

รายงานการวิจัยฉบับที่ 130 เรื่อง

การบริหารจัดการและประเมินโครงการเพื่อ  
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ  
องค์กรไม่หวังผลกำไรในเขตกรุงเทพมหานคร

(Project Management and Evaluation for Health Behavior Modification of  
the Non-governmental Organizations in Bangkok Metropolis )

คณะวิจัย

ผศ.ดร.อังตินันท์	อินทรกำแหง
อ.ทัศนาศนา	ทองภักดี
นายวรสรณ์	เนตรทิพย์
นางสาวสุชาดา	หนูรักษ์

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รายงานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร  
พ.ศ. 2553

## คำนำ

“การบริหารจัดการและประเมินโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ขององค์กรไม่หวังผลกำไรในเขตกรุงเทพมหานคร” เป็นลักษณะโครงการวิจัยเชิงประเมินผล ที่สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว) ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร (สปสช.) คณะผู้ดำเนินโครงการได้ใช้องค์ความรู้ทางพฤติกรรมศาสตร์เป็นหลักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนและบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโดยมีองค์กรไม่หวังผลกำไร จำนวน 7 แห่ง ที่มีที่ตั้งอยู่ในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานครที่ร่วมจัดการบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ให้มีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกายและจิตใจ และจากการประเมินโครงการดังกล่าวนี้ ได้ผลยืนยันอย่างชัดเจนว่า องค์กรไม่หวังผลกำไร ที่จัดบริการและประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้ ประยุกต์แนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์ในเรื่อง การปรับพฤติกรรม มาเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้านของตนเอง หรือ 3 Self ประกอบด้วย ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self-efficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพ (Self-regulation) และการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) ทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้ดีขึ้น

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

สุดท้ายนี้ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ขอขอบพระคุณคณะผู้ดำเนินโครงการทุกท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผศ.ดร.อังสินันท์ อินทรกำแหง หัวหน้าคณะผู้ดำเนินโครงการและคณะทำงาน ที่ได้บริหารจัดการโครงการนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลงานวิจัยเรื่องนี้จะประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อไป

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพินทร์ ชุชม)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

## สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1: บทนำ	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
ขอบเขตการศึกษา	6
กรอบแนวคิดในการประเมินผลโครงการ	10
กรอบการดำเนินโครงการบริหารจัดการและประเมินผลโครงการ	11
นิยามปฏิบัติการ	12
สมมติฐานการวิจัย	14
บทที่ 2: เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	15
สถานการณ์ภาวะสุขภาพของคนไทย	15
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเทคนิคการพัฒนาสุขภาพ	31
ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	41
การบริหารจัดการและประเมินโครงการตาม CIPP Model	51
การประเมินโครงการแบบ 360 องศา และ Logic Model	56
แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ 3Self และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	60
แนวคิดการบริหารและการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยหลัก PROMISE และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	85
บทที่ 3: วิธีดำเนินการวิจัย	107
กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	108
วิธีการประเมินและบริหารโครงการ	109
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและบริหารโครงการ	113
การเก็บรวบรวมข้อมูล	118
การวิเคราะห์ข้อมูล	119
แผนการดำเนินโครงการ	120
บทที่ 4: ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	121
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป	122
ตอนที่ 2 ผลการประเมินโครงการตามกรอบแนวคิด CIPP Model และ Logic Model	124
ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 SELF	146
ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบตัวชี้วัดด้านชีวเคมี	148
ตอนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มภาวะโภชนาการต่างกัน	

## สารบัญ - ต่อ -

	หน้า
บทที่ 5: สรุปและข้อเสนอแนะ	155
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	161
ตอนที่ 2 ผลการนิเทศและประเมินโครงการ	161
ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self	162
ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบตัวชี้วัดทางสุขภาพด้านอื่นๆ	162
ตอนที่ 5 ปัจจัยด้านความพึงพอใจ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ที่มีต่อภาวะโภชนาการ	163
ตอนที่ 6 สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรค	163
ตอนที่ 7 สรุปแนวคิดในการประเมินผลและบริหารจัดการโครงการ	166
เอกสารอ้างอิง	167

## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนการตายอย่างหยาบด้วยโรคความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง เบาหวาน ปี 2539-2548	16
2 อัตราตายอย่างหยาบต่อประชากร 100,000 คน ด้วย โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน ในภาพรวมของประเทศ ปี พ.ศ. 2540 - 2550	16
3 ร้อยละของเยาวชน แม่บ้าน คนงาน ที่มีพฤติกรรมบริโภคอาหารอย่างสม่ำเสมอปี.ศ.2539	23
4 แสดงจำนวน และค่า BMI เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามช่วงอายุและเพศ	25
5 แสดงจำนวนและค่า BMI เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาค	25
6 สรุปผลการสำรวจภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อ โรคอ้วน เบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่สำคัญในประชากรอายุ 17-74 ปี เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550	26
7 อัตราความชุก (ร้อยละ) ของประชากรที่มีอายุ 15-74 ปี ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคใน 12 เดือนที่ผ่านมา ของกรุงเทพมหานครและระดับประเทศ พ.ศ. 2550	27
<b>ตารางในบทที่ 4</b>	
1 ความถี่ และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพขององค์กรไม่หวังผลกำไร	123
2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของคะแนนความคิดเห็นของกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการที่มีต่อโครงการในด้านบริบททั่วไป ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์	125
3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของคะแนนความคิดเห็นของกลุ่มหัวหน้าโครงการที่มีต่อโครงการในด้านบริบททั่วไป ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์	128
4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของคะแนนความคิดเห็นของกลุ่มผู้บังคับบัญชาที่มีต่อโครงการในด้านบริบททั่วไป ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์	131
5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ	146
6 สัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	146

สารบัญตาราง – ต่อ -

ตาราง	หน้า
ตารางในบทที่ 4	
7 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการกำกับตนเองของผู้เข้าร่วม โครงการระหว่างก่อน และหลังเข้าร่วมโครงการ	147
8 สัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนการกำกับตนเองที่ เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้ เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	147
9 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้เข้าร่วม โครงการระหว่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ	147
10 สัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนการดูแลสุขภาพของตนเองที่ เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	148
11 ผลการเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่าง ก่อนและ หลังเข้าร่วมโครงการ	148
12 สัดส่วนของผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	149
13 ผลการเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตบน (Systolic) ของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อน และหลังเข้าร่วมโครงการ	149
14 สัดส่วนของผู้ที่มีค่าความดันโลหิตบน (Systolic) ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจาก ที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	149
15 ผลการเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตล่าง (Diastolic) ของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ	150
16 สัดส่วนของผู้ที่มีค่าความดันโลหิตล่าง (Diastolic) ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจาก ที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	150
17 ผลการเปรียบเทียบค่ารอบเอววัดเป็นนิ้วของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลัง เข้าร่วมโครงการ	150
18 สัดส่วนของผู้ที่มีค่ารอบเอววัดเป็นนิ้ว ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	151
19 ผลการเปรียบเทียบค่าน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) ของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลัง เข้าร่วมโครงการ	151
20 สัดส่วนของผู้ที่มีค่าน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	152

สารบัญตาราง – ต่อ -

ตาราง	หน้า
ตารางในบทที่ 4	
21 จำนวนและร้อยละของคนที่มีความพึงพอใจต่อโครงการในระดับต่างๆ	152
22 ผลการเปรียบเทียบเปรียบเทียบ การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพระหว่างกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการสูงและต่ำภายหลังเข้าร่วมโครงการ	153
23 ผลการเปรียบเทียบเปรียบเทียบการกำกับตนเองระหว่างกลุ่มที่มีภาวะ โภชนาการสูง และต่ำภายหลังเข้าร่วมโครงการ	153
24 ผลการเปรียบเทียบเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพของตนเองระหว่างกลุ่มที่มีภาวะ โภชนาการสูงและต่ำภายหลังเข้าร่วมโครงการ	154
28 ผลการเปรียบเทียบเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อโครงการระหว่างกลุ่มที่มีภาวะ โภชนาการสูงและต่ำภายหลังเข้าร่วมโครงการ	154

## สารบัญภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการประเมินผลโครงการ	10
2 กรอบการดำเนินโครงการบริหารจัดการและประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร	11
3 อัตราป่วยของประชาชนไทยด้วยโรคเรื้อรังที่สำคัญ ปี 2546 – 2550	16
4 อัตราการป่วยและตายของโรคหัวใจขาดเลือด ปี พ.ศ. 2541-2550	20
5 อัตราการป่วยและตายของโรคเบาหวานปี พ.ศ. 2541-2550	21
6 อัตราการป่วยและตายของโรคความดันโลหิตสูงปี พ.ศ. 2541-2550	22
7 ปริมาณการบริโภคน้ำตาลทราย ภายในประเทศ พ.ศ. 2526 – 2544	24
8 ความชุกของผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนและผู้ที่มีอ้วน จำแนกตามปี	24
9 อัตราการป่วยและตายของโรคหลอดเลือดสมองปี พ.ศ. 2541-2550	28
10 อัตราการเข้ารับรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจากภาวะแปรปรวนทางจิตพฤติกรรมพ.ศ.2526-2543	30
11 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค	45
12 โครงสร้างของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน	49
13 องค์ประกอบหลักของการประเมินตามรูป <b>แผน</b>	52
14 สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ ตามการประเมินแบบ CIPP	56
15 การประเมิน 360 องศาแบบมุ่งเน้นผลการปฏิบัติงานและบุคคลสำคัญที่ให้ข้อมูล	58
16 การประเมินทีมงานแบบ 360 องศา	59
17 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	62
18 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น	63
19 แสดงถึงลักษณะของกระบวนการใช้ตัวแบบ	64
20 การกำกับตนเอง	72
21 กระบวนการปรับปรุงเป้าหมาย	77
22 แสดงกรอบความคิดในการวัดผลสัมฤทธิ์ของงาน	90
23 ขั้นตอนการพัฒนาระบบการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์	92
24 สรุปองค์ประกอบในการวัดผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงาน	93



รายงานสรุปผล การดำเนินงานโครงการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ  
ขององค์กรไม่หวังผลกำไรในเขตกรุงเทพมหานคร

(Result Report of Managing Program for Health Behavior

Modification of Non-governmental Organizations in Bangkok Metropolis )

อังศินันท์ อินทรกำแหงและคณะ

### บทสรุปผู้บริหาร

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงประเมิณผลโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ประเมินผลการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ องค์กรไม่หวังผลกำไร ในเขตกรุงเทพมหานครตามกรอบแนวคิด CIPP Model และ Logic Model 2) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองของผู้เข้าร่วมโครงการของ องค์กรไม่หวังผลกำไร ที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ 3) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัด ได้แก่ ค่า BMI ค่าความดันโลหิต ค่ารอบเอว ค่าน้ำหนักตัว ตามที่โครงการกำหนดของผู้เข้าร่วมโครงการของ องค์กรไม่หวังผลกำไร ที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ 4) เพื่อศึกษาปัจจัยด้านความพึงพอใจต่อโครงการ และด้านพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ที่มีต่อภาวะโภชนาการ และ 5) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงขององค์กรไม่หวังผลกำไรในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งในการศึกษานี้เป็นการบริหารจัดการและประเมินผลโครงการที่ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพขององค์กรไม่หวังผลกำไรที่ให้บริการในเขตกรุงเทพมหานคร ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2552 – มกราคม 2553 จำนวน 12 หน่วยงานรวม 21 โครงการ โดยกลุ่มตัวอย่าง ผู้รับบริการ เป็นผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงต่อโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง รวม 3,414 คน เครื่องมือที่ใช้ ในประเมินโครงการ เป็นแบบสอบถามประมาณค่า 4 ระดับรวม 21 ข้อและแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างพัฒนามาจาก แนวคิดการประเมินโครงการ CIPP Model และ Logic Model โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มหัวหน้าโครงการ 21 คน กลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ 21 คนและผู้เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 84 คน และแบบ สอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ได้แก่ แบบสอบถาม การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-efficacy) แบบสอบถามการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-regulation) แบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.73 -0.85 ผลการวิจัย พบว่า

1. ระหว่างดำเนินโครงการ พบว่า ผลการนิเทศและประเมินความเป็นไปได้ที่จะดำเนินโครงการได้สำเร็จโดยรวมทั้ง 4 ด้านคือ ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ จากความคิดเห็นของ 2 กลุ่มได้แก่ หัวหน้าโครงการ (คะแนนเฉลี่ย 3.79) และกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้า

โครงการ (คะแนนเฉลี่ย 3.76) มีความคิดเห็นสอดคล้องกันโดยรวมว่าอยู่ในระดับดีมาก ส่วนความคิดเห็นของกลุ่มผู้เข้ารับบริการ (คะแนนเฉลี่ย 3.47) มีความคิดเห็นอยู่ในระดับดี

2. ภายหลังการเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน(การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองและการดูแลสุขภาพตนเอง) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. หลังจากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีค่าตัวชี้วัดด้านชีวเคมี ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ค่าความดันโลหิตบน (Systolic) ค่ารอบเอววัดเป็นนิ้วลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ภายหลังการเข้าร่วมโครงการ พบว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการที่มีภาวะโภชนาการต่ำ ( $BMI \leq 25.00$ ) มี การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการกำกับตนเอง สูงกว่ากลุ่มที่มีภาวะโภชนาการสูง ( $BMI > 25.00$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการที่มีภาวะโภชนาการต่ำ ( $BMI \leq 25.00$ ) มีความพึงพอใจต่อโครงการมากกว่ากลุ่มที่มีภาวะโภชนาการสูง ( $BMI > 25.00$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้เข้าร่วมโครงการที่มีภาวะโภชนาการต่ำ ( $BMI \leq 25.00$ ) มีการดูแลสุขภาพของตนเอง สูงกว่ากลุ่มที่มีภาวะโภชนาการสูง ( $BMI > 25.00$ ) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ปัจจัยที่ทำให้โครงการสำเร็จ ประกอบด้วย เงินทุนสนับสนุนจาก สปสช . ผู้บริหารให้การสนับสนุน และ บุคลากรมีศักยภาพ และผู้เข้าร่วมโครงการให้ความร่วมมือดี รูปแบบกิจกรรมมีความสอดคล้องกับชีวิตประจำวัน บรรยากาศเป็นกันเอง มีการสร้างแรงจูงใจและให้รางวัล

6. ปัญหาอุปสรรค ได้แก่ ผู้เข้าร่วมโครงการ ติดภารกิจ ขาดความตระหนัก กิจกรรมขาดความต่อเนื่อง งบประมาณมีจำกัด และมีปัญหาในการบันทึกโปรแกรม BPPDS

7. ข้อเสนอแนะ ได้แก่ ควรเพิ่มรอบการอบรม มีการดำเนินการ ติดตามผู้เข้าร่วมโครงการต่อเนื่อง สร้างแรงจูงใจด้วยการให้รางวัล ควรพัฒนาโปรแกรมรายบุคคล ควรจัดสรรงบประมาณพัน กำหนด จัดตั้งกลุ่มแกนนำ

## **Result Report of Managing Program for Health Behavior Modification of Non-governmental Organizations in Bangkok Metropolis**

Ungsinun Intarakamhang and others

### **Executive Summary**

The objectives of this evaluative research were 1) to evaluate managing program for health behavior modification base on principles of PROMISE Model and 3 Self, 2) to explore the outcomes of supervision and evaluation for health behavior modification programs conducted by the participated non-governmental organizations in Bangkok area, according to the program indicators, 3) to compare behavior change and biochemical indicators between before and after program completion, and 4) to study factors affecting program success and barrier to the program implementation. Totally, 21 health behavior modification programs conducted by 12 non-governmental organizations in Bangkok area; these were managed and evaluated during May,2009 – January, 2010. The sample was 3,414 outpatients, inpatients and unhealthy lifestyle people who were at risk for metabolic diseases. Three study instruments were 1) a 21-item questionnaire, in forms of a 4-point rating scale, 2) a structured interviewing form based on CIPP Model and Logic Model to collect data from 3 groups of respondents, including 21 program leaders, 21 commanders of program leaders, and 84 clients, and 3) health behavior questionnaires for assessing 3 Self including self-efficacy, self-regulation, and self-care. The reliability of this 3 Self questionnaires was between 0.73 and 0.85. Research findings as follows:

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

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

3. After participating in the program, the participants had a better change according to the program indicators which were as follows: BMI, systolic blood pressure,

and waist were statistically significant lower than those before participating in the program at 0.05 level .

