3. การสนับสนุนจากตัวแบบ (Modeling supports) บุคคลที่มีมาตรฐานในการกำกับตนเอง เช่น การพูดจาไพเราะ หากได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คนอื่นๆ รอบด้านล้วนแต่มีการพูดจาไพเราะ ด้วยกันคนที่พูดจาไพเราะทั้งหลายเหล่านี้ก็จะมีส่วนช่วยเป็นตัวแบบที่จะสนับสนุนซึ่งกันและกัน

4. ปฏิกิริยาทางลบจากผู้อื่น (Negative sanctions) บุคคลที่พัฒนามาตรฐานในการกำกับ ตนเองขึ้นมาแล้วหากภายหลังให้รางวัลกับตนเองต่อพฤติกรรมที่ต่ำกว่ามาตรฐานก็จะทำให้บุคคล ในสังคมแสดงปฏิกิริยาทางลบต่อตัวเขาปฏิกิริยาเหล่านี้จะส่งผลให้บุคคลย้อนกลับไปใช้มาตรฐาน ของเดิมของเขาอีก

5. การสนับสนุนจากสภาพแวดล้อม (Contextual supports) บุคคลที่อยู่ในสภาพแวดล้อมซึ่ง ในอดีตเคยส่งเสริมให้ตนกำกับตนเองด้วยมาตรฐานระดับหนึ่งย่อมมีโอกาสดำเนินการกำกับตนเองด้วย มาตรฐานนั้นอีก บุคคลเช่นนี้มีแนวโน้มจะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่จะมีอิทธิพลให้ตนต้องลด มาตรฐานลงไป

6. การลงโทษตนเอง (Self – inflicted punishment) จะเป็นหนทางช่วยให้บุคคลลดความไม่ สบายใจจากการทำผิดมาตรฐานของตนได้และในหลายๆ กรณีก็เป็นการลดปฏิกิริยาทางลบจากผู้อื่น ได้ แทนที่จะถูกคนอื่นลงโทษเอาโดยตรงคนส่วนมากจะมีความรู้สึกว่าการลงโทษตนเองมี ความไม่พอใจน้อยกว่าการถูกผู้อื่นลงโทษและในบางกรณีการลงโทษตนเองก็เป็นการกระทำที่ ได้รับการชมเชยจากผู้อื่น



6.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเอง

งานวิจัยที่ใช้แนวคิดการกำกับตนเองพบทั้งภายในและต่างประเทศ โดยในประเทศ ตัวอย่างงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น พนิดา มีต้องปัน (2532: ก-ข) ศึกษาถึง ประสิทธิภาพของโปรแกรมลดน้ำหนักด้วยวิธีควบคุมตนเองที่มีต่อพฤติกรรมลดน้ำหนัก ทั้งด้าน ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักและผลของพฤติกรรมลดน้ำหนัก กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 20 อายุ 11-14 ปี จำนวน 100 คน เป็นกลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน ภายหลังการทดลองพบว่า โปรแกรมลดน้ำหนักโดยใช้การควบคุมตนเองทำให้นักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีน้ำหนักเกิน มาตรฐานร้อยละ 20 มีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักได้ถูกต้องมากขึ้น และสามารถลดน้ำหนักลงได้ นอกจากนี้พบว่า การฝึกให้นักเรียนรู้จักการบันทึกรายการอาหารและ จำนวนแคลอรีในแต่ละวันจะช่วยให้นักเรียนควบคุมการรับประทานอาหารของตนเองและลด น้ำหนักลงได้ ยุพา อภิโกมลกร (2531: ก-ข) ศึกษาประสิทธิภาพของการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้วย วิธีการกำกับตนเองของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ของโรงเรียนสังกัดสำนักงานการศึกษา กรุงเทพมหานคร เขตบางเขน จำนวน 2 โรงเรียนที่มีปัญหาเกี่ยวกับความสะอาดของร่างกายในส่วน ต่างๆ เช่น ผม เหนืออกและฟัน เป็นต้น แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน และ นำเทคนิคการปรับพฤติกรรม 5 ขั้นตอนมาใช้ ได้แก่ ให้นักเรียนมีส่วนร่วมในเรื่อง การกำหนด พฤติกรรมเป้าหมาย กำหนดเงื่อนไข การเสริมแรงและลงโทษตนเอง ให้นักเรียนบันทึกพฤติกรรม ตนเอง ประเมินพฤติกรรมตนเอง เสริมแรงและลงโทษตนเอง ภายหลังการทดลองพบว่านักเรียน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสะอาดของร่างกายสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Suwannee Chearsawad (2002) ศึกษาผลของการพัฒนาทักษะ การควบคุมตนเองในการหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อยในนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จังหวัดตาก พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการควบคุมตนเองในการ หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และพบว่าในระยะติดตามผลไม่แตกต่างจากระยะหลังการทดลอง แต่ใน ระยะติดตามผล นักเรียนกลุ่มทดลองยังคงมีการควบคุมตนเองในการหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารว่าง ที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศ ตัวอย่างเช่น มาโฮนี และคณะ (Mahony et al, 1973: 65-69 อ้างใน เกศแก้ว สอนดี, 2548: 40) ได้ทำการศึกษาผลของการให้รางวัลตนเอง การลงโทษตนเอง และการสังเกตตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยกลุ่มที่ให้รางวัลตนเอง และลงโทษ ตนเองจะต้องเอาเงินไปมอบให้กับผู้วิจัย และนำเงินนั้นมาให้รางวัลหรือลงโทษตามเงื่อนไขที่ตกลง



กันไว้ คือ กลุ่มที่ให้รางวัลตนเองจะได้เงินจากผู้วิจัยเมื่อเขาสามารถลดน้ำหนักลงได้ ในขณะที่กลุ่มลงโทษตนเองจะต้องเสียเงินค่าปรับให้แก่ผู้วิจัยเมื่อมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น สำหรับกลุ่มที่สังเกตตนเองก็สังเกตตนเองเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ให้รางวัลตนเอง และกลุ่มที่ลงโทษตนเองสามารถลดน้ำหนักได้เท่าๆ กัน และลดน้ำหนักได้มากกว่ากลุ่มที่สังเกตตนเอง และจากการติดตามผล 4 เดือนต่อมา พบว่า กลุ่มที่ให้รางวัลตนเองลดน้ำหนักได้มากกว่ากลุ่มที่ลงโทษตนเอง เมลพาส (Malpass, 1966) ได้ทำการศึกษาผลของการกำกับตนเองที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาคณิตศาสตร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยมีเพศและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาคณิตศาสตร์ก่อนหน้านี้เป็นตัวแปรควบคุม ผลการวิจัยพบว่า การกำกับตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลแต่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างไม่มีนัยสำคัญ ซิมเมอร์แมนและกิตซานทาส (Zimmerman & Kitsantas, 1997) ทำการศึกษาผลของการตั้งเป้าหมายและการกำกับการแสดงออก การรับรู้ความสามารถของตนเองระหว่างการใช้อำนาจกำกับตนเองกับนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย 90 คน โดยทดสอบด้วยทักษะการปาเป้า ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนที่มีความสามารถในการกำกับการแสดงออกสูงจะสามารถปาเป้าได้อย่างแม่นยำมากกว่านักเรียนหญิงที่มีความสามารถในการกำกับการแสดงออกต่ำ

โดยสรุปแล้ว มีงานวิจัยเชิงทดลองจำนวนมากที่แสดงให้เห็นถึงการประยุกต์ความสามารถในการควบคุมตนเองมาใช้สร้างชุดกิจกรรมและพบว่าสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดพฤติกรรมเป้าหมายได้และทำให้พฤติกรรมเป้าหมายคงทนอยู่ได้ในระดับหนึ่ง

6.3) การดูแลตัวเอง (Self-care)

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างหนึ่งที่เริ่มพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก และค่อยๆ พัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่สามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ แต่ความสามารถดังกล่าวจะลดลงเมื่อเกิดความเสื่อม หรือความเจ็บป่วยขึ้นในร่างกาย หรือกรณีที่การดูแลตนเองถูกจำกัดจากความรู้ความชำนาญ การขาดแรงจูงใจ กิจกรรมการดูแลตนเองก็จะไม่เกิดขึ้น (Orem, 1985: 135) ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือมีขีดจำกัดต่างๆ ที่ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ บุคคลเหล่านี้ ได้แก่ คนชรา คนเจ็บป่วย และคนพิการ การดูแลตนเองจึงมีผลโดยตรงต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ การคงไว้ซึ่งรูปร่างและหน้าที่ในภาวะปกติ การพัฒนามนุษย์ศึกษาสุขภาพของมนุษย์ ป้องกันอันตราย ตลอดจนพยาธิสภาพต่างๆ และยังสามารถควบคุมผลอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพต่างๆ ได้

6.3.1) แนวคิดและทัศนะการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง ประกอบด้วยคำว่า “ดูแล” กับ “ตนเอง” ตามพจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมายดูแล คือ เอาใจใส่ ปกป้องรักษา ปกครอง ตน คือ ตัว (ตัวคน) เมื่อรวมคำว่าดูแลตนเอง จึงหมายถึง เอาใจใส่ในตัวคนนั่นเอง หรือปกป้อง ปกครองตนเอง การดูแล



ตนเองถูกอธิบายในลักษณะของมโนทัศน์ กรอบแนวคิด รูปแบบ ทฤษฎีกระบวนการ การเคลื่อนไหว หรือปรากฏการณ์ (Gantz, 1990 อ้างในอรสา พันธักดี, 2542) ความหมายการดูแลตนเองจะต่างกันในแต่ละสาขาวิชาชีพมีผู้ให้นิยามการดูแลสุขภาพของตนเอง มีดังนี้

เลวิน (Levine Cited Hill & Smith, 1985: 8 อ้างใน อังศิพันธ์ อินทรกำแหง, 2550: 28) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลหนึ่งๆ ทำหน้าที่โดยตัวเองและเพื่อตัวเอง ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพตลอดจนการสืบค้นหาโรคและการรักษาขึ้นต้นด้วยตนเอง

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

นูริส (Noris อ้างใน อังศิพันธ์ อินทรกำแหง, 2550: 29) ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง คือ กระบวนการที่ประชาชนและครอบครัว มีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเองและรับผิดชอบตนเองด้านสุขภาพอนามัย โดยพัฒนาศักยภาพความสามารถ เพื่อการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง

สมจิต หนูเจริญกุล (2536 : 22-23 อ้างใน อังศิพันธ์ อินทรกำแหง, 2550: 29) กล่าวว่า การดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และการพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด

เพนเดอร์ (Pender, 1987 :150) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่มและกระทำในวิถีทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน

สรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดก็ตามที่บุคคลได้เริ่มปฏิบัติด้วยตนเอง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อดำรงรักษาชีวิต ภาวะความมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน เป็นการกระทำอย่างมีแบบแผน เป็นขั้นตอน มีความต่อเนื่อง และเมื่อมีการกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ร่างกาย จิตใจและการพัฒนาการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นไปถึงเป้าหมายของแต่ละบุคคล

แนวคิดการดูแลตนเองได้เป็นที่สนใจและกล่าวถึงกันมาก ในที่ประชุม First International Symposium ที่กรุงโคเปนเฮเกน ในปี 1975 มีการให้ความหมายไว้ต่างกันจาก 29 ประเทศ มีการขยายกว้างไปนอกจากเป็นเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล ยังรวมถึงการดูแลครอบครัว กลุ่มและชุมชนด้วย การดูแลตนเองเป็นกระบวนการตัดสินใจที่เกี่ยวกับการสังเกตตนเอง การรับรู้และการตัดสินใจ เลือกรับบริการ และการรักษาตามที่บุคคลเข้าใจ (นาตยา เกรียงชัยพฤกษ์, 2544 อ้างใน อังศิพันธ์ อินทรกำแหง, 2550: 29) และในปี ค.ศ.1987 สถาบันการดูแลตนเอง จัดให้มีผู้เชี่ยวชาญการดูแลตนเองจากสาขาต่างๆ มาประชุม เพื่อหาลักษณะที่อธิบายการดูแลตนเอง ผลสรุปในแนวคิดการ



ดูแลตนเองนั้นมีคุณลักษณะดังนี้ 1) การดูแลตนเองมีอยู่ในสถานการณ์และวัฒนธรรมที่เฉพาะ 2) เกี่ยวข้องกับความสามารถที่จะกระทำและการเลือก 3) ความรู้ ทักษะ การให้คุณค่า แรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถ การควบคุม และสมรรถนะของตนเอง (Efficacy) มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง และ 4) แนวคิดการดูแลตนเองมีจุดเน้นการดูแลสุขภาพ อยู่ภายใต้การควบคุมของบุคคล (Gantz, 1990 อ้างใน อรสา พันธักดี, 2542) ความหมายการดูแลตนเอง สามารถจำแนกเป็นแบบแผนได้ 2 แบบแผน คือการดูแลตนเองในแบบที่เป็นการกระทำพฤติกรรมหรือกระบวนการ และการดูแลตนเองในแบบที่เป็นเป้าหมาย

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

ในสายทางการพยาบาล โอเร็ม (Orem, 1991) สนใจเรื่องการดูแลตนเองที่มองการดูแลตนเองเป็นกระบวนการการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมาย ประกอบด้วย 2 ระยะเวลา ระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ โอเร็มได้จำแนกพฤติกรรมการดูแลตนเองออกเป็น 3 สถานะ 1) ความต้องการการดูแลตนเองทั่วไปในภาวะปกติ (Universal self-care requisite) ได้แก่ การคงไว้ซึ่งอากาศที่เพียงพอ การคงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ การคงไว้ซึ่งการขับถ่าย และระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน การคงไว้ซึ่งการรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่ และความเป็นอยู่ที่ดี 2) ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental self-care requisite) ได้แก่ ความต้องการตามระดับพัฒนาการในวัย และความต้องการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต 3) ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisite) ได้แก่ การแสวงหาบริการสุขภาพ การรับรู้ ความสนใจต่อโรค และผลกระทบของโรคต่อตนเอง การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา ฟันฟู และป้องกันโรค การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค การปรับภาพลักษณ์และจิตมโนทัศน์ การยอมรับภาวะสุขภาพ และการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพโดยกำหนดเป้าหมายของการกระทำพฤติกรรม การดูแลตนเองไว้เพื่อ 1) เป็นการประคับประคองกระบวนการชีวิตและสนับสนุนการดำเนินชีวิต



ปกติสุข 2) ผดุงไว้ซึ่งการเจริญเติบโตพัฒนาการและวุฒิภาวะที่เหมาะสม 3) ป้องกัน ควบคุม บำบัดรักษา โรคภัยไข้เจ็บ และการได้รับอันตรายต่างๆ 4) ป้องกันหรือปรับตัวให้สอดคล้องกับ ความบกร่องของสมรรถนะ และ 5) สร้างเสริมความผาสุก

แนวคิดการดูแลตนเอง ในสาขาจิตวิทยา ให้ความสนใจในลักษณะที่การดูแลตนเองเป็น ปรากฏการณ์หนึ่งที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด อัตมโนทัศน์ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม (Cognitive behavior model) พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และความเชื่อในความสามารถของ ตนเอง (Self-efficacy) บารอฟสกี (Barofsky, 1978 อ้างใน อรสา พันธักดี, 2542) ให้ความหมาย การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จิตใจของบุคคลอย่างมีเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยแบ่งการ ดูแลตนเองเป็น 3 แบบ ได้แก่ 1) การดูแลตนเองในการบรรเทาความเจ็บป่วย 2) การดูแลตนเองใน การรักษาหรือเผชิญกับอาการ 3)การดูแลตนเองในการป้องกันอันตรายที่จะมีผลต่อสวัสดิภาพ กระบวนการทำหน้าที่ของร่างกาย การดูแลตนเองจึงมีเป้าหมายเพื่อปรับควบคุมให้กระบวนการ ทำงานทางร่างกายเป็นปกติ

แนวคิดการดูแลตนเองในสาขาสุศึกษา (Health education) มุ่งการให้ความรู้หรือข้อมูลเพื่อ ช่วยให้บุคคลได้เลือกทำพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การสอนสุศึกษาเป็นการรวบรวมประสบการณ์การ เรียนรู้ต่างๆ มาส่งเสริมให้บุคคลสมัครใจทำพฤติกรรมที่นำไปสู่สุขภาพ การดูแลตนเองในลักษณะ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนั้น หมายถึง กิจกรรมที่กระทำโดยบุคคลรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วย และ มีความต้องการที่จะฟื้นหายดีขึ้น การดูแลตนเอง รวมถึงพฤติกรรมที่ลดการพึ่งพาผู้อื่นด้วย

แนวคิดการดูแลตนเองในสาขาสังคมศาสตร์ สนใจการดูแลตนเองในความสัมพันธ์ทั้ง 3 ระบบ คือ ระบบบุคคล ระบบกลุ่มย่อย และระบบชุมชน และมุ่งเน้นที่สังคม กฎหมาย นโยบาย และ องค์การที่สนับสนุนและส่งเสริมการดูแลตนเอง ดีฟรายนส์ (Defries, 1990 อ้างใน อรสา พันธักดี, 2542) ให้ทัศนะว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของแผนการรักษา ชุมชน และการส่งเสริมสุขภาพ

ดีน (Dean, 1989 อ้างใน อรสา พันธักดี, 2542) เน้นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ คือ การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งมีรูปแบบของการมีปฏิสัมพันธ์ใน สังคม และทัศนคติต่อพฤติกรรม การให้คุณค่า ความเชื่อที่เรียนรู้ในสังคมวัฒนธรรม มีผลต่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้นบุคคลจะยอมรับหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ จึงขึ้นอยู่กับ สังคมวัฒนธรรมมากกว่าการตัดสินใจเฉพาะบุคคล ซึ่งต่างจาก คิคบาช (Kickbusch, 1989 อ้างใน อรสา พันธักดี, 2542) เห็นว่า การดูแลตนเองเกี่ยวข้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่บุคคลยอมรับที่ จะจัดการตนเอง ในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการกำกับประเมินตนเอง มีการตัดสินใจ การใช้ยา ด้วยตนเอง และการรักษาตนเอง



การดูแลตนเองในทัศนะที่เป็นผลลัพธ์ คือการดูแลตนเองมีผลต่อสุขภาพ สมิธ (Smith, 1983 อ้างใน อังสินันท์ อินทรกำแหง, 2550) จึงให้เห็นว่า การดูแลตนเองเกี่ยวข้องกับสุขภาพ 4 รูปแบบ โดยเสนอ “Smith’s model of health” ได้แก่

1. รูปแบบทางคลินิก (Clinical model) รูปแบบนี้ให้ความหมายสุขภาพเป็นการปราศจากอาการ แสดงของพยาธิสภาพ หรือการที่บุคคลปราศจากความพิการ เป็นการรักษาสมดุลทางด้านสรีรวิทยาซึ่งบุคคลจะรอให้เกิดอาการและอาการแสดงแล้วจึงมุ่งรักษาโรค ผลลัพธ์ของการดูแลตนเองมีต่ออัตราการตาย อัตราความเจ็บป่วยพิการ การใช้สถานที่บริการสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการรักษา

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

3. รูปแบบด้านการปรับตัว (Adaptation model) รูปแบบนี้เชื่อว่าบุคคลมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมอย่างจริงจังและตลอดเวลาเพื่อรักษาดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อม เป็นความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่ท้าทาย รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางสังคม และสิ่งที่คุกคามทางกายภาพ สุขภาพที่ดีจะเป็นความยืดหยุ่นในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุลเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับชีวิต ผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง คือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การจัดการความเครียดที่เกี่ยวข้องกับอาการและความสามารถในการจัดการกระทำ

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

โดยสรุปแล้ว การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถกระทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งบุคคลได้เลือกปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเอง โดยมีการเรียนรู้และการสนับสนุนจากสังคมวัฒนธรรม ที่เป็นสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นทั้งในวิชาชีพและนอกวิชาชีพทางด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพเป็นหนทางที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี

6.3.2) สถานการณ์ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ

ที่ผ่านมาภาครัฐมองการดูแลตนเองเป็นในด้านการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยของประชาชน โดยจากการสำรวจมีการเปลี่ยนแปลงไป ในภาพรวมทั้งประเทศประชาชนใช้บริการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากขึ้นจากร้อยละ 15.5 ใน พ.ศ.2513 เป็นร้อยละ 53.9 ใน พ.ศ.



2539 และชื่อยากินเองน้อยลงจากร้อยละ 51.54 ใน พ.ศ.2513 เหลือเพียงร้อยละ 17.1 ใน พ.ศ. 2539 และหลังวิกฤตเศรษฐกิจประชาชนหันมาชื่อยากินเองมากขึ้นจากร้อยละ 17.1 ในพ.ศ.2513 เป็นร้อยละ 20.2 และ 24.2 ใน พ.ศ. 2542 และ 2544 ตามลำดับ แต่ในภาวะปัจจุบัน ประชาชนเริ่มเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี ร่างกายแข็งแรง จิตใจที่เป็นสุขสงบ ดังนั้น แนวการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมคือดูแลกาย ใจ จิตวิญญาณ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข สมบูรณ์ การดูแลสุขภาพจึงเน้นให้ความสำคัญในการส่งเสริม ฟันฟู ป้องกันโรคมกกว่าการรักษา ซึ่งจะเห็นได้ว่าการมีสุขภาพดีเชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เป็นแนวคิดใหม่ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ถือว่าเป็นการตื่นตัวของการรักษาสุขภาพของคนยุคใหม่

6.3.3) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง

ภาวินี โภคสินจำรูญ (2540) มีความสนใจศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเอซิส เป็นแนวทางในการศึกษากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มารับการตรวจที่แผนกฝากครรภ์ ในโรงพยาบาล จำนวน 93 ราย ด้วยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองและความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการวิจัยสรุปได้ว่า 1)ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .6114$) 2)ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($r=.3044$) 3) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 37.38 จากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพถูกต้องจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเช่นกัน ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลจะต้องเป็นผู้ให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแนะแนว และข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วย และญาติ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เป็นผลให้มารดาและทารกมีสุขภาพดีตลอดระยะที่ตั้งครรภ์

อมาวลี อัมพันศิริรัตน์ (2539) ความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตชนบท อำเภอลพ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 213 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบประเมินภาวะสุขภาพ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.5939 ($p < 0.001$) 2) เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ



ตามปัจจัยพื้นฐาน 2.1 ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ระดับการศึกษา และลักษณะการพักอาศัย และที่ระดับ 0.05 ได้แก่ บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว 2.2 ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ รายได้ สถานภาพสมรส การเป็นเจ้าของบ้าน และจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3) เปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามปัจจัยพื้นฐานดังนี้ 3.1) ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ระดับการศึกษา การเป็นเจ้าของบ้าน และบทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว และที่ระดับ 0.05 ได้แก่ รายได้ สถานภาพสมรส 3.2) ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ลักษณะการพักอาศัย และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้วิจัยได้มีข้อเสนอแนะให้พยาบาลควรมีบทบาทในการให้ความรู้ กระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้ความสำคัญในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งคำแนะนำวิธีการป้องกัน และรักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง คู่สมรส และบุตรหลาน ควรให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ให้ความรัก ความอบอุ่นแก่ผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวตามศักยภาพของตน เพื่อส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเอง และเห็นคุณค่าของการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าต่อไป

ขวัญใจ ดันดิวัฒนเสถียร (2535) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ มีตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคประสาท ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 360 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายและแบบสำรวจความเครียดของ HOS ตอบแบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา การสนับสนุนของครอบครัว การสนับสนุนของชุมชน และพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผลการวิจัยที่สำคัญมีดังนี้ 1) พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคประสาท ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเป็นรายด้าน ดังนี้ ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา ด้านการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม และด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับต่ำ 2) พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคประสาท มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับการสนับสนุนของชุมชน การสนับสนุนของครอบครัว และความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 3) พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคประสาท ไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านภูมิหลัง คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว 4) ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรค



ประสาท ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตามลำดับความสำคัญมากน้อย คือ การสนับสนุนของชุมชน ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา การสนับสนุนของครอบครัว และระดับการศึกษาโดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 33.2

ในท้ายที่สุดนี้การดูแลสุขภาพตนเอง มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคทางพฤติกรรมต่างๆที่จะคุกคามประชาชนทั้งทางร่างกายและจิตใจ การให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งให้สุขภาพเป็นเรื่องของทุกคนที่ควรใส่ใจและดูแลอย่างต่อเนื่อง

7) แนวคิดการบริหารและการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยหลัก

PROMISE Model และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

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

7.1) การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement: P)

การเสริมแรงทางบวกเป็นแนวคิดหนึ่งของทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant conditioning Theory) ซึ่งการเสริมแรงพัฒนาโดยนักจิตวิทยาชาวอเมริกันชื่อ Burrhus F. Skinner ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลพวงมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้น (Emitted) ของบุคคลจะเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลกระทบ (Consequence) ที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมนั้น Skinner ให้ความสนใจกับผลกระทบ 2 ประเภทคือ ผลกระทบที่เป็นตัวเสริมแรง (Reinforcer) ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลนั้นกระทำอยู่มีอัตราการกระทำเพิ่มมากขึ้นและ ผลกระทบที่เป็นตัวลงโทษ (Punisher) ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำนั้นยุติลง ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะผลกระทบที่เป็นตัวเสริมแรงทางบวก(Positive reinforcer)

7.1.1 ความหมายการเสริมแรงทางบวก

การเสริมแรงทางบวกคือการทำให้ความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น อันเป็นผลเนื่องมาจากผลกระทบที่ตามหลังพฤติกรรมนั้น ผลกระทบที่ทำให้พฤติกรรมมีความถี่เพิ่มขึ้น เรียกว่า ตัวเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcer) ลักษณะของตัวเสริมแรงมี 2 ชนิดคือ

1. ตัวเสริมแรงปฐมภูมิ เป็นตัวเสริมแรงที่มีคุณสมบัติด้วยตัวของมันเองในการตอบสนองความต้องการทางชีวภาพหรือมีผลต่อผู้ได้รับโดยตรงเช่น อาหาร ความเย็น เป็นต้น



2. ตัวเสริมแรงทุติยภูมิ เป็นตัวเสริมแรงที่ต้องผ่านกระบวนการพัฒนาคุณสมบัติของการเป็นตัวเสริมแรง โดยการนำไปสัมพันธ์กับตัวเสริมแรงปฐมภูมิ เช่น เงิน รางวัล คำชมเชย เป็นต้น

7.1.2) หลักการทั่วไปในการใช้การเสริมแรงทางบวกอย่างมีประสิทธิภาพ

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

1. การเสริมแรงทางบวกจะต้องให้หลังจากการเกิดพฤติกรรมเป้าหมายเท่านั้น การให้การชมเชยหรือให้สิ่งของก่อนการเกิดพฤติกรรมไม่ถือว่าเป็นการเสริมแรง

2. การเสริมแรงจะต้องกระทำทันทีที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น การเสริมแรงต่อพฤติกรรมเป้าหมายอย่างทันทีนั้น จะทำให้ผู้ที่ได้รับการเสริมแรงเกิดการเรียนรู้ได้ดีที่สุดว่าควรแสดงพฤติกรรมอะไร

3. การเสริมแรงควรจะให้อย่างสม่ำเสมอ นั่นคือควรให้การเสริมแรงทุกครั้ง หรือแทบทุกครั้งที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น ไม่ควรขึ้นอยู่กับอารมณ์ของผู้ดำเนินการปรับพฤติกรรม การให้การเสริมแรงไม่สม่ำเสมอ ทำให้การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมเกิดขึ้นได้น้อยมาก

4. ควรมีการบอกถึงเงื่อนไขการให้การเสริมแรง นั่นคือ ควรจะมีการบอกผู้ที่ถูกปรับพฤติกรรมว่าเขาควรแสดงพฤติกรรมอะไรในสถานการณ์ใด แล้วจะได้รับอะไรเป็นการเสริมแรง

5. ตัวเสริมเรานั้นควรมีปริมาณพอเหมาะที่จะเสริมแรงพฤติกรรมโดยไม่ก่อให้เกิดการหมดสภาพการเป็นตัวเสริมแรง นั่นคือ บางครั้งถ้าให้ตัวเสริมแรงมากเกินไปก็อาจทำให้เกิดการหมดสภาพการเป็นตัวเสริมแรงได้โดยเฉพาะตัวเสริมแรงประเภทตัวเสริมแรงปฐมภูมิ แต่ก็ไม่ควรจะให้น้อยเกินไปจนไม่มีพลังพอที่จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา

6. ตัวเสริมเรานั้นจะต้องเลือกให้เหมาะกับแต่ละบุคคล เนื่องจากคนเรามีความแตกต่างกัน ดังนั้นตัวเสริมแรงของแต่ละคนจึงอาจไม่เหมือนกัน อีกทั้งในบางโอกาสตัวเสริมแรงที่เคยเสริมแรงคนๆ หนึ่งอาจจะไม่เสริมแรงคนๆ นั้นในเวลาต่อมาก็ได้

7. ถ้าเป็นไปได้ควรใช้ตัวเสริมแรงที่มีอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้น เช่น การใช้กิจกรรมที่ชอบทำมากที่สุด หรือการเสริมแรงทางสังคม เป็นต้น

8. ควรมีการใช้ตัวแบบหรือการชี้แนะควบคู่ไปกับการเสริมแรงด้วย เนื่องจากจะทำให้บุคคลได้เรียนรู้ได้เร็วขึ้นว่าควรจะทำพฤติกรรมเช่นใดจึงจะได้รับการเสริมแรง

9. ควรมีการวางแผนการใช้ตารางการเสริมแรง หรือยืดเวลาการเสริมแรง เมื่อพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอแล้ว ควรจะมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการเสริมแรงเสียใหม่ให้เป็นการใช้ตารางการเสริมแรงแทน หรืออาจจะใช้การยืดเวลาการเสริมแรงก็ได้ เพราะจะทำให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นคงอยู่ได้นานขึ้นแม้ว่าจะไม่ได้รับการเสริมแรงอีกเลยในอนาคตก็ตาม



7.1.3) ข้อควรคำนึงถึงและการเลือกใช้ตัวเสริมแรงประเภทต่างๆ

1. ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของหรืออาหาร เช่น ขนม เครื่องเขียน ของรางวัล เป็นต้น การใช้อาหารหรือสิ่งของอาจจะเกิดปัญหาการหมดสภาพได้ถ้าให้มากเกินไปหรือช่วงเวลาไม่เหมาะสมเช่น ไม่สามารถให้ได้ทันที ครอบคลุมกิจกรรมที่กำลังดำเนินอยู่ เป็นต้น วิธีการให้เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนดทันที นำไปใช้กับทั้งเด็กและผู้ใหญ่ในหลายพฤติกรรมซึ่งสิ่งของหรืออาหารเท่านั้นที่นำมาใช้เป็นตัวเสริมแรงทางบวกควรมีให้เลือกหลากหลายชนิด

2. ตัวเสริมแรงทางสังคม เช่น ชมเชย ยิ้ม จับมือ สบตา เป็นต้น อาจแสดงออกด้วยคำพูดหรือท่าทางต่างๆ หลักการคือต้องชมต่อหน้าทันที ต้องบอกว่าชมพฤติกรรมอะไรที่ดี และความรู้สึกที่คุณมีต่อผู้แสดงพฤติกรรม หลังจากพูดให้หยุดชั่วขณะใช้การแสดงความชื่นชมทางสีหน้า กระตุ้นให้เพิ่มความถี่พฤติกรรม

3. ตัวเสริมแรงเป็นกิจกรรมที่บุคคลชอบทำมากที่สุดหรือกิจกรรมที่บุคคลทำบ่อยที่สุดมาเสริมแรงกิจกรรมที่บุคคลทำน้อยที่สุด แต่ข้อพึงระวังคือ ไม่สามารถให้ได้ทันทีในขณะที่เกิดพฤติกรรมและการให้ตัวเสริมแรงทางบวกต้องให้หรือไม่ให้กิจกรรมเท่านั้น และควรมีกิจกรรมให้เลือกหลากหลาย