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

5. Factors affecting program success consisted of budget from the National Health Security Office (NHSO), high potential staffs, awareness and willingness of clients, cooperation of client, activities suitably lifestyles of clients , continuing information, good relationship, motivation and rewards.

6. Barriers to the program implementation included dropping out of clients during the program because of busy, unawareness in their health problems, , discontinuity of activities, insufficient of budget, and problem of recording BPPDS database program.

7. Suggestions based on the program evaluation were: the program should be continually implemented and follow up the clients, motivate by rewards, the BPPDS program should be improved in order to suitably support, should support enough budget, and should set change leaders and network of clients.



บทที่

I

บทนำ

## ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในปัจจุบันอยู่ในความสนใจภาคส่วนต่างๆ อย่างต่อเนื่องและมีทิศทางว่าจะเพิ่มขึ้นอยู่ตลอดเวลา เพราะฐานความคิดกระแสหลักของ สังคมเปลี่ยนไปจากเดิมที่เคยเชื่อว่าการพัฒนาทางเศรษฐกิจจะเป็นฐานของการพัฒนาในทุกด้านๆ มาเป็นการมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ การเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการเป็นคนเก่ง คนดี และการเป็นคนที่มีความสุขในการดำเนินชีวิต (ดุษฎี สรรวงขันธุ์, 2545) แต่ในปัจจุบันปัญหาด้านสุขภาพ อนามัย และโภชนาการหรือพฤติกรรมสุขภาพ 3๐ ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ในกลุ่มบุคคลช่วงอายุต่างๆ และยังพบว่ามี ความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจนถึง ผลการสำรวจพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2552 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) พบว่า กลุ่มเยาวชนและคนในวัยทำงานมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในแต่ละวันที่ไม่เหมาะสมเป็นจำนวนมาก เมื่อพิจารณาแยกในประเด็นการรับประทานอาหารพบว่า กลุ่มคนที่มีอายุช่วง 6 – 24 ปี รับประทาน อาหารกลุ่มไขมันสูง มากถึงร้อยละ 20.00 รับประทานอาหารว่าง ขนมกรุบกรอบ ที่ไม่มีสารอาหารที่ จำเป็นต่อร่างกาย มากถึงร้อยละ 49.10 ดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลมและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน มากถึง ร้อยละ 34.10 กลุ่มคนวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 25 – 59 ปี รับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อ ซึ่งถือว่า ไม่ถูกหลักโภชนาการ มากถึงร้อยละ 8.40 ประชาชนส่วนใหญ่นิยมรับประทานที่ปรุงด้วยน้ำมัน เช่น ผัด ทอด ซึ่งเป็นกลุ่มอาหารที่เพิ่มปริมาณไขมันให้กับร่างกายมากถึงร้อยละ 48.5 มีความนิยม รับประทานอาหารจานด่วนตามแบบตะวันตก หรือ Fast Food มากถึงร้อยละ 85.80

นอกจากนี้พฤติกรรม ธรรมเนียมการดื่มสุราและสูบบุหรี่ของประชาชนทั่วไปในระหว่างเดือน สิงหาคม - ตุลาคม ในปี พ.ศ. 2550 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ยังพบว่าประชาชนที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่มากถึง 10.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21.2 ของประชาชนทั่วประเทศ และพบว่าเพศชายสูงกว่า เพศหญิงมากถึง 22 เท่า คิดเป็นร้อยละ 41.70 เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มคนอายุ 15 – 24 ซึ่งเป็นกลุ่ม นักเรียนนักศึกษาพบว่า มีผู้สูบบุหรี่มากถึงร้อยละ 12.10 และข้อมูลที่น่าสนใจก็คือ ในกลุ่มเยาวชนเริ่มสูบบุหรี่



## PROMISE

บุหรี่ปุ๋นอายุโดยเฉลี่ย 16 ปี โดยเฉลี่ยแล้วสูบบุหรี่มากถึงวันละ 10.30 มวน สาเหตุส่วนใหญ่ของการสูบบุหรี่เพราะว่าอยากลองและเพื่อนชวนสูบบุหรี่ในกลุ่มคนทำงานที่มีอายุ ระหว่าง 25 – 50 ปี ในกลุ่มที่สูบบุหรี่อยู่เป็นประจำยังไม่ลดลงจากการสำรวจความคิดเห็นพบว่ามาตรการรณรงค์ผ่านสื่อโทรทัศน์ สื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ ไม่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ของคนกลุ่มนี้เท่าที่ควร เมื่อทำการศึกษาถึงพฤติกรรม การออกกำลังกาย ในปี พ.ศ. 2550 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) พบว่า ประชาชนที่มีอายุ 15 – 24 ปี ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพียงร้อยละ 29.3 ซึ่งนับว่าน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมด และประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกาย และยังมีความรู้สึกว่าการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมเฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มนักกีฬา กลุ่มเยาวชน เพียงเท่านั้น ยังขาดความรู้ ความเข้าใจถึงผลกระทบในระยะยาวของการไม่ออกกำลังกาย

เมื่อพิจารณาถึงปัญหาสถานการณ์โรคภัยต่างๆ ที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของกลุ่มบุคคลวัยต่างๆ พบว่าปัญหาด้านสุขภาพที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง ภาวะอ้วนของบุคคลวัยต่างๆ และการติดยาเสพติด จากการศึกษาสถานการณ์สภาวะสุขภาพของคนไทยโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย (2549) ในประเด็นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงพบว่า เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ซึ่งคนที่มีความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้นทุก 10 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 จากการสำรวจในประเทศไต้หวันพบว่า กลุ่มคนที่มีอายุน้อยมีโอกาสที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงในผู้ชายสูงกว่าผู้หญิงเล็กน้อย แต่เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจะมีโอกาสเสี่ยงเท่ากัน และจากการสำรวจจะพบในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป พบว่า คนที่อยู่ในเขตเมืองมีโอกาสที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนที่อยู่ในเขตชนบท และเป็นที่น่าตกใจว่าในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนี้มีมากถึงร้อยละ 78.60 ที่ยังไม่ได้รับการตรวจรักษาและมีการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ

สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานนับเป็นโรคเรื้อรังอีกชนิดหนึ่งที่พบมากในกลุ่มประชากรไทยทำให้แต่ละปีประเทศต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมากในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากสถิติในช่วงตั้งแต่ พ.ศ. 2538 จนถึง พ.ศ. 2551 พบว่า อัตราการตายโรคเบาหวานสูงขึ้นตามลำดับเวลาทั้งในภาพรวม และในแต่ละเพศ โดยในปี 2551 พบอัตราการตายโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 12.3 ซึ่งนับได้ว่าอยู่ในอัตราส่วนที่ค่อนข้างสูง (อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ, 2552) และสถานการณ์โรคอ้วนในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมามีพบว่ามีอุบัติการณ์โรคอ้วนเพิ่มขึ้นถึง 130.6 % และจากงานวิจัยที่สำรวจเยาวชนอายุ 3-11 ปี ประมาณ 10,000 คน พบว่า เยาวชนไทยมีปัญหาน้ำหนักเกินมากถึง 13.6 % ซึ่งคาดว่าตัวเลขจริงน่าจะสูงกว่านี้ สาเหตุสำคัญที่คนไทยอ้วนมากขึ้นเพราะการบริโภคอาหารมากเกินไปขาดการออกกำลังกาย (สมบุญรัตน์ รุ่งพรชัย, 2552)

จากข้อมูลสถิติเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ ของประชาชนทั่วไปชี้ให้เห็นชัดเจนในระดับหนึ่งว่า ทั้งในกลุ่มเยาวชน กลุ่มคนทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุ ยังไม่เห็นความสำคัญของการดูแลเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ายังอยู่ใน



**PROMISE**

วัยที่แข็งแรง ร่างกายยังมีความพร้อมและสมบูรณ์อยู่แต่ในขณะเดียวกันวัยรุ่น ไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพเท่าที่ควรก็จะส่งผลต่อสุขภาพในวัยเป็นผู้ใหญ่ได้ง่ายขึ้น เช่น ปัญหาโรคอ้วน ปัญหาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ดังนั้นแนวทางในการป้องกันปัญหาที่ดีที่สุดก็คือการป้องกันตนเอง การดูแลสุขภาพตั้งแต่ยังเป็นวัยรุ่นตลอดจนสร้างเสริมลักษณะนิสัยและพฤติกรรมด้านสุขภาพให้เหมาะสมแนวทางการป้องกันปัญหาด้านสุขภาพมีหลายแนวทาง เช่น แนวทาง 3อ (ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ดี) การงดเหล้าเข้าพรรษา เป็นต้น แต่พบว่ายังไม่มีแนวทางชัดเจนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างถาวร ทั้งนี้ อังศิรินทร์ อินทรกำแหง (2552) ได้นำเสนอแนวทางการปรับพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ด้วยหลัก PROMISE เพื่อเป็นแนวทางให้บุคคลและหน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและประชาชนทั่วไป ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ประกอบด้วย 1. Self Care – การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง 2. Self Regulation – การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และ 3. Self Efficacy – การเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้นได้ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพนี้จะส่งผลให้ตัวชีวิตผลลัพธ์ด้านสุขภาพอื่นๆ เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นได้อย่างต่อเนื่องและถาวร ซึ่งการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ 3Self สามารถนำหลักการ PROMISE มาใช้ในการสร้างชุดกิจกรรมและบริหารจัดการโครงการได้ แนวทางดังกล่าวประกอบด้วย 1. P – Positive Reinforcement คือ หลักการเสริมแรงทางบวกให้แก่ผู้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ 2. R – Result Base Management คือ หลักการบริหารจัดการของผู้จัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของงาน 3. O – Optimism คือ ผู้จัดกิจกรรมและผู้รับการปรับพฤติกรรมมีการมองโลกในแง่ดี 4. M – Motivation คือ ผู้จัดกิจกรรมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้รับการปรับพฤติกรรมให้เริ่มต้นและดำเนินการต่อเนื่อง 5. I – Individual or Client Center คือ ผู้จัดกิจกรรมต้องจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นหลัก และ 5. S – Self – Esteems คือ หลักการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองให้เกิดขึ้นกับผู้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมช่วยให้ภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้

การดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครอยู่ในความสนใจของหน่วยงานต่างๆ ในปี พ.ศ. 2551 ที่ผ่านมามาสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ได้รับงบประมาณจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 สาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ให้ดำเนินการบริหารจัดการและประเมินโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งได้ให้หน่วยงานต่างๆ นำแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3Self ด้วยหลัก PROMISE ไปใช้สร้างชุดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 32 โครงการ ซึ่งพบว่า ตัวชี้วัดด้านสุขภาพต่างๆ ของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ค่า BMI ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาล ไขมันในเลือด และการสูบบุหรี่ต่อวัน เป็นต้น มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับที่ดีขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการประเมินโครงการตามแนวคิดชิป (CIPP Model) ของสต๊อฟเฟิลบีม พบว่ากลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ และกลุ่ม



**PROMISE**

ผู้บังคับบัญชา เห็นว่า ปัจจัยด้านบริบทของโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และ ผลผลิต อยู่ในระดับดีมาก ตลอดจนผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก คิดเป็นคะแนนร้อยละ 76.16 และพบว่าปัจจัยที่ทำให้การบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประสบความสำเร็จ คือ มีงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักสุขภาพ เขต 13 กรุงเทพมหานคร การสนับสนุนทรัพยากรจากหน่วยงาน นโยบายของหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนชัดเจน ได้รับความรู้และแนวทางการบริหารโครงการและแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักพฤติกรรมศาสตร์จากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผู้บังคับบัญชาและหัวหน้าโครงการให้การสนับสนุน วิทยากรในโครงการมีความสามารถ ทีมงานเข้มแข็งให้ความร่วมมือดี ได้แลกเปลี่ยนความรู้ร่วมกับเพื่อนร่วมงาน และมี สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้รับบริการตระหนักในปัญหาสุขภาพตนเองและเชื่อมั่นในบุคลากรการแพทย์ รูปแบบกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพน่าสนใจ และในการจัดกิจกรรม 5 ครั้งอย่างต่อเนื่องนับเป็นการย้ำความเข้าใจ การสร้างแรงจูงใจด้วยการให้รางวัลต่างๆ การเปิดช่องทางสื่อสารให้สะดวก การสร้างพลังให้เห็นคุณค่าในตนเอง การประยุกต์ใช้เทคนิคและทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่หลากหลาย และการคิดเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันที่ได้ทำบุญ ทำให้จิตใจเบิกบาน ส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินโครงการ ได้แก่ งบประมาณน้อยกว่าที่จ่ายจริงและเบิกได้ล่าช้า โปรแกรมฐานข้อมูล BPPDS ยังมีข้อจำกัด ผู้เข้าร่วมโครงการยังคงใช้ชีวิตแบบเดิม มีแบบฟอร์มหลายใบทำให้ผู้รับบริการรู้สึกสับสน คณะทำงานมีจำนวนน้อยและระยะเวลาจำกัด (อังศินันท์ อินทรกำแหง และคณะ, 2552)

สำหรับในปี พ.ศ. 2552 จากปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องยังคงเกิดขึ้นในอีกหลายกลุ่มประชากรในสังคมไทย และจากข้อมูลเชิงสถิติข้างต้นพบว่า โดยส่วนใหญ่แล้วยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยังไม่เหมาะสม จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการปรับเปลี่ยนและเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเป็นภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพต่อไปในอนาคต และในปี พ.ศ.2552 นี้ทางสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ยังคงได้รับทุนสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร เพื่อให้ดำเนินการด้านการบริหารจัดการและประเมินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มองค์กรไม่หวังผลกำไรในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 8 โครงการ เพื่อให้กลุ่มองค์กรไม่หวังผลกำไรในเขตกรุงเทพมหานครได้ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ 30 ที่ไม่ถูกต้องโดยให้หน่วยงานนำหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ด้วยหลัก PROMISE ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงในโรคต่างๆ เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือดเป็นต้น และเพื่อให้ทั้ง 8 โครงการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้มีการประเมินโครงการโดยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมินแบบชิป (CIPP Model) และการประเมินแบบ 360 องศา ตลอดจนนำวิธีวิทยาการประเมินในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาใช้ในการประเมินครั้งนี้ด้วย ซึ่งในแต่ละโครงการได้ทำการประเมินโครงการจากผู้ที่เกี่ยวข้อง 3 ฝ่าย ได้แก่ หัวหน้าโครงการ





**PROMISE**

ผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ และผู้เข้าร่วมโครงการ และได้ทำการประเมินตั้งแต่ ปัจจัยด้านบริบทของโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต และประเมินตามแนวคิด Logic Model เพื่อประเมินตัวชี้วัดผลลัพธ์สุดท้าย เช่น ค่า BMI ค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในเลือด ค่าไขมันในเลือด เป็นต้น เพื่อให้การดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้รับการติดตาม และประเมินอย่างถูกต้อง ตามหลักวิชาการ เพื่อที่จะได้นำผลการประเมินดังกล่าวมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาการจัดโครงการให้มีประสิทธิภาพต่อไป ตลอดจนนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดกิจกรรมหรือโครงการเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานตนเอง เป็นแบบอย่างให้กับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนทั่วไปมากที่สุด เป็นการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อให้เป็นคนที่มีความสุขภาพด้านต่างๆ ที่สูงขึ้น

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อให้ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครที่อยู่ในภาวะป่วยหรือ อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นต้น ได้เข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. เพื่อพัฒนาทักษะการบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มองค์กรไม่หวังผลกำไรในเขตกรุงเทพมหานครในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ถูกต้องตามหลัก 3Self และ PROMISE เพื่อที่จะสามารถนำทักษะดังกล่าวไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนทั่วไปที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

**วัตถุประสงค์เฉพาะ**

1. เพื่อประเมินผลการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานองค์กรไม่หวังผลกำไรในเขตกรุงเทพมหานครตามกรอบแนวคิด CIPP Model และ Logic Model
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองของผู้เข้าร่วมโครงการของสถานพยาบาล ที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ
3. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัด ได้แก่ ค่า BMI ไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต จำนวนการสูบบุหรี่ และค่าต่างๆ ตามที่แต่ละโครงการกำหนดของผู้เข้าร่วมโครงการของสถานพยาบาล ที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ
4. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านความพึงพอใจต่อโครงการ และด้านพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ
5. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงของหน่วยงานองค์กรไม่หวังผลกำไรในเขตกรุงเทพมหานคร



**PROMISE****ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ซึ่งจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่น ๆ ตามมา เช่น พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นต้น จะทำให้เกิดผลดีด้านสุขภาพของประชาชนตามหลักการป้องกันโรคภัยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนสามารถเป็นต้นแบบด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้กับครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และประชาชนทั่วไป
2. องค์กรที่ไม่หวังผลกำไรในเขตกรุงเทพมหานครที่ดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่กลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยงในครั้ง นี้ จะได้เครือข่ายการปรับพฤติกรรมสุขภาพจะส่งผลให้เกิดการแลกเปลี่ยนความร่วมมือ แลกเปลี่ยนทรัพยากรระหว่างกันและกัน ซึ่งเป็นผลดีในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไปในอนาคต
3. ทำให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่ไม่ได้ดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในครั้ง นี้เกิดความตระหนัก มีความสนใจในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ตามหลัก PROMISE ให้กับบุคลากรของหน่วยงาน
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตกรุงเทพมหานคร ได้เครือข่ายการเสริมสร้างและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินงานด้านสุขภาพในอนาคตเกิดภาคีความร่วมมือที่กว้างขวางมากขึ้นส่งผลให้การดำเนินโครงการด้านสุขภาพในระยะยาวมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในขอบเขตที่กว้างขวางมากขึ้น

**หน่วยงานที่นำผลการวิจัยเชิงประเมิณไปใช้**

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 สาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
2. กลุ่มองค์กรที่ไม่หวังผลกำไรต่างๆ ในเขตกรุงเทพมหานคร สถานศึกษาทั้งระดับอุดมศึกษา และการศึกษาขั้นพื้นฐาน หน่วยงาน ทุกภาคส่วน ที่ดำเนินกิจกรรมด้านสังคมต่างๆ ในเขตกรุงเทพมหานคร
3. หน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเยาวชน นักเรียน นักศึกษา ได้แก่ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลในเขตต่างๆ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ในหน่วยงานอนามัยโรงเรียนและงานส่งเสริมสุขภาพ

**ขอบเขตการศึกษา**

1. หน่วยงานที่ดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเยาวชน นักเรียน นักศึกษา ได้แก่ องค์กรไม่หวังผลกำไร ที่ได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 สาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ให้ไปดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ด้วยหลัก PROMISE ภายใต้การนิเทศและประเมินโครงการ ของ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์



**PROMISE**

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒในปี พ.ศ. 2552 จำนวน 7 หน่วยงาน รวมทั้งสิ้น 8 โครงการ ได้แก่ สมาคมสี่รัฐแห่งประเทศไทย บริษัทพัฒนาการบริหารและจริยธรรม บริษัทสุขสวัสดิ์โพลีคลินิกจำกัด ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและโภชนาการ Healthy&Healthy สมาคมสโมสรการทางพิเศษแห่งประเทศไทย สมาคมวัฒนธรรมสัมพันธ์เพื่อความดีสากล องค์กรและ 1 โครงการ และมูลนิธิสร้างเสริมคุณธรรม จำนวน 2 โครงการ ซึ่งแต่ละโครงการจะดำเนินงานในรูปคณะกรรมการอย่างน้อย 3 คน ตลอดจนมีที่ปรึกษาที่เป็นนักวิชาการในสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินกิจกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับกลุ่มเป้าหมายอย่างน้อย 5 ครั้ง ตามข้อกำหนดของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ให้ได้ผลตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ในข้อเสนอโครงการของแต่ละโครงการ

**2. ผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ** ได้แก่ ผู้ป่วยและประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานเป็นต้น ได้เข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กับองค์กรไม่หวังผลกำไรเขตกรุงเทพมหานครซึ่งได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 สาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2552 จำนวน 8 โครงการ รวมทั้งสิ้น จำนวน 3,414 คน

**3. ผู้ให้ข้อมูลในการประเมิน** ได้แก่ ตามแนวคิดการประเมินโครงการแบบ 360 องศา ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ได้แก่

**3.1 กลุ่มหัวหน้าโครงการ** ได้แก่ ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นประธานโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อจัดกิจกรรมให้กับกลุ่ม ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงที่ประกอบด้วย เยาวชน นักศึกษา บุคลากรและประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 8 โครงการ ที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 สาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ภายใต้การนิเทศและประเมินโครงการจากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ปี พ.ศ. 2552 โครงการละ 1 คนรวมทั้งสิ้นจำนวน 8 คน

**3.2 กลุ่มผู้บังคับบัญชา** ได้แก่ ผู้บังคับบัญชาโดยตรงของประธานโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 สาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 8 โครงการ ภายใต้การนิเทศและประเมินโครงการจากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ปี พ.ศ. 2552 โครงการละ 1 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 8 คน

**3.3 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ** ได้แก่ เยาวชน และประชาชนกลุ่มเสี่ยง ที่มีสิทธิ์ในการรักษาพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 สาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 8 โครงการ ภายใต้การนิเทศและประเมินโครงการจากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ปี พ.ศ. 2552 โครงการละ 4 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 32 คน

**4. ขอบเขตในการประเมิน** การประเมินโครงการครั้งนี้ได้นำกรอบการประเมินแบบชิป (CIPP MODEL) ตามแนวคิดของ สตัฟเฟิลบีมและชินคฟิลด์ (Stufflebleam & Shinkfield, 2007) และโลจิกโมเดล (Logic Model) มีขอบเขตการประเมินโครงการดังนี้



**PROMISE**

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

**4.2 ปัจจัยจำเข้า (Input)** ได้แก่ ความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์ สถานที่จัดกิจกรรม การจัดเตรียมเอกสารประกอบโครงการ 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 การเปลี่ยนแปลง ลดด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ 3Self ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย ความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การบันทึกสมุดสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง และความพึงพอใจของหน่วยงาน การบรรลุตามเป้าหมายของโครงการ การสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพ การเพิ่มขึ้นของทักษะการบริหารโครงการสุขภาพของคณะทำงาน ตลอดจนผู้บังคับบัญชามีความพึงพอใจ การสร้างชื่อเสียงให้หน่วยงาน การสร้างประโยชน์ให้กับชุมชนรอบข้าง

**4.5 ผลลัพธ์ระยะสั้น (Outcome)** ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัด ด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการตามที่แต่ละโครงการได้กำหนดไว้ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ค่า BMI ไขมันในเลือด ค่าความดันโลหิต การออกกำลังกายสม่ำเสมอ รอบเอวลดลง การรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ เป็นต้น และความต้องการที่จะดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อของแต่ละหน่วยงาน

## 5. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่

**5.1 แบบสอบถาม (Questionnaire)** แบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) เพื่อสอบถามบริบทของโครงการ ปัจจัยจำเข้า กระบวนการ และผลผลิตจาก กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชา และกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ



**5.2 แบบสัมภาษณ์ (Interview Guide)** เป็นแบบสอบถามแบบมีโครงการเพื่อสอบถามในด้าน บริบทของโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต เพื่อใช้สอบถามความคิดเห็นที่มีต่อโครงการจากกลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชา และกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ

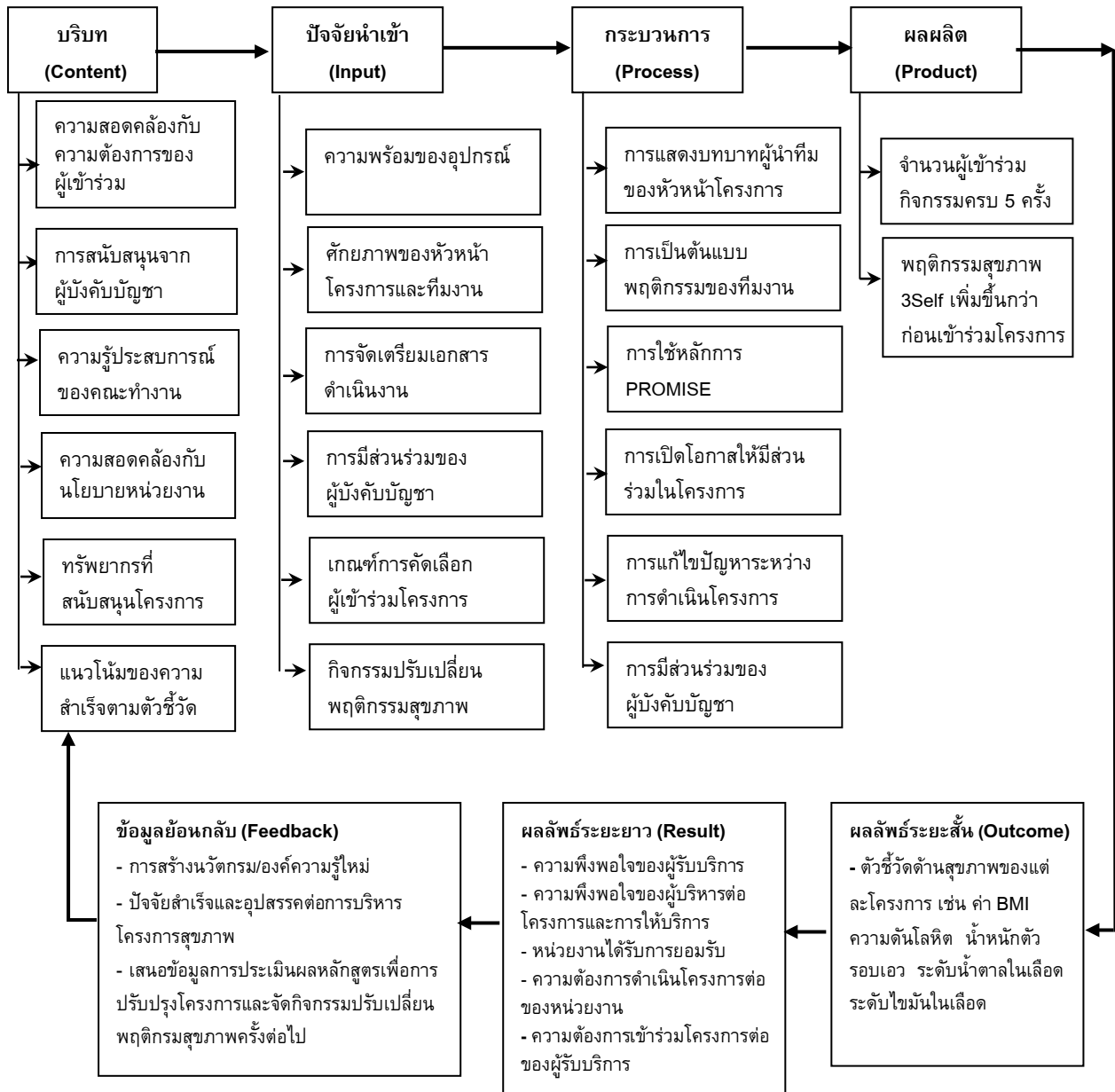
**6. ตัวชี้วัดความสำเร็จของการประเมินโครงการ** การประเมินครั้งนี้ได้นำวิธีการประเมินแบบผสมผสาน (Mix Method) มาใช้ในการประเมินตัวชี้วัดในเชิงปริมาณ