4. ตัวเสริมแรงที่เป็นเบี้ยอรรถกร เช่น การใช้เงิน ดาว แด้มสะสม คะแนน เป็นต้น โดยสามารถนำไปแลกเปลี่ยนตัวเสริมแรงอื่นๆได้มากกว่า 1 ตัวขึ้นไป เบี้ยอรรถกรเป็นตัวเสริมแรงทางบวกที่มีประสิทธิภาพสูงมากในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสามารถใช้งานได้ง่ายและไม่ครอบคลุมพฤติกรรมที่กำลังทำอยู่ แต่เมื่อยุติการใช้อย่างทันทีทันใดจะทำให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปนั้นกลับสู่สภาพเดิมทันที

5. ตัวเสริมแรงที่เป็นข้อมูลป้อนกลับ เช่น ผลการตรวจสอบคุณภาพ ประกาศคะแนนสอบ เป็นต้น ควรให้ข้อมูลป้อนกลับที่เป็นพฤติกรรมทางบวกมีความชัดเจนถูกต้องของข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลต้องเป็นบุคคลที่ผู้ถูกปรับพฤติกรรมเชื่อถือ ควรอธิบายให้บุคคลเห็นความสำคัญของข้อมูลเพื่อนำไปปรับปรุงพฤติกรรมตนเอง และกำหนดเป้าหมายของพฤติกรรมที่ต้องการปรับปรุง อาจใช้คู่กับตัวเสริมแรงอื่นๆ โดยเฉพาะตัวเสริมแรงทางสังคมหรือเบี้ยอรรถกรจะทำให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

7.1.4) งานวิจัยที่นำการเสริมแรงทางบวกไปใช้

โสภิตา ลิ้มวัฒนาพันธ์ (2538) ได้ทำการวิจัยเชิงทดลองเรื่อง การเปรียบเทียบผลของการปรับพฤติกรรมโดยใช้การควบคุมตนเองกับการเสริมแรงทางบวกด้วยเบี้ยอรรถกร ที่มีต่อการเพิ่มและการคงอยู่ของพฤติกรรมความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมายของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคบุรีรัมย์ ชั้นปีที่ 1 ที่มีพฤติกรรมความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมายต่ำ จำนวน 15 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน มีลักษณะดังนี้ กลุ่มทดลอง 1 ได้รับเทคนิคการควบคุมตนเอง กลุ่มทดลอง 2 ได้รับการเสริมแรงทางบวกด้วยเบี้ยอรรถกร และกลุ่มควบคุม



รูปแบบการทดลองใช้ ABF Control Group Design เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แบบบันทึกพฤติกรรมความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมาย พบว่า 1) นักศึกษากลุ่มที่ใช้เทคนิคการควบคุมตนเองและกลุ่มที่ได้รับการเสริมแรงทางบวกด้วยเบี้ยอรรถกร มีพฤติกรรมความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมาย ในระยะทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าระยะเส้นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) นักศึกษากลุ่มที่ใช้เทคนิคการควบคุมตนเองและกลุ่มที่ได้รับการเสริมแรงทางบวกด้วยเบี้ยอรรถกร มีพฤติกรรมความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมายสูงกว่านักศึกษากลุ่มควบคุมทั้งในระยะทดลองและระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 3) ในระยะทดลองพบว่า นักศึกษากลุ่มนี้ได้รับเทคนิคควบคุมตนเองและกลุ่มที่ได้รับการเสริมแรงทางบวกด้วยเบี้ยอรรถกร มีพฤติกรรมความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมายไม่แตกต่างกัน และ 4) ในระยะติดตามผล พบว่า นักศึกษาที่ได้รับเทคนิคควบคุมตนเอง มีพฤติกรรมความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมายสูงกว่า นักศึกษากลุ่มที่ได้รับการเสริมแรงทางบวกด้วยเบี้ยอรรถกร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสมพร สุกทัศน์ (2522) ได้ทำการศึกษาโดยใช้การเสริมแรงทางสังคม เพื่อปรับพฤติกรรมเจ็บขมิ้นผิดปกติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 4 คน ผลปรากฏว่าการใช้แรงเสริมของครูโดยการให้ความสนใจ คำชมเชย การยอมรับ ทำให้พฤติกรรมเจ็บขมิ้นผิดปกติลดลง และมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์มากขึ้น คือ การสบตา ทักทาย ถาม พุด และยิ้ม ส่วน ศรีสุนันท์ พุ่มไพจิตร (2542) ได้ทำการศึกษาผลการใช้เทคนิคเบี้ยอรรถกรและเทคนิคการเสริมแรงทางสังคม ต่อพฤติกรรมการพูดคำหยาบของนักเรียนระดับชั้นอนุบาล 2 จำนวน 6 คน ผลปรากฏว่า นักเรียนระดับชั้นอนุบาลมีพฤติกรรมการพูดคำหยาบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

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

โรงเรียนอนุบาลแห่งหนึ่งโดยใช้การเสริมแรงทางสังคม ผู้รับการทดลองเป็นเด็กหญิงอายุ 5 ปี ซึ่งแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวคือ ปากร้ายและใช้คำพูดสบประมาท (Verbally insulting) ผู้วิจัยแก้ไขให้เขามีพฤติกรรมการเล่นกับเพื่อนเพิ่มขึ้น โดยครูให้ความสนใจอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งให้ของเล่นที่ต้องการด้วยเมื่อเขาเล่นร่วมกับเพื่อน ในขณะที่เดียวกันครูไม่ให้ความสนใจเมื่อเขาแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวลดลงและพฤติกรรมการเล่นกับเด็กอื่นเพิ่มขึ้น และเบอร์เน็ตและคณะ (Bernet et al, 2002: 791) ได้สังเคราะห์งานวิจัยที่ทำการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ามีงานวิจัยหลายเรื่องที่น่าการเสริมแรงตนเองและการลงโทษตนเองไปใช้ในโปรแกรม ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการให้การเสริมแรงมากกว่า



การลงโทษ ตัวอย่างวิธีการเสริมแรง เช่น การให้สิ่งตอบแทนและรางวัล การให้สิ่งของที่มีตราสัญลักษณ์ (Logo) ของโปรแกรม การให้เงินรางวัล การจัดปาร์ตี้สำหรับครอบครัว (Family fun night) การให้เงินตอบแทนสำหรับเด็กและให้วุฒิบัตรสำหรับผู้ปกครอง การให้คู่มืออาหารกลางวัน ดำเนินอาหาร หนังสือการ์ตูนที่เด็กชอบ การให้สติ๊กเกอร์ แวนช่าย หมวก และจับฉลากสำหรับการทัวร์สถานที่ท่องเที่ยว เป็นต้น

7.2) การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result Based Management – RBM: R)

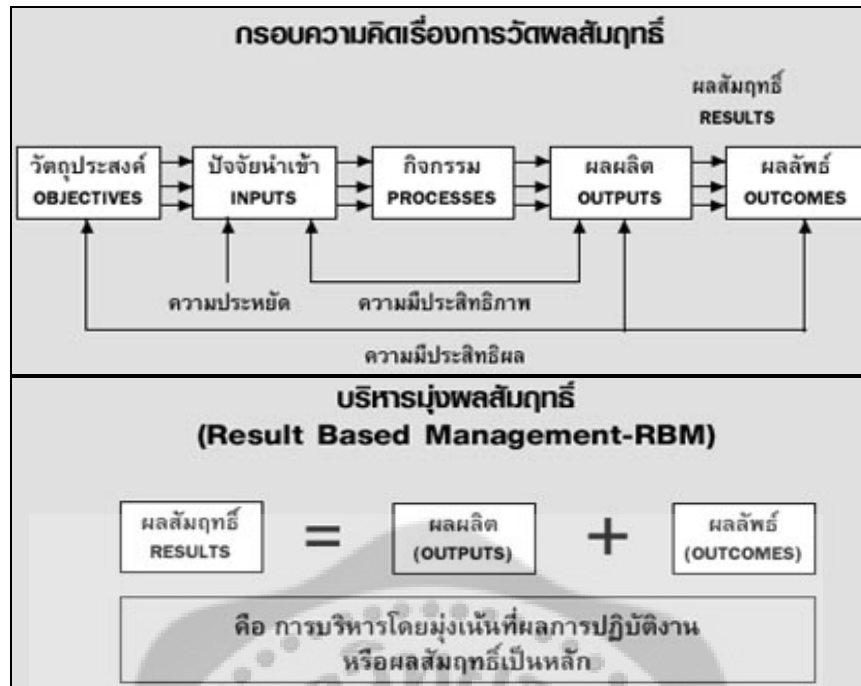
การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์เป็นกิจกรรมสำคัญของแผนการปรับเปลี่ยนบทบาทภารกิจและวิธีการบริหารงานของภาครัฐตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 และพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ.2545 มาตรา 3/1 ซึ่งคำนึงถึงประชาชนและผลสัมฤทธิ์ของงาน เพื่อให้การทำงานของหน่วยงานหรือโครงการมุ่งเน้นผลลัพธ์ของงานมากกว่าเน้นปัจจัยนำเข้ากระบวนการทำงานและกฎระเบียบที่เคร่งครัด โดยจะมีการวัดผลอย่างเป็นรูปธรรม การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ให้ความสำคัญกับการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ วัตถุประสงค์ เป้าหมายที่ชัดเจน และการกำหนดผลผลิต ผลลัพธ์ที่สอดคล้องกัน รวมถึงมีการกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่ชัดเจนในการวัดความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานเพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล มีความรับผิดชอบต่อประชาชน การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานขององค์กร ช่วยให้การบริหารการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม มีทิศทางในการปฏิบัติงาน มีระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นระยะ ๆ ทำให้ทราบผลการปฏิบัติงานเมื่อเทียบกับแผนหรือเป้าหมาย สามารถรายงานความก้าวหน้าผลการปฏิบัติงานต่อผู้บริหารและทำให้แก้ปัญหาได้ทันทั่วทั้ง

7.2.1) ความเป็นมาการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์

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

7.2.3) ความหมายการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์

การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result Based Management) คือ วิธีการบริหารที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์หรือผลการปฏิบัติงานเป็นหลัก โดยมีการวัดผลการปฏิบัติงานด้วยตัวชี้วัดอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อให้บรรลุ วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ทำให้ผู้บริหารทราบผลความก้าวหน้าของการดำเนินงานเป็นระยะ ๆ แลแก้ไขปัญหาได้ทันทั่วทั้งที่เป็นการควบคุมทิศทางดำเนินงานให้มุ่งสู่วิสัยทัศน์ฯ ของหน่วยงาน



ภาพประกอบ 16 แสดงกรอบความคิดในการวัดผลสัมฤทธิ์ของงาน

ที่มา: สำนักงานข้าราชการพลเรือน. (2541). ระบบบริหารงานโดยมุ่งผลสัมฤทธิ์.

จากภาพประกอบ 16 ผลการปฏิบัติงาน ที่วัดจาก ผลผลิต (Outputs) นั้นหมายถึง งาน บริการ หรือกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่ทำเสร็จสมบูรณ์พร้อมส่งมอบให้ประชาชนผู้รับบริการ ผลผลิตเป็น ผลงานที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมโดยตรง

ผลลัพธ์ (Outcomes) หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นตามมา ผลกระทบ หรือเงื่อนไขที่เกิดจากผลผลิต ผลลัพธ์มีความสัมพันธ์โดยตรงกับประชาชนผู้รับบริการ และสาธารณชน

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

7.2.4 ลักษณะของการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์

ลักษณะของการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์เกี่ยวข้องกับทุกกระบวนการของการบริหาร (PDCA) ได้แก่ Plan มีวัตถุประสงค์ หรือ เป้าหมายที่ชัดเจน (ต้องการทราบว่าผลสัมฤทธิ์คืออะไร),



Do มีการปฏิบัติงานที่มุ่งให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามแผนที่วางไว้หรือไม่, Check มีการตรวจสอบว่าปฏิบัติได้ผลสัมฤทธิ์ตามแผนที่วางไว้หรือไม่ และ Act ปรับปรุงแก้ไขให้ได้ผลสัมฤทธิ์ตามแผน

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 - วัดได้ตามเวลาที่กำหนด

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

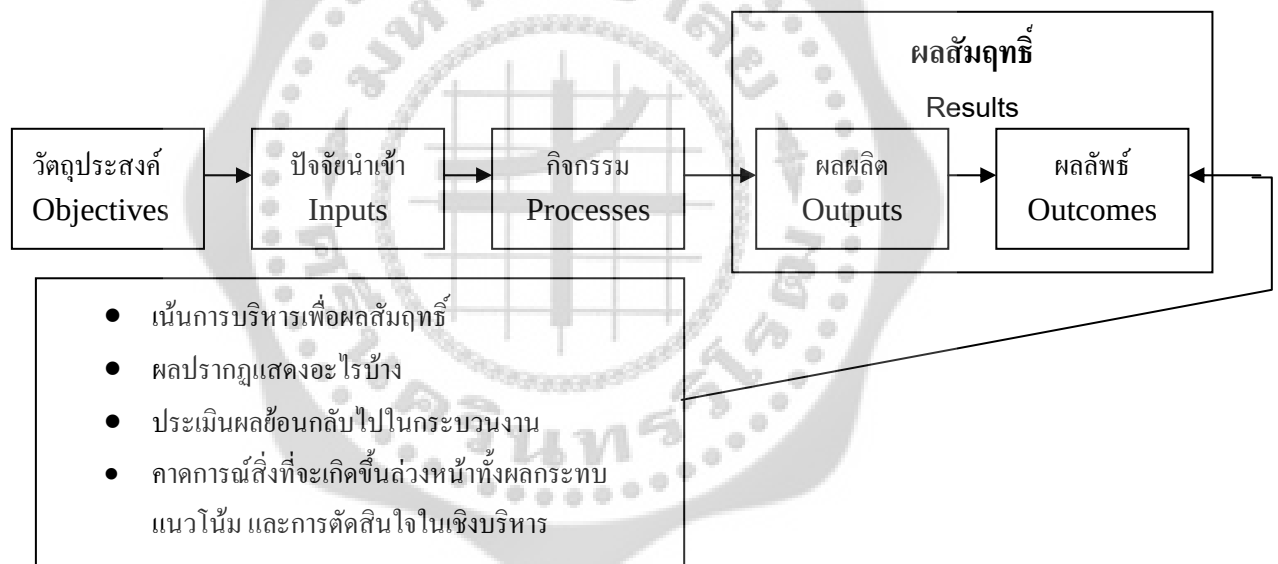
2.2 วัดจากแรงงาน เช่น วัดจากจำนวนเจ้าหน้าที่ หรือเวลาที่ใช้ผลิต

3. ความประหยัด (Economy) เช่น ร้อยละของต้นทุนที่ลดลง

4. คุณภาพ (Quality) วัดความถูกต้อง ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

5. ความสามารถในการให้บริการได้ตามเวลาที่กำหนด (Timeliness) เช่น ร้อยละของผู้ประกอบการที่ได้รับเอกสารการจดทะเบียนภายในเวลามาตรฐาน

การวิเคราะห์ผล เป็นการพิจารณาผลการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริงเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด แล้วประเมินย้อนกลับเข้าไปในกระบวนการทำงานขององค์กร เพื่อคาดหมายถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้า ผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นและแนวโน้มการตัดสินใจในเชิงบริหาร



ภาพประกอบ 17 สรุปองค์ประกอบในการวัดผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงาน

(สำนักงานข้าราชการพลเรือน, 2541)

สรุปได้ว่า ในการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการใด ๆ หลักสำคัญยิ่งที่ผู้ดำเนินการต้องใช้ตามวงจร PDCA แล้วคือ การกำหนดตัวชี้วัดของกิจกรรมและโครงการไว้อย่างชัดเจน สามารถวัดได้ และตัวชี้วัดหลักที่สำคัญมีอยู่เพียงไม่กี่ตัวและเป็นตัวชี้วัดที่ประเมินได้ว่าโครงการมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลก็คือ ตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ ที่มีทั้งตัวชี้วัดที่ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้นดังโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในครั้งนี้ จะใช้ตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ ผลผลิตวัดจาก ร้อยละของจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ วัดจาก ร้อยละของจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการที่มีผลการ



เปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และผลการเปลี่ยนแปลงทางสภาพร่างกาย และผลการเปลี่ยนแปลงของผลเลือดหรือทางเคมีชีวในร่างกายไปในทางที่ดีขึ้น

7.3)การมองโลกแง่ดี (Optimism: O)

ในสภาวะปัจจุบันที่การดำเนินชีวิตหลายต่อหลายอย่างต้องเผชิญกับภาวะความคับข้อง หม่นหมอง สับสน วุ่นวายและบางอย่างรบกวนจิตใจ จนส่งผลอย่างยิ่งต่อกำลังใจในการต่อสู้หรือ ความกล้าต่อการเผชิญเพื่อฟันฝ่าอุปสรรคนานัปการของเราให้ลดน้อยถอยลง ผู้ที่ไม่สามารถ ผ่านพ้นไปได้ต้องจมกับอยู่กับความคิดที่เป็นทุกข์ ไม่สามารถก้าวข้ามปัญหาที่ผ่านเข้ามาได้จน เกิดผลเสียต่อการดำเนินชีวิตโดยไม่สามารถตีค่าเป็นเงินตราได้ ดังนั้น จึงต้องมีการพัฒนาความคิด ให้เป็นความคิดเชิงบวกมากขึ้น ด้วยเพราะเป็นวิธีการคิดที่มีความสำคัญ และยังเป็นแนวทางปฏิบัติที่ ช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ได้ ผู้ที่สามารถปรับเปลี่ยนมุมมองของความคิดให้แตกต่างไปจากเดิม ก็จะพบ ในสิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างน่าอัศจรรย์ เพราะการคิดเชิงบวกเป็นความคิดที่ช่วยทำให้ชีวิตมีความ สมดุล มีความสุขมากขึ้น

7.3.1) ความหมายของความคิดเชิงบวก

นิภา แก้วศรีงาม (2548: 76) ให้ความหมายการคิดเชิงบวกว่า เป็นกระบวนการทางความคิด ของบุคคลที่เกิดจากการที่คนมีรูปแบบรับรู้และการรู้คิด (Perception and cognitive style) ไปในทิศทางที่ ดี มองและรับรู้สิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริง เป็นเหตุเป็นผลด้วยอารมณ์ที่ผ่อนคลาย จึงทำให้มีพฤติกรรม การแสดงออกที่เหมาะสม การคิดบวกเป็นการโน้มน้าวจิตใจสำนึกในทางที่ดี (เวรา ไฟฟ์เฟอร์, 2548: 27) เป็นการสร้างเจตคติที่ดีต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่อวัตถุหรือสภาพการณ์เจตคติที่เป็นบวกนี้จะเป็น เครื่องมือสำคัญของเราที่จะสามารถอยู่ในโลกที่สับสนวุ่นวายนี้ได้อย่างประสบความสำเร็จ และมีความสุข (พรณี บุญประกอบ, 2549: 1) สอดคล้องกับ เวรา ไฟฟ์เฟอร์ (2002: 16-20) เป็นการคาดหวังที่จะ ได้ผลที่ดีที่สามารถประสบความสำเร็จถึงแม้ว่าจะมีอุปสรรคมากมาย และรัตนา บรรณาธรรม (2548: 1) ให้ความหมายว่าการคิดเชิงบวกเป็นศิลปะสำคัญของการดำรงชีวิตให้มีความสุข เป็นอุบาย กล่อมใจ ให้ยอมรับสภาพปัญหาที่กำลัง ปรากฏเพื่อให้มีกำลังใจและความเข้มแข็งในการต่อสู้กับ ชีวิตต่อไป

ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่า การคิดเชิงบวก เป็นกระบวนการทางความคิดของบุคคลที่เกิดจาก การมีรูปแบบการรับรู้ การคิดไปในทางที่ดี เป็นการสร้างเจตคติและแนวโน้มน้าวจิตใจสำนึกที่ดีต่อ ตนเอง ต่อผู้อื่น และต่อวัตถุหรือสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นเครื่องมือ เป็นวิธีการที่ทำให้ยอมรับสภาพ ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเข้มแข็งสามารถดำรงชีวิตอย่างประสบความสำเร็จ และมีความสุข

7.3.2) ลักษณะของการคิดเชิงบวก

การคิดเชิงบวกมีลักษณะของการคิดที่ขอบหาทางปรับปรุงแก้ไขเหตุการณ์ของชีวิตให้ดีขึ้น ซึ่ง การปรับปรุงต่างๆ ไม่จำเป็นต้องเริ่มต้นจากการจับผิดหาข้อผิดพลาด หรือตำหนิผู้อื่น ทักษะคิด



ที่สำคัญของผู้ที่มีนิสัยคิดทางบวกคือ ไม่วิพากษ์วิจารณ์ข้อบกพร่องหรือข้อผิดพลาดของใคร แต่จะคอยหาวิธีการที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแก้ไข ในทุกเรื่องที่ต้องคิดต้องทำให้ดีขึ้นตามความเหมาะสม (เกียรติวรรณ อมาตยกุล, 2544: 69)

ในสภาพการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นมีหลายเหตุปัจจัยผู้ที่มีการคิดเชิงบวกสามารถเลืกมองในทางที่สดใส ซึ่งไม่ได้หมายความว่าหลีกเลี่ยงปัญหา แต่เป็นการคิด การมองอย่างถี่ถ้วนดูว่าอะไรเป็นสิ่งที่รบกวนหรือให้เกิดปัญหา และอะไรคือสิ่งเหมาะสมที่เราจะทำ ถ้าเรามีความคิดเชิงบวก เราจะเตรียมพร้อมไปกับเหตุการณ์นั้นๆ และคิดที่จะหาทางแก้ปัญหา (Peiffer, Vera, 2002: 16) ซึ่งสอดคล้องกับแคธริน เครเมย์ (2545: 51) ที่กล่าวว่าความคิดเชิงบวกเป็นวิธีการคิดให้เป็นศักยภาพแทนปัญหา หากแต่รู้จักนำเรื่องร้ายๆ ที่เกิดขึ้นมาใช้ให้เป็นประโยชน์ เช่นเดียวกับมาติน (Martin, English, 1992: 2) ให้มองเน้นหาสิ่งที่ดีในเหตุการณ์ จะสามารถแก้ไขปัญหา และผ่านพ้นเหตุการณ์ที่ไม่ดีนั้น อย่างไรก็ตามการคิดและการกระทำเชิงบวกไม่ได้เป็นเครื่องรับประกันได้ว่าทุกปัญหาจะต้องได้รับการแก้ไข แต่การคิดและการกระทำเชิงบวกซึ่งเป็นวิธีการที่สร้างสรรค์นี้จะรับประกันได้ว่าเป็นวิธีที่ดีและมีประสิทธิภาพสูงสุดในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้ (เกียรติวรรณ อมาตยกุล, 2545: 76)

การคิดเชิงบวกเป็นวิธีการคิดที่เกิดจากการเรียนรู้ของบุคคลสามารถฝึกฝน และพัฒนาได้ ซึ่งการเรียนรู้การคิดเชิงบวกเป็นการเรียนรู้ในการแปลความหมายของเหตุการณ์ต่างๆ ในด้านบวก ซึ่งไม่ได้เป็นการหลอกตัวเอง เป็นเพียงการแปลความหมาย การมองมุมมองใหม่ๆ ที่เป็นการสร้างสรรค์ เป็นประโยชน์ มีคุณค่ามากกว่ามุมมองเดิม อย่างในกรณีของการเกิดเหตุการณ์เดียวกัน พบปัญหาเดียวกัน บุคคลที่คิดเชิงบวก มีมุมมองการคิดที่จะเลือกคิดสิ่งสร้างสรรค์ที่มีประโยชน์มีความสุขส่วนบุคคลที่คิดลบ มองโลกในแง่ร้ายก็จะอยู่กับความทุกข์ ความสับสน วิตกกังวล ความคาดหวังต่ำ ไม่พบคำตอบในการแก้ปัญหา ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงความคิดเชิงบวกจึงมีความสำคัญและส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคนได้

จากการที่เราทราบว่าความคิดเป็นวงจรที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความรู้สึก และพฤติกรรม ถ้าเรามีความคิดเชิงบวก จะส่งผลต่อความรู้สึกดีๆ ความอึดเอมใจ ปลายปลื้มใจ มีความสุข รู้สึกกระปรี้กระเปร่ามีพลังกำลัง ทำให้พฤติกรรมการแสดงออกไปในทางสร้างสรรค์ในทางที่ดี ตรงกันข้าม ถ้ามีความคิดเชิงลบ ทำให้ความรู้สึกตึงเครียด สับสนวุ่นวาย ไม่สบายใจ ไม่มีความสุข พฤติกรรมของเราก็จะแสดงออกในทางลบ อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น จึงสรุปได้ว่า (Martin, English, 1992: 1-4; เกียรติวรรณ อมาตยกุล, 2545: 76)

1. ความคิดเหมือนมีตัวตน ถึงแม้จะจับต้องไม่ได้แต่มีพลัง มีผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามความคิดได้
2. เราสามารถเปลี่ยนแปลงไปตามความคิด เราเป็นอย่างไรที่เราคิด
3. ความคิดเป็นจุดเริ่มต้นของการกระทำ และการแสดงออก



4. สมอจะมีความคิดอยู่เสมอ มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาไม่ทางบวกก็คิดด้านลบ
5. ความคิดของคนเรานั้นเปรียบเหมือนแท่งแม่เหล็กที่เคลื่อนที่เพื่อนำพาชีวิตให้ไปหาสิ่งที่เราคิดอยู่เสมอ และดึงดูดสิ่งที่ความคิดคล้ายกับเราให้เข้ามาหาเรา

6. ความคิด นำสู่การกระทำ นำสู่นิสัย และทำให้เกิดชะตาชีวิตที่ดีหรือไม่ดีได้

จึงเป็นได้ว่าการคิดมีอิทธิพลและเป็นตัวนำพาชีวิตของเราให้พบกับความสำเร็จหรือความล้มเหลวขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นจะเลือกที่จะคิดอย่างไร เลือกคิดในเชิงบวก ทำให้ตนเองสบายใจ มีความสุข ทำให้บุคคลรอบข้างเรามีความสุขด้วย มีความคิดสร้างสรรค์ มีพลัง มีกำลังใจ จะต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ ได้อย่างไม่ย่อท้อซึ่งทำให้บุคคลสามารถก้าวออกจากวังวนของมุมมองเดิมๆ ปัญหาเดิมๆ มุมมองใหม่ และวิธีการแก้ปัญหาใหม่ๆ อย่างสร้างสรรค์

7.3.3) ความสำคัญของการคิดเชิงบวก

โดยปกติแล้วความคิดเชิงลบจะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ง่ายกว่า เพราะธรรมชาติของคนเรานั้นพร้อมจะมองเห็นความบกพร่องมากกว่ามองเห็นข้อดี ในขณะที่ความคิดเชิงบวก ต้องอาศัยมุมมองและการคิดที่ดีกว่านั้น ไม่ใช่การคิดขึ้นเดียวจากการเห็นแล้วสรุปความเลยว่าสิ่งนั้นไม่ดี แต่ต้องมาจากมุมมองที่เชื่อว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น (โดยเฉพาะเรื่องไม่ดี) ย่อมมีประโยชน์หรือความดีแฝงอยู่ด้วยเสมอ ดังนั้น การมองโลกเชิงบวก (Positive thinking) จึงหมายถึงการมองสิ่งต่างๆ อย่างเข้าใจ ยอมรับได้ในด้านลบ มองปัญหา ความทุกข์ ความไม่ราบรื่นเป็นเรื่องธรรมดา หากรู้จักเลือกใช้ประโยชน์จากด้านบวกที่แฝงอยู่จากสิ่งนั้นๆ ได้ เหตุการณ์บางอย่างที่ไม่สามารถเลือกได้ว่าจะให้เกิดหรือไม่ให้เกิด แต่เมื่อเกิดขึ้นไปแล้ว เราเลือกได้ว่าจะมองและรู้สึกได้อย่างไร

การคิดเชิงบวกเป็นพื้นฐานสำคัญในการต่อยอดอีกสองข้อที่เหลือนั้นคือการสู้ไม่ถอยและความคิดสร้างสรรค์ เมื่อคิดเชิงบวกทำให้มีแรงจูงใจในการคิดและทำเพื่อแก้ปัญหา เป็นการสู้ ไม่ใช่ถอยหนี การคิดเชิงบวกทำให้คนรู้สึกสบายไม่ตึงเครียด ซึ่งนั่นเป็นภาวะที่เหมาะสมสำหรับการคิดสิ่งใหม่ๆ เป็นภาวะที่บางคนเชื่อว่าทำให้สติปัญญาเฉียบแหลมขึ้น ลองนึกถึงเครื่องคอมพิวเตอร์ ซึ่งก็เหมือนกล่องความคิดเรา ตอนที่เห็นตามจริงนั้นสภาพกล่องความคิดก็ดำเนินการไปตามระเบียบ พอเราคิดบวกคลื่นความคิดจิตใจก็กระเพื่อมไปในแนวสบายๆ แต่พอคิดลบกระแสความคิดก็เริ่มตึงกัน วุ่นวาย คิดซ้ำๆ ติงๆ หรือบางทีหลายๆเรื่องพร้อมๆ กัน ยิ่งคิดยิ่งโมโห ยิ่งขุดข้อมูลเก่าบ้าง เดิมแต่งใหม่บ้างยุ่งกันใหญ่

สรุปได้ว่า ถ้าหากคนที่มีความคิดเชิงบวกนั้นอยู่ใกล้ๆ กับใคร เขาจะให้พลังแก่คนที่อยู่รอบข้าง และช่วยดึงศักยภาพของคนเหล่านั้นออกมา แล้วยังเพิ่มความตระหนักในโอกาสที่จะเกิดขึ้นอีกในทางตรงกันข้าม เมื่อเราอยู่ใกล้ๆ คนที่มองโลกในแง่ร้าย ก็จะทำให้เรารู้สึกหดหู่และหมดความหวัง และความเชื่อมั่นลงได้ คนที่มองโลกในแง่บวกนั้นเปรียบเสมือนคนที่ส่องสว่างมาที่ปลายอุโมงค์ เขาจะเปิดโอกาสให้เราเห็นถึงความเป็นไปได้ คนประเภทนี้จะมีแนวความคิดที่ว่า “ไม่มี



อะไรที่เป็นไปไม่ได้” คนที่มองโลกในแง่ดีนั้น หากอยู่ใกล้กับใคร เขาจะช่วยให้เราเห็นผลประโยชน์ และช่องทางของ “คำตอบเชิงสร้างสรรค์” ซึ่งคนที่มองโลกในแง่ร้ายนั้นจะมองข้าม คิดว่าไม่มีทางออก ไม่มีทางแก้

7.3.4) งานวิจัยที่ทำการศึกษเกี่ยวกับการคิดเชิงบวก

ธีรศักดิ์ ธาราช (2549: online) ได้ทำการศึกษาลักษณะความคิดของนักธุรกิจที่สามารถดำเนินธุรกิจให้ผ่านพ้นวิกฤตเศรษฐกิจมาได้ พบว่าส่วนใหญ่มีการคิดเชิงบวกเป็นหนึ่งใน 3 ความคิดสำคัญของผู้บริหาร โดยถือว่าการคิดเชิงบวกนำไปสู่ช่องทางการหาทางออกและทำให้องค์กรเติบโตอย่างก้าวกระโดดหลังเกิดวิกฤต เพราะเปลี่ยนวิธีคิด วิธีทำงาน เพื่อความอยู่รอด แต่ผลกลับกลายเป็นว่าวิธีการเหล่านั้นมีประโยชน์มากและให้ผลสัมฤทธิ์ดีกว่าวิธีการทำงานเดิมๆ ในช่วงเวลาปกติ

เชลิกแมน และสคูลแมน (กรวรรณ สุพรรณวรญา, 2544: 32; อ้างอิงจาก Seligman; & Schulman, 1986) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการอธิบายกับผลสัมฤทธิ์ทางการทำงาน และ การใช้รูปแบบของการอธิบายทำนายการคงอยู่ในการประกอบอาชีพของตัวแทนขายประกันชีวิต เพราะตัวแทนเหล่านี้มักจะประสบกับเหตุการณ์เลวร้ายบ่อยครั้ง ในการศึกษาได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวแทนขายประกันทำงานอยู่ก่อนแล้ว จำนวน 94 คน และกลุ่มตัวแทนขายประกันที่เข้ามาทำงานใหม่ จำนวน 101 คน พบว่าในกลุ่มที่เป็นตัวแทนขายประกันอยู่ก่อนแล้ว ผู้ที่มีลักษณะการมองโลกในแง่ดี ขายประกันชีวิตในช่วง 2 ปีแรกได้มากกว่าผู้ที่มีลักษณะการมองโลกในแง่ร้ายถึงร้อยละ 37 ส่วนในกลุ่มตัวแทนขายประกันที่ลักษณะการมองโลกในแง่ดี นอกจากนี้มีผลงานวิจัยในต่างประเทศอีกเรื่องหนึ่งชี้ว่า ในบรรดาสตรีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม ผู้ที่มองโลกในแง่ดีมากกว่า มีความพยายามในการจัดการกับปัญหาได้มากกว่าผู้ที่มองโลกในแง่ร้าย ส่งผลให้สตรีเหล่านี้สามารถปรับตัวได้ดีกว่าเมื่อต้องเผชิญกระบวนการตรวจสอบชิ้นเนื้อร้าย และอาการเจ็บป่วย (Carver; et al. 1993; Stanton; & Snider, 1993; citing Holahan; et al, 1996: 32 อ้างใน งามตา วนิทนานนท์, 2550)