6.1 ตัวชี้วัดในเชิงปริมาณ ได้แก่ กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชา และกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ ให้คะแนนความพึงพอใจต่อบริบทของโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตและผลลัพธ์ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70

6.2 ตัวชี้วัดในเชิงคุณภาพ ได้แก่ กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชา และกลุ่มหัวหน้าโครงการ โดยส่วนใหญ่มีความรู้สึกรู้ว่าโครงการสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองและหน่วยงานได้ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้นได้ ตลอดจนเป็นประโยชน์ต่อประชาชนรอบข้าง มีพฤติกรรมสุขภาพ 3Self เพิ่มขึ้น



7. กรอบแนวคิดในการประเมินผลโครงการ



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



## PROMISE

## 8. กรอบการดำเนินโครงการบริหารจัดการและประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพขององค์กรไม่หวังผลกำไรในเขตกรุงเทพมหานคร



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดตามหลัก PROMISE และ 3Self สำหรับการดำเนินการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพขององค์กรไม่หวังผลกำไรในเขตกรุงเทพมหานคร



## PROMISE

## นิยามปฏิบัติการ

**1. การบริหารจัดการและประเมินโครงการ** หมายถึง การดำเนินงาน ของสถาบันวิจัย พฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ร่วมกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ในด้านภารกิจที่ครอบคลุมเรื่อง การกำหนดขอบเขตเป้าหมายของโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Target) การกำหนดหน้าที่ของหัวหน้าโครงการที่ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ (Authority) การวางแผน (Planning) การประสานงาน (Coordinating) การบริหารงบประมาณ (Budgeting) การติดตามประเมินผลโครงการ (Evaluation) และการรายงาน (Reporting) และในการประเมินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหน่วยงานที่ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ใช้แนวคิดรูปแบบประเมิน CIPP และ Logic Model เป็นเครื่องมือในการนิเทศและ ติดตามประเมินผลสำเร็จของโครงการ

**2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ** หมายถึง การกระทำใด ๆ ที่มีการประยุกต์หลักการแห่ง พฤติกรรม หรือหลักการเรียนรู้ เพื่อมุ่งกระทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมตนเองที่นำไปสู่ เป้าหมายของการมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ที่ดี โดยอาศัยการสนับสนุนจากบุคคล สังคมและ สภาพแวดล้อมที่จัดกระทำขึ้นให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและในการวัดต้องเน้นที่พฤติกรรมที่ สามารถสังเกตเห็นได้หรือวัดได้เป็นสำคัญและในการศึกษาครั้งนี้วัดจากพฤติกรรมสุขภาพ 3Self และ ตัวชี้วัดผลทางบวกในด้านสุขภาพ

**3. กลุ่มเสี่ยง** หมายถึง ประชาชนคนไทยที่ผ่านการประเมินตามแบบคัดกรองความเสี่ยงของ สปสช. และได้รับการประเมินจากหน่วยงานผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมว่าเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรม ทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ที่เป็นผลมาจากพฤติกรรมสุขภาพไม่ดีที่ รุนแรงตามมาได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน โรคเครียด ดิบบูหรือแอลกอฮอล์ เป็นต้น พร้อมทั้งสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จากหน่วยงานเครือข่ายของ สปสช. รวมอย่างน้อย 5 ครั้ง ในช่วง 4- 7 เดือนที่มีการจัดโครงการ

**4. ภาวะโภชนาการ** หมายถึง เป็นภาวะน้ำหนักที่ผู้เข้าร่วมโครงการภายหลังสิ้นสุดโครงการ มี ภาวะโภชนาการเกินเพิ่มขึ้น ลดลงหรือเท่าเดิม โดยภาวะน้ำหนักหรือภาวะโภชนาการนั้นวัดจากค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index - BMI) ที่มาจากการคำนวณด้วยสูตร น้ำหนักตัวใช้หน่วยเป็นกิโลกรัมหาร ด้วยส่วนสูงที่ใช้หน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง และถ้าพบว่า ค่าดัชนีมวลกายของเพศหญิงวัยรุ่นและวัย ผู้ใหญ่ 23 กก./ม<sup>2</sup>ขึ้นไป และเพศชายวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ 25 กก./ม<sup>2</sup> ขึ้นไป แสดงว่าน้ำหนักเกินหรือ ภาวะโภชนาการเกินหรืออ้วน

**5. พฤติกรรมสุขภาพ 3Self** หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกัน รักษาควบคุมสุขภาพตนเองให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติสุข โดยการมีสุขภาพ ร่างกายจิตใจอารมณ์ที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีในด้านสุขภาพ ในการวัดพฤติกรรมสุขภาพครั้งนี้ วัดจาก





**PROMISE**

ลักษณะทางจิตและพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ (Self-efficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง (Self-regulation) และการดูแลสุขภาพตนเองได้ด้วย (Self-care) รายละเอียดดังต่อไปนี้

**5.1 การรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ** หมายถึง ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ว่าตนเองมีความเชื่อมั่นที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเองให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ และคนที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยและจะประสบความสำเร็จในที่สุด และวัดจากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง จำนวน 5 ข้อ มีมาตราวัด 4 ระดับ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .73 โดยให้คะแนนจาก ระดับความเป็นจริงที่ปรากฏของพฤติกรรมตนเอง จากจริงมากให้ 4 คะแนน ถึง ไม่จริง ให้ 1 คะแนน และผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง สูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า

**5.2 การกำกับตนเอง** หมายถึง การแสดงออกถึง การกระทำของผู้เข้าร่วมโครงการในการสังเกตด้วยตนเองถึงพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งตั้งเป้าหมาย และวางแผนในการกระทำที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อาจกระทำด้วยการจัดบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง กระตุ้นเตือน ตนเองให้กระทำอย่างต่อเนื่องให้บรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดีตามที่ตนเองได้ตั้งเป้าหมายไว้ และวัดจากแบบสอบถาม การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง จำนวน 5 ข้อ มีมาตราวัด 4 ระดับ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80 โดยให้คะแนนจาก ระดับความเป็นจริงที่ ปรากฏของพฤติกรรมตนเอง จากจริงมากให้ 4 คะแนน ถึง ไม่จริง ให้ 1 คะแนน และผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า

**5.3 การดูแลสุขภาพตนเอง** หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดก็ตามของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่ได้เริ่มปฏิบัติด้วยตนเองในด้านการเข้ารับการตรวจสุขภาพเป็นประจำ การแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และความเครียด รวมถึงการพักผ่อนโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อดำรงรักษาชีวิต ให้มีภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน เป็น การกระทำอย่างมีแบบแผนเป็นขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีการกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ร่างกาย จิตใจ และพัฒนาการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นไปถึงเป้าหมายของแต่ละบุคคล วัดจากแบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 7 ข้อ มีมาตราวัด 4 ระดับ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 โดยให้คะแนนจาก ระดับความเป็นจริงที่ปรากฏของพฤติกรรมตนเองจากจริงมากให้ 4 คะแนน ถึง ไม่จริงให้ 1 คะแนนและผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่ามีการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า



**PROMISE**

6. การจัดกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามรูปแบบ **PROMISE** หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของหัวหน้าโครงการหรือผู้จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมที่อาจเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มหรือทั้งสองอย่างรวมอย่างน้อยจำนวน 5 ครั้ง ที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งภายในและภายนอก หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านจิตลักษณะ และพฤติกรรมแสดงออกทางกายของกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ โดยให้อยู่ในขอบข่ายเนื้อหาที่มาจากรากฐานแนวคิดอยู่ในขอบข่ายอย่างใดอย่างหนึ่งใน 3 Self คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (Self-care) มีการกำกับตนเอง (Self-regulation) ให้มีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่องได้ด้วยความสำเร็จในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) และผู้ให้บริการควรให้บริการแก่ผู้รับบริการโดยคำนึงถึงหลักปฏิบัติตามหลัก PROMISE คือ การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) บริหารจัดการโครงการด้วยหลักการบริหารตามผลสัมฤทธิ์ของงาน (Result based management) ให้มองโลกแง่ดี (Optimism) มีการสร้างแรงจูงใจ (Motivation) ให้ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Individual or client center) หลักการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองแก่ผู้รับบริการ (Self-esteem) โดยสามารถใช้เทคนิค วิธีการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่หลากหลายได้ เช่น การฝึกอบรม การให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม การให้คำแนะนำและกำกับพฤติกรรม การมีตัวแบบ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสาธิต การเข้าค่าย การฝึกปฏิบัติการด้านการออกกำลังกาย การนั่งสมาธิ เป็นต้น และควรส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายช่วยเหลือกันเอง และดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องได้เพื่อความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป

**สมมติฐานการวิจัย**

1. ผลการนิเทศและประเมินโครงการตามรูปแบบการประเมิน CIPP Model คือ ปัจจัยด้านบริบทด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ผลผลิตและด้านผลลัพธ์ ของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของทุกโครงการ อยู่ในระดับดีขึ้นไป ตามการรับรู้ทั้งในกลุ่มหัวหน้าโครงการ การรับรู้ของผู้เข้าร่วมโครงการ และผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ
2. ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก PROMISE Model มีผลให้ ผู้เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ
3. ผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละโครงการมีการเปลี่ยนตัวชี้วัดทางชีวเคมี เช่น ค่า BMI ไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต และค่าต่างๆ ตามที่แต่ละโครงการกำหนดดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ
4. ภายหลังจากเข้าร่วมโครงการ ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะโภชนาการ(ค่าBMI)ต่ำ จะมีความพึงพอใจต่อโครงการ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self สูงกว่า ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะโภชนาการ(ค่าBMI)สูง
5. ทราบถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงขององค์กรไม่หวังผลกำไรในเขตกรุงเทพมหานคร



## PROMISE



## บทที่

## 2

## เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเชิงประเมินครั้งนี้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Method) โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อ การบริหารจัดการ กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนิน โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของ องค์กรไม่หวังผลกำไร ในเขตกรุงเทพมหานคร ให้กับกลุ่มเป้าหมายที่ประกอบด้วย นักเรียน นักศึกษา บุคลากร และประชาชน ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน ดิบบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งล้วนมีปัจจัย สำคัญมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ในการทบทวนเอกสารในบทนี้ได้นำเสนอไว้ตามหัวข้อดังต่อไปนี้

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

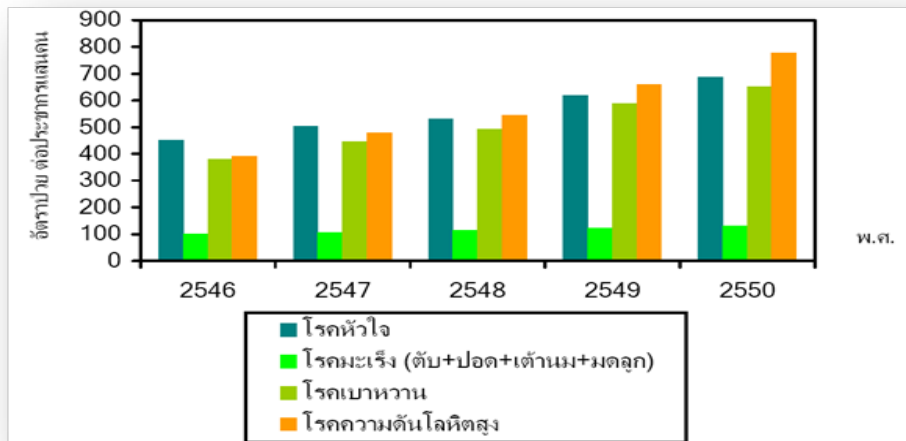
PROMIS Model และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 1. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของคนไทย

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



## PROMISE



ภาพประกอบ 3 อัตราป่วยของประชาชนไทยด้วยโรคเรื้อรังที่สำคัญ ปี 2546 - 2550

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

และเมื่อพิจารณา สรุปลสถิติจำนวนการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง (HT) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และโรคเบาหวาน (DM) และอัตราการตายอย่างหยابต่อประชากร ดังแสดงในตาราง 1 และ 2

ตาราง 1 จำนวนการตายอย่างหยابด้วย โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน ปี 2539-2548

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

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รวบรวมโดย : กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

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

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

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รวบรวมโดย : กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค



**PROMISE**

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

ในการนำเสนอองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคิดและกลวิธีในการดำเนินกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และการติดบุหรี่ ด้วย ความเข้าใจและเห็นความสำคัญกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพของคนไทย

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



**PROMISE**

ปัจจุบันสถานการณ์สุขภาพคนไทย พบว่าโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่เหมาะสมเริ่มมีอัตรามากขึ้น เช่น กลุ่มโรคไม่ติดต่อ และกลุ่มการบาดเจ็บเพิ่มขึ้น เป็นต้น ซึ่งคณะทำงานศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บในประชากรไทย ได้ทำการศึกษาผลกระทบของ ปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาภาระโรคในประเทศไทย พ.ศ. 2547 พบว่า คนไทยมีความสูญเสียปีสุขภาวะ อันเนื่องมาจากปัจจัยเสี่ยงทั้งสิ้นเท่ากับ 9.2 ล้านปีต่อประชากร 100,000 คน คนไทยมีความสูญเสียปีสุขภาวะใน เพศชาย 5.3 ล้านปี และเพศหญิง 3.9 ล้านปี และมีปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อภาระโรคในปี 2547 เพิ่มขึ้นจากปี 2542 โดยมีความแตกต่างกัน ระหว่างเพศชายและเพศหญิงพบว่า เพศชายมีลำดับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกายภาวะอ้วน โคเลสเตอรอลสูง การรับประทานผักและผลไม้ไม่พอ ยาเสพติดและขาดออกกำลังกาย ในขณะที่เพศหญิงมีลำดับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ ความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกายภาวะอ้วน โคเลสเตอรอลสูง ขาดออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การรับประทานผักและผลไม้ไม่พอ และดื่มแอลกอฮอล์ (คณะทำงานจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยง ของประเทศไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ , 2549 อ้างใน ปาณบดี เอกะจัมปะกะและรุจิรา ทวีรัตน์ , 2551) พิจารณาสถานการณ์ของโรคและปัจจัยเสี่ยงที่เป็นผลเนื่องมาจาก พฤติกรรมสุขภาพของคนไทย ปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และการสูบบุหรี่ ปัจจัยเสี่ยงรอง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ขาดการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณมากสม่ำเสมอ การบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล และภาวะเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ ภาวะเครียดเรื้อรัง (ศูนย์ข้อมูลควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ , 2551) ทั้งนี้โรคเบาหวานเป็นสาเหตุให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมา เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเส้นเลือด โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ

ในประเทศไทย มีรายงานจากแพทย์หญิงฉายศรี สุพรศิลป์ชัย ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า คนไทยตายจากโรคหัวใจและ หลอดเลือดเฉลี่ย 30 คนต่อวัน มีอัตราการตายจากกลุ่มโรคนี้ติดอันดับ 1 ใน 3 มาโดยตลอดที่สำคัญได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง และในปี 2545 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองเป็นจำนวน 32,903 คน และเพิ่มสูงขึ้นเป็นจำนวน 92,733คนในปี 2546 และจากหลักฐานพบว่า แนวโน้มผู้ป่วยกลุ่มนี้จะพบมากขึ้นในกลุ่มที่มีอายุน้อยลง ซึ่งสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ไว้ดังนี้

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

เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด



**PROMISE**

มีการจำแนกสถานการณ์ของโรคและปัจจัยเสี่ยงอันเนื่องมาจาก พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องไว้ดังต่อไปนี้ (นายศรี สุพรศิลป์ชัย, 2545)

**1.1 สถานการณ์กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด**

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

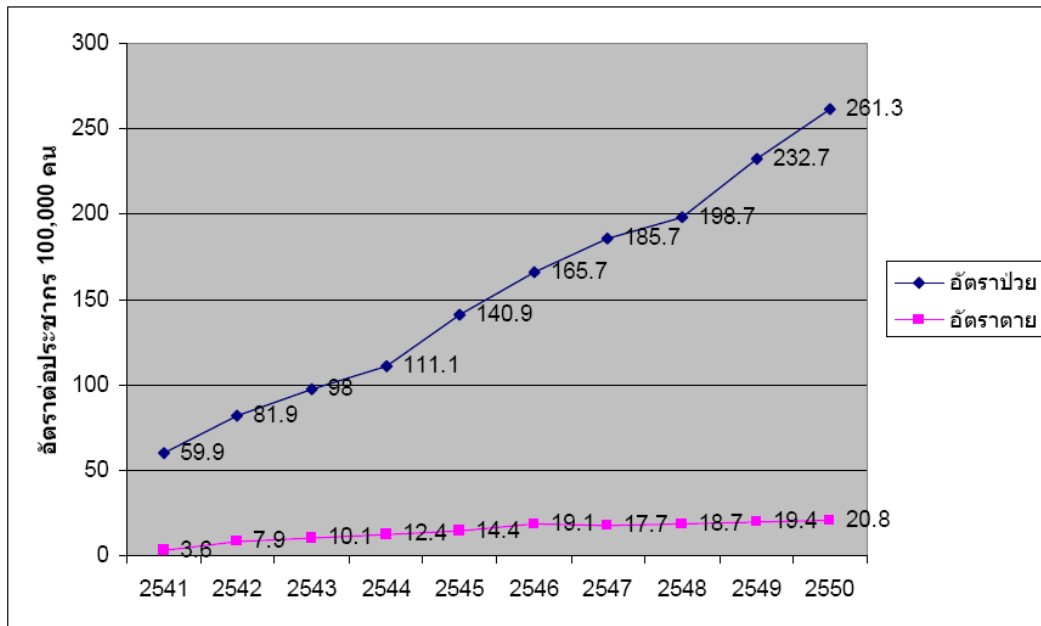
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2552) ได้รายงานอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2544 – 2548 พบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับสองของประเทศไทย สาเหตุที่สำคัญเกิดจากการเสื่อมของผนังหลอดเลือดแดงทำให้หลอดเลือดแดงเกิดการแข็งตัว (Atherosclerosis) ส่งผลโดยตรงต่อการตีบหรืออุดตัน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

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541-2550 พบว่าสถิติการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นเล็กน้อยและอัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจขาดเลือดสูงขึ้นทุกปี

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



## PROMISE



ภาพประกอบ 4 อัตราการป่วยและตายของโรคหัวใจขาดเลือด ปี พ.ศ. 2541-2550

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

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

## 1.2 สถานการณ์เบาหวาน

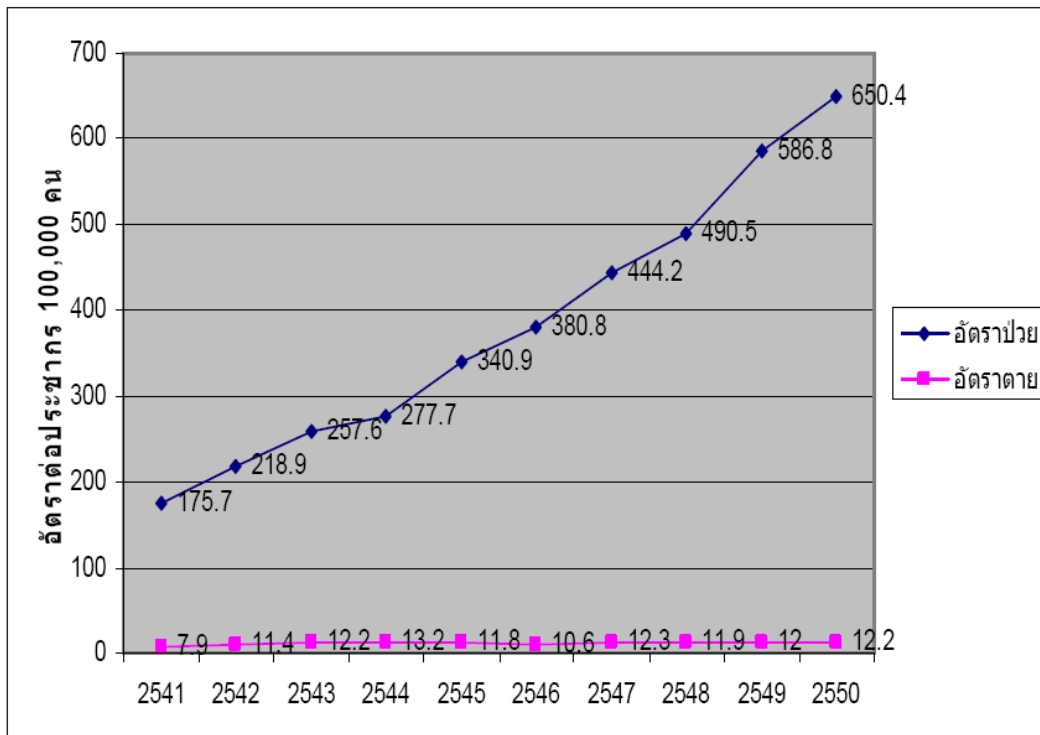
โรคเบาหวานจัด เป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ เนื่องจากมีความสัมพันธ์ทางพยาธิสภาพของการเกิดโรคที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงต่อหลอดเลือดต่างๆ ทั้งหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม อัตราเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

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





## PROMISE



ภาพประกอบ 5 อัตราการป่วยและตายของโรคเบาหวานปี พ.ศ. 2541-2550

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

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

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

### 1.3 สถานการณ์ความดันโลหิตสูง

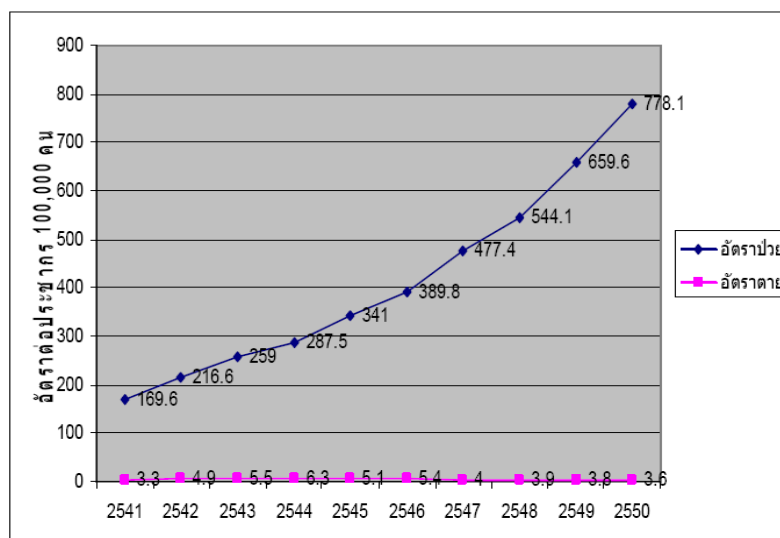
จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของคนไทยโดยพบว่า อัตราตายต่อประชากร 100,000 คน ด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงที่สุดในปีพ.ศ. 2544 เท่ากับ 6.3 และมีแนวโน้มลดลงในปีพ.ศ. 2545 เท่ากับ 5.1 แต่กลับสูงขึ้นอีกในปีพ.ศ. 2546 เท่ากับ 5.4 และลดลงเหลือ 3.9 ต่อประชากรแสนคนในปีพ.ศ. 2547 จากการสำรวจ สภาวะสุขภาพอนามัยของคนไทยครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540 พบว่า ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง สำหรับผู้ใหญ่วัยทำงานและสูงอายุ (ใช้เกณฑ์ความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท) เท่ากับ 6,447,601 คน โดยสองในสามอยู่ในวัยทำงาน (4,587,442 คน) หนึ่งในสาม



**PROMISE**

อยู่ในวัยสูงอายุ (1,719,639 คน) ส่วนน้อยอยู่ในวัยเด็ก (140,220 คน)ในการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของ 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 เป็นสาเหตุหลักของ การตาย และการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือดและโรคไต จากรายงานการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยง โรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ .ศ. 2547-2548 ของศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ ด้านภาวะสุขภาพโรคเรื้อรังสำคัญพบว่า ความชุกของประชากรที่ได้รับการบอกจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น จาก 7.92 เป็น 8.31 แสนคนและมีการประมาณการว่า ประชากรได้รับการบอกว่าเป็น ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นราว 108,622 คน จากปีพ .ศ. 2547 ถึง พ .ศ. 2548 สอดคล้องกับการประมาณการประชากร ที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตสูง ในรอบปีพ.ศ. 2549 ที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นเป็น 970,972 คน และความชุกของการได้รับการบอกว่าเป็นความดันโลหิตสูงพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และช่วงอายุสูงขึ้นไปจะมีความชุกเพิ่มขึ้นตามลำดับ

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



ภาพประกอบ 6 อัตราการป่วยและตายของโรคความดันโลหิตสูงปี พ.ศ. 2541-2550



**PROMISE**

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

**1.4 สถานการณ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน**

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

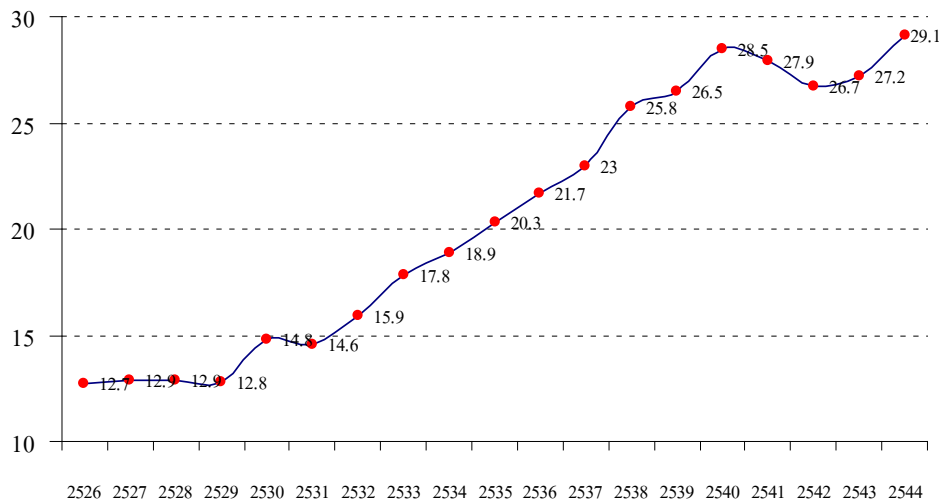
**ตาราง 3** ร้อยละของเยาวชน แม่บ้าน คนงาน ที่มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอย่างสม่ำเสมอปีพ.ศ.2539

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

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



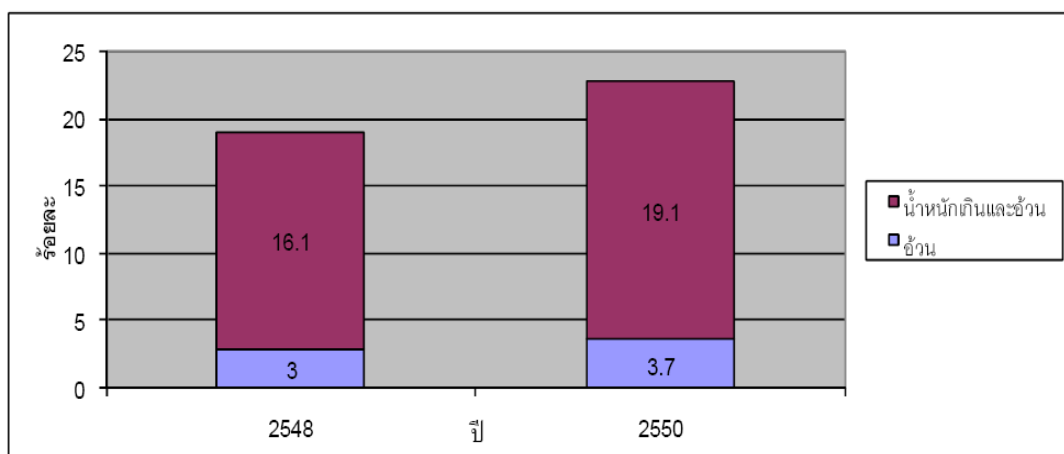
## PROMISE



ภาพประกอบ 7 ปริมาณการบริโภคน้ำตาลทราย ภายในประเทศ พ.ศ. 2526 – 2544

ที่มา : ศูนย์บริหารการผลิต สำนักงานคณะกรรมการอ้อย และน้ำตาลทราย

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



ภาพประกอบ 8 ความชุกของผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนและผู้ที่มีน้ำหนักเกิน จำแนกตามปี

ที่มา : รายงานประจำปี 2551. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.