ในงานวิจัยภายในประเทศ เช่นของ ทิพา มั่งน้อย (2534) ได้ศึกษาความสามารถในการปรับตัวของนักเรียนมัธยมศึกษาที่รูปแบบการอธิบายแตกต่างกัน โดยศึกษาว่านักเรียนที่มีรูปแบบการอธิบายแบบใดจะมีความสามารถในการปรับตัวกับเพื่อนสูงกว่ากัน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน พบว่า นักเรียนที่มีรูปแบบการอธิบายในลักษณะการมองโลกในแง่ดี มีความสามารถในการปรับตัวกับเพื่อนสูงกว่านักเรียนที่มีรูปแบบการอธิบายในลักษณะการมองโลกในแง่ร้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 ในขณะที่ อรพินทร์ ชูชม และคณะ (2546) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาตนเพื่อเพิ่มพลังใจในการทำงาน: กรณีข้าราชการครูประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการครูสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 547 คน พบว่า ปัจจัยทางจิตลักษณะที่มีผลโดยตรงต่อพลังใจในการทำงาน มี 3 ตัวแปร ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี (เบต้า = .33) การเห็นคุณค่าในตนเอง (เบต้า = .23) และวิธีการเผชิญแบบ



ถอยหนี (เบต้า = .09) โดยการมองโลกในแง่ดี และเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดทางบวกต่อพลังใจในการทำงาน และ ปิยะดี ลิ้มละบำรุง (2547: 51) ศึกษาการพัฒนาการมองโลกในแง่ดีด้วยโปรแกรมการฝึกทักษะการคิดของนิสิตที่มีคะแนนเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมาจำนวน 36 คน เป็นกลุ่มทดลอง 18 คน กลุ่มควบคุม 18 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการมองโลกในแง่ดีที่พัฒนามาจาก เซลิกแมน พบว่ากลุ่มทดลองมีการมองโลกในแง่ดีทุกมิติ และในด้านรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยพบว่าทั้งชาย และหญิง มีคะแนนการมองโลกในแง่ดีไม่แตกต่างกัน

ยังมีงานวิจัยอีกเป็นจำนวนมากที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการคิดเชิงบวกที่ได้ข้อค้นพบที่ตรงกันว่า คนที่มีการคิดเชิงบวกมักมีข้อได้เปรียบในการดำเนินชีวิต รวมทั้ง ประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ของการดำเนินชีวิตมากกว่าคนที่มองโลกในแง่ลบ

7.3.5) การวัดความคิดเชิงบวก

จากงานวิจัยข้างต้นจะพบว่าคนส่วนใหญ่เชื่อว่าการมองโลกในด้านบวกนั้นเป็นสิ่งดี อย่างไรก็ตาม บุคคลเป็นจำนวนมากมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องต่อการมองโลกด้านบวก จึงต้องมีการประเมินความคิดในเชิงบวกของตนเองเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่ดีเกินไปหรือเลวเกินไป และไม่เป็นการหลอกตัวเอง แต่การมองทางด้านบวกเพื่อให้ลูกคิด ให้มีมุมมองให้รอบด้าน และเป็นกลอุบายในการสร้างสภาวะจิตใจสงบ เมื่อจิตใจสงบก็จะทำให้เราใช้สติปัญญาเข้าแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึง การสนใจที่จะปรับปรุงตนเองและการทำงานให้ดีขึ้นต่อไป

ดังนั้น การประเมินความคิดเชิงบวกของตนเอง จึงเป็นอีกสิ่งสำคัญที่ควรให้ความใส่ใจ โดยเฉพาะการตรวจสอบเพื่อสำรวจความคิดของตนเองและนำไปสู่การพัฒนาตนเองที่ดียิ่งขึ้นต่อไป อาทิเช่น แบบประเมินการคิดเชิงบวก โดย เท็ดสจวร์ต เดซง (2548: 22-25) ที่ทำการสำรวจความคิดและการใช้ความคิดผ่านประสบการณ์ของตนเอง เช่น วันนี้คุณพบเจอเรื่องดีๆ บ้างไหม, คุณเป็นคนที่ดีแท้ หมดกำลังใจเมื่อพบอุปสรรค, คุณคิดว่าตนเป็นคนโชคร้ายบ้างไหม, คุณมักจะล้มเหลวมากกว่าที่คุณคาดการณ์ไว้และคุณคิดว่าคนรอบข้างคุณเป็นคนไม่น่าคบหา โดยในแต่ละข้อต่างก็มีคำอธิบายที่สะท้อนถึงความคิดเชิงบวกของตนเองได้อย่างชัดเจน เช่น ถามว่า “วันนี้คุณพบเจอเรื่องดีๆ บ้างไหม” สะท้อนให้เห็นว่า “1 คนส่วนใหญ่มักมองข้ามสิ่งดีๆ ในชีวิตประจำวันที่ตนเองประสบมา ซึ่งถ้าหากเราฝึกฝนตนเองให้ไวพอที่จะรับรู้สิ่งดีๆ เหล่านี้ชีวิตก็就会有ความสุขได้ง่ายขึ้นไม่ว่าจะเป็นอากาศเย็นสบายที่นั่งพอดีกัน น้ำที่เย็นสดชื่น ฯลฯ” เป็นต้น

7.4) แรงจูงใจ (Motivation: M) อัจฉรา สุขารมณ์ (2551) ได้ให้ความหมายของ แรงจูงใจ หมายถึง แรงผลักดันที่ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งอย่างต่อเนื่องและมีจุดมุ่งหมาย มีความสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมด้านต่างๆ ของมนุษย์ รวมถึงพฤติกรรมการบริหารจัดการโครงการ ณ ที่นี้อธิบายถึงหลักการสร้างแรงจูงใจ ประโยชน์ ตลอดจนแนวคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง



7.4.1) ประเภทของแรงจูงใจ

นักการศึกษาและนักจิตวิทยา ได้แบ่งแรงจูงใจออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. แรงจูงใจภายนอก (Extrinsic motivation) หมายถึง สิ่งผลักดันภายนอกตัวบุคคลที่มากระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม อาจจะเป็นรางวัล เกียรติยศชื่อเสียง คำชม การได้รับการยอมรับยกย่อง ฯลฯ แรงจูงใจนี้ไม่คงทนถาวรต่อพฤติกรรม บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองสิ่งจูงใจดังกล่าวเฉพาะในกรณีที่ต้องการรางวัล ต้องการเกียรติ ชื่อเสียง คำชม การยกย่อง การได้รับการยอมรับเท่านั้น

2. แรงจูงใจภายใน (Intrinsic motivation) หมายถึง การที่บุคคลมองเห็นคุณค่าของกิจกรรมที่ทำจึงทำด้วยความเต็มใจ ตระหนักว่าการบรรลุผลสำเร็จในกิจกรรมนั้นเป็นรางวัลอยู่ในตัวแล้วซึ่งสภาพของบุคคลที่มีความต้องการและอยากแสดงพฤติกรรมบางสิ่งบางอย่างด้วยเหตุผลและความชอบของตนเอง (As a state in individual wants to do or learn something for its own sake) บุคคลที่มีแรงจูงใจภายในนี้ จะแสดงพฤติกรรมหรือกระทำการกิจกรรมด้วยความพึงพอใจและยินดีทำงานของตน เพราะอยากจะทำจุดหมายปลายทางอยู่ที่การทำการกิจกรรมนั้นๆ ฉะนั้นแรงจูงใจภายในจึงเป็นเรื่องของแรงจูงใจที่บุคคลนั้นเกิดมีขึ้นเอง อยากทำอยากแสดงด้วยตัวของตัวเองไม่มีใครบังคับ ไม่มีสิ่งของมาล่อ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรมที่คงทนถาวร

การพัฒนาบุคคลเพื่อให้เกิดแรงจูงใจภายใน จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบ 5 ด้าน ดังนี้

1. ความต้องการสิ่งที่ท้าทาย หมายถึง บุคคลที่มีแรงจูงใจภายในต้องมีความชอบ ความพึงพอใจ หรือต้องการทำงานที่แปลกใหม่ ไม่ซ้ำเดิม ซับซ้อน และมีความยากพอเหมาะสมกับความสามารถของแต่ละบุคคล

2. ความสนใจ-เพลิดเพลิน หมายถึง บุคคลที่มีแรงจูงใจภายในจะเป็นบุคคลที่มีความกระตือรือร้น ความอยากรู้อยากเห็น ตลอดจนมีความสุข พึงพอใจและเพลิดเพลินในการทำงานหรือกิจกรรมที่น่าสนใจ

3. ความเป็นตัวของตัวเอง หมายถึง บุคคลมีแรงจูงใจภายในในการทำงานเป็นบุคคลที่ชอบริเริ่มทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง มีอิสระในการคิดและการกระทำ

4. ความต้องการมีความสามารถ หมายถึง บุคคลมีแรงจูงใจภายในงานเป็นบุคคลที่ต้องการมีประสิทธิผลในการจัดการกับสภาพแวดล้อม ต้องการที่จะเรียนรู้ พัฒนาทักษะและความสามารถของตนเอง

5. ความมุ่งมั่น หมายถึง บุคคลที่มีแรงจูงใจภายในเป็นบุคคลที่มุ่งมั่นในการทำงานให้บรรลุด้วยความสามารถของตนเอง มีความยึดมั่นทุ่มเทให้กับงานโดยไม่หวังผลตอบแทนภายนอก ซึ่งความสำเร็จจากงานเป็นแรงบันดาลใจภายในมากกว่ารางวัลหรือเกียรติยศจากภายนอก



แนวทางการส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจสำหรับกลุ่มเสี่ยง

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

7.5 การให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Individual or Clients-Center

Approach: I)

จากการปรับเปลี่ยนหลักการและแนวคิดสำหรับการดูแลและการให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการที่เน้นการตั้งรับเป็นหลัก มาเป็นการให้บริการโดยคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Clients-Center Approach) ของการให้บริการนั้นๆ จะเป็นสิ่งสำคัญและเป็นความท้าทายอย่างยิ่ง



ต่อการทำงานขององค์กรทุกภาคส่วนในสังคม ไม่ว่าจะเป็นองค์กรภาครัฐบาล ภาคเอกชน ภาคประชาชนและแม้แต่ภาคธุรกิจที่ไม่มุ่งแสวงหากำไร (NGOs) ก็ดี ทั้งนี้ เพื่อรองรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (3C) ได้แก่

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

และจากความสำคัญดังกล่าวข้างต้นนี้เอง “การให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง” จึงได้ปรากฏขึ้นมาในฐานะวิธีการเพื่อรองรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทั้งยังสามารถสนองตอบต่อความต้องการของผู้รับบริการควบคู่กับเป้าหมายของการให้บริการได้เป็นอย่างดี

7.5.1) ความเป็นมาของการให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

จากการสืบค้นข้อมูล ไม่ปรากฏเอกสารที่เชื่อมโยงถึงประวัติการให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางโดยตรง แต่พบรากฐานทางความคิดที่มีความหมายใกล้เคียง นั่นคือ “การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง” ซึ่งเป็นรากฐานการทำงานที่สำคัญของการให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในระยะต่อมา

ผู้ให้กำเนิดการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง นั่นก็คือ คาร์ล โรเจอร์ส (Carl R. Rogers) โดยเขาได้รับอิทธิพลทางความคิดสายหนึ่งมาจาก เจสซี ทาฟต์ ซึ่งลูกศิษย์ของ ออตโต แรงค์ (Otto Rank) นักจิตวิทยา โดยแรงจูงใจมีแนวทางการทำงานที่เน้นการเสริมสร้างสิ่งใหม่ๆ ให้กับบุคคลมากกว่า รวมทั้ง เป็นการสร้างให้ผู้รับการบำบัดยอมรับสิ่งที่ตนเองเป็น และมีความรับผิดชอบต่อชีวิตตนเอง โดยที่ผู้ให้คำปรึกษามุ่งเน้นการช่วยเหลือที่ไม่มีทัศนคติตัดสิน ไม่ทำตนเป็นผู้เชี่ยวชาญ หรือแสดงบทบาทเหนือผู้รับการบำบัด ในขณะที่ยังสายหนึ่งมาจาก เคิร์ต โกลด์สไตน์ (Kurt Goldstein) ที่เน้นการทำงานที่ทำให้ผู้รับบริการได้รู้จักตัวตนที่แท้จริง (Self-actualization) ซึ่งถือได้ว่าเป็นเป้าหมายหลักของการบำบัดตามแนวของโรเจอร์ส การพัฒนาทฤษฎีของโรเจอร์สสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การให้การปรึกษาแบบไม่นำทาง (non-directive counseling) ในช่วงปี 1940 นี้ โรเจอร์สมีความเห็นทางแตกต่างไปจากการบำบัดแนวทางเดิมที่มองว่า ผู้ให้คำปรึกษาคือผู้เชี่ยวชาญที่รู้ดีที่สุด โดยการบำบัดของโรเจอร์สมุ่งเน้นการสร้างบรรยากาศที่ทำให้เกิดการมองในด้านดีและไม่ชี้นำผู้รับการบำบัด มากกว่าการให้คำแนะนำ ชี้นำ การกำหนดแนวทาง ชักจูง สอน วินิจฉัย และตีความ ตามความเห็นของโรเจอร์สการบำบัดแบบเดิมเป็นวิธีการที่ไม่มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดการ



ความอคติ (prejudice) และมักจะสร้างความผิดพลาดอยู่บ่อยครั้ง การบำบัดแบบไม่นำทางจะเน้นไปที่การทำให้ความสนใจกับการสะท้อน (Reflecting) และสร้างความชัดเจน (Clarifying) คำพูดและท่าทางการแสดงออกของผู้รับการปรึกษาเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการตระหนักรู้ความรูสึกตนเองมากขึ้น

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

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

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



ในปี 1940 โรเจอร์สได้ไปที่เมืองโคลัมบัส มลรัฐโอไฮโอ เพื่อเป็นอาจารย์สอนที่ Ohio State University และช่วงนี้ถือได้ว่าเป็นช่วงที่สองของการพัฒนาทฤษฎีของเขา หลังจากการนำเสนอผลงานของเขาที่ University of Minnesota ในปี 1940 ทำให้เขาตระหนักว่า แนวคิดจิตบำบัดของเขา คือแนวคิดใหม่สำหรับวงการจิตบำบัด โรเจอร์สให้ความสนใจกับการทำให้ผู้รับบริการเกิดความ รับผิดชอบต่อตนเอง และให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การบำบัดกับผู้รับการบำบัด อัน เป็นการสร้างความไว้วางและความร่วมมือที่จะสำรวจความรู้สึก และเสริมสร้างความรับผิดชอบต่อ ชีวิตของผู้รับการบำบัดเอง การสะท้อนความรู้สึกและการสร้างความกระจำอันนำไปสู่ความเข้าใจ ความรู้สึกของผู้รับการบำบัดถือได้ว่าเป็นหัวใจการบำบัดตามแนวคิดของโรเจอร์ส ในช่วงเวลานั้น

7.5.2 เป้าหมายของการบำบัด (Therapeutic goals)

การบำบัดแบบเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางมีเป้าหมายที่แตกต่างการบำบัดรูปแบบอื่นๆ โดยจะเน้นไปที่การสร้างให้บุคคลมีรู้สึกเป็นอิสระในตัวเองมากขึ้น แทนที่จะมุ่งให้ความสำคัญกับ ปัญหาของบุคคล ในทัศนะของโรเจอร์ (1977) การบำบัดไม่ใช่แค่การแก้ปัญหาเท่านั้น แต่ยังเป็นการ ช่วยสร้างกระบวนการแห่งความงอกงามในตัวผู้รับการบำบัดเพื่อที่จะช่วยให้เขาจัดการกับปัญหาที่ เขากำลังประสบอยู่ในปัจจุบันและอนาคตได้เป็นอย่างดีอีกด้วย

โรเจอร์ (1961) ได้เขียนไว้ว่า ผู้ที่มาขอรับการบำบัดมักจะถามว่า โรเจอร์ (1961) ได้เขียนไว้ ว่า ผู้ที่มาขอรับการบำบัดมักจะถามว่า “ฉันจะค้นพบตัวตนที่แท้จริงของฉันได้อย่างไร” “ฉันจะเป็น บุคคลที่ฉันปรารถนาจะเป็นได้อย่างไร” “ฉันจะทิ้งตัวตนที่จอมปลอมและเป็นตัวตนที่แท้จริงของฉัน ได้อย่างไร” เป้าหมายที่สำคัญของการบำบัด คือการ ช่วยสร้างบรรยากาศที่จะนำไปสู่การช่วยให้ บุคคลเป็นที่ใช้ศักยภาพของตนได้อย่างเต็มที่ การที่ผู้รับการบำบัดจะบรรลุเป้าหมายเช่นนี้นั้นได้ เขา ต้องทิ้งหน้ากากที่เขาสวมอยู่เสียก่อน หน้ากากที่ถูกสร้างขึ้นมาจากการกล่อมเกลามาของสังคม (Socialization) ผู้รับการบำบัดจะต้องตระหนักเสียก่อนว่า เขาสูญเสียความผูกพันตัวตนที่แท้จริง ของเขาเพราะความจอมปลอมเหล่านั้นที่เขาใช้อยู่ทุกวัน บรรยากาศที่ปลอดภัยในช่วงเวลาของการ บำบัดผู้รับการบำบัดค้นพบว่ายังมีความเป็นไปได้อื่นๆอยู่อีก เมื่อความจอมปลอมเริ่มจางหายไป ใน ระหว่างกระบวนการของการบำบัด อะไรที่จะเกิดขึ้นกับผู้รับการปรึกษา ซึ่ง โรเจอร์ (1961) อธิบาย ว่า ผู้ที่รู้จักตนเองอย่างถ่องแท้มากขึ้นจะมีลักษณะ ดังนี้

1. เปิดรับประสบการณ์มากขึ้น
2. มีความเชื่อมั่นในตนเอง
3. ประเมินสิ่งต่างๆ โดยใช้มุมมองของตนเองมากกว่าจากมุมมองของผู้อื่น
4. ปรารถนาที่จะเสริมสร้างตนเองให้เจริญงอกงามเพิ่มขึ้น

การสนับสนุนให้บุคคลมีคุณลักษณะดังกล่าวถือได้ว่าเป็นเป้าหมายหลักของการบำบัดแบบ ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยคุณลักษณะทั้ง 4 ประการดังกล่าวนี้ จัดได้ว่าเป็นกรอบแนวคิดในการ



สร้างความเข้าใจถึงทิศทางของการบำบัด นักบำบัดจะไม่ระบุเป้าหมายการบำบัดที่เฉพาะเจาะจงให้กับผู้รับการบำบัด หลักสำคัญประการหนึ่งของการบำบัดแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางก็คือมุมมองที่ว่า “...ภายใต้ความสัมพันธ์ที่ผู้ให้การบำบัดช่วยเหลือ ผู้รับการบำบัดจะมีศักยภาพที่กำหนดและสร้างความชัดเจนให้กับเป้าหมายของตัวเอง...”

7.5.3) แนวคิดที่สำคัญ

หลักการและแนวคิดการทำงานที่สำคัญที่นำไปสู่การทำงานที่ประสบความสำเร็จของโรเจอร์ นั้นคือ การทำงานที่มุ่งเน้นการสนองตอบต่อการพัฒนาบุคคลให้เกิดความเจริญงอกงามในระหว่างการบำบัดนั่นเอง ผ่านกระบวนการสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการนั่นเอง ซึ่งพอสรุปแนวคิดแต่ละขั้นในการดำเนินงาน ได้ดังนี้

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

7.5.4) พัฒนาการทางความคิดทางด้านสุขภาพกับการดูแลผู้รับบริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

อรรถประโยชน์จากการดำเนินงานที่มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญของโรเจอร์ ได้เป็นต้นแบบทางความคิดสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนาด้านอื่นๆ ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ดังเช่น ใน



วงการการศึกษาที่มีการจัดการศึกษาและการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Student-Center) วงการอุตสาหกรรมที่เน้นแรงงานและผู้นำเป็นความสำคัญลำดับแรกในการพัฒนาขององค์กร สายการพัฒนาองค์กร การพัฒนางานด้านสาธารณสุข กิจกรรมแบบข้ามวัฒนธรรมและหลากหลายพันธุ์ ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ และในทางการเมืองที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา

นายแพทย์ชิน เดชามหาชัย (2546) ได้กล่าวถึงการบริหารจัดการงานโรงพยาบาลและงานสาธารณสุขที่ได้นำแนวคิดของการดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวม โดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางไว้อย่างน่าสนใจว่า

“...การดูแลสุขภาพประชาชนก็เช่นกัน องค์ความรู้และเทคโนโลยีเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วมาก ความรู้ทางเทคนิควิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ความรู้ในการบริหารจัดการ โครงการส่งเสริมสุขภาพอย่างได้ผล สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรมในพื้นที่ ประสบการณ์ ความรู้ความชำนาญเฉพาะบุคคล ในการบริหารจัดการองค์ความรู้ต่างๆ วัฒนธรรม องค์กรในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ เหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ต้องมีการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกัน และกัน โรงพยาบาลก็เช่นกัน โรงพยาบาลเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ เป็นองค์กรที่มีวิสัยทัศน์ พันธกิจ ปรัชญา นโยบาย และรูปแบบการนำองค์กรการบริหารจัดการด้านต่างๆ เป็นของตนเอง มีทีมบุคลากรหลากหลายสาขาที่มีความรู้ความชำนาญต่างๆ จำนวนมาก มาอยู่รวมกัน มีเทคโนโลยีและแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชน ในแบบฉบับของตนเอง ได้รับความเชื่อถือไว้วางใจจากคนในชุมชน อยู่ในชุมชน ทราบถึงชีวิตความเป็นอยู่ สังคม วัฒนธรรม จิตใจ อารมณ์ และสภาวะสุขภาพของคนในชุมชน เป็นที่พึ่งพาของประชาชนในพื้นที่ มีศักยภาพ และความพร้อมในการดูแล และเป็นผู้นำด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งต้องอาศัยเทคโนโลยี ความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์ และความร่วมมือของบุคลากรทุกฝ่าย เป็นทีมสาขาวิชาชีพเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยเน้นผู้รับบริการ หรือประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีการพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมาย ทั้งที่เจ็บป่วย และที่ยังมีสุขภาพดี เพื่อลด การเจ็บป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน และเสริมสร้างสุขภาพ สมรรถภาพในทุกมิติ คำนึงถึงประโยชน์ ความต้องการ และความพึงพอใจของผู้มารับบริการ และประชาชนไม่ใช่การดูแลสุขภาพแบบแยกส่วน เป็นรายโรค รายอวัยวะแยกสุขภาพกายออกจากมิติด้านอื่นๆ ที่ประกอบเป็นคนคนนั้น ไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และความเป็นอยู่การจะดูแลสุขภาพผู้รับบริการให้เกิดการบูรณาการ มีการผสมผสาน โดยคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และมีเครือข่ายองค์ความรู้ เพื่อการประสานส่งต่อการดูแลสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ต้องมีกลยุทธ์ในการดำเนินงาน มีการบริหารจัดการระบบ การดูแลสุขภาพในลักษณะ ให้เกิดความคล่องตัวสะดวกต่อผู้รับบริการ ได้ข้อมูลต่างๆ ครอบคลุมปัญหาของผู้รับบริการ...”



ดังนั้น จึงพอสรุปหลักการสำคัญของการให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ได้ว่าเป็นการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมอะไรก็ตาม ที่มีเป้าหมายสำคัญอยู่ที่การคำนึงถึงประโยชน์ของกลุ่มผู้ได้รับผลประโยชน์ นั่นก็คือ ประชาชน นักเรียน ผู้รับบริการ ลูกค้า แรงงาน ฯลฯ ได้อย่างตรงตามความต้องการ มีการดำเนินงานที่ใส่ใจต่อกระบวนการมีส่วนร่วม การเสริมพลัง มีการจัดลำดับความสำคัญ มีวางแผนการดำเนินงานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการเป็นลักษณะทำไป ปรับปรุงไป และพัฒนาไป เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและเกิดนวัตกรรมในการดูแลและให้บริการใหม่ๆ อยู่ตลอดเวลา

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

การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) หรือความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นการคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองว่าสามารถทำสิ่งต่างๆ อย่างไร ตนเองมีความสำคัญอย่างไร การเห็นคุณค่าในตนเองเริ่มต้นมาตั้งแต่วัยทารก เมื่อได้รับการสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและได้รับความรักและความอบอุ่น บ่มเรีนรู้ว่าตนเองเป็นที่รัก และเริ่มเห็นคุณค่าในตนเอง เมื่อเข้าสู่วัยเตาะแตะ เด็กเรีนรู้เกี่ยวกับตนเองและความสามารถของตนเอง ถ้าเด็กได้รับความรัก จะเห็นคุณค่าในตนเองในทางตรงกันข้าม ถ้าเด็กรู้สึกว่าเขาไม่มีใครรักก็ยากที่จะพัฒนาในด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง

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

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



นอกจากนี้ ยังมีการให้ความหมายที่มีรายละเอียด เช่น หมายถึงความรู้สึกหรือทัศนคติทางบวก และการมองเห็นความสำคัญและคุณค่าของตนเองที่เกิดจากการสะท้อนภาพที่แท้จริงของตนเองตามความเป็นจริง (Real self) เมื่อนำมาเทียบกับภาพของตนเองตามความคาดหวัง (Ideal self) (จรัสศรี อินทรสมหวัง, 2543: อ้างอิงจาก; Kelly, 1985) นอกจากนี้ คูเปอร์สมิธ (Coopersmith) ได้ให้ความหมายว่า บุคคลใดที่ประเมินตนเองแล้วพบว่าตัวคนที่แท้จริงซึ่งมีความสอดคล้องกับที่ตนเองตามความคาดหวัง บุคคลนั้นจะรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และมีความมั่นใจที่จะดำเนินชีวิตด้วยตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองจะสูงขึ้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลใดประเมินตนเองแล้วพบว่าตัวคนที่แท้จริงไม่สอดคล้องหรือขัดแย้งกับ สิ่งที่ตนคาดหวัง บุคคลนั้นจะรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ไม่มีคุณค่า ไม่มีความสำคัญและประเมินตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถและทักษะในการทำ สิ่งต่างๆ ยิ่งมีความแตกต่างหรือมีความขัดแย้งมากเพียงใด การเห็นคุณค่าในตนเองย่อมลดต่ำลงเพียงนั้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจรุนแรง และอาจถึงขั้นที่ทำให้เกิดโรคจิตประสาทได้ (นิพนธ์ แจ่มเยี่ยม, 2539: 6-7; อ้างอิงจาก Coopersmith, 1967: 5)

ผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีการกระทำหรือมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ดังนี้

1. มักพูดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ เช่น “ไม่น่าจะมาเสียเวลากับฉัน” “แย่ง”
2. กล่าวขอโทษบ่อยๆ และสงสัยในความสามารถของตนเอง
3. เพ่งเล็งความผิดพลาดของตนเอง
4. ปฏิเสธเมื่อได้รับคำชมจากผู้อื่น
5. มุ่งความถูกต้องสมบูรณ์และมักจะรู้สึกว่าตนเองล้มเหลว

ส่วนผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองจะสามารถปรับปรุงด้านต่างๆ ของชีวิต ผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองเปิดรับการเรียนรู้และยอมรับการแนะนำจากผู้อื่น สามารถที่จะเผชิญกับปัญหาที่ท้าทาย ความเชื่อมั่นในตนเองมีผลดีต่อการเรียนและการทำงาน ผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงมักจะมีการกระทำหรือมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ดังนี้

1. ไม่อยู่กับความทุกข์นานนัก เช่น ความสิ้นหวัง ความเหงา ความรู้สึกที่ว่าตนไร้ค่าความละอายใจและความอับอาย
2. มีความกล้าที่บอกถึงความต้องการและความคิดเห็นด้วยความมั่นใจ
3. มีสัมพันธภาพที่มั่นคงชัดเจน ไม่อึดอัดที่จะติดต่อกับผู้อื่น และไม่เอาใจผู้อื่นมากเกินไป
4. กำหนดเกณฑ์และมาตรฐานสำหรับตนเองและผู้อื่นได้เหมาะสม จึงไม่ค่อยมีการวิพากษ์วิจารณ์ตนเองและผู้อื่น
5. สามารถชะลอความเครียดเมื่อพบสิ่งที่มีความท้าทายผิดหวังหรือเจ็บป่วยสามารถนำความเชื่อมั่น ในตนเองกลับคืนมาโดยเร็ว
6. ไม่พบปัญหาสุขภาพเกิดจากความเครียด เช่น ระบบอาหารไม่ปกติ ดิทยาและวิตกกังวล



7.6.1) งานวิจัยเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง

ผลการวิจัยเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองส่วนมากแสดงให้เห็นว่า การเห็นคุณค่า ในตนเองล้วนบ่งเกิดผลต่อการทำงาน การเรียนและด้านสุขภาพ ส่วนมากเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การจัดการความเจ็บปวด การลดน้ำหนัก และโครงการสุขภาพป้องกัน (MacArthur and Pervin, 1993) ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับการเห็นคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพทั่วไปในวัยรุ่นตอนต้นและตอนปลาย ซึ่งพบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพเชิงสังคมและพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม (Rives, Torres and Fernandez, 1995: 60-63)

จากการประมวลเอกสาร พบว่าผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองสูง ได้รับประโยชน์จากการสร้างเสริมด้านความริเริ่ม และความรู้สึกพึงพอใจ อย่างไรก็ตาม พบว่าในบางวิจัยพบว่าการ เห็นคุณค่าในตนเองในระดับที่สูงเกินไปไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพนัก เพราะไม่สามารถช่วยในเรื่องการป้องกันเกี่ยวกับการดื่มเหล้า ขาดสติ บำรุงและการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร (Baumeister, Campbell, Krueger, Krueger, and Vohs, 2003 online)

โดยทั่วไป การเห็นคุณค่าในตนเองโดยทั่วไปมีผลดีต่อชีวิตในด้านต่างๆ หากมีปัจจัยด้านสังคมและใช้เหตุผล การที่มีทัศนคติตรงตามความเป็นจริงย่อมบ่งเกิดผลด้านการนับถือตนเองและความสุขในชีวิต ผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองมักมีลักษณะกระฉับกระเฉง ว่องไว มีความเป็นตัวของตัวเอง มีความมั่นคงทางอารมณ์ ถ้าในการแสดงออกและแสดงความคิดเห็น สามารถชักชวนผู้อื่นให้คล้อยตาม มองสิ่งต่างๆ ในแง่ดี มองเห็นความดีงามของตนเอง สามารถคิดแก้ปัญหาให้ลุล่วงด้วยดี ดังนั้น ผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองจึงสามารถประสบความสำเร็จต่างๆ ในชีวิต



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงประเมินครั้งนี้ได้ประยุกต์เทคนิคการประเมินตามแนวทางชิป (CIPP Model) และแนวทางโลจิก (Logic) เพื่อให้ได้ข้อมูลการประเมินที่ครบถ้วนตั้งแต่ ปัจจัยบริบทของโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์ระยะสั้น และผลลัพธ์ระยะยาว มีการเก็บข้อมูลตามแนวทางการประเมินแบบ 360 องศา (360 Degree feedback) โดยเก็บข้อมูลจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ และกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งได้ดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในส่วนของข้อมูลเชิงปริมาณได้ดำเนินการสอบถามความถี่ที่มีต่อการจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3Self สอบถามความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ ด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ และเครื่องมือวัดทางชีวการแพทย์สำหรับวัดตัวชี้วัดทางชีวเคมีของผู้เข้าร่วมโครงการตามแต่ละโครงการที่ได้กำหนดไว้ เช่น การหาค่า BMI การวัดความดันโลหิต การวัดระดับน้ำตาลในเลือด การวัดระดับไขมันในเลือด การวัดรอบเอว เป็นต้น ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติทดสอบ t-test และ Path Analysis ในส่วนของข้อมูลเชิงคุณภาพได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth Interview) โดยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) รายละเอียดของการประเมินโครงการนำเสนอเรียงตามลำดับต่อไป ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมิน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมิน

ประชากรในการประเมิน ได้แก่ สถานพยาบาลที่ดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากงบประมาณสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13



กรุงเทพมหานคร ในปีงบประมาณ 2553 จำนวน 30 โครงการ โดยมีตัวแทนที่เป็นกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นประชากรในการประเมินครั้งนี้ 3 กลุ่ม ได้แก่ หัวหน้าโครงการทั้ง 30 โครงการๆ 1 คน รวมจำนวน 30 คน ผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการทั้ง 30 โครงการๆ ละ 1 คน รวมจำนวน 30 คน และผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจาก 30 โครงการ รวมจำนวน 120 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 2553 จำนวน 30 โครงการๆ ละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน ทำหน้าที่ตอบแบบสอบถามการประเมินโครงการทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

2) **กลุ่มผู้บังคับบัญชา** ได้แก่ หัวหน้างานโดยตรงของหัวหน้าโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2553 จำนวน 30 โครงการๆ ละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน ทำหน้าที่ตอบแบบสอบถามการประเมินโครงการทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

3) **กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ** ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก (Metabolic) 4 โรคหลัก ได้แก่ อ้วน/ลงพุง เบาหวาน ความดันโลหิตและหัวใจ และหลอดเลือดสมอง ที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินโครงการจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2553 จากจำนวน 30 โครงการๆ ละ 4 คน รวมทั้งสิ้น 120 คน ทำหน้าที่ตอบแบบสอบถามการประเมินโครงการทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

4) **ผู้ให้ข้อมูลสำหรับการประเมินผลลัพธ์ระยะสั้น** หลังจากเสร็จสิ้นการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สถานพยาบาลแต่ละแห่งที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2553 จะต้องทำการติดตามผลลัพธ์ระยะสั้นของการดำเนินโครงการจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากทั้ง 30 โครงการ รวมจำนวน 4,649 คน เพื่อทำการวัดพฤติกรรมสุขภาพ 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 2553 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) สรุปรายงานผลการดำเนินงานบริหารจัดการโครงการเสนอต่อ 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 โดยผ่านการตรวจแบบคัดกรองด้วยเกณฑ์อย่างไรในการคัดเลือกเข้าโครงการ จำนวนกี่คน โดยให้เหมาะสมกับศักยภาพของผู้ดำเนินการ

5) หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบควรระบุไว้ชัดเจน เช่น หน่วย/ฝ่าย ภาควิชา สถาบัน เป็นต้น

6) ผู้รับผิดชอบ ควรระบุไว้ในรูปของคณะทำงานอย่างน้อย 3 คนขึ้นไปโดยให้ระบุชื่อนามสกุล ตำแหน่ง วุฒิการศึกษา สถานที่ทำงาน และเบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ แฟกซ์ อีเมล

7) วันเวลา สถานที่ ในการดำเนินโครงการ ควรระบุพอสังเขป ช่วงไม่เกิน 7 เดือน

8) ขั้นตอนการดำเนินงาน ควรระบุไว้ชัดเจนว่าจะทำอะไรที่ไหนอย่างไร เมื่อไหร่ โดยจัดทำเป็นผังการปฏิบัติงาน โดยมีระยะเวลาทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อยู่ระหว่าง 4 -6 เดือน

9) การประเมินผลโครงการ ควรระบุลักษณะการประเมิน และตัวชี้วัดที่ชัดเจน ที่ให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลงของลักษณะทางจิต เช่น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการหรือผู้รับบริการมีพฤติกรรมจัดการความเครียดดีขึ้นโดยวัดจากอะไรบ้าง ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองพร้อมที่จะกำกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของตนเอง ถึงแม้โครงการสิ้นสุดลง เป็นต้น และตัวแปรผลลัพธ์ทางร่างกายและทางคลินิก เช่น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีระดับน้ำตาลในเลือด



ลดลงหรือเป็นปกติ ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีความดันโลหิตลดลงหรือเป็นปกติ ร้อยละของระดับความพึงพอใจ เป็นต้น

10) ผลสัมฤทธิ์ของงาน ที่ทางสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ส่งมอบงานให้ สปสช. เมื่อสิ้นสุดโครงการ ประกอบด้วย แบบบันทึกผลการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหน่วยงานตามตัวชี้วัดของ สปสช. และรายงานสรุปผลการดำเนินงานที่ครอบคลุมทุกระยะของการดำเนินโครงการของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สถานพยาบาลที่ดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้กับประชาชนไทยซึ่งเป็นผู้ป่วยหรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก (Metabolic) 4 โรคหลัก ได้แก่ อ้วน/ลงพุง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2553 ภายใต้การนิเทศและประเมินโครงการจากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประกอบไปด้วยหน่วยงานต่างๆ และลักษณะของโครงการ ดังต่อไปนี้

1) โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด เลขที่สัญญา : H1/ 2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ คือ ประชาชนทั่วไปที่เป็นและเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง น้ำหนักเกิน รวมจำนวน 150 คน

2) โรงพยาบาลสิรินธร จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการปรับเปลี่ยนชีวิต พิชิตโรคอ้วน เลขที่สัญญา : H2/ 2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ ประชาชนที่มีค่า BMI เกิน รวมจำนวน 50 คน

3) วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคลากรในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล และวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ เลขที่สัญญา : H3/ 2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ ประชาชนที่มีค่า BMI เกิน รวมจำนวน 100 คน

4) โรงพยาบาลโรงงานยาสูบ จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการลดอ้วน ลดพุง มุ่งสุขภาพดี เลขที่สัญญา : H4/2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ ประชาชนที่มีค่า BMI เกิน รวมจำนวน 350 คน

5) โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพ จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเยาวชนสำหรับผู้ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน และกลุ่มเสี่ยง เลขที่สัญญา : H5/2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ เยาวชนและประชาชนที่เป็นและเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุง และมีค่า BMI เกิน รวมจำนวน 200 คน

6) โรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 6 โครงการ ได้แก่



6.1) หน่วยแนะแนวปรึกษาปัญหาสุขภาพ งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ เลขที่สัญญา : H6/ 2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ ประชาชนที่ติดบุหรี่ รวมจำนวน 60 คน

6.2) หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการพัฒนาความสามารถการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวาน เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนในโรงพยาบาลรามารับดี เลขที่สัญญา : H7/2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวมจำนวน 100 คน

6.3) งานการพยาบาลอนามัยชุมชน ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการการป้องกันกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิต และไขมันในเลือดสูง ในชุมชนชาวสุเหร่า (เพชรบุรี 7) กรุงเทพมหานคร เลขที่สัญญา: H8/ 2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ ประชาชนที่ป่วยและเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง รวมจำนวน 100 คน

6.4) ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและโรคอ้วน เลขที่สัญญา: H9/ 2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ ประชาชนที่ป่วยและเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง รวมจำนวน 50 คน

6.5) งานการพยาบาลเวชศาสตร์ทั่วไปและเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการสร้างหุ่นดี มีความสุข ในนักศึกษาพยาบาลที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน เลขที่สัญญา : H10/ 2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ นักศึกษาพยาบาลที่มีค่า BMI เกิน รวมจำนวน 150 คน

6.6) งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 1 โครงการคือ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง (รุ่นที่ 3) เลขที่สัญญา : H11/2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ ประชาชนที่เป็นและเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง รวมจำนวน 100 คน

7) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 4 โครงการ ได้แก่

7.1) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 1 โครงการคือโครงการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เลขที่สัญญา : H12/2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ/ความเครียดสูง รวมจำนวน 40 คน

7.2) กลุ่มงานโภชนาวิทยา และกลุ่มภารกิจวิชาการ จำนวน 1 โครงการ คือโครงการปรับเปลี่ยนลดน้ำหนักลดพุง ชีวีมีสุข เลขที่สัญญา : H13/ 2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ และมีค่าBMI เกิน รวมจำนวน 50 คน

7.3) กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการวันวาน...ยัง(เบา)หวานอยู่



เลขที่สัญญา : H14/2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ ประชาชนที่มีค่าน้ำตาลในเลือดสูงหรือมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ รวมจำนวน 30 คน

7.4) ศูนย์กีฬาและนันทนาการและกลุ่มงานโภชนาการ จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการมุ่งมั่น ปลายทาง ลดโรค เลขที่สัญญา : H15/ 2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ ประชาชนที่มีค่า BMI เกิน หรือมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ รวมจำนวน 50 คน

8) โรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 4 โครงการ ได้แก่

8.1) งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จำนวน 1 โครงการคือ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเลิดสินที่มีไขมันในเลือดสูงและภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด เลขที่สัญญา : H16/2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ บุคลากรโรงพยาบาลที่เป็นและเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน รวมจำนวน 150 คน

8.2) กลุ่มงานกุมารเวชศาสตร์และกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจำนวน 1 โครงการคือ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่เด็กที่มีภาวะโรคอ้วน เลขที่สัญญา : H17/2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ เด็กที่มีภาวะอ้วน อายุ 10 ปีขึ้นไป รวมจำนวน 50 คน

8.3) กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เลขที่สัญญา : H18/2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ ประชาชนที่เป็นและเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน รวมจำนวน 200 คน

8.4) กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จำนวน 1 โครงการคือโครงการลดอ้วน ลดโรคจากโรงพยาบาลสุ่มชน เลขที่สัญญา : H19/ 2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ ประชาชนทั่วไปที่มีค่า BMI เกิน รวมจำนวน 300 คน

9) โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า จำนวน 2 โครงการ ได้แก่

9.1) กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 1 โครงการคือ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานด้วยการออกกำลังกายและควบคุมอาหาร เลขที่สัญญา : H20/ 2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รวมจำนวน 320 คน

9.2) วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการปรับตัว...เปลี่ยนใจ ทหารบกไทยให้ห่างไกลโรค เลขที่สัญญา : H21/2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ ข้าราชการทหารสังกัดกองทัพบกที่เป็นและเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน รวมจำนวน 250 คน

10) โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ จำนวน 1 โครงการคือ โครงการรวมพลังด้านพุ่มงลดเบาหวานกับทหารเรือบางนา เลขที่สัญญา : H22/ 2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือประชาชนที่เป็นและเสี่ยงต่อโรค Metabolic Syndrome รวมจำนวน 100 คน



11) โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 1 โครงการคือ โครงการหลอดเลือดดี ชีวิตแข็งแรง เลขที่สัญญา : H23/2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ ประชาชนที่เป็นและเสี่ยงต่อโรค Metabolic Syndrome รวมจำนวน 100 คน

12) ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกมหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการโรค อ้วน...อันตรายที่คาด (เอว)ไม่ถึง เลขที่สัญญา : H24/ 2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ ประชาชนที่เป็นและเสี่ยงต่อโรค Metabolic Syndrome รวมจำนวน 300 คน

13) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 1 โครงการคือ โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายและอ้วนลงพุง สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จเจ้าพระยา เลขที่สัญญา : H25/2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ ประชาชนที่เป็นและเสี่ยงต่อไขมันในเลือดสูง รวมจำนวน 250 คน

14) โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวน 1 โครงการคือ โครงการลดโรค ลดพุง ปรับสมดุลเพื่อสุขภาพ เลขที่สัญญา : H26/ 2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ ประชาชนที่เป็นและเสี่ยงต่อการมีค่า BMI เกิน รวมจำนวน 350 คน

15) โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี จำนวน 1 โครงการคือ โครงการ B 2 B (Behavior to Beauty) เลขที่สัญญา : H27/2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ ประชาชนที่เป็นและเสี่ยงต่อการมีค่า BMI เกิน รวมจำนวน 100 คน

16) โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 2โครงการ ได้แก่

16.1) กลุ่มงานพยาบาล จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการ ขยับกาย สบายชีวิ ที่บ้าน คราวได้ เลขที่สัญญา : H28/2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ กลุ่มวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นและเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง รวมจำนวน 50 คน

16.2) กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 โครงการคือ โครงการ รวมใจห่างไกลภัยเบาหวานและความดันโลหิตสูง เลขที่สัญญา : H29/2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ ประชาชนที่เป็นและเสี่ยงต่อโรคMetabolic Syndrome รวมจำนวน 100 คน

17) โรงพยาบาลกรุงเทพ จำนวน 1 โครงการคือ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เลขที่สัญญา : H30/ 2553 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ ประชาชนที่มีค่า BMI เกิน รวมจำนวน 300 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและตัวชี้วัดความสำเร็จ

การประเมินและการบริหารโครงการครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมินโครงการแบบ ซิป (CIPP Model) ของ สตัฟเฟิลบีมและชินคฟิลด์ (Stufflebeam & Shinkfield, 2007) แนวคิดการประเมินแบบโลจิกโมเดล (Logic Model) ร่วมกับการประเมินแบบ 360 องศา (360 Degree



Feedback) และได้ประยุกต์เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือในการประเมินสามารถจำแนกได้ดังนี้

1) เครื่องมือสำหรับการประเมินโครงการตามแนวคิด CIPP Model เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 กลุ่มหลัก ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มหัวหน้าโครงการทั้ง 30 โครงการๆ ละ 1 คน รวม 30 คน กลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการทั้ง 30 โครงการๆ ละ 1 คน รวม 30 คน และกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการทั้ง 30 โครงการๆ ละ 4 คน รวมทั้งสิ้น 120 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 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .478 - .609 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .873 สำหรับหัวหน้าโครงการมีข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .353 - .733 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .870 และสำหรับผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการมีข้อคำถาม จำนวน 10 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 เพื่อให้ เกิดพฤติกรรมสุขภาพ 3Self การประเมินแนวโน้มความสำเร็จของโครงการ แบบสอบถามด้าน



ปัจจัยนำเข้าสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .388 - .567 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .811 สำหรับหัวหน้าโครงการมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .373 - .694 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .854 และสำหรับผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการมีข้อคำถามจำนวน 9 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 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .520 - .732 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .886 สำหรับหัวหน้าโครงการมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .424 - .821 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .884 และสำหรับผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการมีข้อคำถามจำนวน 10 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 พฤติกรรมออกกำลังกาย ความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การบันทึกสมุดสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง การบรรลุตามเป้าหมายของโครงการ การได้เครือข่ายส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น การสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพของคณะทำงาน การเป็นส่วนหนึ่งที่ตอบสนองด้านนโยบายของหน่วยงาน การเพิ่มขึ้นของทักษะการบริหารโครงการสุขภาพของคณะทำงาน ตลอดจนผู้บังคับบัญชามีความพึงพอใจ การสร้างชื่อเสียงให้หน่วยงาน การสร้างประโยชน์ให้กับชุมชนรอบข้าง แบบสอบถามด้านผลผลิตสำหรับผู้เข้าร่วม



โครงการมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .408 - .666 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .860 สำหรับหัวหน้าโครงการมีข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .378 - .981 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .864 และสำหรับผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการมีข้อคำถาม จำนวน 10 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 30 โครงการๆ 1 คน รวมจำนวน 30 คนทั้งสิ้น 11 ประเด็น สัมภาษณ์จากผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการทั้ง 30 โครงการๆ 1 คน รวมจำนวน 30 คนทั้งสิ้น 10 ประเด็น และสัมภาษณ์จากผู้เข้าร่วมโครงการจากทั้ง 30 โครงการๆ 4 คน รวมจำนวน 120 คนทั้งสิ้น 11 ประเด็น

2) เครื่องมือสำหรับประเมินโครงการตามแนวคิด Logic Model เป็นการประเมินถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาล ประกอบไปด้วยตัวชี้วัดสำคัญที่ทางสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้กำหนด



ไว้คือ พฤติกรรมสุขภาพ 3Self และความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ และตัวชี้วัดทางชีวเคมีที่ทางสถานพยาบาลแต่ละแห่งได้กำหนดไว้เอง เช่น ค่า BMI ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต เป็นต้น ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากสถานพยาบาลทั้ง 30 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 เกณฑ์ในการวัดความสำเร็จในด้านพฤติกรรมสุขภาพ 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 เกณฑ์วัดความสำเร็จในด้านความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการคือ 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) คณะนิเทศและทีมผู้ประเมิน ดำเนินการสัมภาษณ์ 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 30 คน ผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการจำนวน 30 คน และผู้ป่วยและประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 120 คน ในช่วงเดือน กรกฎาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2553

2. รวบรวมแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self โดยการสอบถามกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมจำนวน 4,649 คน ทั้งก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม ในช่วงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2553 และหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2553

3. รวบรวมความคิดเห็นจากการประชุมสรุปโครงการร่วมกันระหว่างหัวหน้าโครงการและทีมงาน จำนวน 30 โครงการ และกลุ่มคณะนิเทศและประเมินผลโครงการ

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 ใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และนำเสนอด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความคิดเห็นด้านความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้จากการประเมินตาม CIPP ที่มีต่อความ



เป็นไปได้และความสำเร็จของโครงการ จาก 3 กลุ่มใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way ANOVA) เพื่อตอบสมมติฐานข้อที่ 1

3) วิเคราะห์ข้อมูลในเชิงปริมาณเพื่อศึกษาค่าน้ำหนักสัมประสิทธิ์อิทธิพลของการบริหารจัดการโครงการตามหลัก PROMISE Model ปัจจัยบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ที่ส่งผลต่อผลผลิตของโครงการ ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์อิทธิพล (Path Analysis) เพื่อตอบสมมติฐานข้อที่ 2

4) วิเคราะห์ข้อมูลในเชิงปริมาณ ที่ได้จากการสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปและนำเสนอด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมด้วยสถิติค่าที (Dependent t-test) เพื่อตอบสมมติฐานข้อที่ 3

5) วิเคราะห์ข้อมูลในเชิงปริมาณ ที่ได้จากการสอบถามเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงตามตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ทางร่างกายและชีวเคมี ใช้สถิติวิเคราะห์การเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยสถิติค่าที (Dependent t-test) ตามที่โครงการกำหนด เพื่อตอบสมมติฐานข้อที่ 4

6) วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมในเชิงคุณภาพที่แสดงถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ด้วยการพรรณานำเสนอเป็น ความถี่ เพื่อสรุปข้อมูลประกอบการอภิปรายผล



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงประเมินครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อประเมินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรคเมตาบอลิกของสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานครที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ในปีงบประมาณ 2553 และมีวัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัยคือ 1) เพื่อประเมินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับทุนสนับสนุนการดำเนินงานจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2553 จำนวน 30 โครงการ ตามกรอบแนวคิด CIPP Model และ 360 Degree Feedback 2) เพื่อศึกษาอิทธิพลของการบริหารจัดการโครงการตามหลัก PROMISE ปัจจัยบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า และปัจจัยกระบวนการ ที่ส่งผลต่อผลผลิตของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาล 3) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ของผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับพฤติกรรมตนเอง และการดูแลสุขภาพของตนเอง ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร 4) เพื่อเปรียบเทียบภาวะด้านสุขภาพตามตัวชี้วัดกลุ่มโรคเมตาบอลิก ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ค่า BMI ค่าระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต และ 5) เพื่อศึกษาถึงเหตุปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อความสำเร็จและอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเรียงตามลำดับของวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดดังนี้



สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้แทนความหมาย ดังต่อไปนี้

n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{x}$	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 ปีงบประมาณ 2553 เป็นกลุ่มที่ป่วยและเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก 4 โรคหลัก ได้แก่ อ้วน/ลงพุง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง รวมทั้งสิ้นจำนวน 4,649 คน มีรายละเอียดของข้อมูลส่วนบุคคลดังตาราง 5

ตาราง 5 ความถี่ และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร (n = 4,649)

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	หญิง	3,241	69.71
	ชาย	1,408	30.29
	รวม	4,649	100.00
ช่วงอายุ	น้อยกว่า 30 ปี	870	18.71
	30-39 ปี	609	13.10
	40-49 ปี	987	21.23
	50-59 ปี	1,197	25.75
	ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	986	21.21
	รวม	4,649	100.00



(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	3,308	71.16
ปริญญาตรี	1,214	26.11
สูงกว่าปริญญาตรี	127	2.73
รวม	4,649	100.00
สิทธิการรักษาพยาบาล		
บัตรทองในเขต กทม.	1,573	33.84
บัตรประกันสังคม	1,234	26.54
ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจและครอบครัว	1,734	37.30
บัตรทองนอกเขต กทม.	108	2.32
รวม	4,649	100.00
ลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย		
กลุ่มเสี่ยงต่อโรคอ้วน	1,545	33.23
กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน	1,282	27.58
กลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง	1,143	24.59
กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	679	14.61
รวม	4,649	100.00
ปัจจัยเสี่ยงที่พบ (1 คนเสี่ยงได้มากกว่า 1 ปัจจัย)		
เบาหวาน / น้ำตาลในเลือดสูง	1,635	35.17
ความดันโลหิตสูง	1,625	34.95
ไขมันสูง	1,211	26.05
อ้วน / BMI สูง	3,248	69.86
สูบบุหรี่	331	7.12
เครียด	215	4.62
ขาดการออกกำลังกาย	1,655	35.60
รับประทานอาหารรสจัด	1,607	34.57
พันธุกรรม	1,934	41.60
อื่นๆ เช่น	75	1.61



ตาราง 5 พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 3,241 คน คิดเป็นร้อยละ 69.71 มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี จำนวน 1,197 คน คิดเป็นร้อยละ 25.75 มีการศึกษาค่ำกว่าระดับปริญญาตรี จำนวน 3,308 คน คิดเป็นร้อยละ 71.16 มีสิทธิการรักษาพยาบาลคือ สิทธิข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจและครอบครัว จำนวน 1,734 คน คิดเป็นร้อยละ 37.30 ลักษณะของกลุ่มเป้าหมายคือ กลุ่มเสี่ยงต่อโรคอ้วน จำนวน 1,545 คน คิดเป็นร้อยละ 33.23 และ ปัจจัยเสี่ยงที่พบคือ อ้วน / BMI สูง จำนวน 3,248 คน คิดเป็นร้อยละ 69.86

ตอนที่ 2 ผลการประเมินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลใน

เขตกรุงเทพมหานคร

การประเมินโครงการครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากสถานพยาบาลทั้ง 17 แห่งที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 30 โครงการ แนวคิดการประเมินคือ CIPP Model, Logic Model และ 360 Degree Feedback เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีตัวแทนในการให้ข้อมูลได้แก่ กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ ๆ ละ 4 คน รวม 120 คน กลุ่มหัวหน้าโครงการ ๆ ละ 1 คน รวม 30 คน และกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ ๆ ละ 1 คน รวม 30 คน รายละเอียดผลการประเมินโครงการเรียงตามลำดับดังนี้

ตาราง 6 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้รับบริการ กลุ่มหัวหน้าโครงการ และกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการที่เป็นตัวแทนในการประเมิน

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้เข้ารับบริการ n = 120		หัวหน้าโครงการ n = 30		ผู้บังคับบัญชา n = 30	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	37	30.80	6	20.00	11	36.67
หญิง	83	69.20	24	80.00	19	63.33
รวม	120	100.00	30	100.00	30	100.00
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	72	60.00	-	-	-	-
ปริญญาตรี	40	33.33	5	16.67	4	13.33
ปริญญาโท / เทียบเท่า	8	6.67	17	56.67	15	50.00
สูงกว่าปริญญาโท	-	-	8	26.67	11	36.67
รวม	120	100.00	30	100.00	30	100.00



ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้เข้ารับบริการ		หัวหน้าโครงการ		ผู้บังคับบัญชา	
	n = 120		n = 30		n = 30	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ช่วงอายุ						
ต่ำกว่า 30 ปี	14	11.70	-	-	-	-
ระหว่าง 31 – 39 ปี	15	12.50	3	10.00	2	6.67
ระหว่าง 40 – 49 ปี	25	20.80	15	50.00	10	33.33
ระหว่าง 50 – 59 ปี	35	29.20	10	33.33	16	53.33
มากกว่า 60 ปี	31	25.80	2	6.67	2	6.67
รวม	120	100.00	30	100.00	30	100.00
ประสบการณ์ทำงานด้านสุขภาพ						
น้อยกว่า 3 ปี	-	-	4	13.33	4	13.33
ระหว่าง 4 – 7 ปี	-	-	11	36.67	3	10.00
ระหว่าง 8 – 10 ปี	-	-	4	13.33	7	23.33
มากกว่า 11 ปี	-	-	11	36.67	16	53.33
รวม	-	-	30	100.00	30	100.00
โรคประจำตัว						
มีโรคประจำตัว	67	55.83	-	-	-	-
ไม่มีโรคประจำตัว	53	44.17	-	-	-	-
รวม	120	100.00	-	-	-	-
การเป็นโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)						
ความดันโลหิตสูง	60	50.00	-	-	-	-
โรคอ้วน / ลงพุง	59	49.20	-	-	-	-
เบาหวาน	42	35.00	-	-	-	-
หลอดเลือดสมอง	13	10.80	-	-	-	-

ตาราง 6 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 69.20 จบการศึกษาดำรงระดับปริญญาตรี จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 มีอายุระหว่าง 50 – 59 ปี จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 29.20 มีโรคประจำตัวจำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 55.83 และส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูง จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00



กลุ่มหัวหน้าโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 จบการศึกษาระดับปริญญาโท / เทียบเท่า จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.67 มีอายุระหว่าง 40 – 49 ปี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีประสบการณ์ทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพระหว่าง 4 – 7 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.67

กลุ่มผู้บังคับบัญชาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 จบการศึกษาระดับปริญญาโท / เทียบเท่า จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีอายุอยู่ระหว่าง 50 – 59 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 มีประสบการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพมากกว่า 11 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33

ตาราง 7 ผลการเปรียบเทียบความสอดคล้องของคะแนนการประเมินโครงการระหว่างกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ หัวหน้าโครงการ และผู้บังคับบัญชา ตามการทดสอบสถิติ ANOVA และ t-test

ตัวแปรประเมิน (มาตรวัด1 – 4)	ผู้ให้บริการ		หัวหน้าโครงการ		ผู้บังคับบัญชา		F-test /(t-test)	Scheffe test		
	(1) n=120		(2) n=30		(3) n=30			1-2	1-3	2-3
	Mean	S.D	Mean	S.D	Mean	S.D				
1.Context	3.54	.32	3.50	.33	3.48	.30	.478	.04	.06	.02
2.Input	3.45	.35	3.40	.32	3.39	.35	.550	.05	.06	.01
3.Process	3.51	.39	3.52	.34	3.13	.48	10.448**	-.01	.38*	.39*
4.Product	3.56	.54	3.38	.32	3.39	.39	2.415	.18	.17	-.01
5.Total	3.52	.33	3.45	.28	3.35	.32	3.219*	.07	.17*	.10
6.PROMISE	3.53	.37	3.58	.31	-	-	(ค่า= .596)	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 7 ผลการประเมินจากกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการพบว่า ได้ให้คะแนนการประเมินโครงการในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าให้คะแนนการประเมินด้านผลผลิตสูงสุด อยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.56 รองลงมาคือด้านบริบททั่วไป ด้านกระบวนการ และด้านปัจจัยนำเข้า อยู่ในระดับดีถึงดีมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54, 3.51 และ 3.45 ตามลำดับ

ผลการประเมินจากกลุ่มหัวหน้าโครงการพบว่า ได้ให้คะแนนการประเมินโครงการในภาพรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.45 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าให้คะแนนการประเมินด้านกระบวนการสูงสุด อยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 รองลงมาคือด้านบริบททั่วไป ด้านปัจจัยนำเข้า และด้านผลผลิต ตามลำดับ อยู่ในระดับดีทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50, 3.40 และ 3.38



ตามลำดับ และผลการประเมินจากกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการพบว่า ได้ให้คะแนนการประเมินโครงการในภาพรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.35 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าให้คะแนนการประเมินด้านบริบททั่วไปสูงที่สุด อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.48 รองลงมาคือด้านปัจจัยนำเข้า ด้านผลผลิต และด้านกระบวนการ อยู่ในระดับดีทั้งหมด ตามลำดับมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.39, 3.39 และ 3.13 ตามลำดับ

เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนผลการประเมินในภาพรวมระหว่างกลุ่มผู้เข้ารับบริการ กลุ่มหัวหน้าโครงการ และกลุ่มผู้บังคับบัญชา พบว่ามีคะแนนผลการประเมินแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 3.219^*$) เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนการประเมินเป็นรายคู่พบว่ากลุ่มผู้เข้ารับบริการให้คะแนนการประเมินสูงกว่ากลุ่มผู้บังคับบัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($3.52 > 3.35$)

เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนผลการประเมินในด้านบริบททั่วไป ด้านปัจจัยนำเข้า และด้านผลผลิต ระหว่างกลุ่มผู้เข้ารับบริการ กลุ่มหัวหน้าโครงการ และกลุ่มผู้บังคับบัญชา และการใช้หลัก PROMISE ในโครงการ ตามความคิดเห็นระหว่างกลุ่มผู้เข้ารับบริการและกลุ่มหัวหน้าโครงการ พบว่า มีคะแนนผลการประเมินทั้ง 3 กลุ่มไม่แตกต่างกันหรือความคิดเห็นสอดคล้องไปทิศทางเดียวกัน แต่เมื่อทำการเปรียบเทียบผลการประเมินในด้านกระบวนการพบว่าทั้ง 3 กลุ่มมีคะแนนผลการประเมินแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 10.448^{**}$) เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนการประเมินเป็นรายคู่พบว่า กลุ่มผู้เข้ารับบริการให้คะแนนการประเมินสูงกว่ากลุ่มผู้บังคับบัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($3.51 > 3.13$) และกลุ่มหัวหน้าโครงการให้คะแนนการประเมินสูงกว่ากลุ่มผู้บังคับบัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($3.52 > 3.13$)

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยด้านการบริหารจัดการโครงการตามหลัก

PROMISE ด้านบริบททั่วไป ด้านปัจจัยนำเข้า และด้านกระบวนการ ที่ส่งผลต่อผลผลิตของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาล

การวิเคราะห์ถึงอิทธิพลของปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อผลผลิตของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลครั้งนี้ ได้เลือกทำการศึกษากับข้อมูลเชิงปริมาณที่เก็บด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าของกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการที่ได้จากการประเมินและนิเทศติดตามโครงการ รวมจำนวน 120 คน โดยเลือกใช้เทคนิคการวิเคราะห์อิทธิพล (Path Analysis) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม LISREL ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการแปลงคะแนนของมาตรวัดตัวแปรเชิงประจักษ์จากมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ เป็นตัวแปรต่อเนื่อง แล้วทำการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลทุกตัวแปรว่ามีการแจกแจงเป็นแบบปกติหรือไม่ ซึ่งพบว่าในการวิเคราะห์อิทธิพลในครั้งนี้ยังพบว่าการกระจายตัวของตัวแปรที่ทำการวัดบางตัวแปรยังเป็นแบบไม่



ปกติ (Non-Normal Distribution) จึงได้ทำการปรับคะแนนดังกล่าวให้อยู่ในรูปของคะแนนมาตรฐานแล้วทำการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลตัวแปรสังเกตใหม่ พบว่าข้อการแจกแจงของตัวแปรเป็นแบบปกติทุกตัวแปร และได้สร้างเมทริกซ์ความแปรปรวนร่วม (Covariance Matrix) เพื่อนำมาใช้ในการดำเนินวิเคราะห์อิทธิพล ได้ผลวิเคราะห์ดังตาราง

ตาราง 8 คะแนนมาตรฐานของผลการวิเคราะห์อิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม อิทธิพลรวม

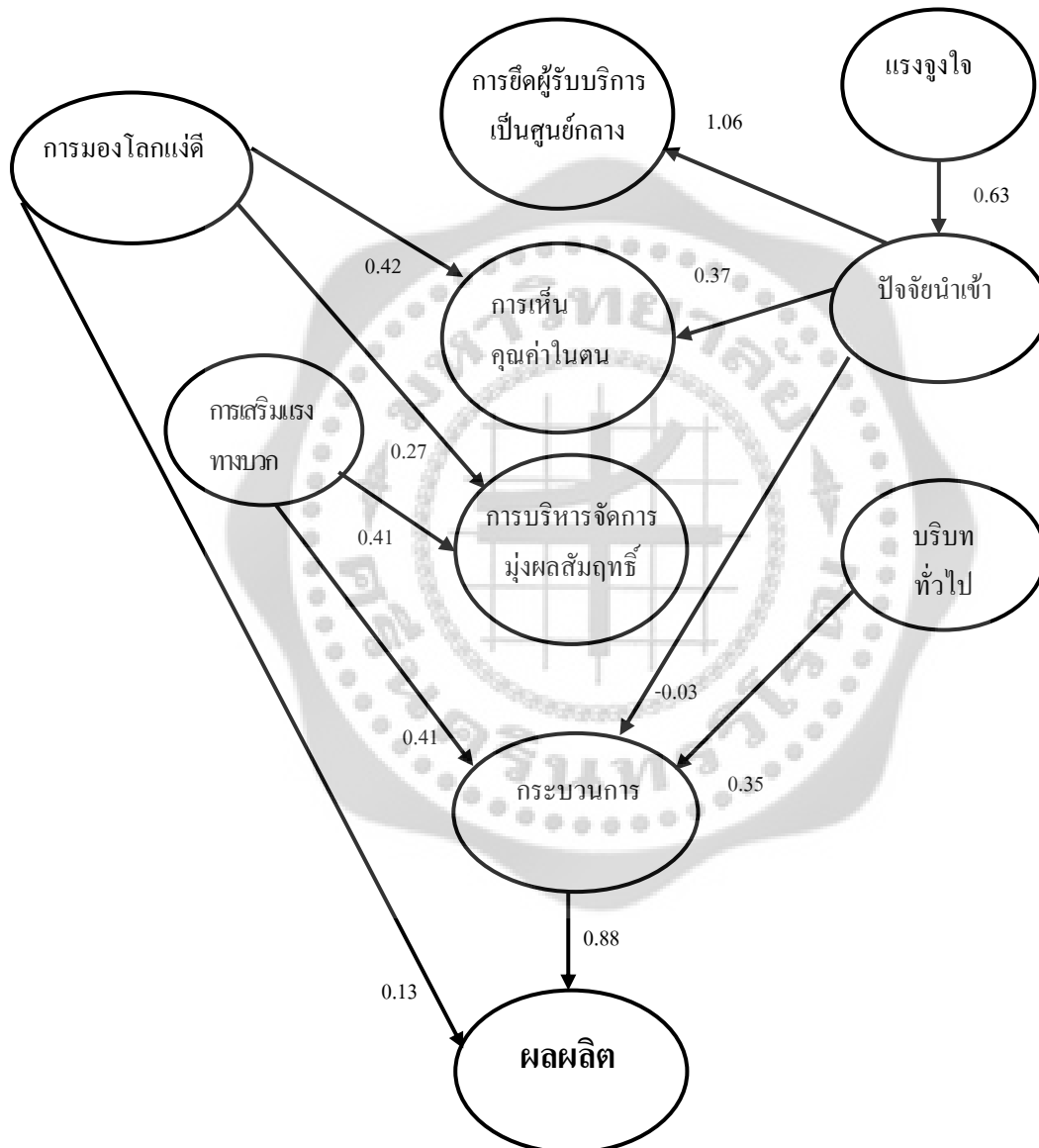
ตัวแปรตาม	R ²	อิทธิพล	ตัวแปรอิสระ/น้ำหนักอิทธิพล					
			เสริมแรงทางบวก (Positive Reinforce)	มองโลกแง่ดี (optimize)	แรงจูงใจ (motivation)	บริบท (context)	นำเข้า (input)	กระบวนการ (process)
ผลผลิต (Product)	0.69	DE	-	0.13	-	-	-	0.88*
		IE	0.37*	-	-0.02	0.31*	-0.02	-
		TE	0.37*	0.13	-0.02	0.31*	-0.02	0.88*
กระบวนการ (Process)	0.79	DE	0.41*	-	-	0.35*	-0.03	-
		IE	-	-	-0.02	0.01	-	-
		TE	0.41*	-	-0.02	0.34*	-0.03	-
นำเข้า (Input)	0.66	DE	-	-	0.63*	0.13*	-	-
		IE	-	-	-	-	-	-
		TE	-	-	0.63*	0.13*	-	-
เห็นคุณค่าในตน (Self-Esteem)	0.89	DE	-	0.42*	-	-	0.37*	-
		IE	-	-	0.23*	0.05	-	-
		TE	-	0.42*	0.23*	0.05*	0.37*	-
ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Individual center)	0.20	DE	-	-	-	-	1.06*	-
		IE	-	-	0.67*	0.14*	-	-
		TE	-	-	0.67*	0.14*	1.06*	-
บริหารจัดการยึดผลสัมฤทธิ์ (Result Base management)	0.57	DE	0.41*	0.27*	-	-	0.27*	-
		IE	-	-	0.17*	0.04	-	-
		TE	0.41*	0.27*	0.17*	0.04	0.27*	-

$\chi^2 = 29.81$, $df = 19$, $p\text{-value} = 0.15489$; $RMSEA = 0.051$; $RMR = 0.0082$; $CFI = 0.99$; $AGFI = 0.86$; $GFI = 0.95$; $CN = 142.10$

DI = อิทธิพลทางตรง (Direct Effect), IE = อิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect), TE = อิทธิพลโดยรวม (Total Effect)



จากตาราง 8 พบว่า ปัจจัยด้านการให้การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforce) การมองโลกแง่ดี (optimize) การสร้างแรงจูงใจ (motivation) ปัจจัยบริบท (context) และปัจจัยนำเข้า (input) มีอิทธิพลโดยรวม ต่อ ผลผลิตของโครงการ (product) ด้วยค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.37, 0.13, -0.02, 0.31 และ -0.02 ตามลำดับ และปัจจัยกระบวนการ (process) มีอิทธิพลทางตรง ต่อ ผลผลิตของโครงการ (product) ด้วยค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.88 และแสดงภาพความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่อผลผลิตโครงการ ดังภาพประกอบ 18



ภาพประกอบ 18 แสดงโมเดลความสัมพันธ์และขนาดอิทธิพลของปัจจัยด้านการบริหารจัดการโครงการตามหลัก PROMISE ด้านบริบททั่วไป ด้านปัจจัยนำเข้าและด้านกระบวนการ ที่ส่งผลต่อผลผลิตของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาล



ผลสรุปข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกระหว่างกรณีศึกษาโครงการ

ดังแสดงรายละเอียดรายด้าน ในตาราง 9 – 12

ตาราง 9 ผลการประเมินเชิงคุณภาพในด้านบริบททั่วไป (Context) ตามความคิดเห็นของ 3 กลุ่ม

ผู้เข้าร่วมโครงการ (n = 120)	หัวหน้าโครงการ (n = 30)	ผู้บังคับบัญชา (n=30)
1) มีความจำเป็นที่จะต้องเข้าร่วมโครงการเพราะว่าเป็นโรคประจำตัว เช่น โรคอ้วน ไขมันสูง เบาหวาน และมีพฤติกรรมด้านสุขภาพสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และการได้รับการชักชวนและจูงใจจากเจ้าหน้าที่ของโครงการมีส่วนสำคัญทำให้ต้องการเข้าร่วมโครงการ 2) ก่อนเข้าร่วมโครงการได้ประเมินว่าคณะทำงาน สถานที่ การจัดกิจกรรม มีความพร้อมที่จะดำเนินโครงการให้ประสบความสำเร็จ มีการสนับสนุนในเชิงนโยบายที่ชัดเจน และเชื่อว่าโครงการดังกล่าวจะประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้	1) มีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินโครงการเพราะว่า ประชาชนในเขตพื้นที่บริการส่วนใหญ่มีปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพ และปัญหาในการเจ็บป่วยด้วยโรคเมตาบอลิก เป็นจำนวนมาก เช่น อ้วน/อ้วนลงพุง เบาหวาน ความดันโลหิตและหัวใจ และหลอดเลือดสมอง จึงเห็นว่ามีความจำเป็นที่จะต้องมีการกิจกรรมบางอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนดังกล่าว 2) คณะทำงานมีความพร้อมด้านความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์ทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ มีการร่วมประชุมกันอย่างสม่ำเสมอ ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารอย่างสม่ำเสมอ และได้ทำประเมินแนวโน้มความสำเร็จก่อนที่จะดำเนินโครงการ มีการวางแผนการดำเนินงานเป็นอย่างดีร่วมกับผู้บริหาร 3) สภาพแวดล้อมของหน่วยงานเอื้อที่จะทำให้งานโครงการประสบความสำเร็จเพราะว่า คณะทำงานให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ผู้บังคับบัญชาให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ และได้รับความรู้จาก มศว อย่างเพียงพอ สภาพแวดล้อมที่ไม่ส่งเสริมความสำเร็จของโครงการคือ คณะทำงานมีการกิจกรรมมากไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ทุกครั้ง งานประมาณมีไม่เพียงพอ คณะทำงานมีจำนวนน้อย	1) มีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพครั้งนี้เพราะว่าเป็นแนวคิดที่ดีในการป้องกันปัญหาด้านสุขภาพ มีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน มีองค์ความรู้ที่เพียงพอ และบุคลากรของหน่วยงานก็มีศักยภาพที่จะดำเนินโครงการจนประสบความสำเร็จได้ และที่สำคัญโรงพยาบาลไม่มีงบประมาณเพียงพอในการเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ให้บริการ 2) หน่วยงานมีความพร้อมทั้งทางด้านสถานที่ อุปกรณ์การออกกำลังกาย และบุคลากรมีศักยภาพที่เพียงพอในการจัดกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จ มีองค์ความรู้ที่เพียงพอในระดับหนึ่ง แต่หน่วยงานยังขาดงบประมาณในการสนับสนุนการดำเนินงาน 3) มีความเชื่อมั่นในความรู้ความสามารถของคณะทำงานเป็นอย่างดีว่าเป็นผู้มีประสบการณ์ทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ มีเครือข่ายด้านสุขภาพที่จะให้การสนับสนุนในการดำเนินกิจกรรมได้เป็นอย่างดี



ตาราง 10 ผลการประเมินเชิงคุณภาพในด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ตามความคิดเห็นของ 3 กลุ่ม

ผู้เข้าร่วมโครงการ (n = 120)	หัวหน้าโครงการ (n = 30)	ผู้บังคับบัญชา (n=30)
1) คณะทำงานมีความกระตือรือร้นในการทำงาน สามารถที่จะกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมโครงการให้ร่วมกันทำกิจกรรมได้อย่างมีความสุข เอาใจใส่ ผู้เข้าร่วมโครงการเป็นอย่างดี มีความรู้ที่เพียงพอ มีการวางแผนทำงานเป็นอย่างดี และวิทยากรของแต่ละโครงการสามารถที่จะสร้างพลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการได้ดี 2) สถานที่ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสมสำหรับการทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแต่ละอย่าง บรรยากาศถ่ายเทได้สะดวก สะอาด สามารถเดินทางได้ง่าย มีสื่อในการให้ความรู้ที่เหมาะสม มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกอย่างเพียงพอ แต่บางโครงการรายงานว่า อุปกรณ์ยังมีไม่เพียงพอสำหรับทุกคน อุปกรณ์บางชิ้นก็ไม่สามารถใช้งานได้จริง	1) ได้เตรียมความพร้อมด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ 3self กับเทคนิคการบริหารโครงการตามหลัก PROMISE Model ด้วยการประชุมถ่ายทอดความรู้ให้กับคณะทำงาน โดยตรง การให้คำชี้แนะระหว่างการทำงาน และได้นำคณะทำงานไปศึกษาดูงานจากโรงพยาบาลอื่นๆ ที่ประสบความสำเร็จในโครงการ และมีการประชุมร่วมกันทุกครั้งก่อนที่จะดำเนินการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อร่วมกันหาแนวทางที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด 2) จัดเตรียมงบประมาณสำรองสำหรับวัสดุอุปกรณ์สำหรับการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไว้ล่วงหน้า มอบหมายงานให้กับคณะทำงานในทีมอย่างชัดเจน จัดหาของรางวัลสำหรับจูงใจผู้เข้าร่วมโครงการ และได้ทำการยืมวัสดุอุปกรณ์จากหน่วยงานอื่น ตลอดจนคัดเลือกวิทยากรที่เหมาะสมกับจุดมุ่งหมายของการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในแต่ละครั้งโดยคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายเป็นสำคัญ	1) ได้ให้การสนับสนุนการดำเนินโครงการทุกขั้นตอน อนุญาตให้คณะทำงานได้ทำงานต่างๆ อย่างรวดเร็ว ได้ให้งบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมแก่คณะทำงานในกรณีที่ยังไม่ได้รับประมาณ ให้การสนับสนุนด้านสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ และอนุญาตให้บุคลากรของหน่วยงานที่เป็นกลุ่มเป้าหมายได้เข้าร่วมโครงการทุกครั้ง และสนับสนุนให้คณะทำงานได้แลกเปลี่ยนความรู้จากบุคลากรของโรงพยาบาลอื่นๆ 2) ได้ให้ความสนใจและคำแนะนำแก่คณะทำงาน และเชื่อมั่นว่าคณะทำงานมีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์ทำงาน ได้ให้ความรู้ในการบริหารจัดการโครงการแก่หัวหน้าโครงการเป็นประจำ พร้อมกันชี้แจงขั้นตอน กระบวนการในการทำงานบางประการเพื่อให้เกิดความสะดวกในการบริหารโครงการ ให้การช่วยเหลือในการประสานงานกับผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานภายนอก



ตาราง 11 ผลการประเมินเชิงคุณภาพในด้านกระบวนการ (Process)ตามความคิดเห็นของ 3 กลุ่ม

ผู้เข้าร่วมโครงการ (n = 120)	หัวหน้าโครงการ (n = 30)	ผู้บังคับบัญชา (n=30)
1) ได้มีส่วนร่วมในการเสนอแนะแนวทางในการจัดกิจกรรมครั้งต่อไปต่อคณะทำงาน แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งอย่างอิสระและเข้าหน้ารับฟังเป็นอย่างดี มีส่วนร่วมสม่ำเสมอ เช่น การตอบคำถามวิทยากร การเล่นเกม รวมทั้งการทำกิจกรรมต่าง ๆ แต่ก็ยังมีผู้เข้าร่วมโครงการบางกลุ่มที่รายงานว่าไม่ได้ร่วมทำกิจกรรมเท่าที่ควร 2) เจ้าหน้าที่ได้ติดตามผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยการสอบถามทุกครั้งที่พบกัน การโทรศัพท์สอบถามเป็นรายบุคคล การติดตามจากสมุดบันทึก พฤติกรรมสุขภาพ การตรวจสุขภาพทุกครั้งก่อนที่จะเข้าร่วมทำกิจกรรมครั้งต่อไป และก็มีผู้เข้าร่วมโครงการบางส่วนที่รายงานว่าไม่ค่อยมีการติดตามจากคณะทำงานเท่าที่ควร 3) เจ้าหน้าที่ตั้งใจด้วยการตั้งรางวัลสำหรับผู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ มีการเสริมแรงด้วยการให้คำชมเชย การยกย่องระหว่างการทำกิจกรรม การพูดจาด้วยคำพูดที่เป็นมิตรสามารถสร้างแรงจูงใจในการทำกิจกรรมได้เป็นอย่างดี แต่ก็มีเพียงส่วนน้อยที่เห็นว่าเจ้าหน้าที่ยังไม่มีการจูงใจที่ดี ไม่มีกิจกรรมที่จูงใจ	1) เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้แสดงความคิดเห็น แสดงความพึงพอใจต่อโครงการ และเสนอถึงลักษณะของกิจกรรมที่ต้องการในครั้งต่อไป เปิดโอกาสให้คณะทำงานได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่พร้อมกับรับฟังนำไปปฏิบัติ หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมได้ร่วมกับทีมงานเพื่อประเมินความสำเร็จของการดำเนินงานทุกครั้ง และพยายามที่จะหากิจกรรมได้ให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีส่วนร่วมปฏิบัติมากที่สุด 2) แสดงบทบาทการเป็นผู้นำทีม โดยเป็นผู้ริเริ่มทุกขั้นตอนการดำเนินงานของทีมงาน ให้คำแนะนำ ติดตามผลการดำเนินงาน และประสานงานระหว่างผู้เข้ารับบริการกับคณะทำงาน เป็นแบบอย่างดี เป็นผู้นำเจรจาต่อรองกับหน่วยงานภายนอก เสนอแนวคิดในการดำเนินงานแบบใหม่เป็นประจำ สรุปประเด็นสำคัญในการดำเนินงานให้คณะทำงานฟังทุกครั้ง และบริหารจัดการอารมณ์ในการทำงานเป็นอย่างดี 3) การใช้หลัก PROMSE Model ในการบริหารงานได้กำหนดรางวัลจูงใจสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ ให้คำชมเชย ได้ยึดความต้องการของผู้เข้าร่วมโครงการเป็นหลักสำคัญในการจัดโครงการ ติดตามพฤติกรรมสุขภาพ ผู้เข้าร่วมโครงการสม่ำเสมอ เน้นการใช้ทรัพยากรให้คุ้มค่า สร้างความมั่นใจในตนเองให้เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมโครงการ และได้นำทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ เข้ามาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	1) ได้ให้ความช่วยเหลือคณะทำงานในการกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโครงการ ให้การสนับสนุนด้านสถานที่จัดกิจกรรม วัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรม พร้อมกับให้ความช่วยเหลือในกรณีที่เกิดงบประมาณจาก สปสช. ยังมาไม่ถึงด้วยการให้ยืมเงินจากส่วนกลางก่อน ได้เข้าให้กำลังใจผู้เข้าร่วมโครงการและคณะทำงานระหว่างการทำกิจกรรม และยอมให้ผู้เข้าร่วมโครงการที่เป็นบุคลากรของหน่วยงานได้ร่วมทำกิจกรรมอย่างเต็มที่ และได้ให้คำแนะนำแก่คณะทำงานในการแก้ไขปัญหาเรื่องการเข้าร่วมโครงการที่ไม่สม่ำเสมอของกลุ่มเป้าหมาย 2) ทำการประเมินผลการดำเนินงานทุกระยะด้วยการสอบถาม ความก้าวหน้าและปัญหาในการดำเนินงานของคณะทำงาน ได้เข้าร่วมประชุมกับคณะทำงานเป็นบางครั้งเพื่อให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบริหารงาน และได้สอบถามความพึงพอใจ ความรู้สึกดต่องิจกรรมจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมโดยตรงเพื่อรับทราบสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นจริงพร้อมกับได้เสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาต่อหัวหน้าโครงการอย่างตรงไปตรงมาจากข้อมูลที่ได้รับ และมีส่วนสำคัญกระตุ้นให้คณะทำงานได้แสวงหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อนำมาพัฒนากิจกรรมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น



ตาราง 12 ผลการประเมินเชิงคุณภาพในด้านผลผลิต (Product) ตามความคิดเห็นของ 3 กลุ่ม

ผู้เข้าร่วมโครงการ (n = 120)	หัวหน้าโครงการ (n = 30)	ผู้บังคับบัญชา (n=30)
1) ผู้เข้าร่วมโครงการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงขึ้น โดยเฉพาะสามารถเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายได้คล่องแคล่วมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ มีน้ำหนักตัวที่ลดลง มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น อาการเจ็บป่วยที่เคยเป็นอยู่ก็บรรเทาลง และมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพร่างกายเพิ่มมากขึ้น แต่ก็มีผู้เข้าร่วมโครงการบางส่วนที่รายงานว่ายังไม่มีเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพอย่างเห็นได้ชัด 2) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 30 พบว่า มีการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม โดยได้ออกกำลังกายทุกวัน และช่วงเวลาวางโดยใช้กิจกรรมที่วิทยากรได้ถ่ายทอดความรู้มาใช้ อย่างต่อเนื่อง การควบคุมอาหารก็จะเลือกรับประทานแต่อาหารพวกผักและผลไม้เป็นส่วนใหญ่ ไม่รับประทานอาหารมีไขมันมากเกินไป และสามารถควบคุมอารมณ์ไม่ให้เกิดความเครียด 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3Self พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ยังไม่รู้จักเท่าที่ควร แต่ก็มีเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เช่น มีความเชื่อมั่นในตนเองเกี่ยวกับการลด	1) เห็นว่าผู้เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าเดิม สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ระหว่างการร่วมโครงการได้มากกว่าครั้งแรก พฤติกรรมการบริโภคอาหารเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น คิดใคร่ครวญก่อนที่จะเลือกรับประทานอาหาร มีความสนใจในปัญหาด้านสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้นโดยสังเกตเห็นจากการที่ระหว่างเวลารับประทานอาหารร่วมกันจะพูดถึงการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของตนเอง และผู้เข้าร่วมโครงการมีกำลังใจ มีความมั่นใจในตนเองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น 2) รู้สึกพึงพอใจและภาคภูมิใจกับผลการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในครั้งนี้มากเพราะว่าได้เห็นผู้เข้าร่วมโครงการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่ดีขึ้นกว่าเดิม ผลการดำเนินงานยังสามารถสนับสนุนนโยบายหลักของหน่วยงานได้เป็นอย่างดี และส่วนใหญ่ก็เห็นว่าอยากจะทำกิจกรรมต่อไปหากได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณอีก 3) จุดเด่นของโครงการนี้คือ การได้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องติดต่อกันถึง 5 ครั้ง ของผู้เข้าร่วมโครงการ มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรมทุกครั้งทำให้ไม่น่าเบื่อ เป็นโครงการที่เป็นรูปธรรม จุดมุ่งหมายหลักของโครงการสอดคล้องกับปัญหาด้านสุขภาพของผู้เข้าโครงการ คณะทำงานมีความเป็นทีมงานสูง	1) พึงพอใจต่อผลการดำเนินโครงการมากเพราะว่าเห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการ และยังสอดคล้องกับ KPI ของหน่วยงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ หน่วยงานมีชื่อเสียงจากโครงการเพิ่มมากขึ้น บุคลากรมีความตระหนักในการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นกว่าเดิม และเป็นการเพิ่มทักษะในการทำงานของคณะทำงานได้เป็นอย่างดี 2) พึงพอใจต่อผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 30 และ 3Self เพราะว่าได้สังเกตเห็นจากผู้เข้าร่วมโครงการในการเปลี่ยนแปลงที่มีความชัดเจน ตลอดจนมีการประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรมจากคณะทำงานโดยใช้แบบสอบถามที่เป็นมาตรฐาน และเห็นว่าคณะทำงานได้ทุ่มเทในการดูแลและติดตามผลการดำเนินงานอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง 3) ขั้นตอนการเบิกจ่ายงบประมาณมีความยุ่งยากมากเกินไป ทำให้ไม่สะดวกในการจัดกิจกรรมของคณะทำงาน บางโครงการมีกลุ่มเป้าหมายมากเกินไป หน่วยงานยังไม่มีเวทียุทธศาสตร์ให้โครงการที่



น้ำหนัก การดูแลสุขภาพมากขึ้น	4) ไม่มีความสะดวกในการใช้จ่าย	ประสบความสำเร็จในการจัด
เพิ่มมากขึ้น สามารถควบคุม	งบประมาณ กฎระเบียบเรื่องการเงินมี	กิจกรรม และอยากให้ขยายผล
ตนเองให้ออกกำลังกายและ	ความยุ่งยาก การดูแลและติดตาม	การดำเนินงานไปยัง
รับประทานอาหารที่มีประโยชน์	พฤติกรรมสุขภาพเป็นรายบุคคลมีความ	โรงพยาบาลที่ไม่ได้เข้าร่วม
ได้ดี และหันมาใส่ใจสุขภาพของ	ยุ่งยาก และเกิดปัญหาการเข้าร่วม	โครงการในครั้งนี้ด้วย
ตนเองมากขึ้นกว่าเดิม	กิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ	

ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของ
ตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self – Efficacy) การกำกับตนเอง
(Self-Regulation) และ การดูแลตนเอง (Self-Care) ของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยใน
กลุ่มโรคเมตาบอลิก ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพ

ในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 30 โครงการ ได้ดำเนินการวัด
 พฤติกรรมสุขภาพ 3Self จากผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมดระหว่าง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ
 เพื่อทำการเปรียบเทียบถึงความแตกต่าง ผลการเปรียบเทียบมีดังนี้

ตาราง 13 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สุขภาพ (Self – Efficacy) ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพ (n = 4,649)

ตัวแปรที่ศึกษา (มาตรวัด 1 – 4)	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		M.D.	df	t	p- value
	n = 4,649		n = 4,649					
	$\overline{X}$	SD.	$\overline{X}$	SD.				
การรับรู้ความสามารถของ								
ตนในการปรับเปลี่ยน	13.59	2.89	15.72	2.74	-2.12	4648	52.850**	.000
พฤติกรรมสุขภาพ								

Correlation = .526** (p-value = 0.000)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



ตาราง 13 พบว่าหลังจากที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการ มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self – Efficacy) มากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ (คะแนนหลัง = 15.72 > คะแนนก่อน = 13.59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้นจำนวน 4,649 คน

ตาราง 14 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self – Efficacy) เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 4,649)

ตัวแปรที่ศึกษา	เท่าเดิม		เพิ่มขึ้น		ลดลง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ความสามารถของ ตนในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ	539	11.59	3,551	76.38	559	12.02

ตาราง 14 พบว่าหลังจากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self – Efficacy) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการจำนวน 3,551 คน คิดเป็นร้อยละ 76.38 รองลงมาคือมีลดลง จำนวน 559 คน คิดเป็นร้อยละ 12.02 และมีเท่าเดิม จำนวน 539 คน คิดเป็นร้อยละ 11.59

ตาราง 15 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการกำกับตนเอง (Self-Regulation) ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 4,649)

ตัวแปรที่ศึกษา (มาตรวัด 1 – 4)	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		M.D.	df	t	p- value
	n = 4,649		n = 4,649					
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.				
การกำกับตนเอง (Self- Regulation)	13.44	3.11	15.75	2.74	-2.32	4648	56.378**	.000

Correlation = .550 ** (p-value = 0.000)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



ตาราง 15 พบว่าหลังจากที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการ มีคะแนนการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-Regulation) มากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ (คะแนนหลัง = 15.75 > คะแนนก่อน = 13.44) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 16 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีคะแนนการกำกับตนเอง (Self-Regulation) เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 4,649)

ตัวแปรที่ศึกษา	เท่าเดิม		เพิ่มขึ้น		ลดลง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การกำกับตนเอง (Self-Regulation)	516	11.10	3,637	78.23	496	10.67

ตาราง 16 พบว่าหลังจากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีการกำกับตนเอง (Self-Regulation) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ จำนวน 3,637 คน คิดเป็นร้อยละ 78.23 รองลงมาคือมีเท่าเดิม จำนวน 516 คน คิดเป็นร้อยละ 11.10 และมีลดลง จำนวน 496 คน คิดเป็นร้อยละ 10.67

ตาราง 17 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเอง (Self-Care) ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 4,649)

ตัวแปรที่ศึกษา (มาตรวัด 1 – 4)	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		M.D.	df	t	p-value
	n = 4,649		n = 4,649					
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.				
การดูแลตนเอง (Self-Care)	18.48	3.75	21.28	3.48	2.93	4648	54.991**	.000

Correlation = .545** (p-value = .000)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 17 พบว่า หลังจากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีคะแนนการดูแลตนเอง (Self-Care) มากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ (คะแนนหลัง = 21.28 > คะแนนก่อน = 18.48) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



ตาราง 18 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีคะแนนการดูแลตนเอง (Self-Care) เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 4,649)

ตัวแปรที่ศึกษา	เท่าเดิม		เพิ่มขึ้น		ลดลง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การดูแลตนเอง (Self-Care)	452	9.72	3,700	79.59	497	10.69

ตาราง 18 พบว่า หลังจากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีการดูแลตนเอง (Self-Care) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการจำนวน 3,700 คน คิดเป็นร้อยละ 79.72 รองลงมาคือมีลดลง จำนวน 497 คน คิดเป็นร้อยละ 10.69 และมีเท่าเดิม จำนวน 452 คน คิดเป็นร้อยละ 9.72

ตอนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบตัวชี้วัด ได้แก่ ค่า BMI ไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต รอบเอวระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

จากสถานพยาบาลทั้ง 17 แห่ง ที่จัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรวม 30 โครงการ ได้ทำการกำหนดตัวชี้วัดด้านชีวเคมีต่างๆ เช่น ค่า BMI ไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต เพื่อทำการเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการเพื่อทำการเปรียบเทียบถึงความแตกต่าง ผลการเปรียบเทียบมีดังนี้

ตาราง 19 ผลการเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 3,832)

ตัวชี้วัดที่ศึกษา	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		M.D.	df	t	p-value
	n = 3,832		n = 3,832					
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.				
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	26.39	4.61	25.95	4.51	.440	3831	19.896**	.000

Correlation = .955 (p-value = .000)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 19 พบว่าหลังจากที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ (คะแนนหลัง = 25.95 < คะแนนก่อน = 26.39) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



ตาราง 20 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 3,832)

ตัวชี้วัดที่ศึกษา	เท่าเดิม		เพิ่มขึ้น		ลดลง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	519	13.54	651	16.99	2,662	69.47

ตาราง 20 พบว่าหลังจากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการจำนวน 2,662 คน คิดเป็นร้อยละ 69.47 รองลงมาคือมีเพิ่มขึ้น จำนวน 651 คน คิดเป็นร้อยละ 16.99 และมีเท่าเดิม จำนวน 519 คน คิดเป็นร้อยละ 13.54

ตาราง 21 ผลการเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตบน ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 2,754)

ตัวชี้วัดศึกษา	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		M.D.	df	t	p-value
	n = 2,754		n = 2,754					
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.				
ค่าความดันโลหิตบน	127.73	16.88	124.51	14.60	3.21	2753	12.992**	.000

Correlation = .699** (p-value = .000)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 21 พบว่าหลังจากที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีค่าความดันโลหิตบน ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (คะแนนหลัง = 124.51 < คะแนนก่อน = 127.73) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 22 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีค่าความดันโลหิตบน เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 2,754)

ตัวชี้วัดที่ศึกษา	เท่าเดิม		เพิ่มขึ้น		ลดลง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าความดันโลหิตบน	581	21.10	744	27.02	1,429	51.89



ตาราง 22 พบว่าหลังจากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีค่าความดันโลหิตบน ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการจำนวน 1,429 คน คิดเป็นร้อยละ 51.89 รองลงมาคือมีเพิ่มขึ้น จำนวน 744 คน คิดเป็นร้อยละ 27.02 และมีเท่าเดิมจำนวน 581 คน คิดเป็นร้อยละ 21.10

ตาราง 23 ผลการเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตต่ำ ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (2,753)

ตัวชี้วัดที่ศึกษา	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		M.D.	df	t	p-value
	n = 2,753		n = 2,753					
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.				
ค่าความดันโลหิตต่ำ	78.95	10.76	77.15	12.65	1.80	2752	8.115**	.000

Correlation = .515** (p-value = .000)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 23 พบว่าหลังจากที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีค่าความดันโลหิตต่ำ ลดลงจากก่อนเข้าร่วมโครงการ (คะแนนหลัง = 76.22 < คะแนนก่อน = 77.90) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 24 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีค่าความดันโลหิตต่ำ เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 2,753)

ตัวชี้วัดที่ศึกษา	เท่าเดิม		เพิ่มขึ้น		ลดลง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าความดันโลหิตต่ำ	753	27.35	744	27.03	1,256	45.62

ตาราง 24 พบว่า หลังจากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีค่าความดันโลหิตต่ำ ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการจำนวน 1,256 คน คิดเป็นร้อยละ 45.62 รองลงมาคือมีเท่าเดิมจำนวน 753 คน คิดเป็นร้อยละ 22.35 และมีเพิ่มขึ้น จำนวน 744 คน คิดเป็นร้อยละ 27.35

ตาราง 25 ผลการเปรียบเทียบค่ารอบเอว (วัดเป็นนิ้ว) ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 257)



ตัวชี้วัดที่ศึกษา	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		M.D.	df	t	p-value
	n = 257		n = 257					
	$\overline{X}$	SD.	$\overline{X}$	SD.				
ค่ารอบเอว (วัดเป็นนิ้ว)	31.57	3.99	31.00	3.91	.57	256	6.858**	.000