**PROMISE**

นอกจากนี้ รายงานการสำรวจของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี 2543 ร้อยละของเด็กนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน เท่ากับ 13.6 และในปี พ.ศ. 2544 ในประชากรวัยสูงอายุ พบว่ามีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 23.9 ส่วนการสำรวจในปี พ.ศ. 2545 พบว่าร้อยละ ของประชากรวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน เท่ากับ 10.22 ประชากรวัยทำงานมีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 29.2

เมื่อพิจารณาเกณฑ์ในการจำแนกภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วน จากค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index - BMI) พบว่า ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างอายุ 15-74 ปี ทั้งประเทศเฉลี่ยเท่ากับ 22.7 กก./ม<sup>2</sup> เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายสูงกว่าเพศชาย และช่วงอายุ 45-54 ปี มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายสูงสุด (23.7 กก./ม<sup>2</sup>) และช่วงอายุ 15-24 ปี ต่ำสุด (20.7 กก./ม<sup>2</sup>) ดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงจำนวน และค่า BMI เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามช่วงอายุและเพศ

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

ที่มา : รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ.(2550). กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

และเมื่อพิจารณาตามภาค พบว่า กลุ่มตัวอย่างในระดับภาค ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายสูงสุดใน กรุงเทพมหานคร รองลงมาภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงจำนวนและค่า BMI เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาค

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



**PROMISE**

ที่มา : รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ.(2550). กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

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

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

ความชุก(ร้อยละ)/ค่าเฉลี่ยของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงโรคที่สำคัญ	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2550	การเปลี่ยนแปลง	
			เพิ่มขึ้น	ลดลง
<b>1. ภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน</b>				
- ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน(BMI $\geq$ 25 กก./ม. <sup>2</sup> )	16.1 (7.3 ล้านคน)	19.1 (8.8 ล้านคน)	3 (1.5 ล้านคน)	-
- ผู้ที่มีภาวะอ้วน (BMI $\geq$ 30 กก./ม. <sup>2</sup> )	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	-
<b>2. ความดันโลหิตสูง</b>				
- ผู้ที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน 1 ปีที่ผ่านมา ในประชากรอายุ 40-74 ปี	77.3 (16.3 ล้านคน)	78.1 (17.2 ล้านคน)	0.8 (0.9 ล้านคน)	-
- ผู้ที่เคยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบอกว่ามี ความดันโลหิตสูงหรือเป็นโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15-74 ปี	8.3 (3.7 ล้านคน)	9.4 (4.3 ล้านคน)	1.1 (0.6 ล้านคน)	-
- ผู้ที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตทุกเดือนในประชากรที่มีความดันโลหิตสูงอายุ 15-74 ปี	52.8	50.2	-	2.6
- จำนวนครั้งเฉลี่ยที่ประชากรที่มีความดันโลหิตสูงอายุ 15-74 ปี ไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อรับการรักษาใน 1 ปีที่ผ่านมา	6.5	6.8	0.3	-
<b>3. โรคเบาหวาน</b>				
- ความชุกของผู้ที่ได้รับการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อหาโรคเบาหวานภายใน 1 ปีที่ผ่านมา ในประชากรอายุ 40-74 ปี	49.6 (10.5 ล้านคน)	55.6 (12.1 ล้านคน)	6.0 (1.6 ล้านคน)	-



**PROMISE**

ความชุก(ร้อยละ)/ค่าเฉลี่ยของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงโรคที่สำคัญ	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2550	การเปลี่ยนแปลง	
			เพิ่มขึ้น	ลดลง
- ความชุกของผู้ที่เคยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบอกว่าเป็นโรคเบาหวานในประชากรอายุ 5-74 ปี	3.7 (1.6 ล้านคน)	3.9 (1.8 ล้านคน)	0.2 (0.2 ล้านคน)	-
- ความชุกของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานได้รับการตรวจเลือดหาระดับน้ำตาลทุกครั้ง	57.0 (0.8 ล้านคน)	46.8 (0.7 ล้านคน)	-	10.2 (0.1 ล้านคน)
- จำนวนครั้งเฉลี่ยที่ประชากรอายุ 15-74 ปีที่เป็นโรคเบาหวานไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อรับการรักษานใน 1 ปีที่ผ่านมา	8.0	8.1	0.1	-

ที่มา : รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ. (2550). ศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

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

	(BMI $\geq$ 25 กก./ม. <sup>2</sup> )	(BMI $\geq$ 30 กก./ม. <sup>2</sup> )	เส้นรอบเอวเกิน	ความดันโลหิตสูง	น้ำตาลในเลือดสูง	โรคหลอดเลือดสมอง
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
กรุงเทพฯ	25.9	6.0	25.0	71.2	52.8	1.0

ที่มา : รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ. (2550). ศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

### 1.5 สถานการณ์กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง

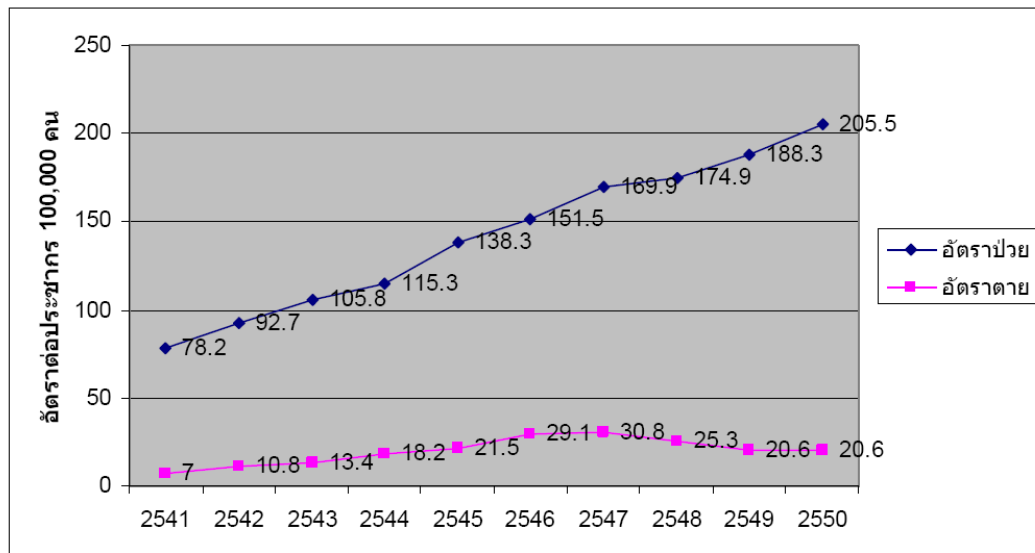
โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในคนไทยเรียกอัมพาต แต่ถ้าผู้ป่วยรายใดมีอาการไม่รุนแรงยังพอขยับได้เรียกโรคอัมพฤกษ์ โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ โรคหลอดเลือดสมองแตกและโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่มักพบมากในผู้ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอาการ แขนขาชาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งทันที พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ หรือฟังไม่เข้าใจทันทีทันใด เดินเซ เวียนศีรษะทันทีทันใด ตามองเห็นภาพซ้อน หรือมีตมัวข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด ปัจจัยเสี่ยงที่พบและสามารถควบคุมได้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความอ้วน และการสูบบุหรี่ และถ้าคนไทยยังมีปัจจัย



**PROMISE**

เสียงเหล่านี้ แน่หนอนว่า โรคหลอดเลือดสมองจะมี แนวโน้ม ยังคงอยู่ ดังแสดง อัตราตายอย่างหยาบจาก โรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2544 – 2547 หลังจากนั้น มีแนวโน้มลดลง ในปี 2548 ใน ภาพรวมทั้งประเทศ

จากสถิติการเสียชีวิตและการป่วยนั้นถึงแม้สถิติการเสียชีวิตของโรคหลอดเลือดสมองจะมี แนวโน้มคงที่แต่พบว่าอัตราการป่วยในโรงพยาบาลมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี และในปี พ .ศ. 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติได้รายงานอัตราผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีที่อยู่อาศัยในภาค กลางสูงสุด รองลงมาคือ ภาคเหนือ ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยมีอัตราการป่วยเป็น 262.2, 241.9, 230.9 และ 134.2 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ และสถิติจากสำนักรนโยบาย และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดในสมองในเพศ ชายมากกว่าเพศหญิงโดยคิดเป็นร้อยละ 32.6 และ 24.9 ตามลำดับ และในปี พ .ศ. 2548 มีรายงานว่ จำนวนประชากรกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงที่สุด รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 55-64 ปีดังภาพประกอบ 9



**ภาพประกอบ 9** อัตราการป่วยและตายของโรคหลอดเลือดสมองปี พ.ศ. 2541-2550

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

อัตราตายปรับฐานจากโรคหลอดเลือดสมองใน พ.ศ. 2548 พบว่า ภาคกลางเป็นภาคที่มี อัตราตาย จากโรคนี้สูงสุด และสูงกว่าอัตรา ตายรวมทั้งประเทศ รวมทั้งในทุก กลุ่มอายุ รองลงมาคือ ภาคเหนือ ซึ่งมีอัตราตายปรับฐานจากโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าอัตราตายรวมเล็กน้อย และใน ภาพรวมทั้งประเทศ การตายจากโรคหลอดเลือด เริ่มพบในกลุ่มอายุ 30 ปี ขึ้นไป และพบสูงสุดในกลุ่ม อายุ 70-79 ปี หลังจากนั้น จึงเริ่มลดลง ซึ่งรูปแบบนี้พบ ได้ในภาคกลางและภาคใต้ สำหรับ ภาคเหนือ





**PROMISE**

จะพบการตายสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี หลังจากนั้นจึงเริ่มลดลง ในขณะที่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จะพบการตายจาก โรคนี้ใกล้เคียงกันในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี

**สรุปได้ว่า** อัตราตายอย่างหยาบและอัตราตายปรับฐานจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มลดลงทั้งในภาพรวมประเทศและระหว่างภาค ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเกิดจากการมีมาตรการในการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ ความสำคัญกับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ซึ่งเกิดจากความร่วมมือทั้งภาครัฐและ เอกชน แต่ทั้งนี้ ควรให้ความใส่ใจกับภาคกลางที่ยังพบการตายจากโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าอัตรารวมทั้งประเทศอยู่มาก

**1.6 สถานการณ์การสูบบุหรี่**

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

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

โรคที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ที่สำคัญ คือ ถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง และมะเร็งปอดก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอัตราการสูบบุหรี่ที่มากขึ้น โดยแต่ละปีคนไทยเสียชีวิตจากโรคที่สูบบุหรี่ปีละประมาณ 42,000 คนหรือวันละ 115 คนหรือชั่วโมงละ 6 คน (ประภิต วาทีสากรกิจ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ อ้างถึงใน อังศิรินทร์ อินทรกำแหง , 2550: 19) ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคร้าย ได้แก่ ร้อยละ 90 ของผู้ชายที่ป่วยเป็นมะเร็งปอด ร้อยละ 82 ของผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียง และร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารล้วนเป็นสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ทั้งสิ้น

**1.7 สถานการณ์บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์**

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

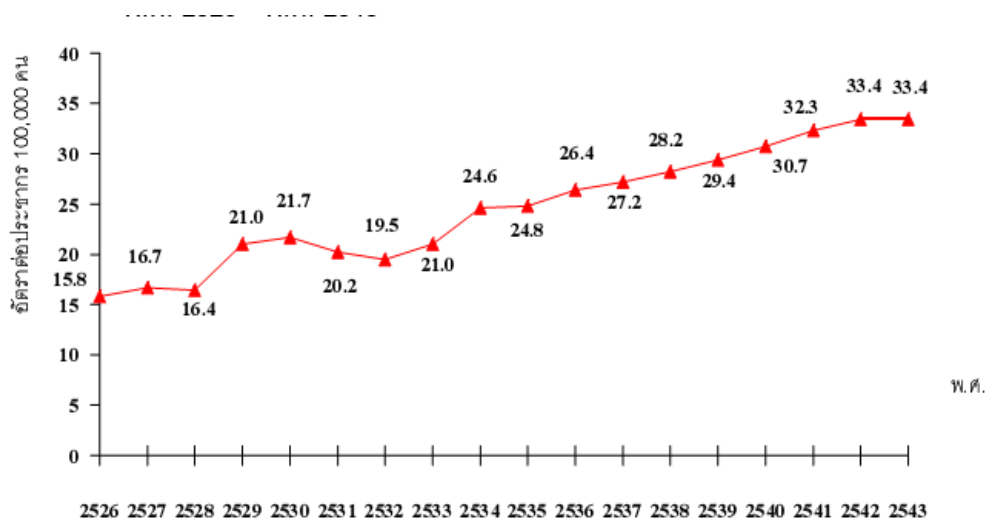


**PROMISE**

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 60.89 หรือคิดเป็นจำนวน 30 ล้านคน ส่วนผู้ที่ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์เลยตลอดชีวิตมีร้อยละ 39.11 หรือคิดเป็นจำนวน 19.3 ล้านคน การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อย่างไม่ถูกต้อง (คือบริโภคปริมาณมากสม่ำเสมอ) และขาดความรับผิดชอบทั้งต่อตัวเองและผู้อื่น เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคและการบาดเจ็บ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง อัมพาตจากหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก ตับอักเสบตับแข็ง มะเร็ง อวัยวะต่างๆ เช่น ตับ กระเพาะอาหาร การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ภาวะซึมเศร้า และอุบัติเหตุจากรถ ฯลฯ

**1.8 สถานการณ์เกี่ยวกับสุขภาพจิต**

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตและโรคประสาทมีแนวโน้มมากขึ้น โดยเฉพาะอัตราการเข้าพักรักษาด้วยโรคจิตและโรคจากความแปรปรวนทางจิต เพิ่มสูงขึ้นในช่วง พ.ศ. 2539 – 2544 โดยเฉพาะภายหลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจพบอัตราการเข้ารักษาจากภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรมเพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจาก 30.7 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2540 เป็น 33.4 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2543 ดังแสดงภาพประกอบ 10 อัตราการเข้ารักษาแผนกผู้ป่วยนอกจากภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม พ.ศ. 2526-2543



**ภาพประกอบ 10** อัตราการเข้ารักษาแผนกผู้ป่วยนอกจากภาวะแปรปรวนทางจิตพฤติกรรม พ.ศ. 2526-2543

ที่มา: รายงานผู้ป่วยนอก สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

**สรุปได้ว่า** ในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มีประสิทธิภาพได้นั้น ควรเริ่มต้นด้วยความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพคนไทย ในภาพกว้างระดับประเทศเพื่อการศึกษาเจาะลึกในกลุ่มเสี่ยงเฉพาะที่ต้องการพัฒนาให้สอดคล้องกับปัญหาสาเหตุ มีความตระหนักในความต้องการ และความเชื่อมั่นในความสามารถปรับ