Correlation = .943** (p-value = .000)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 25 พบว่าหลังจากที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีค่ารอบเอว (วัดเป็นนิ้ว) ลดลงจากก่อนเข้าร่วมโครงการ (คะแนนหลัง = 31.00 < คะแนนก่อน = 31.57) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 26 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีค่ารอบเอว (วัดเป็นนิ้ว) เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 257)

ตัวชี้วัดที่ศึกษา	เท่าเดิม		เพิ่มขึ้น		ลดลง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่ารอบเอว (วัดเป็นนิ้ว)	55	21.40	47	18.29	155	60.31

ตาราง 26 พบว่าหลังจากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีค่ารอบเอว (วัดเป็นนิ้ว) ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการจำนวน 155 คน คิดเป็นร้อยละ 60.31 รองลงมาคือมีเท่าเดิม จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 21.40 และมีเพิ่มขึ้น จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 18.29

ตาราง 27 ผลการเปรียบเทียบค่ารอบเอว (วัดเป็นเซนติเมตร) ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 651)

ตัวชี้วัดศึกษา	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		M.D.	df	t	p-value
	n = 651		n = 651					
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.				
ค่ารอบเอว (วัดเป็นเซนติเมตร)	89.36	11.24	86.66	11.27	2.70	650	21.751**	.000

Correlation = .960** (p-value = .000)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



ตาราง 27 พบว่าหลังจากที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีค่ารอบเอว (วัดเป็นเซนติเมตร) ลดลงจากก่อนเข้าร่วมโครงการ (คะแนนหลัง = 86.66 < คะแนนก่อน = 89.36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 28 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีค่ารอบเอว (วัดเป็นเซนติเมตร) เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 651)

ตัวชี้วัดที่ศึกษา	เท่าเดิม		เพิ่มขึ้น		ลดลง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่ารอบเอว (วัดเป็นเซนติเมตร)	96	14.75	38	5.84	517	79.42

ตาราง 28 พบว่าหลังจากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีค่ารอบเอว (วัดเป็นเซนติเมตร) ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการจำนวน 517 คน คิดเป็นร้อยละ 79.42 รองลงมาคือมีเท่าเดิม จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 14.75 และมีเพิ่มขึ้น จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 5.84

ตาราง 29 ผลการเปรียบเทียบค่ารอบเอวต่อรอบสะโพก ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 100)

ตัวชี้วัดที่ศึกษา	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		M.D.	df	t	p-value
	n = 100		n = 100					
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.				
ค่ารอบเอวต่อ รอบสะโพก	.8761	.0642	.8673	.0652	.0088	99	1.701	.092

Correlation = .681** (p-value = .000)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 29 พบว่าหลังจากที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีค่ารอบเอวต่อรอบสะโพก ลดลงจากก่อนเข้าร่วมโครงการ (คะแนนหลัง = .8673 / คะแนนก่อน = .8761) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ตาราง 30 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีค่ารอบวงเอวต่อรอบสะโพก เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 100)

ตัวชี้วัดที่ศึกษา	เท่าเดิม		เพิ่มขึ้น		ลดลง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่ารอบเอวต่อรอบสะโพก	9	9.00	39	39.00	52	52.00

ตาราง 30 พบว่าหลังจากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีค่ารอบวงเอวต่อรอบสะโพก ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการจำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 52.00 รองลงมาคือมีเพิ่มเติม จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 39.00 และมีเท่าเดิม จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 9.00

ตาราง 31 ผลการเปรียบเทียบค่าไขมันในหลอดเลือด(Cholesterol) ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 255)

ตัวชี้วัดที่ศึกษา	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		M.D.	df	t	p-value
	n = 255		n = 255					
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.				
ค่าไขมันในหลอดเลือด(Cholesterol)	236.62	28.57	205.26	36.06	31.36	254	12.810**	.000

Correlation = .286** (p-value = .000)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 31 พบว่าหลังจากที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีค่าไขมันในหลอดเลือด(Cholesterol) ลดลงจากก่อนเข้าร่วมโครงการ (คะแนนหลัง = 205.26 < คะแนนก่อน = 236.62) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 32 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีค่าไขมันในหลอดเลือด(Cholesterol) เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 255)

ตัวชี้วัดที่ศึกษา	เท่าเดิม		เพิ่มขึ้น		ลดลง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าไขมันในหลอดเลือด (Cholesterol)	-	-	51	20.00	204	80.00



ตาราง 32 พบว่าหลังจากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ค่าไขมันในหลอดเลือด (Cholesterol) ลดลงมาก่อนเข้าร่วมโครงการจำนวน 204 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 และมีเพิ่มขึ้น จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00

ตาราง 33 ผลการเปรียบเทียบค่าจำนวนบุหรี่ยี่สิบ (เป็นมวน) ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 61)

ตัวชี้วัดที่ศึกษา	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		M.D.	df	t	p-value
	n = 61		n = 61					
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.				
จำนวนบุหรี่ยี่สิบ (เป็นมวน)	11.73	7.58	2.47	3.94	9.26	60	10.837**	.000

Correlation = .477** (p-value = .000)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 33 พบว่าหลังจากที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการสูบบุหรี่ลดลงมาก่อนเข้าร่วมโครงการ (คะแนนหลัง = 2.47 < คะแนนก่อน = 11.73) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 34 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ (เป็นมวน) เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 61)

ตัวชี้วัดที่ศึกษา	เท่าเดิม		เพิ่มขึ้น		ลดลง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนบุหรี่ยี่สิบ (เป็นมวน)	1	1.64	-	-	60	98.36

ตาราง 34 พบว่าหลังจากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่สูบบุหรี่ลดลงมาก่อนเข้าร่วมโครงการจำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 98.36 และมีเท่าเดิม จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.64

ตาราง 35 ผลการเปรียบเทียบค่าไขมันสะสมในร่างกาย ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 100)



ตัวชี้วัดที่ศึกษา	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		M.D.	df	t	p-value
	n = 100		n = 100					
	$\overline{X}$	SD.	$\overline{X}$	SD.				
ค่าไขมันสะสมในร่างกาย	31.25	8.91	30.24	9.64	1.01	99	2.335**	.022

Correlation = .893** (p-value = .000)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 35 พบว่าหลังจากที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีค่าไขมันสะสมในร่างกาย ลดลงจากก่อนเข้าร่วมโครงการ (คะแนนหลัง = 30.24 < คะแนนก่อน = 31.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 36 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีค่าไขมันสะสมในร่างกาย เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 100)

ตัวชี้วัดที่ศึกษา	เท่าเดิม		เพิ่มขึ้น		ลดลง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าไขมันสะสมในร่างกาย	1	1.00	27	27.00	72	72.00

ตาราง 36 พบว่าหลังจากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ค่าไขมันสะสมในร่างกาย ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการจำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 72.00 มีเพิ่มขึ้น จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 27.00 และมีเท่าเดิม จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.00

ตาราง 37 ผลการเปรียบเทียบค่าไขมันในเลือด ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 100)

ตัวชี้วัดที่ศึกษา	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		M.D.	df	t	p-value
	n = 100		n = 100					
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.				
ค่าไขมันในเลือด	217.96	46.85	205.15	39.92	12.81	99	5.047**	.000

Correlation = .841** (p-value = .000)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



ตาราง 37 พบว่าหลังจากที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการ มีค่าไขมันในเลือด (Cholesterol) ลดลงจากก่อนเข้าร่วมโครงการ (คะแนนหลัง = 205.15 < คะแนนก่อน = 217.96) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 38 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีค่าไขมันในเลือด เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 100)

ตัวชี้วัดที่ศึกษา	เท่าเดิม		เพิ่มขึ้น		ลดลง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าไขมันในเลือด	3	3.00	26	26.00	71	71.00

ตาราง 38 พบว่าหลังจากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ค่าไขมันในเลือด ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการจำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 และมีเพิ่มขึ้น จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00

ตาราง 39 ผลการเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 712)

ตัวชี้วัดที่ศึกษา	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		M.D.	df	t	p-value
	n = 712		n = 712					
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.				
ค่าระดับน้ำตาลในเลือด	105.59	38.95	103.26	39.32	2.33	711	2.296**	.022

Correlation = .712** (p-value = .000)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 39 พบว่าหลังจากที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการ มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงจากก่อนเข้าร่วมโครงการ (คะแนนหลัง = 103.26 < คะแนนก่อน = 105.59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 40 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 712)



ตัวชี้วัดที่ศึกษา	เท่าเดิม		เพิ่มขึ้น		ลดลง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าระดับน้ำตาลในเลือด	59	8.29	217	30.48	436	61.24

ตาราง 40 พบว่าหลังจากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการจำนวน 436 คน คิดเป็นร้อยละ 61.24 มีเพิ่มขึ้น จำนวน 217 คน คิดเป็นร้อยละ 30.48 และ มีจำนวนเท่าเดิมจำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 8.20

ตาราง 41 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (Hb A1C) ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 144)

ตัวชี้วัดที่ศึกษา	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		M.D.	df	t	p-value
	n = 144		n = 144					
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.				
ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม	9.08	2.28	8.01	1.67	1.06	143	7.189**	.000

Correlation = .634** (p-value = .000)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 41 พบว่าหลังจากที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมลดลงจากก่อนเข้าร่วมโครงการ (คะแนนหลัง = 8.01 < คะแนนก่อน = 9.08) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 42 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม(Hb A1C) เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 144)

ตัวชี้วัดที่ศึกษา	เท่าเดิม		เพิ่มขึ้น		ลดลง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม	3	2.08	29	20.14	112	77.78

ตาราง 42 พบว่าหลังจากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการจำนวน 112 คน คิดเป็น



ร้อยละ 77.78 มีเพิ่มขึ้น จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 20.14 และมีเท่าเดิม จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.08

ตาราง 43 ผลการเปรียบเทียบค่าน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 50)

ตัวชี้วัดที่ศึกษา	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		M.D.	df	t	p-value
	n = 50		n = 50					
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.				
ค่าน้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	62.44	12.55	62.14	12.15	.30	49	1.561**	.125

Correlation = .994** (p-value = .000)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 43 พบว่าหลังจากที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีค่าน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) ลดลงจากก่อนเข้าร่วมโครงการ (คะแนนหลัง = 61.14 / คะแนนก่อน = 62.44) อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตาราง 44 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มีค่าน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 50)

ตัวชี้วัดที่ศึกษา	เท่าเดิม		เพิ่มขึ้น		ลดลง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าน้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	17	34.00	11	22.00	22	44.00

ตาราง 44 พบว่าหลังจากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีค่าน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 44.00 มีเท่าเดิม จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 34.00 และมีเพิ่มขึ้น จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 22.00

ตาราง 45 สัดส่วนของระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการในระดับมาก ปานกลาง และน้อย (n = 4,649)



ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พึงพอใจระดับน้อย (คะแนนระหว่าง 7 – 13)	46	0.99
พึงพอใจระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 14 – 20)	820	17.64
พึงพอใจระดับมาก (คะแนนระหว่าง 21 – 28)	3,783	81.37

คะแนนเฉลี่ย = 23.16 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.78

ตาราง 45 พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการให้คะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.16 และส่วนใหญ่พึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการในระดับมาก จำนวน 3,783 คน คิดเป็นร้อยละ 81.37 รองลงมาคือพึงพอใจในระดับปานกลาง จำนวน 820 คน คิดเป็นร้อยละ 17.64 และพึงพอใจระดับน้อยจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 0.99





บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ความนำ

การวิจัยเชิงประเมินครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อประเมินและติดตามโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับทุนสนับสนุนการดำเนินงานจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2553 จำนวน 30 โครงการ โดยประยุกต์เทคนิคการประเมินตามแนวทางซีป (CIPP Model) และแนวทางโลจิก (Logic) เพื่อให้ได้ข้อมูลการประเมินที่ครบถ้วนตั้งแต่ ปัจจัยบริบทของโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์ระยะสั้น และผลลัพธ์ระยะยาว มีการเก็บข้อมูลตามแนวทางการประเมินแบบ 360 องศา โดยเก็บข้อมูลจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ และกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งได้ดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในส่วนของข้อมูลเชิงปริมาณได้ดำเนินการสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อการจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3Self สอบถามความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ ด้วยแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ และเครื่องมือวัดทางชีวการแพทย์สำหรับวัดตัวชี้วัดทางชีวเคมีของผู้เข้าร่วมโครงการที่ได้กำหนดไว้ เช่น การหาค่า BMI การวัดความดันโลหิต การวัดระดับน้ำตาลในเลือด การวัดระดับไขมันในเลือด การวัดรอบเอว เป็นต้น ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา สถิติทดสอบ t-test และ Path Analysis ในส่วนของข้อมูลเชิงคุณภาพได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth Interview) ตามแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ซึ่งได้นำเสนอผลรายละเอียดทั่วไปของการประเมินโครงการและสรุปผลและอภิปรายผลการประเมิน และข้อเสนอแนะเรียงตามลำดับต่อไปนี้



สมมุติฐาน

การวิจัยเชิงประเมินครั้งนี้ได้กำหนดสมมุติฐานไว้ ดังนี้

1) ผลการนิเทศและประเมินโครงการตามรูปแบบการประเมิน CIPP Model คือ ปัจจัยด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ปัจจัยกระบวนการ ด้านผลผลิตและด้านผลลัพธ์ ของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของทุกโครงการ อยู่ในระดับดีขึ้นไปตามการรับรู้ทั้งในกลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ และกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ

2) ปัจจัยการบริหารจัดการโครงการตามหลัก PROMISE Model ปัจจัยบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยกระบวนการ มีอิทธิพลต่อผลผลิตของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาล

3) ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก PROMISE Model ผู้เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

4) ผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละโครงการมีการเปลี่ยนตัวชี้วัดทางชีวเคมี เช่น ค่า BMI ไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

สรุปผล

ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก 4 โรคหลักได้แก่ อ้วน/ลงพุง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 3,241 คน คิดเป็นร้อยละ 69.71 มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี จำนวน 1,197 คน คิดเป็นร้อยละ 25.75 มีการศึกษาดำรงระดับปริญญาตรี จำนวน 3,308 คน คิดเป็นร้อยละ 71.16 มีสิทธิการรักษาพยาบาลคือ สิทธิข้าราชการ / รัฐบาลกิจและครอบครัว จำนวน 1,734 คน คิดเป็นร้อยละ 37.30 ลักษณะของกลุ่มเป้าหมายคือ กลุ่มเสี่ยงต่อโรคอ้วน จำนวน 1,545 คน คิดเป็นร้อยละ 33.23 และ ปัจจัยเสี่ยงที่พบคือ อ้วน / BMI สูง จำนวน 3,248 คน คิดเป็นร้อยละ 69.86

1) ผลการประเมินจากกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างการดำเนินโครงการสอดคล้องตามสมมุติฐานข้อ 1 ซึ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการได้ให้คะแนนการประเมินโครงการในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 (ค่าพิสัย 1-4) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ให้คะแนนการประเมินด้านผลผลิตสูงสุดที่สุดในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.56 รองลงมาคือด้านบริบททั่วไป ด้านกระบวนการ และด้านปัจจัยนำเข้า อยู่ในระดับดีถึงดีมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54, 3.51 และ 3.45



ตามลำดับ สำหรับผลการประเมินจากกลุ่มหัวหน้าโครงการพบว่า ได้ให้คะแนนการประเมินโครงการในภาพรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.45 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าให้คะแนนการประเมินด้านกระบวนการสูงที่สุด อยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 รองลงมาคือด้านบริบททั่วไป ด้านปัจจัยนำเข้า และด้านผลผลิต ตามลำดับ อยู่ในระดับดีทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50, 3.40 และ 3.38 ตามลำดับ และผลการประเมินจากกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการพบว่า ได้ให้คะแนนการประเมินโครงการในภาพรวมอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.35 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าให้คะแนนการประเมินด้านบริบททั่วไปสูงที่สุด อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.48 รองลงมาคือด้านปัจจัยนำเข้า ด้านผลผลิต และด้านกระบวนการ อยู่ในระดับดีทั้งหมด ตามลำดับมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.39, 3.39 และ 3.13 ตามลำดับ เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนผลการประเมินในภาพรวมระหว่างกลุ่มผู้เข้ารับบริการ กลุ่มหัวหน้าโครงการ และกลุ่มผู้บังคับบัญชาพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 3.219^*$) เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนการประเมินเป็นรายกลุ่มพบว่า กลุ่มผู้เข้ารับบริการให้คะแนนการประเมินสูงกว่ากลุ่มผู้บังคับบัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($3.52 > 3.35$) เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนผลการประเมินในด้านบริบททั่วไป ด้านปัจจัยนำเข้า และด้านผลผลิต ระหว่างกลุ่มผู้เข้ารับบริการ กลุ่มหัวหน้าโครงการ และกลุ่มผู้บังคับบัญชา และการใช้หลัก PROMISE ในโครงการ ตามความคิดเห็นระหว่างกลุ่มผู้เข้ารับบริการและกลุ่มหัวหน้าโครงการ พบว่า มีคะแนนผลการประเมินทั้ง 3 กลุ่มไม่แตกต่างกันหรือความคิดเห็นสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน แต่เมื่อทำการเปรียบเทียบผลการประเมินในด้านกระบวนการพบว่าทั้ง 3 กลุ่มมีคะแนนผลการประเมินแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 10.448^{**}$) เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนการประเมินเป็นรายกลุ่มพบว่า กลุ่มผู้เข้ารับบริการให้คะแนนการประเมินสูงกว่ากลุ่มผู้บังคับบัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($3.51 > 3.13$) และกลุ่มหัวหน้าโครงการให้คะแนนการประเมินสูงกว่ากลุ่มผู้บังคับบัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($3.52 > 3.13$)

2) ปัจจัยการบริหารจัดการโครงการตามหลัก PROMISE Model ปัจจัยบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยกระบวนการ มีอิทธิพลต่อผลผลิตของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาล สอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 2 พบว่า

2.1) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลผลิตของโครงการ (product) ได้แก่ การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) บริบททั่วไปของโครงการ (context) และกระบวนการ (process) มีค่าอิทธิพลรวมเท่ากับ 0.37, 0.31 และ 0.88 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และสามารถร่วมกันทำนายผลผลิตของโครงการได้ร้อยละ 69

2.2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ ด้านกระบวนการ (process) ได้แก่ การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) และบริบททั่วไปของโครงการ (context) มีค่าอิทธิพลรวมเท่ากับ 0.41 และ



0.34 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และสามารถร่วมกันทำนายกระบวนการบริหารโครงการได้ร้อยละ 79

2.3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยนำเข้า (input) ได้แก่ การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) และบริบททั่วไปของโครงการ (context) มีค่าอิทธิพลรวมเท่ากับ 0.63 และ 0.13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถร่วมกันทำนายปัจจัยนำเข้าได้ร้อยละ 66

2.4) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองของผู้รับบริการ (Self-esteem) ได้แก่ การมองโลกแง่ดี (Optimism) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) บริบททั่วไปของโครงการ (context) และปัจจัยนำเข้า (input) มีค่าอิทธิพลรวมเท่ากับ 0.42, 0.23, 0.05 และ 0.37 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และสามารถร่วมกันทำนายการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองของผู้รับบริการได้ร้อยละ 89

2.5) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดกระบวนการเรียนรู้โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Individual or client center) ได้แก่ การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) บริบททั่วไปของโครงการ (context) และปัจจัยนำเข้า (input) มีค่าอิทธิพลรวมเท่ากับ 0.67, 0.14 และ 1.06 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และสามารถร่วมกันทำนายการจัดกระบวนการเรียนรู้โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางได้ร้อยละ 20

2.6) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน (Result based management) ได้แก่ การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) การมองโลกแง่ดี (Optimism) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) และปัจจัยนำเข้า (input) มีค่าอิทธิพลรวมเท่ากับ 0.41, 0.27, 0.17 และ 0.27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถร่วมกันทำนายการบริหารจัดการมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงานได้ร้อยละ 57

3) หลังการเข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก PROMISE Model ผู้เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self สอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 3 ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าผู้เข้าร่วมโครงการมากกว่าร้อยละ 70 มีพฤติกรรมสุขภาพ 3Self เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

4) หลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ค่าความดันโลหิตบน ค่าความดันโลหิตล่าง รอบเอว (วัดเป็นนิ้ว) ค่ารอบเอว (วัดเป็นเซนติเมตร) ค่าไขมันในเส้นเลือด (Cholesterol) จำนวนบุหรี่ยี่สิบ (เป็นมวน) ค่าไขมันสะสมในร่างกาย ค่าไขมันในเลือด ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



สอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 4 แต่มีค่ารอบวงเอวต่อรอบสะโพก และค่าน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) ไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโครงการ

เมื่อทำการศึกษาศักส่วนของผู้เข้าร่วมโครงการที่มีการเปลี่ยนแปลงค่าชีวเคมีไปในทิศทางที่ดีขึ้นพบว่า ร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการมีค่ารอบเอว (วัดเป็นเซนติเมตร) ค่าไขมันในเส้นเลือด (Cholesterol) จำนวนบุหรี่ยี่สิบ (เป็นมวน) ค่าไขมันสะสมในร่างกาย ค่าไขมันในเลือด ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ร้อยละ 50 ของผู้เข้าร่วมโครงการมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ค่าความดันโลหิตบน-ล่าง (วัดเป็นนิ้ว) ค่ารอบวงเอวต่อรอบสะโพก ค่าระดับน้ำตาลในเลือด เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น และพบว่าร้อยละ 40 ของผู้เข้าร่วมโครงการมีค่าความดันโลหิตต่ำ ค่าน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น นอกจากนี้ร้อยละ 81.37 ของผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจต่อโครงการ

5) ปัจจัยสำคัญที่ทำให้โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประสบความสำเร็จได้แก่ การที่ผู้เข้าร่วมโครงการให้ความสำคัญกับการเข้าร่วมโครงการอย่างสม่ำเสมอ ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม คณะทำงานมีการเตรียมความพร้อมมีความกระตือรือร้นในการทำงาน ได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาเป็นอย่างดี สำหรับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของการดำเนินโครงการในครั้งนี้ได้แก่ การที่ผู้เข้าร่วมโครงการมีความหลากหลายและไม่สามารถที่จะเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง การประชาสัมพันธ์โครงการยังไม่ทั่วถึง จำนวนคณะทำงานมีไม่เพียงพอที่จะให้บริการผู้เข้าร่วมโครงการได้อย่างทั่วถึง และข้อจำกัดในการติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาวของผู้เข้าร่วมโครงการ

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลการประเมินครั้งนี้ได้ดำเนินการอภิปรายแยกรายละเอียดตามสมมติฐานการวิจัยแต่ละข้อ รายละเอียดดังนี้

อภิปรายผลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ ซึ่งทุกคนเป็นทั้งกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่เป็นโรคเมตาบอลิกทั้ง 4 กลุ่มตามที่กำหนดไว้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า คณะทำงานของแต่ละโครงการสามารถที่จะคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการที่มีคุณสมบัติตรงตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ได้กำหนดไว้ได้เป็นอย่างดี แต่อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงที่ให้ความสนใจกับปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพ แต่เพศชายซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเมตาบอลิกเช่นเดียวกัน ซึ่งอาจจะมากกว่าเพศหญิงกลับไม่เห็นความสำคัญที่จะเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเท่าที่ควร ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า



ภาระงานด้านครอบครัว การประกอบอาชีพที่จะต้องรับผิดชอบมีมากกว่าเพศหญิง แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มเพศชายก็ควรที่จะให้ความสนใจในการเข้าร่วมโครงการมากขึ้น ทั้งนี้ในการบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในปีต่อไปจึงควรที่เน้นสัดส่วนของกลุ่มเพศชายให้มีปริมาณเพิ่มมากขึ้น เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลในด้านสิทธิในการรักษาพยาบาลของกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในครั้งนี้ก็พบว่า ส่วนใหญ่แล้วเป็นกลุ่มข้าราชการและครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลจากภาครัฐอยู่แล้ว และเป็นกลุ่มที่สามารถรับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพครั้งนี้ได้เป็นอย่างดี แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า กลุ่มผู้ใช้บัตรทองซึ่งเป็นกลุ่มประชาชนทั่วไปกลับไม่ค่อยได้เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้มากเท่าที่ควร ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าประชาชนในกลุ่มผู้ใช้บัตรทองอาจจะไม่ค่อยได้รับข่าวสารจากสถานพยาบาลเท่าที่ควร จึงควรที่จะมีการเพิ่มการประชาสัมพันธ์จากสถานพยาบาลไปยังคนในชุมชนให้เพิ่มมากขึ้น เปิดโอกาสให้ประชาชนทั่วไปที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงได้เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้นกว่าในปัจจุบัน กลุ่มประชาชนทั่วไปซึ่งใช้สิทธิรักษาด้วยบัตรทองในเขต กทม. ส่วนใหญ่แล้วเป็นกลุ่มประชาชนที่ค่อนข้างจะมีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ มีการประกอบอาชีพที่ค่อนข้างจะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยได้ง่าย ซึ่งเมื่อไม่สบายหรือเจ็บป่วยก็จะมาทำการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐเป็นส่วนใหญ่ แต่กลับมิใช่กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการหลักของโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในครั้งนี้ จากการเข้าไปนิเทศโครงการพบว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ยังคงเป็นกลุ่มข้าราชการและเครือญาติที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลจากรัฐบาลอยู่แล้วแต่กลุ่มประชาชนทั่วไปกลับเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนน้อย เป็นเพราะว่าการประชาสัมพันธ์โครงการยังคงมีการกระจุกตัวอยู่เฉพาะกลุ่มข้าราชการเพียงเท่านั้น

อภิปรายผลการวิจัยตามสมมุติฐานข้อที่ 1 จากผลการประเมินที่พบว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ กลุ่มหัวหน้าโครง และกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครง ต่างให้คะแนนการประเมินโครงการในด้านบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า และด้านผลผลิตเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้เป็นเพราะว่าทุกฝ่ายต่างเห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพขึ้นมาเพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพที่จะเกิดขึ้นตามมา ในกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการซึ่งเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงและเป็นโรคเมตาบอลิก 4 โรคหลัก ได้แก่ อ้วน/ลงพุง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง เป็นกลุ่มที่มีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพราะว่าต้องเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งแตกต่างจากการจัดโครงการทั่วไปที่จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโครงการซึ่งไม่ได้อยู่ในภาวะเสี่ยงเข้าร่วมโครงการ การที่กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการอยู่ในภาวะเสี่ยงเป็นสิ่งสำคัญที่ให้กลุ่มดังกล่าวเห็นความสำคัญของโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในครั้งนี้ มีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมโครงการ ปฏิบัติกิจกรรมด้วยความเต็มใจ



เช่นเดียวกับกลุ่มหัวหน้าโครงการที่เป็นผู้ริเริ่มในการจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก็ย่อมที่จะเห็นความสำคัญต่อปัญหาดังกล่าวอยู่แล้ว และมองเห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องดำเนินโครงการเพราะว่า ประชาชนในเขตพื้นที่บริการส่วนใหญ่มีปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพ และปัญหาในการเจ็บป่วยด้วยโรคเมตาบอลิกเป็นจำนวนมาก เช่น อ้วน/อ้วนลงพุง เบาหวาน ความดันโลหิต และหัวใจ และหลอดเลือดสมอง จึงเห็นว่าจะมีความจำเป็นที่จะต้องมีการมีกิจกรรมบางอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง เช่นเดียวกับกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการที่มองเห็นความสำคัญในประเด็นพฤติกรรมสุขภาพซึ่งมองว่าเป็นแนวคิดที่ดีในการป้องกันปัญหาด้านสุขภาพ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่จัดขึ้นมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน หน่วยงานมีองค์ความรู้ที่เพียงพอในการจัดกิจกรรม และบุคลากรของหน่วยงานก็มีศักยภาพที่จะดำเนินโครงการจนประสบความสำเร็จได้ และที่สำคัญโรงพยาบาลไม่มีงบประมาณเพียงพอในการเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ให้บริการ ดังนั้นการได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าวจึงสามารถตอบสนองกับความต้องการในเชิงนโยบายของโรงพยาบาลไปพร้อมกันได้อย่างดี

เมื่อพิจารณาถึงความเห็นที่สอดคล้องกันในด้านปัจจัยนำเข้าระหว่างกลุ่มผู้ประเมินทั้ง 3 ก็พบว่ากลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการมีความมั่นใจต่อศักยภาพ ความรู้ความสามารถของคณะทำงานเป็นอย่างมาก เพราะว่าคณะทำงานส่วนใหญ่เป็นบุคลากรของสถานพยาบาล เป็นที่น่าเชื่อถือว่ามีความรู้ด้านสุขภาพอย่างแท้จริง นอกจากนี้สถานที่จัดกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลจึงทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการมองว่ามีความเหมาะสมอย่างยิ่งต่อการทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพราะว่าบรรยากาศสามารถที่จะกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดความต้องการที่จะร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพขึ้นมาได้ ปัจจัยนำเข้าสำคัญที่ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดความรู้สึกประทับใจต่อการเข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพคือ การที่คณะทำงานมีความตั้งใจจริง มีความกระตือรือร้นในการให้บริการ มีมิตรภาพที่ดีต่อผู้เข้าร่วมโครงการด้วยความจริงใจ มีความปรารถนาดีที่จะให้ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างแท้จริง เช่นเดียวกันกลุ่มหัวหน้าโครงการที่ได้รายงานในลักษณะเดียวกันว่าได้มีการเตรียมความพร้อมคณะทำงานเป็นอย่างดีโดยเฉพาะการที่หัวหน้าแต่ละโครงการได้ให้การอบรมแก่คณะทำงานเกี่ยวกับการนำหลักการบริหารจัดการโครงการตามแนวทาง PROMISE เข้ามาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นหลักการบริหารโครงการที่เน้นความสำคัญของผู้เข้าร่วมโครงการเป็นสำคัญ เป็นหลักการที่พยายามจะสร้างองค์ความรู้ที่แท้จริงให้เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมโครงการ และให้ผู้เข้าร่วมโครงการเป็นบุคคลหลักในการจัดกิจกรรมโดยที่คณะทำงานเป็นผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งแนวคิดในการบริหารโครงการทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการเห็นความสำคัญของตนเอง เกิดความรู้สึกว่าตนเองมิใช่เป็นผู้ที่เข้ามาได้รับความรู้เพียงเท่านั้น นอกจากนี้ก็พบว่าหัวหน้าโครงการของแต่ละโครงการยัง



มองเห็นถึงปัญหาทางการเงินที่จะเกิดขึ้นจึงได้จัดเตรียมงบประมาณสำรองไว้ในการจัดกิจกรรม ซึ่งกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการก็ได้ให้การสนับสนุนการดำเนินโครงการเป็นอย่างดี โดยเฉพาะการให้เวลาแก่คณะทำงานในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเต็มที่ คอยให้กำลังใจแก่คณะทำงาน ให้ความเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพของคณะทำงาน ตลอดจนให้ความช่วยเหลือในการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ และพบว่าในบางโครงการผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการก็ได้เข้าร่วมประชุมเพื่อรับทราบปัญหาในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในครั้งนี้ตลอดจนได้ให้ข้อเสนอแนะที่สำคัญเพื่อปรับปรุงในการดำเนินงานให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้เข้าร่วมโครงการ นอกจากนี้แล้วยังได้ให้การสนับสนุนจัดหางบประมาณมาใช้ในการจัดกิจกรรมอย่างเต็มที่

เมื่อพิจารณาในด้านกระบวนการพบว่า กลุ่มหัวหน้าโครงการและกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการต่างเห็นสอดคล้องกันว่า การจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในครั้งนี้มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับดี สามารถที่จะทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามที่ได้กำหนดไว้ มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ เป็นไปตามแผนการที่ได้กำหนดไว้ ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนกระบวนการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสม ในด้านกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการได้รายงานว่าได้มีส่วนร่วมในการเสนอแนะแนวทางในการจัดกิจกรรมครั้งต่อไปต่อคณะทำงาน แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งอย่างอิสระและเจ้าหน้าที่ที่รับฟังเป็นอย่างดี ระหว่างกิจกรรมก็ได้มีส่วนร่วมอย่างสม่ำเสมอ เช่น การตอบคำถามวิทยากร การเล่นเกม รวมทั้งการทำกิจกรรมต่าง ๆ เจ้าหน้าที่จึงใจด้วยการตั้งรางวัลสำหรับผู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ มีการเสริมแรงด้วยการให้คำชมเชย การยกย่องระหว่างการทำกิจกรรม การพูดจาด้วยคำพูดที่เป็นมิตร สามารถสร้างแรงจูงใจในการทำกิจกรรมได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมโครงการสามารถสัมผัสได้ถึงการทำงานได้นำหลักการบริหารจัดการตามแนวทาง PROMISE Model เข้ามาใช้ได้เป็นอย่างดี เช่นเดียวกันกลุ่มหัวหน้าโครงการก็ได้รายงานผลในทำนองเดียวกันกลุ่มผู้เข้ารับบริการว่า ได้นำหลักการบริหารจัดการตามแนวทาง PROMISE Model เข้ามาใช้อย่างเคร่งครัด แต่ก็พบว่า มีหลายโครงการเช่นเดียวกันที่ยังคงจัดกิจกรรมโดยให้คณะทำงานเป็นผู้นำในการจัดกิจกรรมแต่เพียงฝ่ายเดียว ไม่ได้มอบหมายบทบาทสำคัญให้กับผู้เข้าร่วมโครงการเท่าที่ควร แต่พบว่ากลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการกลับให้คะแนนการประเมินด้านกระบวนการต่ำกว่ากลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการและกลุ่มผู้บังคับบัญชาทั้งนี้เป็นเพราะว่า ในหลายโครงการผู้บังคับบัญชาเป็นผู้ให้การสนับสนุนในเชิงนโยบายเพียงเท่านั้น ไม่ได้มีบทบาทหลักในการดำเนินกิจกรรม ไม่ได้สัมผัสถึงกระบวนการบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างแท้จริง การมีส่วนร่วมของผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการที่สำคัญคือ ได้ให้ความช่วยเหลือคณะทำงานในการกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโครงการ ให้การสนับสนุนด้านสถานที่จัดกิจกรรม วัสดุ



อุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรม พร้อมกับให้ความช่วยเหลือในกรณีที่มีงบประมาณจาก สปสช. ยังมาไม่ถึงด้วยการให้ยืมเงินจากส่วนกลางก่อน ได้ช่วยให้กำลังใจผู้เข้าร่วมโครงการและคณะทำงานระหว่างการทำกิจกรรม และยอมให้ผู้เข้าร่วมโครงการที่เป็นบุคลากรของหน่วยงานได้ร่วมทำกิจกรรมอย่างเต็มที่ และได้ให้คำแนะนำแก่คณะทำงานในการแก้ไขปัญหาเรื่องการเข้าร่วมโครงการที่ไม่สม่ำเสมอของกลุ่มเป้าหมาย

เมื่อพิจารณาในด้านผลผลิตของโครงการพบว่าทั้ง 3 กลุ่มได้ให้คะแนนการประเมินเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ล้วนมองว่าผลผลิตจากการจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ โดยเฉพาะผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการที่สามารถจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างแท้จริง หรืออย่างน้อยที่สุดก็มีองค์ความรู้เริ่มต้นที่เพียงพอสามารถจะนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในอนาคตได้ ในกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการต่างได้รายงานผลว่าการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงมากขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโครงการ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 30 ซึ่งมีการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิมโดยได้ออกกำลังกายทุกวัน และช่วงเวลาวางโดยใช้กิจกรรมที่วิทยากรได้ถ่ายทอดความรู้มาใช้อย่างต่อเนื่อง การควบคุมอาหารก็จะเลือกรับประทานแต่อาหารพวกผักและผลไม้เป็นส่วนใหญ่ ไม่รับประทานอาหารมื่อเย็นมากเกินไป และสามารถควบคุมอารมณ์ไม่ให้เกิดความเครียด แต่เมื่อพิจารณาในด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 3Self พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ยังไม่รู้จักเท่าที่ควร แต่ก็มีเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เช่น มีความเชื่อมั่นในตนเองเกี่ยวกับการลดน้ำหนัก การดูแลสุขภาพมากขึ้นเพิ่มมากขึ้น สามารถควบคุมตนเองให้ออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ได้ดี และหันมาใส่ใจสุขภาพของตนเองมากขึ้นกว่าเดิม ทั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโครงการได้เป็นอย่างดี ในกลุ่มหัวหน้าโครงการก็ได้รายงานในทิศทางเดียวกันกลุ่มผู้เข้ารับบริการเช่นเดียวกันว่าพึงพอใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการ และการบริหารจัดการโครงการยังทำให้คณะทำงานเกิดองค์ความรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น มีทักษะในการทำงานด้านดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม โดยเฉพาะการเพิ่มพูนองค์ความรู้ด้านการบริหารจัดการตามหลัก PROMISE Model เช่นเดียวกับกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการก็รู้สึกพึงพอใจต่อผลการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะการดำเนินงานสามารถที่จะตอบสนองต่อนโยบายของหน่วยงานได้เป็นอย่างดี เป็นการป้องกันปัญหาด้านสุขภาพที่จะเกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี และพอใจกับการที่ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

อภิปรายผลการวิจัยตามสมมุติฐานข้อที่ 2 ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลผลิตของโครงการ (product) คือ การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) บริบททั่วไปของโครงการ (context) และกระบวนการ (process) มีค่าอิทธิพลรวมเท่ากับ 0.37, 0.31 และ 0.88 อย่างมีนัยสำคัญ



ทางสถิติ และสามารถร่วมกันทำนายผลผลิตของโครงการได้ร้อยละ 69 แสดงให้เห็นว่าการที่คณะทำงานได้นำหลักการบริหารจัดการตามหลัก PROMISE Model โดยได้นำหลักการเสริมแรงทางบวกมาใช้อย่างสม่ำเสมอโดยพยายามที่จะทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดความรู้สึกว่า เมื่อสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จก็จะได้รับรางวัลสำหรับความพยายามของตนเองที่ได้ลงมือปฏิบัติ สอดคล้องกับ เบอร์เน็ตและคณะ (Bernet et al, 2002: 791) ซึ่งได้สังเคราะห์งานวิจัยที่ทำการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ามีการวิจัยหลายเรื่องที่น่าการเสริมแรงตนเองและการลงโทษตนเองไปใช้ในโปรแกรม ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการให้การเสริมแรงมากกว่าการลงโทษ ตัวอย่างวิธีการเสริมแรง เช่น การให้สิ่งตอบแทนและรางวัล การให้สิ่งของที่มีตราสัญลักษณ์ (Logo) ของโปรแกรม การให้เงินรางวัล การจัดปาร์ตี้สำหรับครอบครัว (Family fun night) การให้เงินตอบแทนสำหรับเด็กและให้คู่มือสำหรับผู้ปกครอง การให้คู่มืออาหารกลางวัน ดำรงอาหาร หนังสือการ์ตูนที่เด็กชอบ การให้สติ๊กเกอร์ แวนช่าย หมวก และจับฉลากสำหรับการทัวร์สถานที่ท่องเที่ยว เป็นต้น ซึ่งการใช้หลักเสริมแรงทางบวกดังกล่าวสามารถที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายให้เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นได้ เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ โสภิตา ลิ้มวัฒนาพันธ์ (2538) ที่พบว่าการเสริมแรงทางบวกด้วยเบี้ยอรรถกร ทำให้พฤติกรรมความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมายของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคบุรีรัมย์ ชั้นปีที่ 1 เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น นอกจากนี้ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าอีกว่าบริบททั่วไปของโครงการก็เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อผลผลิตของโครงการ เพราะว่าการที่ผู้เข้าร่วมโครงการเห็นความสำคัญของการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในครั้งนี้ มองว่าปัญหาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่มีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการแก้ไข การที่กลุ่มเป้าหมายเห็นความสำคัญสูงก็ย่อมที่จะทำให้เกิดความพยายามและความตั้งใจจริงที่จะเข้าร่วมโครงการ การที่บริบทรอบข้างของผู้เข้าร่วมโครงการเป็นปัญหาที่สำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประกอบกับการที่ผู้เข้าร่วมโครงการรับรู้ถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก็ย่อมที่จะเป็นแรงผลักดันที่สำคัญที่จะทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดแรงผลักดันภายในเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่า การที่คณะทำงานได้ดำเนินโครงการตามแผนงานที่วางไว้ได้เป็นอย่างดี ได้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการจัดโครงการ สามารถทำให้กระบวนการดำเนินงาน (process) มีประสิทธิภาพสูงสุดก็สามารถที่จะทำให้ผลผลิตของโครงการเกิดขึ้นมาได้ อย่างมีประสิทธิภาพเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เข้าร่วมโครงการยังสามารถสัมผัสได้ถึงการนำหลักบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง PROMISE Model ของคณะทำงานได้เป็นอย่างดีซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ตรงกับที่โครงการได้กำหนดไว้ แต่อย่างไรก็ตามการที่



กระบวนการดำเนินโครงการจะประสบความสำเร็จได้จะต้องเกิดขึ้นจากปัจจัยอีกหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้าที่เพียงพอต่อการจัดโครงการตามแผนงานที่กำหนดไว้ บริบททั่วไปของโครงการที่สำคัญเพียงพอ การนำหลักการเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้กับกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความต้องการที่แท้จริงในการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในครั้งนี้ รวมทั้งความสามารถของคณะทำงานในการบริหารงานแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ที่แท้จริง โดยการทุ่มเททั้งงบประมาณ ความรู้ความสามารถของตนเองเพื่อให้ผลงานเกิดขึ้นตามที่ได้กำหนดไว้ ทั้งนี้ทุกสิ่งทุกอย่างล้วนแต่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้

อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานข้อที่ 3 และ 4 ผลการวิจัยพบว่าหลังจากที่ผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครได้เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากสถานพยาบาลที่ได้นำหลักการบริหารจัดการโครงการตามแนวทาง PROMISE Model มาใช้มีพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ทั้งนี้เป็นเพราะการนำหลักการบริหารจัดการโครงการตามแนวทาง PROMISE Model เป็นหลักการที่เน้นให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ตั้งแต่การเป็นผู้ริเริ่มโครงการ ผู้ดำเนินกิจกรรม จนกระทั่งสิ้นสุดโครงการ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดความรู้สึกในการเป็นเจ้าของโครงการมากขึ้น ตลอดจนใช้หลักการทางด้านจิตวิทยาเชิงบวกสำหรับให้คณะทำงานใช้กับผู้เข้าร่วมโครงการ เช่น การสร้างแรงจูงใจให้กับผู้เข้าร่วมโครงการให้อยากทำกิจกรรม ดังเช่นผลการวิจัยของเกรย์และคณะ (Grey et al, 2004: 10-5) ได้ทำการศึกษาสำรวจเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอายุ 10-14 ปี จำนวน 41 คน โดยเป็นชาวอัฟริกัน-อเมริกัน ชาวฮิสพานิก และชาว คอเคเชียน ใน Connecticut middle school 2 แห่ง รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยมีกลุ่มทดลอง 22 คน กลุ่มควบคุม 19 คน ระยะเวลา 12 เดือน รูปแบบของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่กลุ่มทดลองได้รับโดยวิธีการพูดชักจูง คือ 1) การนำผู้ปกครองเข้ามีส่วนร่วมในโปรแกรม โดยการให้ความรู้และทักษะด้านโภชนาการและกิจกรรมทางกายแก่ผู้ปกครอง และ 2) การให้การสนับสนุนและคำปรึกษาทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองของนักเรียนในกลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมดีขึ้น ในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพครั้งนี้ก็เช่นเดียวกันได้มีการนำหลักการสนับสนุนการดำเนินงานของผู้เข้าร่วมโครงการมาใช้อย่างเคร่งครัด โดยที่คณะทำงานจะพยายามทำตัวเป็นผู้ให้การสนับสนุนเป็นสำคัญจึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้พฤติกรรมสุขภาพ 3Self ของผู้เข้าร่วมโครงการเกิดขึ้นได้



นอกจากนี้ยังพบว่า โรเซนสโตค (Rosenstock, 1974: 330 อ้างใน บังอร ฉางทรัพย์, 2549) ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า การที่บุคคลรับรู้ถึงความสามารถของตนเองและมีแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองก็จะส่งผลทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกที่จะลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเป็นโรคลงได้ เช่นเดียวกับการดำเนินโครงการในครั้งนี้ก็เช่นเดียวกัน การนำหลัก PROMISE Model เข้ามาใช้ในการบริหารจัดการโครงการก็ได้พยายามที่จะสร้างแรงจูงใจให้กับผู้เข้าร่วมโครงการเกิดความรู้สึกต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองอย่างแท้จริง จึงส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ดี เช่นเดียวกับแนวคิดของ อัจฉรา สุขารมณ์ (2551) ได้ให้ให้ข้อเสนอแนะว่าแรงจูงใจสามารถที่จะผลักดันที่ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งอย่างต่อเนื่องและมีจุดหมาย มีความสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมด้านต่างๆ ของมนุษย์ การที่คณะทำงานแต่ละโครงการได้นำหลักการเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้กับกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการนั้นสามารถที่จะส่งผลทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดีดังแนวคิดของ บารอฟสกี (Barofsky, 1978 อ้างใน อรสา พันธักดี, 2542) ที่ได้อธิบายว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จิตใจของบุคคลอย่างมีเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยแบ่งการดูแลตนเองเป็น 3 แบบ ได้แก่ 1) การดูแลตนเองในการบรรเทาความเจ็บป่วย 2) การดูแลตนเองในการรักษาหรือเผชิญกับอาการ 3) การดูแลตนเองในการป้องกันอันตรายที่จะมีผลต่อสวัสดิภาพ กระบวนการทำหน้าที่ของร่างกาย ดังนั้นหากบุคคลไม่เกิดแรงจูงใจหรือจิตใจที่จะดูแลตนเองเองแล้วก็ไม่สามารถที่จะทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ผลการวิจัยของ สุวรรณ ณี จิรสวัสดิ์ (Suwannee, 2002) ได้ศึกษาผลของการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองในการหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อยในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จังหวัดตาก โดยในกิจกรรมดังกล่าวได้นำหลักการเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการปรับพฤติกรรม ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการควบคุมตนเองในการหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และพบว่าในระยะติดตามผลไม่แตกต่างจากระยะหลังการทดลอง แต่ในระยะติดตามผล นักเรียนกลุ่มทดลองยังคงมีการควบคุมตนเองในการหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า การที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถที่จะทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ 3Self เพิ่มขึ้นได้

ในการดำเนินโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก PROMISE ให้กับกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิก ทั้ง 30 โครงการ ประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์และสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากปัจจัยดังนี้



ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ ตามเหตุผลที่หัวหน้าโครงการ และคณะทำงานได้ถอดบทเรียนในการดำเนินโครงการเพิ่มเติมไว้ดังนี้

1) ปัจจัยด้านผู้บริหาร พบว่า

1.1) ผู้บริหารของหน่วยงานให้การสนับสนุนในการดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่องในด้านต่างๆ เช่นอนุมัติให้ใช้สถานที่ วัสดุอุปกรณ์ สุ่มบุคลากรให้ได้เข้าร่วมโครงการอย่างสม่ำเสมอ (9)

1.2) ผู้บริหารเล็งเห็นความสำคัญถึงประโยชน์ส่วนรวมที่เกิดขึ้นกับผู้เข้ารับบริการ (3)

1.3) ผู้บริหารมีความเข้าใจในกระบวนการจัดกิจกรรม (2)

1.4) ผู้บริหารให้การผลักดันจนเกิดเป็นนโยบายสนับสนุนให้บุคลากรมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง (2)

1.5) ผู้บริหารมีทัศนคติที่ดีต่อโครงการพร้อมทั้งให้การชื่นชมต่อแนวคิดของโครงการ (1)

1.6) ผู้บริหารให้ความช่วยเหลือในด้านกำลังใจแก่คณะทำงาน รวมถึงให้คำปรึกษาและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินโครงการ (1)

2) ปัจจัยด้านคณะทำงาน

2.1) คณะทำงานมีความพร้อมและมุ่งมั่นในการจัดกิจกรรม (5)

2.2) คณะทำงานมีการวางแผน ตั้งเป้าหมาย จัดสรรเวลา และจัดทำโครงสร้างหน้าที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน (5)

2.3) คณะทำงานมีความรู้ ความสามารถ รวมถึงมีประสบการณ์อย่างมากต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงสามารถออกแบบกิจกรรมได้อย่างเหมาะสมและมีความยั่งยืน (5)

2.4) ได้รับความร่วมมือจากฝ่ายต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน (4)

2.5) คณะทำงานมีความเข้มแข็ง อดทน รวมถึงมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ทำให้สามารถ เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ง่าย (2)

2.6) คณะทำงานมีลักษณะการทำงานที่ยืดหยุ่น พร้อมรับสถานการณ์ต่างๆ และ สามารถปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินการได้ตลอดเวลา (1)

2.7) คณะทำงานมีประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก จึงเกิดแรงบันดาลใจที่สอดคล้องกับแนวคิดของโครงการ (1)

2.8) คณะทำงานทุกคนเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรม จึงเกิดความไว้วางใจ และแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน (1)

3) ปัจจัยด้านผู้เข้าร่วมโครงการ

3.1) ผู้เข้าร่วมโครงการมีความสมัครใจเข้าร่วมทำกิจกรรม มีความตั้งใจและให้ความร่วมมืออย่างสม่ำเสมอ (10)



3.2) ผู้เข้าร่วมโครงการมีการแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน รวมถึงมีการดูแลและให้ความช่วยเหลือเพื่อนร่วมโครงการ ทำให้เกิดความสุข สร้างสัมพันธภาพ จนไม่รู้สึกเคอะเขินเมื่อต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเมื่อพบว่าตนเองสามารถลดน้ำหนัก/ลดรอบเอวได้จริง จึงเกิดความพึงพอใจและกำกับตนเองได้อย่างต่อเนื่อง (4)

3.3) ผู้เข้าร่วมโครงการเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา แม้ตนเองจะยังไม่มีปัญหาสุขภาพก็ตาม (3)

3.4) ผู้เข้าร่วมโครงการมีปัญหาเจ็บป่วยและเป็นกลุ่มเสี่ยง จึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้างสุขภาพที่ดีให้กับตนเอง (2)

3.5) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดและเคารพในข้อตกลงเบื้องต้น (2)

3.6) ผู้เข้าร่วมโครงการช่วยประชาสัมพันธ์โครงการ รวมถึงช่วยกระจายข่าวสารการจัดกิจกรรม ทำให้มีผู้มาเข้าร่วมกิจกรรมครบจำนวน (1)

3.7) ผู้เข้าร่วมโครงการเคยมีประสบการณ์การเข้าร่วมในโครงการสุขภาพมาก่อน จึงให้ความร่วมมือและเห็นถึงความสำคัญ (1)

3.8) ผู้เข้าร่วมโครงการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคณะทำงานและผู้เข้าร่วมกิจกรรมด้วยกันทำให้เกิดความสนุกสนานผูกพันและไว้วางใจซึ่งกันและกันจึงจะทำความร่วมมือเป็นอย่างดี (1)

3.9) ผู้เข้าร่วมโครงการได้แสดงความคิดเห็นครบทุกคน ทำให้การจัดกิจกรรมเป็นไปตามความต้องการและตรงกับสภาพปัญหาของกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด (1)

4) กิจกรรม

4.1) กิจกรรมมีความสนุกสนาน จัดง่าย สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวันได้อย่างสนุกและต่อเนื่อง (8)

4.2) กิจกรรมมีความน่าสนใจ หลากหลายและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ที่ไม่เน้นการให้ความรู้ด้านวิชาการเพียงอย่างเดียว แต่เป็นกิจกรรมที่เน้นถึงการปฏิบัติที่ง่าย สามารถนำไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน (5)

4.3) กิจกรรมภายในโครงการเป็นกิจกรรมที่เชิญชวนให้มีส่วนร่วมในการออกแบบและเข้าร่วมกิจกรรม (3)

4.4) กิจกรรมภายในโครงการเป็นไปในทางบวก เสริมพลัง ให้กำลังใจ ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมรู้สึกดี (1)

4.5) กิจกรรมแฝงไปด้วยความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพ การกินอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมตนเอง จึงเกิดการจดจำและปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง (1)

4.6) กิจกรรมมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้เข้าร่วมโครงการ (1)



4.7) รูปแบบของกิจกรรมเป็นลักษณะของการสร้างกลุ่ม ที่นำผู้มีปัญหาด้านสุขภาพลักษณะเดียวกันมาทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน ไม่รู้สึกเขินอายเมื่อต้องออกกำลังกายหรือลดน้ำหนัก (1)

4.8) รูปแบบของกิจกรรมสนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีส่วนร่วม โดยเน้นการทำกิจกรรมมากกว่าการบรรยาย จึงสามารถดึงดูดกลุ่มเป้าหมายให้เข้าร่วมกิจกรรมได้มากขึ้น (1)

4.9) รูปแบบของกิจกรรมมีความสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงานจึงได้รับการสนับสนุนทางด้านต่างๆ (1)

4.10) รูปแบบของกิจกรรมมีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมโครงการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการดึงบุคคลในครอบครัวมาร่วมทำกิจกรรมการออกกำลังกาย ทำให้มีผลดีมากกว่าครั้งก่อน (1)

5) ปัจจัยด้านลักษณะการดำเนินกิจกรรม

5.1) มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกผู้เข้าร่วมโครงการกับผู้ดำเนินการ เช่น การจัดตั้งกลุ่ม เพื่อนช่วยเพื่อน พี่ดูแลน้อง เป็นต้น รวมถึงจัดให้สมาชิกทุกคนได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมและออกแบบกิจกรรม ซึ่งทำให้เกิดการขับเคลื่อนกระบวนการได้พร้อมกัน (7)

5.2) คณะทำงานมีรูปแบบการติดตามผลอย่างหลากหลายและต่อเนื่อง (5)

5.3) คณะทำงานสร้างแรงจูงใจและให้การเสริมแรงตลอดเวลา รวมถึงเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้เข้าร่วมโครงการว่าสามารถทำได้ตามเป้าหมาย จึงทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการอยากมาเข้าร่วมทำกิจกรรมครบทุกครั้ง (5)

5.4) คณะทำงานให้ข้อมูลป้อนกลับถึงความเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายทั้งทางบวกและทางลบ รวมถึงกล่าวชื่นชมเมื่อผู้เข้าร่วมโครงการสามารถทำได้ตามเป้าหมาย และพูดเชิงท้าทายให้ผู้เข้าร่วมโครงการที่ไม่ประสบความสำเร็จ เพื่อป้องกันการท้อถอยและถอนตัวออกไป (3)

5.5) คณะทำงานได้เชิญชวนให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้หันมาใส่ใจในตนเอง สามารถวิเคราะห์ข้อมูลของตนเอง สภาพแวดล้อมรอบตัว และข้อมูลความรู้อย่างง่ายเพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน (2)

5.6) มีการดำเนินกิจกรรมในลักษณะเชิงรุก เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกตนเองมากที่สุด ทำให้มีผู้อยากมาเข้าร่วมกิจกรรมเป็นจำนวนมาก (1)

5.7) ผู้ดำเนินการได้อธิบายถึงประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมโครงการจะได้รับ พร้อมทั้งเขียนพันธะสัญญาเพื่อใช้เป็นเป้าหมายในการปรับพฤติกรรม (1)

5.8) มีการดำเนินกิจกรรมโดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย ทำให้แต่ละกลุ่มมีสมาชิกไม่มากเกินไป จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ ทำได้ดี (1)



5.9) คณะทำงานได้ปรับปรุงกิจกรรมตามคำแนะนำของคณาจารย์จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒทำให้มีวิธีการและกลยุทธ์ใหม่ๆ ที่นำมาใช้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม (1)

5.10) มีการเปิดช่องทางการติดต่อเพื่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งในและนอกเวลาราชการ จึงเพิ่มความสะดวกในการติดตามผู้เข้าร่วมกิจกรรม (1)

5.11) มีแนวทางการจัดกิจกรรมแบบ 3self และ PROMISE ทำให้เกิดความคลอบคลุม (1)

6) สถานที่และเวลาในการจัดกิจกรรม

6.1) สถานที่ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม กว้างขวาง เอื้ออำนวยต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ของโครงการ (3)

6.2) เวลาในการจัดโครงการเป็นช่วงวันเสาร์-อาทิตย์ ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถมาทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องและครบถ้วน (2)

6.3) คณะทำงานเดินทางไปจัดกิจกรรมในชุมชนโดยตรง จึงเป็นการอำนวยความสะดวกให้กับผู้รับบริการ (1)

6.4) หน่วยงานมีความพร้อมในด้านสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ และบุคลากร (1)

7) งบประมาณ

7.1) ได้รับงบประมาณสนับสนุนโครงการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (1)

7.2) ได้รับทุนอุดหนุนการดำเนินโครงการ ทำให้มีเงินเพียงพอต่อการดำเนินโครงการ (1)

7.3) หน่วยงานมีทุนสำหรับสำรองจ่ายให้กับโครงการ (1)

8) การสนับสนุนด้านวิชาการ

8.1) ได้รับความร่วมมือ ช่วยเหลือในทิศติดตามผลการดำเนินการ พร้อมทั้งได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการจากคณาจารย์สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ (8)

8.2) ภายในหน่วยงานมีการจัดตั้งทีมพี่เลี้ยงเพื่อดูแลกระบวนการดำเนินการ ทำให้มีที่ปรึกษาและคนชี้แนะแนวทาง รวมถึงช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว (1)

8.3) คณะทำงานมีโอกาสศึกษาดูงานการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพที่โรงพยาบาลอื่น จึงสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับโครงการได้เป็นอย่างดี (1)

8.4) คณะทำงานมีทีมวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญอยู่ในทีม (1)

8.5) สปสช. ร่วมกับ มสว ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารต่างๆ ทางโทรศัพท์ ทำให้ได้รับข่าวสารอย่างรวดเร็ว (1)

8.6) ได้รับความร่วมมือจากบุคลากรภายในและภายนอกหน่วยงาน ทำให้เกิดความรู้แบบองค์รวมและเป็นสหวิทยาการมากขึ้น (1)

8.7) ภายในหน่วยงานมีข้อมูลทางด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับหนึ่งทำให้ง่ายต่อการดำเนินโครงการ (1)



8.8) คณะทำงานได้มีโอกาสรับการอบรมจากอาจารย์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จึงสามารถวางแผนการดำเนินโครงการจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี (1)

ปัจจัยสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของการดำเนินโครงการได้แก่

1) ปัจจัยด้านสถานที่และวัสดุอุปกรณ์

1.1) หน่วยงานมีพื้นที่ใช้สอยในการจัดทำกิจกรรมจำกัด ไม่สามารถแบ่งกลุ่มย่อยได้ (1)

1.2) หน่วยงานมีการจัดกิจกรรมบ่อยครั้ง ทำให้การยืมอุปกรณ์และสถานที่ไม่ได้รับการอนุมัติโดยทันที (1)

1.3) ในการจัดกิจกรรมภายในหน่วยงานเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการ เนื่องจากเจ้าหน้าที่บางส่วนถูกเรียกตัวไปทำงานเร่งด่วนเสมอ (1)

1.4) การบริหารจัดการด้านวัสดุอุปกรณ์เป็นภาระหนักของคณะทำงานเนื่องจากภายในหน่วยงานมีวัสดุอุปกรณ์ที่จำกัด (1)

2) ปัจจัยด้านความขัดข้องในการดำเนินโครงการ

2.1) ในการดำเนินโครงการต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเป็นจำนวนมากเพื่อเป็นวิทยากรและเป็นเจ้าหน้าที่ในการคัดกรองผู้เข้าร่วมโครงการ จึงต้องประสานงานกับหลายหน่วยงาน (4)

2.2) ในช่วงของการดำเนินกิจกรรมเป็นช่วงที่มีปัญหาทางการเมือง และเป็นช่วงวันสำคัญทางศาสนาอิสลาม ทำให้เกิดความล่าช้าในการดำเนินการ (2)

2.3) กลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความหลากหลายมาก ทำให้เป็นอุปสรรคในการหาวิธีการต่างๆ มาสร้างแรงจูงใจ (2)

2.4) แผนการดำเนินโครงการถูกปรับเปลี่ยนบ่อยครั้ง ทำให้เกิดความสับสนต่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม เช่น การย้ายห้องอบรม การเปลี่ยนวันอบรม เป็นต้น (1)

2.5) ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมอาหารได้ มีความต้องการให้คณะทำงานจัดทำอาหารเพื่อสุขภาพมาขาย แต่เนื่องจากคณะทำงานมีภารกิจมากจึงไม่สามารถจัดทำให้ได้ (1)

2.6) เวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งมีน้อยเกินไป ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการไม่สามารถทำกิจกรรมได้อย่างเต็มที่

2.7) มีระยะเวลาจำกัดในการจัดเตรียมโครงการ ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีโอกาสดูแลความคิดเห็นน้อย (1)

2.8) ในการจัดกิจกรรมที่เป็นกลุ่มย่อยต้องใช้เวลามาก และแต่ละครั้งผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่ได้อยู่ในกลุ่มเดิม ทำให้การให้คำปรึกษาไม่ประสบความสำเร็จ (1)

2.9) ระบบการบริหารจัดการของโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อการนัดผู้ป่วยมาเข้าร่วมกิจกรรม (1)



2.10) คณะทำงานไม่มีเวลาศึกษารายละเอียดของโครงการที่ประสบความสำเร็จมาก่อน ทำให้ไม่เกิดนวัตกรรมใหม่ในการดำเนินการครั้งนี้ (1)

3) ปัจจัยด้านคณะทำงาน

3.1) คณะทำงานมีภาระงานจำนวนมากจึงต้องฝากให้เพื่อนร่วมงานช่วยดูแล ทำให้รู้สึกเกรงใจและเป็นห่วงงาน จึงไม่มีสมาธิจดจ่อกับกิจกรรมที่เข้าร่วมและไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมได้อย่างเต็มที่ (6)

3.2) เนื่องจากการดำเนินโครงการในครั้งนี้เป็นครั้งแรก คณะทำงานจึงขาดประสบการณ์ในการบริหารจัดการโครงการ (3)

3.3) คณะทำงานมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มย่อยได้อย่างทั่วถึง (1)

3.4) พี่เลี้ยงประจำกลุ่มมีอายุน้อยกว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรม จึงไม่มีความน่าเชื่อถือและไม่สามารถกระตุ้นเตือนให้ผู้เข้าร่วมโครงการให้ความร่วมมือในการมาเข้าร่วมกิจกรรมได้ (1)

4) ปัจจัยด้านผู้เข้าร่วมโครงการ

4.1) การจัดกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการจัดในเวลาเช้าทำให้มีผู้เข้าร่วมโครงการไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง และในบางรายได้ถอนตัวออกไปเนื่องจากไม่สามารถละทิ้งภารกิจงานและภารกิจส่วนตัวได้ ส่งผลให้มีจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีจำนวนลดลง ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (9)

4.2) สภาพแวดล้อมภายในชุมชนของผู้เข้าร่วมโครงการไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เมื่อผู้เข้าร่วมโครงการไม่สามารถจัดหาอาหารสุขภาพได้จึงต้องซื้ออาหารรับประทานในร้านสะดวกซื้อและไม่ได้คำนึงถึงเรื่องพลังงานอาหาร (3)

4.3) กลุ่มเป้าหมายขาดความตระหนักต่อความสำคัญในการดูแลสุขภาพ เช่น กลุ่มเด็กวัยรุ่นกลุ่มที่ยังไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ เป็นต้น จึงขาดความตั้งใจในการเข้าร่วมกิจกรรม (2)

4.4) คณะทำงานไม่สามารถติดต่อกับผู้เข้าร่วมโครงการได้ เนื่องจากมีการย้ายที่อยู่และเสียชีวิตกะทันหัน (1)

4.5) ผู้เข้าร่วมโครงการแต่ละคนมีความแตกต่างด้านปัจจัยบุคคล จนบางครั้งเกิดความไม่พอใจในการทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน (1)

4.6) ผู้เข้าร่วมโครงการหลายรายมีความคาดหวังต่อการได้รับสิ่งของตอบแทนมากกว่าการได้ประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง (1)