**PROMISE**

พฤติกรรมสุขภาพ ของตนเอง บุคคลและกลุ่มได้ และจากรายงานสถานการณ์ดังกล่าว พบว่า คนไทยมีแนวโน้มจะพบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เป็นภาระต่อเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาและกระทบต่อการใช้ชีวิตในสังคม โดยส่วนบุคคลและในระดับประเทศนับเป็น การสูญเสียทรัพยากรบุคคลและสูญเสียคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ยังเป็นโอกาสดีที่โรคและปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ สามารถป้องกันและแก้ไขได้ ถ้าตระหนักในปัญหาสุขภาพเหล่านี้แล้ว ผู้เขียนจึงขอเชิญชวนให้คนไทยทุกคน หันมาใส่ใจสุขภาพตนเอง และร่วมลงมือกระทำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง พร้อมขยายผลแก่บุคคลรอบข้างเพื่อสุขภาพที่ดีของพวกเราต่อไป

## 2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเทคนิคการพัฒนาสุขภาพ

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

### 2.1 แนวคิดการปรับพฤติกรรมตามหลักพฤติกรรมศาสตร์

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



**PROMISE****2.1.1 ความเชื่อพื้นฐานตามหลักพฤติกรรมศาสตร์**

นักปรับพฤติกรรม ตามแนวทางพฤติกรรมศาสตร์ มีความเชื่อพื้นฐาน ในการดำเนินการปรับพฤติกรรม 2 ประการ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) คือ

1. พฤติกรรมปกติกับพฤติกรรมผิดปกติ พัฒนามาจากหลักการเดียวกัน คือจากหลักการเรียนรู้ แต่ทั้งนี้ต้องไม่รวมถึงพฤติกรรมที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายและระบบประสาท

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

**2.1.2 คุณสมบัติของกระบวนการปรับพฤติกรรม**

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

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

2. การปรับพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้การตีตรา หลีกเลี่ยงการจัดประเภทบุคคล และการใช้คำบางคำ เช่น “อปกติ” ทั้งนี้เพราะการตีตราและการจัดประเภทบุคคล อาจจะมีประโยชน์ในเชิงการบริหารและการสื่อสาร และอาจช่วยแนะว่าตัวแปรใดที่ควรพิจารณาในระหว่างการประเมินพฤติกรรม แต่การ ตีตราและการจัดประเภทบุคคลไม่เป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์พฤติกรรมมากนัก ตรงกันข้ามการตีตราบุคคลอาจจะเป็นการทำลายบุคคล (คนที่ถูกตีตราว่าเป็นคนอย่างไร อาจจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรม ไม่เป็นปกติ เช่นนั้นก็ได้ เช่น คนที่ถูกตีตราว่าเป็นคน อ้วนแล้วพฤติกรรมของเขาอาจเปลี่ยนแปลงไปอ้วนมากยิ่งขึ้นก็ได้) นอกจากนี้ การตีตราหรือการจัดประเภทบุคคล อาจจะทำให้ นักปรับพฤติกรรมมองข้ามพฤติกรรมที่เป็นแบบฉบับของบุคคลนั้น คำว่า “อปกติ” “เบี่ยงเบน” และคำว่า “ความเจ็บป่วยทางจิต” คำเหล่านี้เป็นภาวะสันนิษฐาน (construct) ซึ่งบุคคลในแต่ละวัฒนธรรมให้นิยามไม่ตรงกันพฤติกรรมอย่างหนึ่งอาจถือว่าเป็น พฤติกรรมผิดปกติในสังคมหนึ่ง แต่อาจเป็นพฤติกรรมปกติในอีกสังคมหนึ่งก็ได้ เช่น เด็กพูดโต้แย้งผู้ใหญ่ในสังคมตะวันตกถือว่าเป็นพฤติกรรมปกติ เป็นการกล้าแสดงออก แต่ในสังคมไทยส่วนใหญ่ยังไม่ยอมรับอาจถือว่าเป็นพฤติกรรมที่ขาดสัมมาคารวะเป็นสิ่งที่ไม่ควรประพฤติ



**PROMISE**

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

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

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

**2.1.3 ความหมายของการปรับพฤติกรรม**

ระยะแรกนักวิชาการส่วนใหญ่จะให้ความหมายของการปรับพฤติกรรมบนพื้นฐานการเรียนรู้ ดังเช่น ความหมายของการปรับพฤติกรรม ตามที่ ชัยพร วิชชาวุธ และ ชีระพร อุวรรณโณ (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2552 อ้างอิงจาก ไมปรากฏผู้แต่ง, 2552) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การปรับพฤติกรรมเป็นการประยุกต์หลักการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ส่วน มิคุลัส (Mikulas, 1978:2) ได้ให้ความหมายของการปรับพฤติกรรมไว้ว่า การปรับพฤติกรรม คือ การประยุกต์หลักการพฤติกรรมที่ได้จากการทดลองเพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรม ซึ่งก็คล้ายๆ กับความหมายที่คาลิช (Kalish, 1981 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภามิตร, 2549: 3) ให้ไว้ว่าการปรับพฤติกรรม หมายถึง การนำเอาหลักพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม วอลป์ (Wolpe, 1969) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการใช้ผลที่ได้จากการทดลอง หลักการเรียนรู้ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่ไม่เหมาะสมให้เหมาะสมขึ้น โอเลารีและวิลสัน (O'leary & Wilson, 1987) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้และข้อค้นพบจากจิตวิทยาการทดลอง เพื่อใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์

สรุปได้ว่า การปรับพฤติกรรม หมายถึง การประยุกต์หลักการ แห่งพฤติกรรม หรือหลักการ เรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรม โดยเน้นที่พฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้ หรือวัดได้เป็น



**PROMISE**

สำคัญและในการศึกษาครั้งนี้ วัดจากพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน คือ การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง (Self efficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self regulation) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (Self care)

**2.1.4 หลักการแห่งพฤติกรรม**

คาลิช (Kalish, 1981 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต, 2526) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นหลักการที่ครอบคลุมทั้งแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ การวางเงื่อนไข และแนวคิดทางจิตวิทยาต่างๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์เข้ามาประยุกต์ใช้ได้ และแนวคิดของการใช้หลักการแห่งพฤติกรรมมาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แบ่งออกเป็นสองกรณี คือ

1. กรณีที่สามารถควบคุมสภาพแวดล้อมได้ สามารถจัดกระทำโดยการเปลี่ยนแปลงที่พฤติกรรมโดยตรง นักปรับพฤติกรรมใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ การวางเงื่อนไข จัดการกับพฤติกรรมโดยตรงด้วยการควบคุมสภาพแวดล้อมต่างๆ ให้ได้
2. กรณีที่ไม่สามารถควบคุมสภาพแวดล้อม สามารถจัดกระทำโดยการเปลี่ยนที่ความรู้สึก (Feeling) ซึ่งส่งผลทำให้พฤติกรรมเปลี่ยน หรือ จัดกระทำโดยเปลี่ยนที่ความคิด (Cognitive) ซึ่งส่งผลทำให้พฤติกรรมเปลี่ยน ซึ่งตามหลักการแห่งพฤติกรรมเชื่อว่า ความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมมีผลซึ่งกันและกัน การเปลี่ยนพฤติกรรมอาจจะเปลี่ยนได้ทีละความรู้สึกหรือความคิด ซึ่งจะส่งผลทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการควบคุมสภาพแวดล้อม

**2.1.5 การปรับพฤติกรรมในปัจจุบัน**

การปรับพฤติกรรมมีประวัติความเป็นมาอันยาวนานบนพื้นฐานของหลายแนวคิด หลังจากปี ค.ศ. 1970 ความนิยมเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม พื้นฐานแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ ได้รับความนิยมนลดลง ทั้งนี้นักปรับพฤติกรรมจะมีปัญหาเกี่ยวกับการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง จนทำให้ดูเหมือนไม่ครอบคลุมพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ประกอบกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาบางพฤติกรรม ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขไม่สามารถอธิบายหรือจัดวางเงื่อนไขให้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น พฤติกรรมภายในซึ่งประกอบด้วยความคิด ความรู้สึก เป็นต้น ด้วยเหตุนี้จึงเป็นโอกาสให้นักจิตวิทยา กลุ่มปัญญานิยมเข้ามามีส่วนในการพัฒนาเทคนิคการปรับพฤติกรรม ซึ่งผู้นำของนักจิตวิทยา กลุ่มนี้ได้แก่ Albert Bandura เป็นผู้ที่เสนอแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ซึ่งแนวคิดในกลุ่มนี้ได้รับความนิยมอย่างมากในช่วงทศวรรษที่ 1980 และได้มีการพัฒนาเทคนิคการปรับพฤติกรรมต่างๆ มากมาย นอกจากนี้ปัจจุบันยังได้มีการนำเอาแนวคิดของการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเข้ามาใช้ในการพัฒนาด้วย ซึ่งรู้จักกันในนามของการป้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback) (ประทีป จินฉวี, 2540)

สามารถสรุปได้ว่า ในการปรับพฤติกรรมของบุคคล ควรคำนึงถึงลักษณะวิธีการดังต่อไปนี้

1. เน้นที่พฤติกรรมเฉพาะเจาะจงเฉพาะกลุ่มเสี่ยง
2. เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลโดยผ่านกระบวนการเรียนรู้
3. ต้องมีการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ชัดเจน



**PROMISE**

4. ต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลเป็นสำคัญ
  5. การศึกษาแนวโน้มจะเน้นที่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเท่านั้น
  6. เน้นความเป็นมนุษย์ของบุคคล โดยไม่มีการบังคับใดๆ ทั้งสิ้น
  7. เทคนิคต่างๆ ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเป็นเทคนิคที่มีประสิทธิภาพ แต่การนำไปใช้จำเป็นต้องคำนึงถึงข้อดีและข้อจำกัด ตลอดจนเกณฑ์การใช้เทคนิคเหล่านั้นให้รอบคอบด้วย
  8. การปรับพฤติกรรมจะเน้นการใช้วิธีการทางบวกมากกว่าวิธีการลงโทษ
  9. วิธีการปรับพฤติกรรมสามารถใช้ได้อย่างเหมาะสมตามลักษณะปัญหาของแต่ละบุคคล
- แนวทางในการปรับพฤติกรรม 3Self ตามหลัก PROMISE ทั้ง 17 ครั้งนี้ ได้ประยุกต์หลักการปรับพฤติกรรมตามแนวทางพฤติกรรมศาสตร์ในครั้งนี้นำมาใช้ เช่น การให้ความสำคัญของมนุษย์ การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายไว้ให้ชัดเจน ใช้วิธีการเสริมแรงทางบวก และให้ความสำคัญกับกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น

ข้อควรคำนึงในการปรับพฤติกรรมทั้งนี้ การปรับพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ทำได้ยากและต้องอาศัย เวลา เทคนิคที่เหมาะสม พฤติกรรมที่อาจจะปรับได้ เช่น เป็นพฤติกรรมที่เพิ่งเกิดขึ้นปัจจุบัน เป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหาไม่รุนแรง และก็เป็นเฉพาะบางคนเท่านั้นที่จะสามารถปรับพฤติกรรมได้ และการนำไปใช้ก็ต้องระมัดระวังอย่างมาก ดังต่อไปนี้

1. สิทธิของบุคคล
2. ในการปรับพฤติกรรม ผู้ใช้หรือให้บริการปรับพฤติกรรมจะต้องระลึกเสมอว่า ตนเองมีความรู้ในเรื่องการปรับพฤติกรรมดีพอหรือยัง การนำเทคนิคต่างๆ ไปใช้ จะต้องเตรียมรับกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นอย่างไร
3. จะต้องคำนึงว่าการปรับพฤติกรรมนิยมที่จะเลือกใช้เทคนิคการเสริมแรงหรือปรับ เพื่อเสริมสร้าง พฤติกรรม หรือเพิ่มพฤติกรรม ซึ่งอาจเกิดปัญหาต่างๆ หรือปัญหาทางอารมณ์ตามมาได้
4. ผู้ปรับพฤติกรรมควรคำนึงถึงประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้ถูกปรับพฤติกรรมหรือผู้รับบริการปรับพฤติกรรมเพื่ออยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข
5. การนำการปรับพฤติกรรมไปใช้ควรนำไปพัฒนาพฤติกรรมที่พึงประสงค์กับสังคมและคำนึงถึงเรื่องจริยธรรมเป็นสิ่งสำคัญ

**2.1.6 ตัวอย่างเทคนิคการปรับพฤติกรรม**

การปรับพฤติกรรมตามหลักพฤติกรรมศาสตร์ที่มีการประยุกต์ใช้แนวคิดที่หลากหลายเข้าด้วยกันมีนักวิชาการนำไปใช้ในการปรับพฤติกรรมหลายท่าน ยกตัวอย่างเช่น งานปรับพฤติกรรมของ จุฬารัตน์ กิตติเชมากร (จุฬารัตน์ กิตติเชมากร , 2550) ที่ได้ใช้ เทคนิค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในกรณีวิเคราะห์รายบุคคล (Single case) จุดประสงค์เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการออกกำลังกายให้เพิ่มขึ้นจนสม่ำเสมอ โดยเริ่มจากพฤติกรรมที่ จะศึกษา ว่าควรจะทำหนดนิยามของพฤติกรรมเป้าหมายให้ชัดเจนก่อน ในที่นี้เราจะศึกษาเรื่องของการออกกำลังกาย โดยนิยาม การออกกำลังกาย ว่า การเคลื่อนไหวร่างกายให้มีจังหวะเหมาะสม เป็นการฝึกซ้อม