4.7) ผู้เข้าร่วมโครงการยังไม่สามารถกำกับตนเองอย่างเคร่งครัดได้ตลอดเวลา ทำให้ไม่เห็นความแตกต่างภายหลังสิ้นสุดโครงการ (1)

4.8) ผู้เข้าร่วมโครงการไม่ไว้วางใจต่อการปรึกษากลุ่มหรือคณะทำงาน (1)



4.9) ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ มีปัญหาด้านสุขภาพแตกต่างกันทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (1)

4.10) ลักษณะงานของผู้เข้าร่วมโครงการเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนสุขภาพ เนื่องจากเป็นงานที่มีความกดดันและมีความเครียด จึงไม่สามารถออกกำลังกายและควบคุมอาหารได้อย่างเคร่งครัด (1)

4.11) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีปัญหาขัดแย้งกันเอง ทำให้ขาดความร่วมมือจากคนในชุมชน (1)

5) ปัจจัยด้านกฎระเบียบในการดำเนินการและงบประมาณ

5.1) เงินที่ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช. มายังหน่วยงานมีความล่าช้ามาก เนื่องจากต้องผ่านการตรวจสอบความถูกต้องจากหลายฝ่าย รวมถึงผู้ดำเนินโครงการต้องยื่นทุนสำรองจากหน่วยงานมาไว้บริหารก่อน ทำให้เกิดความยากลำบากและความล่าช้าต่อการดำเนินโครงการ (6)

5.2) การเบิกจ่ายเงินไม่ตรงกับจำนวนครั้งของการจัดกิจกรรม จึงเป็นอุปสรรคอย่างมากต่อการบริหารจัดการ (3)

5.3) ขั้นตอนการดำเนินงานต้องเป็นไปตามระเบียบของหน่วยงาน ทำให้เกิดความล่าช้า (2)

ข้อเสนอแนะในการจัดโครงการครั้งต่อไป

1. ผู้บริหาร

ในการดำเนินโครงการเต็มไปด้วยความท้าทาย ดังนั้นผู้บริหารระดับสูงควรส่งเสริมให้กำลังใจ และให้รางวัลแก่คณะทำงาน

2. ผู้เข้าร่วมโครงการ

ควรมีการปรับเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายให้มีความใกล้เคียงกัน เช่น ด้านอายุ ปัญหาด้านสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งจะเพิ่มความสะดวกต่อการจัดทำกลยุทธ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ

3. สถานที่และเวลาในการดำเนินโครงการ

1) เนื่องจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่สามารถมาทำกิจกรรมได้ในวันเวลาราชการ จึงควรมีการปรับเปลี่ยนเวลาในการทำกิจกรรมเป็นช่วงวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ และช่วงเวลากลางเลิกงาน (2)

2) เนื่องจากในช่วงการจัดเตรียมโครงการมีระยะเวลาอันจำกัด จึงควรเพิ่มเวลาในการเตรียมโครงการ และสอบถามความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมโครงการมากขึ้น (1)

3) ควรมีการกำหนดเวลาการประกันระยะเวลาการตรวจสอบหลักฐาน 1-2 สัปดาห์เพื่อให้คณะทำงานสามารถดำเนินการได้สะดวกมากขึ้น (1)

4) ควรเพิ่มเติมความรู้และเทคนิคใหม่ๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สามารถนำมาประยุกต์แนวคิดและวิธีการให้กับการดำเนินโครงการในครั้งต่อไป (1)



5) ควรสนับสนุนให้มีการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อเอื้ออำนวยต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น จัดขายอาหารเพื่อสุขภาพภายในโรงพยาบาล การจัดสถานที่ออกกำลังกาย เป็นต้น

4. ลักษณะการดำเนินการ

- 1) ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้มีโครงการลักษณะนี้อย่างต่อเนื่อง (2)
- 2) ควรมีการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินโครงการต่อหัวหน้าหน่วยงาน (2)
- 3) ควรเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้ร่วมหาแนวทางการจัดกิจกรรมและปรับปรุงแผนการที่ตั้งไว้ตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล (2)
- 4) ควรปรับปรุงกิจกรรมให้มีความน่าสนใจและดึงดูด มีการเสริมแรงให้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างทั่วถึง รวมถึงกำหนดกติกาอย่างชัดเจนในการทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อสร้างความเป็นระเบียบและเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วม (1)
- 5) ควรมีการผลักดันให้การดำเนินโครงการนี้เป็นลักษณะงานประจำจะทำให้การดำเนินการในลักษณะนี้เกิดความยั่งยืนมากขึ้น (1)
- 6) ควรประชาสัมพันธ์โครงการเพื่อดึงดูดให้ผู้มาเข้าร่วมการอบรมเป็นจำนวนมาก (1)
- 7) ควรเพิ่มสิทธิของผู้รับบริการให้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพได้มากกว่า 1 ครั้งต่อปี รวมถึงขยายการจัดกิจกรรมให้ครอบคลุมถึงต่างจังหวัดเพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการบางรายที่มีปัญหาสุขภาพและยังเข้าไม่ถึงบริการ (1)
- 8) เนื่องจากขณะทำงานมีการสลับสับเปลี่ยนบ่อยครั้งทำให้ไม่สามารถรักษาสัมพันธภาพระหว่างผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ จึงควรมีการปรับลดภาระงานให้กับกลุ่มที่เล็กลง (1)
- 9) เนื่องจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมหลายคนติดภารกิจการทำงานและภารกิจส่วนตัว ทำให้ขาดการติดตามผลจากเจ้าหน้าที่ ดังนั้นขณะทำงานควรปรับเปลี่ยนเป็นติดตามผลและให้คำปรึกษาถึงที่บ้านและที่ทำงาน (1)
- 10) ควรมีการเสริมแรงอย่างต่อเนื่องและมีระยะเวลาที่เหมาะสม (1)

5. งบประมาณ

- 1) ควรใช้งบประมาณสนับสนุนล่วงหน้าเพื่อใช้ในการดำเนินกิจกรรมในช่วงแรก (1)
- 2) ควรลดขั้นตอนการเบิกจ่ายเงินให้น้อยลงและจัดสรรงบประมาณให้ผ่านทางสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ เพื่อนำมาจัดกิจกรรมให้เป็นไปตามกำหนดการ (1)ด
- 3) ควรมีหนังสือชี้แจงให้ผู้บริหารหน่วยงานทราบเกี่ยวกับงบประมาณ เพื่ออนุมัติเงินสำรองจ่ายล่วงหน้า (1)
- 4) การจัดการงบประมาณมักไม่เป็นไปตามหมวดหมู่ ดังนั้นควรมีการถ่วงดุลกันเพื่อความเหมาะสม (1)



5) ควรสนับสนุนให้พนักงานจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพเพื่อช่วยเหลือกันในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืนต่อไป

6. การสนับสนุนด้านวิชาการ

1) ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้เข้าร่วมกิจกรรมและทีมวิทยากร เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง (2)

2) ควรจัดให้มีการนิเทศติดตามผลจากอาจารย์และผู้เชี่ยวชาญบ่อยครั้ง เพื่อก่อให้เกิดแนวทางและนวัตกรรมใหม่ในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ (1)

3) ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการปรับเปลี่ยนสุขภาพแก่ผู้ดำเนินโครงการทุกคนก่อนการทำโครงการ (1)

4) ควรมีการแจ้งข่าวสาร ให้คำปรึกษา และประสานงานกับหน่วยงานที่ดำเนินโครงการผ่านทาง Email และทางโทรศัพท์เพื่อความสะดวกและรวดเร็ว (1)





เอกสารอ้างอิง

- กนิษฐา จันทรฉาย. (2549). การกำกับตนเองเพื่อลดการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียนประถมศึกษา โรงเรียนบำรุงวิทยานบุรี กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ (วท.ม.). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล. (2549). ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์: การประยุกต์ใช้รูปแบบทรานส์อิเทรทีเคิล. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต (เภสัชกรรมคลินิก). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรกวรรณ สุพรรณวรธยา. (2544). การวิเคราะห์การมองโลกในแง่ดีและกลวิธีการเผชิญปัญหา ของนิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรรณิการ์ กันธรักษา. (2527). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมในการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เกษม วัฒนชัย. (2549). โรคหัวใจคร่าชีวิตคนไทยเฉลี่ยวันละ 30 คน. Online : http://news.sanook.com/social/social_20639.php
- กุลดิษฐ์ ศักดิ์สุภา. (2547). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของนักเรียน โรงเรียนอนุบาลฉะบuri จังหวัดฉะบuri. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- เกษแก้ว สอนดี. (2548). ผลของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์แนวความคิดการควบคุมตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อการลดน้ำหนัก ของนักเรียนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เกียรติวรรณ อมาตยกุล. (2544). อยู่กับเด็ก ๆ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พี.ที. พริน.
- ขวัญใจ ดันดิวัฒนเสถียร. (2535). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ. รายงานการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. คุรุศาสตร์ สถาบันราชภัฏภูเก็ต.
- เครือข่ายวิจัยสุขภาพ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (2552). ทบทวนสถานการณ์ปัญหาและองค์ความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- แคธริน เกรเมอร์. (2545). เมื่อ เร็วกว่า. นึกกว่า. ฉลาดกว่า. ยังไม่พอ. กรุงเทพฯ: เอ.อาร์. บีซิเนส เพรส.
- งามตา วานิชานนท์. (2550). ดัชนีการมีภูมิคุ้มกันทางจิต: ที่มาและความหมายขององค์ประกอบสำคัญ. เอกสารประกอบการบรรยายในการประชุมปฏิบัติการนักวิจัย (รุ่นที่ 1 ครั้งที่ 4) เรื่อง “แผนงานวิจัยเพื่อเพิ่มพูนจริยธรรม ปัญญา และสุขภาพจิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” จัดโดยโครงการวิจัยแม่บท : การวิจัยและพัฒนากระบวนการพฤติกรรมไทย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) 8-11 พค. ณ สอรัลเคย์ อินน์ รีเจนท์ บีชชะอำ จังหวัดเพชรบุรี.
- จอมพะจง เพ็ญจาด. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จุฑารัตน์ กิตติเชมกร. (2550). การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพกายและใจ. บทความวิชาการ. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ฉันทนา ภาคบงกช. (2551). เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การเสริมสร้างแนวคิดและการปรับปรุงโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. 30 เมษายน – 2 พฤษภาคม 2551 ณ โรงแรมแม็กซ์ กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มศว.
- จินะพัฒน์ ชื่นแค้น. (2542). ผลของการใช้กระบวนการเรียนการสอน ตามแนวความคิดพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้ของไวโกตสกี ที่มีต่อทักษะทางภาษาไทย และการกำกับตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น.



- วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ครุศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขึ้น เดชามหาชัย. (2546). แนวคิด มุมมอง เรื่อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ
- จิตติพัฒน์ สงบเกษ. (2533). ผลของการกำกับตนเองต่อความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาคณิตศาสตร์ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต (ครุศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงเพ็ญ เรือนโนนมัน. (2542). ผลของการใช้โปรแกรมฝึกการกำกับตนเองต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดาร์นี สืบจากดี. (2552). *Stage of change-ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง*. บทความออนไลน์ จาก http://203.155.220.217/doh/deptd/Article/article_07.doc. สืบค้นเมื่อวันที่ 9/03/52.
- พรรณี วังสำ. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพและการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค กับพฤติกรรมป้องกันโรคของคหบดีของทหารเกณฑ์ กองทัพภาค 3. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ทิพาวดี เมฆสวรรค์. (2541). *การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์*. สำนักงาน กพ. สืบค้นจาก webhost.cpd.go.th/develop1/web/RBM/RBM_%201.doc
- ทิวา มั่งน้อย. (2534). *การเปรียบเทียบความสามารถในการปรับตัวกับเพื่อนของนักเรียนที่มีรูปแบบของการอธิบายต่างกัน*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทิดศักดิ์ เดชคง. (2548). *มีดีบ้างไหม*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: มติชน.
- ธีรศักดิ์ ธาราช. (2549). การคิดเชิงบวก. บทความจากออนไลน์ จาก http://www.michi.co.th/articles_view_health.php?articlesId=45&PHPSESSID=ba692c0b04998c17868b9e0c8e3f7feb.
- นิธิ มหานนท์ (2553). สถานการณ์โรคหัวใจ น่าเป็นห่วง. *ผู้จัดการ*. 5(2) : 13 – 15.
- นิพนธ์ แจ่มเอี่ยม. (2539). *จิตวิทยาชุมชน*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว, คณะนิเทศศาสตร์. (2547, ธันวาคม). *ความคิดเชิงบวก*. *วารสารวงการครู*. 12(2): 76-78.
- บงอร ฉางทรัพย์. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มศว.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. (2528). *จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข ในเอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์ หน่วย 9-15*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช.
- ประทีป จินน์. (2540). *การวิเคราะห์พฤติกรรมและการปรับพฤติกรรม*. เอกสารประกอบการสอน. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ. (2539). *การศึกษาพฤติกรรมและเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ในกลุ่มเยาวชน แม่บ้าน และคนงานในโรงงาน*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). *ทัศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และสวีน สุวรรณ. (2532). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา*. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยะดี ลิพะบำรุง. (2547). *การพัฒนาการมองโลกในแง่ดีด้วยโปรแกรมการฝึกทักษะการคิดของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.



- พนิดา มีต้องปัน. (2532). *ประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนักด้วยวิธีควบคุมตนเองในเด็กนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรรณี บุญประกอบ. (2548). *การคิดเชิงบวก*. เอกสารการสอนวิชา การคิดเชิงบวก. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2552). *การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจ*. สืบค้นจาก <http://nctc.oncb.go.th/new/doc/MI&MET.pdf>. [9/03/2009].
- พิสมัย จารุขวลิต. (2538). *การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกัน โรคเอดส์ของหญิงตั้งครรภ์ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาล พุทธชินราชพิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภาวินี โภคสินจำรูญ. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์*. เอกสารประกอบการนำเสนอในการประชุมวิชาการกรมอนามัยประจำปีงบประมาณ 2540
- มดิชน(2551). *สถานการณ์สุขภาพคนไทย* เนื่องในวันสาธารณสุขแห่งชาติ. หนังสือพิมพ์มติชน ฉบับวันที่ 10 ธันวาคม 2551 หน้า 9
- ไม่ปรากฏผู้แต่ง. *การให้การศึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง*. สืบค้นจาก <http://www.bloggang.com/viewblog.php?id=psychologist&date=17-11-2006&group=2&gblog=2>.
- ไม่ปรากฏผู้แต่ง. (2552). *การคิดแปลงพฤติกรรม (Behavior Modification)*. สืบค้นจาก <http://www.crma.ac.th/cadet/training%20manual/L/103/11.doc>.
- ยุพา อภิโกมลกร. (2531). *ผลของการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพด้วยวิธีการควบคุมตนเองของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เยาวลักษณ์ ฉันทอมรเลิศกุล. (2546). *รายงานการวิจัยเรื่อง การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ : ความรู้ ทำคนคิดและการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านแรงงานสัมพันธ์*.
- รวมพร นาคะพงศ์ และ ศิริกัลยาณี มีฤทธิ์ (2553). *วิเคราะห์สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด*. กรุงเทพฯ : ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- รัตนา บรรณาธรรม. (2548). *การมองโลกแง่ดี*. จาก <http://www.google.com>.
- วิศาล เยาวพงศ์ศิริ (2553). *วิกฤติโลกอ้วนป่วยไทย*. หนังสือพิมพ์แนวหน้า. ฉบับวันที่ 6 เมษายน 2553 หน้า 6.
- วิรัช วิรัชนิการวรรณ. (2551). *แนวคิดและความหมายของการบริหารและการบริหารจัดการ*. สืบค้นจาก <http://www.wiruch.com/articles%20for%20article/article%20concept%20and%20meaning%20of%20admin%20and%20mgt%20admin.htm>.
- ศรีสุนันท์ พุ่มไพจิตร. (2542). *ผลการใช้เทคนิคเบียร์รถกร และเทคนิคการเสริมแรงทางสังคมต่อพฤติกรรมการพูดคำหยาบ*. รายงานการค้นคว้าอิสระ กศ.ม. มหาสารคาม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาสารคาม.
- สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. (2551). *เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การเสริมสร้างแนวคิดและการปรับปรุงโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร*. 30 เมษายน – 2 พฤษภาคม 2551 ณ โรงแรมเมกซ์ กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มศว.
- สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ. (2543). *การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิดทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล*. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สมบูรณ์ ขอสกุล และ สรวงกัญญา ดวงคำสวัสดิ์. (2535). *พฤติกรรมในการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารของแม่บ้านจังหวัดลำปาง*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.



- สมพร สุทธิสนธิ์. (2522). การศึกษาผลของการใช้การเสริมแรงทางสังคมต่อพฤติกรรมเจียมขริ่มผิดปกตินักเรียน
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 2. ปรินญานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2526). การปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2549). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม (Theories and Techniques in Behavior
modification). พิมพ์ครั้งที่ 6. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
- สมหวัง ด้านชัยจิตร (2522). จัดอันดับโรคอ้วนติดอันดับ3รองจากเอดส์บุรี. หนังสือพิมพ์คมชัดลึก. ฉบับวันที่
24 พฤศจิกายน 252 หน้า 9
- แสงโสม สีนะวัฒน์. (2541). สถานการณ์โรคอ้วนในประเทศไทย. FACT SHEET - ด้านโภชนาการ. 3 (5) : 11 –
16.
- สำนักงานข้าราชการพลเรือน. (2541). ระบบบริหารงานโดยมุ่งผลสัมฤทธิ์. โครงการส่งเสริมประสิทธิภาพในส่วน
ราชการ : ระบบบริหารงานโดยมุ่งผลสัมฤทธิ์. พิมพ์ครั้งที่ 1.
- สุชาติ แสงทองสวัสดิ์. (2550). การบริหารจัดการองค์กรเชิงกลยุทธ์ภายใต้ธรรมาภิบาล. สืบค้นจาก
<http://www.newwave1.doe.go.th/info/เอกสารวิชาการประกอบการฝึกอบรม> (สรุปบทเรียน).
- สุพรรณิ ไพรัชเวทย์. (2543). เอกสารประกอบการบรรยาย การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์. สำนักงาน กพ.
- โสภิตา ลิ้มวัฒนาพันธ์. (2538). การเปรียบเทียบผลของการปรับพฤติกรรมโดยใช้การควบคุมตนเองกับการ
เสริมแรงทางบวกด้วยเบี้ยอรรถกร ที่มีต่อการเพิ่มและการคงอยู่ของพฤติกรรมความรับผิดชอบในงานที่
ได้รับมอบหมายของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคบุรีรัมย์ ชั้นปีที่ 1. ปรินญานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรม
ศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อมวาลี อัมพันศิริรัตน์. (2539). ความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเขตชนบท อำเภอพล
จังหวัดขอนแก่น. ปรินญานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลชุมชน). ขอนแก่น: บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรพินท์ ชูชม; และคนอื่นๆ. (2546). รูปแบบการพัฒนาคนเพื่อเพิ่มพลังใจในการทำงาน: กรณีข้าราชการ.
กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (รายงานการวิจัยฉบับที่ 92)
- อรสา พันธักกิตติ (2542). กระบวนการการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.
วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรสา พันธักกิตติ. (2542). กระบวนการการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.
วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรอุมา จิรณิตกุล. (2544). ผลของการฝึกการกำกับตนเองที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาภาษาไทยของ
นักเรียนที่มีบุคลิกภาพต่างกัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อจจรา สุขารมณ์. (2551). เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การเสริมสร้างแนวคิดและการ
ปรับปรุงโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. 30 เมษายน – 2
พฤษภาคม 2551 ณ โรงแรมแม็กซ์ กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มศว.
- อังสินันท์ อินทรกำแหง. (2550). เขาวงกตสุขภาพ. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อังสินันท์ อินทรกำแหง. (2552). การบริหารจัดการและประเมินโครงการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ
หน่วยงานในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิ
โรฒ.,
- อังสินันท์ อินทรกำแหง. (2553). การบริหารจัดการและประเมินโครงการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
ของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนคริน
ทรวิโรฒ



- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2552). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก PROMISE*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์
- อำนาจ วัชรจินดา. *การบริหารงานโดยมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Results Based Management - RBM)*.
<http://www.hrcenter.co.th/HRKnowView.asp?id=643&mode=disp>.
- 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. 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.
- Backman, Desiree R.; et al. (2002). Psychosocial Predictors of Healthful Dietary Behavior on Adolescents. *J Nutr Educ Behav*, 34: 184-93.
- Baker, Christina Wood; Little, Todd D.; Brownell, Kelly D. (2003). Predicting Adolescent Eating and Activity Behaviors: The Role of Social Norms and Personal Agency. *Health Psychology*, 22: 189-98.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundation of Thought and Action: a Social of Cognitive Theory*. NJ: Prentice-Hall.
- Basta, T.B.; reece, M. & Wilson, M.G. (2008). The Transtheoretical Model and Exercise among Individuals Living with HIV. *American Journal of Health Behavior*, 32(4): 356-367.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I. and Vohs, K. D. (2003). *Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness or healthier lifestyles?* *Psychological Science in the public interest*, 4 (1), 1-44. <http://www.macses.ucsf.edu/Reseach/Psychosocial/notebook/selfesteem.html>. online, April 27, 2008.
- Becker, M.H.; & Maiman, L.A. (1975). Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. *Medical Care*, 13(1): 3-24.
- Bogers, R.P. ; et al. (2004) Explaining Fruit and Vegetable Consumption: the Theory of Planned Behaviour and Misconception of Personal Intake Levels. *Appetite*, 42: 157-66.
- Bulter, D.L. (1998). The Strategic Content Learning Approach to Promoting Self-regulated Learning with Learning Disability. In D.H. Schunk & B.J. Zimmerman (eds). *Self-regulated Learning from Teaching to Self-reflective Practice*. NY: Guilford.
- Burnet, Deborah; Plaut, Andrea; Chin, Marshall H. (2002). A Practical Model for Preventing Type 2 Diabetes in Minority Youth. *The Diabetes Educator*, 28(5): 779-795.
- Caplan, R.D. et al. (1976). *Adhering to Medical Regimens: Pilot Experiment in Patient Education and Social support*. An Arboure: University of Mechigan.
- Carment, D.W. (1974). Internal Locus External Control in India and Canada. *International Journal of Psychology*, 9: 45-60.
- Cassel, I. (1974). Psychosocial Processes and Stress: Theoretical Formulations. *International Journal of Health Services*, 4: 471-482.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5): 300-313.
- Conner, Mark; Norman, Paul; Bell, Russell. (2002). The Theory of Planned Behavior and Healthy Eating. *Health Psychology*, 21(2): 194-201.
- Courneya, Kerry S.; et al. (2000). Social Support and the Theory of Planned Behavior in the Exercise Domain. *Am J Health Behav*, 24(4): 300-8.
- Crandall, V.C.; & Lacey, B.W. (1972). Children's Perceptions of Internal-External Control in Intellectual-Academic Situation and their Embedded Figures Test Performance. *Child Development*, 43(4): 1123-1131.



- Elder, P. J (1987). Applications of behavior modification to health promotion in the developing world Original Research Article. *Social Science & Medicine*. 24 (4) : 335-349.
- Encyclopedia of Children Health. (2008). *Self-esteem forum*. <http://www.healthofchildren/S/Self-Esteem.html>. online, April 27, 2008.
- Gibson, C. H. (1991). *A concept analysis of empowerment*. Journal of Advanced Nursing. 16 (3): 354-361. <http://www.macses.ucsf.edu/Reseach/Psychosocial/notebook/selfesteem.html>. online, April 27, 2008.
- Grey, M. et al. (2004). Preliminary Testing of a Program to Prevent Type 2 Diabetes Among High-Risk Youth. *The Journal of School Health*. 74(1): 10-15.
- Hagger, Martin S.; Chatzisarantis, Nikos L.D.; Biddle, Stuart J.H. (2002). Meta-analysis of the Theories of Reasoned Action and Planned Behavior in Physical Activity: an Examination of Predictive Validity and the Contribution of Additional Variables. *Journal of Sport and Exercise Psychology*. 24: 3-32.
- Hart, Betty M. and others. (1968). *Effect of Contingent and No contingent Social Reinforcement on the Cooperative Play of a Preschool Child*. Journal of Applied Behavior Analysis.
- Holcomb, J.D. et al. (1998). Evaluation of Jump Into Action: A Program to Reduce the Risk of Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus in School Children on the Texas-Mexico Border. *The Journal of School Health*. 68(7): 282-288.
- Horneffer-Ginter, K. (2008). Stage of Change and Possible Selves: 2 Tools for Promoting College Health. *Journal of American College Health*. 56(4): 351-358.
- House, J.S. (1981). *Work Stress and Social Support-Reading*. MA: Addison-Wesley.
- Husen, T.; & Postlethwait, T.N. (1994). *The International Encyclopedia of Education*, 2nd ed. Oxford: Program.
- Innis, K. N (1981). Ethics of behavior modification: Behavioral and medical psychology Original Research Article. *Social Science & Medicine*. 15 (1) : 69-73.
- Janz, N.K.; & Becker, M.H. (1984). The Health Belief Model a Decade Later. *Health Education Quarterly*. 11(1): 1-47.
- Jones, K.E., Brockway C.R. & Atkinson, R.E. (1995). Survey of health promotion organizational arrangements and levels of service for health promotion Original Research Article. *Public Health*. 109 (1) : 31-39.
- Kalish, H. (1981). *Learning: Principle and Applications*. NY: McGraw-Hill.
- Kelly, C.W. (2008). Commitment to Health Theory. *Research and Theory for Nursing Practice: An International journal*. 22(2): 148-160.
- Kennedy, C.J.; Probart, C.K.; & Dorman, S.T. (1991). The Relationship between Random Knowledge, Concern and Behavior, and Health Value, Health Locus of Control, and Preventive Health Behavior. *Health Education Quarterly*. 18(3): 319-329.
- Knezevic, I., Baca-Estrada, M., Xing, D.K. & Lei, D. (2008). WHO Working Group meeting on standardization of acellular pertussis vaccines: Potency assay: Beijing. *Vaccine*. 26 (32) : 3960-3968.
- Knezevic, I (2009) Stability evaluation of vaccines: WHO approach .*Original Research Article Biologicals*. 37 (6) : 357-359.
- Langlie, J.K. (1977). Social Network, Health Beliefs and Preventive Health behavior. *Journal of Health and Social Behavior*. 18(3): 244-260.
- Larsen, L. E & Manderson, L (2009). "A good spot": Health promotion discourse, healthy cities and heterogeneity in contemporary Denmark Original Research Article. *Health & Place*. 15 (2) : 606-613.
- Lenio, J.A. (2552). Analysis of the Transtheoretical Model of Behavior Change. *Journal of Student Research*. Online [9/03/2009]. Retrieved from <http://www.uwstout.edu/rs/2006/14Lenio.pdf>.



- Leventhal, H & Linda, C (1987) Behavioral theories and the problem of compliance Original Research Article. *Patient Education and Counseling*. 10 (2) : 117-138.
- MacArthur, J. D. and C. T. Pervin. (1993). *Research network on socioeconomic status and health*.
<http://www.macses.ucsf.edu/Reseach/Psychosocial/notebook/selfesteem.html>. online, April 27, 2008.
- Martin, English. (1992). *How to Great about Yourself and Your Life*. New York: Amazon.
- Masalu, J.R.; Astrom, A.N. (2001). Predicting Intended and Self-perceived Sugar Restriction among Tanzanian Students Using the Theory of Planned Behavior. *Journal of Health Psychology*. 6(4): 435-45.
- Mikulas, W. (1978). *Behavior Modification*. New York: Harper & Row.
- Nemeck, M.A. (1990). Health Beliefs and Preventive Behavior: a Review of Research Literature. *AAOHN Journal*. 38(3): 177-236.
- Nilsen, O. (1996). Community health promotion: concepts and lessons from contemporary sociology Original Research Article. *Health Policy*. 36 (2) : 167-183.
- O'Leary, K.D.; & Wilson, G.T. (1987). *Behavior Therapy*. 2nd ed. Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall.
- Orem, D.E. (1985). *Nursing Concepts of Practice*. 3rd ed. New York: Mc Graw Hill Book.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing Concepts of Practice*. 4th ed. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Pankratz, D. (2008). Program Evaluation and Community Schools of the Arts: Purposes, Concepts, and Tool. Retrieves on 22 November, 2008 from <http://www.nationalguild.org/pdf/ProgramEval.pdf>.
- Peiffer, Vera. (2002). *More Positive Thinking*. London: Thomsons.
- Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2nd ed. California: Appleton and Lange.
- Pender. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2nd ed. Norwalk : Appleton .
- Pomerleau, F. O. (1979). Behavioral medicine: The contribution of the experimental analysis of behavior to medical care Original Research Article. *American Psychologist*. 34 (8) : 654-663.
- Reighard, S (2010). *Health Promotion Community Project Paper Population Health*. New Orleans : Loyola University
- Rives, Torres, R. M. & Fernandez, P. (1995). *Self-esteem and value of health behavior*, *Journal of Adolescent Health*, 16, 60-63. <http://www.macses.ucsf.edu/Reseach/Psychosocial/notebook/selfesteem.html>. online, April 27, 2008.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monograph: General and Applied*. 80(1): 1-28.
- Saksvig, B.I; et al. (2005). A Pilot School-Based Healthy Eating and Physical Activity Intervention Improves Diet, Food Knowledge, and Self-Efficacy for Native Canadian Children. *J Nutr*. 135: 2392-2398.
- Sanz, M.T. Menendez F.J. (1993). *Early Acquisitions of Trisomic-21 and Social Reinforcemen*. *Early-Child-Development-and-Care*.
- Schunk, D.H. (1991). *Learning Theory: an Educational Perspective*. London: Macmillan.
- Schunk, D.H.; & Zimmerman, B.J. (1994). *Self-regulation of Learning and Performance: Issues and Educational Applications*. NJ: Erlbaum.
- Schunk, D.H.; & Zimmerman, B.J. (1997). Social Origin of Self-regulatory Competence. *Educational Psychologist*. 32(4): 195-208.
- Strickland, B.R. (1978). Internal-External Expectancies and Health Related Behaviors. *Journal of Consulting Clinical Psychology*. 46(6): 1192-1211.
- Stufflebleam, Daniel L. & Shinkfield, Anthony J. (2007). *Evaluation Theory, Models, & Application*. San Francisco: John Wiley & Sons.



- Stufflebleam, Daniel L. & Others. (1977). *Education and Decision Making*. 5th Eds. Illinois : F.E.Peacock.
- Suwannee Chearsawad. (2002). *The effectiveness of Self Control Skill Development on Avoidance of Unhealthy Snack Consumption among Grade five Students in Tak Province*. Thesis in Health Education and Behavioral Science. Bangkok: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Thidarat chotik-Anuchid. (2005). Efficacy of Individual Behavioral Counseling in Life-style Training of Obese Children with Abnormal Glucose Tolerance Test. Thesis (M.Sc.). Bangkok: Mahidol University.
- Watanabe, T, Morimoto, K, Nakamura, M & Suwaki, H. (1998). Modification of behavioral responses induced by electrical stimulation of the ventral segmental area in rats Original Research Article. *Behavioral Brain Research*. 93 (1-2) : 119-129.
- WHO. (2003). *Obesity and overweight: global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva. World Health Organization.
- World Health Organization (2010). Polio vaccines and polio immunization in the pre-eradication era: WHO position paper—Recommendations . *Vaccine*. 28 (43) : 6943-6944.
- Wolpe, J. (1969). *The Practice of Behavior Therapy*. Elmsford, NY: Pergamom.
- Wood, D (2005) WHO informal consultation on quality, safety and efficacy specifications for live attenuated rotavirus vaccines: Mexico City, Mexico, 8–9 February 2005. *Vaccine*. 23 (48-49) : 5478-5487.
- 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.
- Zimmerman, B.J. (1998). Academic Studying and Development of Personal Skill: a Self-regulatory Perspective. *Educational Psychologist*. 32(2/3): 73-86.
- Zimmerman, G.L; Olsen, C.G. & Bosworth, M.F. (2000). A ‘Stage of Change’ Approach to helping Patients Change Behavior. *American Family Physician*. 61: 1409-16. Retrieved from <http://www.aafp.org/afp/AFPprinter/20000301/1409.html>.
- Zindler-Wernet, P.; & Weiss, S.J. (1987). Health Locus of Control and Preventive Health. *Western Journal of Nursing Research*. 9(9): 160-179.