**PROMISE**

ให้ร่างกายแทบทุกส่วนได้มีความคล่องว่องไว พร้อมกับการได้แรงงานด้วย ได้แก่ การว่ายน้ำ โดยวัดจากเวลาที่ว่ายน้ำ ตั้งแต่ 30 นาทีขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง และการวิ่ง โดยวัดจากการวิ่ง ตั้งแต่ 30 นาทีอย่างต่อเนื่อง เป็นประจำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เราจะใช้ออกกำลังกายในช่วงเวลา หลังเลิกงาน คือ เวลา 18.00 – 21.00 น. ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ของสัปดาห์ โดยสถานที่ใช้คือ สระว่ายน้ำในบริเวณหมู่บ้านที่พักอาศัย และบริเวณรอบๆหมู่บ้าน สวนสาธารณะนั้นก็ จะ เริ่มการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม ใช้การสังเกตแบบเข้าไปมีส่วนร่วม (Participated observation) โดยการบันทึกแบบความถี่ (Frequency recording) การสังเกตและบันทึกพฤติกรรม เป็นการบันทึกจำนวนครั้งของการเกิดพฤติกรรมเป้าหมายในช่วงเวลาที่กำหนด ในกรณีศึกษานี้ นั้น เป็นการสังเกตความถี่ (จำนวนครั้ง) ในการออกกำลังกาย ซึ่งกำหนดวันและเวลาในการออกกำลังกาย ในการเก็บข้อมูลโดยการบันทึกจำนวนครั้งของการออกกำลังกายโดยจะ ต้องเก็บอย่างต่อเนื่อง (Continuous assessment) โดยดูจากความสม่ำเสมอของพฤติกรรม ซึ่งเก็บเป็นฐานข้อมูลเบื้องต้น (Baseline) เพื่อดูแนวโน้มของพฤติกรรม ความสม่ำเสมอของการเกิดพฤติกรรม (Stability of performance) โดยข้อมูลในช่วงนี้ สามารถนำมาอธิบายการเกิดพฤติกรรม และสามารถนำข้อมูลมาทำนายการเกิดพฤติกรรมในอนาคต ซึ่งนำมาเขียนกราฟ เพื่อให้เกิดความชัดเจนเมื่อเราพิจารณาข้อมูลแล้วพฤติกรรมในการออกกำลังกาย (พฤติกรรมที่พึงประสงค์) มีแนวโน้มที่จะลดลงซึ่งจุดประสงค์ในการปรับพฤติกรรมครั้งนี้เราต้องการเพิ่มพฤติกรรมในการออกกำลังกาย ให้เพิ่มขึ้นจนคงที่สม่ำเสมอจากนั้น จึง ออกแบบโปรแกรมในการปรับพฤติกรรมเลือกเทคนิคในการปรับพฤติกรรม ที่จะนำมาใช้ให้ เหมาะสมและควรคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลตามลักษณะของปัญหา เมื่อพิจารณาแล้วว่า ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ถูกสังเกตเหมาะกับการให้การเสริมแรงประเภทใด จึงจะสามารถมีอิทธิพลต่อการเพิ่มพฤติกรรมเป้าหมายได้ เนื่องจากผู้ถูกสังเกตและผู้สังเกตเป็นคนใกล้ชิดและสามารถอยู่ร่วมกันในช่วงเวลาที่กำหนด จากการศึกษาลักษณะนิสัยในระดับหนึ่ง พบว่า ไม่ว่าผู้ถูกสังเกตจะทำกิจกรรมอะไรก็ตาม เขาจะมีความมั่นใจและกล้าที่จะทำกิจกรรมนั้นโดยจะต้องมีเพื่อนร่วมทำกิจกรรมนั้นๆ ผู้ถูกสังเกตจะมีสีหน้าดีใจ แสดงอาการดีใจด้วยการยิ้ม แสดงท่าทาง เมื่อมีคนชื่นชม และเข้าใจและสนใจในสิ่งที่เขาทำ หรือในเรื่องที่เขาเล่า ประสบอยู่ ดังนั้นผู้สังเกตจึงวางแผนว่าจะใช้เทคนิคใดในการเพิ่มพฤติกรรมเป้าหมายโดยตัดสินใจว่าเลือกใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมด้วยการเสริมแรงทางบวก(Positive reinforcement) โดยใช้ การเสริมแรงทางสังคม (Social reinforcement) โดยการเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) หมายถึง การเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมเป้าหมายอันเป็นผลเนื่องมาจากการได้รับสิ่งรับบางอย่างหลังจากที่บุคคลแสดงพฤติกรรมเป้าหมายแล้ว และการเสริมแรงทางสังคม (Social reinforcement) หมายถึง การแสดงออกโดยใช้คำพูดหรือท่าทาง กับบุคคลหลังจากที่บุคคลแสดงพฤติกรรมแล้วอันมีผลทำให้บุคคลนั้น แสดงพฤติกรรมเป้าหมายเพิ่มขึ้นหรือทำให้มีพฤติกรรม การ ออกกำลังกายเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ ก่อนที่จะเสนอเงื่อนไข ผู้สังเกตก็พยายามให้ข้อมูลและกล่าวเสนอชี้แนะ ในเรื่องของการออกกำลังกาย ว่ามีประโยชน์ เพื่อสุขภาพกายและจิตใจ และในเรื่องของเวลาในการออกกำลังกายนั้น สามารถทำได้หลังเลิกงาน และวันที่ไม่มีเรียน เมื่อผู้สังเกตเลือกเทคนิคโดยใช้การเสริมแรงทาง





**PROMISE**

สังคม นั่นก็คือ ผู้สังเกตเสนอเงื่อนไขว่าจะไปร่วมทำกิจกรรม คือ การออกกำลังกายกับผู้ถูกสังเกต และเขาก็ยินดีและเขาก็เริ่มสนใจกับเงื่อนไขนี้ หลังจากนั้น เราจะเริ่มดำเนินการตามโปรแกรม เราจะไปออกกำลังกายตามโปรแกรมที่เราวางแผนเอาไว้ข้างต้น เพราะพอถึงวันและเวลาที่กำหนดเรารู้ว่าวันนี้จะต้องไปว่ายน้ำ หรือไม่ถ้าวันไหนอากาศไม่เอื้ออำนวย เช่น เรื่องของอากาศหนาว เป็นต้น เราก็จะออกกำลังกายโดยการวิ่งรอบ ๆ หมู่บ้าน ซึ่งหลังจากออกกำลังกายทุก ๆ ครั้ง คือ หลังจากอาบน้ำแต่งตัวเสร็จ ควรพูดคุยกับผู้รับการปรับพฤติกรรม ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย บางก็ให้คำชมที่เขาสามารถทำกิจกรรมที่เราด้วยกันกำหนดขึ้นมาได้อย่างมีความสุข ซึ่งระหว่างการพูดคุยหรือมีคำชมต่าง ๆ กับความรู้สึกยินดี กับกิจกรรมที่เราทำ ซึ่งในแต่ละครั้งของการออกกำลังกาย ผู้ถูกสังเกตเองก็มีความกระตือรือร้นขึ้นและขอให้มาออกกำลังกายเป็นเพื่อนอีกในครั้งต่อไป ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเขาเองก็เต็มใจและอยากที่จะทำกิจกรรมนั้นจริง ๆ คำชมทุก ๆ ครั้งหลังจากออกกำลังกายทันที นั่นก็คือ ตัวเสริมแรงทางสังคม (Social reinforcers) ในกรณีนี้ผู้สังเกตไปเป็นเพื่อนไปออกกำลังกายและให้คำชื่นชม (เช่น ดูสดชื่นดี แจ่มใส คล่องตัวขึ้นนะ เห็นไม่ออกกำลังกายทำให้รู้สึกสดชื่น ดูดีนะ) การยิ้ม แสดงท่าทางที่ภูมิใจ แสดงความรู้สึกดีกับการที่เขาออกกำลังกาย ฯลฯ ซึ่งการออกกำลังกายตามโปรแกรมเพื่อสุขภาพนี้ มีอุปสรรคอยู่ที่สภาพอากาศ และเวลาที่จำกัด

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

ส่วนปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น ระหว่างการดำเนินการตามแผน ก็จะเป็นในเรื่องของเวลา ซึ่งถ้าวันไหนเราออกจากที่ทำงานช้ากว่าปกติ ก็จะทำให้ออกกำลังกายได้น้อยลงแต่ก็จะพยายามออกกำลังกายให้ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งในเรื่องของภูมิอากาศ ในช่วงที่ให้การเสริมแรงนั้น เป็นช่วงเวลาที่อากาศหนาวสลับกับอากาศร้อน ทำให้การออกกำลังกายโดยการว่ายน้ำสลับกับการวิ่งรอบ ๆ หมู่บ้านแทน และสิ่งหนึ่งที่เกิดจากหลังการออกกำลังกายคือทำให้รับประทานอาหารค่ำ ซึ่งมีส่วนทำให้นอนดึกขึ้น

**สรุปได้ว่า** หลักการปรับพฤติกรรมตามแนวทางพฤติกรรมศาสตร์เป็นวิธีการปรับพฤติกรรมที่มาจากพื้นฐานทางความเชื่อที่ว่า การอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยหรือสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง แต่การอธิบายจะต้องนำแนวคิดที่หลากหลายมาบูรณาการกันเพื่อทำให้การอธิบายพฤติกรรมมีความสมบูรณ์มากที่สุด ในการปรับพฤติกรรมของบุคคลก็เช่นเดียวกันไม่สามารถที่จะนำวิธีการใด หลักการ อย่างใดอย่างหนึ่งมาใช้ได้จะต้องมีการบูรณาการแนวคิด วิธีการ ให้เหมาะสมกับ



**PROMISE**

ลักษณะของกลุ่มที่จะทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตลอดจนทำความเข้าใจเกี่ยวกับบริบทรอบข้าง ของกลุ่ม ผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้เข้าใจก่อนเริ่มดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

**2.2 ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change theory)**

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change theory) หรือขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่เป็นแนวหลักในการอธิบายลำดับขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเยาวชนและประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ดำเนินการโดยหน่วยงาน เป็นทฤษฎีของ โพรชากาและ ดิคลีเมนเท่ (Prochaska & DiClemente, 1983) ที่มีโครงสร้างขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงเป็นหัวใจหลักในการอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องไม่ใช่เป็นเพียง เหตุการณ์หนึ่งๆ เท่านั้น ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจึงเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เริ่มจากขั้นที่ไม่สนใจปัญหาไปจนถึงขั้นลงมือปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขไปสู่พฤติกรรมใหม่ (ดาร์นี สืบจากดี, 2552) ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ นับเป็นโครงสร้างหนึ่งของรูปแบบทรานส์ ทิ โอเรทิกคอล (Thanstheoretical model: TTM) ซึ่งประกอบด้วยโครงสร้างที่สำคัญ 5 ประการ คือ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Processes of change) การเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของพฤติกรรม (Decision balance) ความมั่นใจในความสามารถของตัวเอง (Self-efficacy) และระดับความเคยชิน/สิ่งล่อใจ (Habit strenge/temptation) (Kelly, 2008: 149; กนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล, 2549: 24-26) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะขอกกล่าวถึงเฉพาะ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเท่านั้น

เริ่มต้น โพรชากาและ ดิคลีเมนเท่ (Prochaska & DiClemente, 1983) ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการศึกษาผู้ ป่วยติดบุหรี่ และได้มีการประยุกต์ทฤษฎีดังกล่าวเพื่อให้ คำปรึกษาแนะแนวเพื่อการเลิกบุหรี่ ซึ่งได้ผลสำเร็จเป็นอย่างดี ต่อมานักวิจัยจึงได้นำทฤษฎี Stage of Change ไปประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมที่มีปัญหาอื่นๆ เช่น การติดแอลกอฮอล์ เป็นต้น หรือแม้แต่การส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การฝึกสติ การบริโภคอาหาร เพื่อสุขภาพ เป็นต้น (Horneffer-Ginter, 2008: 352)

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

1. ขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation) เป็นขั้นที่บุคคลยังไม่ตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ไม่รับรู้ไม่ใส่ใจต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตน อาจเป็นเพราะไม่ได้รับรู้ข้อมูลถึงผลกระทบของ พฤติกรรมนั้น เช่น คนส่วนใหญ่มักไม่ค่อยรู้ข้อมูลความสัมพันธ์ของการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และสุขภาพ หรือบางคนไม่รู้เรื่องความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ เป็นต้น เมื่อคนเราไม่รับรู้ข้อมูลหรือขาด ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับปัญหาของพฤติกรรมก็จะไม่เอาใจใส่หรือสนใจต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น อาจจะมี คำถามว่า "...ก็ฉันชอบสูบบุหรี่ ...ทำไมต้องเลิกสูบด้วยล่ะ " หรืออาจเป็นเพราะเบื่อกว่า จะเปลี่ยนแปลง ตัวเองและคิดว่าไม่สามารถเปลี่ยนได้ บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้มักจะหลีกเลี่ยงที่จะอ่าน พุดคุยหรือคิดเรื่อง



**PROMISE**

เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง ทฤษฎีการปรับพฤติกรรมอื่นมักจะมองการแสดงออกในลักษณะนี้ว่าเป็นการต่อต้านหรือขาดแรงจูงใจหรือไม่มีความพร้อม สำหรับ Stage of change แล้วถือว่าเป็นโอกาสที่ผู้ช่วยเหลือจะหาวิธีการต่าง ๆ มาใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล ในขั้นนี้บุคคลจำเป็นต้องได้รับข้อมูลสะท้อนกลับ ได้รับความรู้ความเข้าใจโดยเน้นสิ่งที่เป็นข้อเท็จจริง เป็นเหตุเป็นผล เป็นกลาง ไม่ชี้นำหรือขู่ให้กลัว

2. ขั้นลังเลใจ (Contemplation) เป็นขั้นที่บุคคลมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะเวลาอันใกล้นี้ มีความตระหนักถึงข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ก็ยังคงกังวลกับข้อเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยเช่นกัน การชั่งน้ำหนักระหว่างการลงทุนกับกำไรที่จะได้มี อดีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาจทำให้เกิดความลังเลใจอย่างมากจนทำให้บุคคลต้องติดอยู่ในขั้นนี้เป็นเวลานาน เหมือนกับการผัดวันประกันพรุ่ง (Behavioral procrastination) จึงยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงในทันที ในขั้นนี้ควรมีการพูดคุยถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมเก่าและ ใหม่ เปิดโอกาสให้ได้ชั่งน้ำหนัก และอาจมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องได้ด้วย

3. ขั้นตัดสินใจและเตรียมตัว (Preparation) เป็นขั้นที่บุคคลตั้งใจว่าจะลงมือปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเร็วๆ นี้ (ภายใน 1 เดือน) เมื่อตัดสินใจแล้วว่า จะเปลี่ยนพฤติกรรมใดของตนเอง อย่างเช่น เลิกบุหรี่ ลดน้ำหนัก หรือออกกำลังกาย บางคนอาจวางแผนว่าจะต้องทำอะไรบ้าง เช่น เข้าร่วมฟังการบรรยายเรื่องสุขภาพ ขอคำปรึกษา พูดคุยกับแพทย์ ค้นคว้าข้อมูลหรือซื้อหนังสือเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมตนเองมาอ่าน กำหนดวันที่จะเริ่มเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น บุคคลที่ อยู่ในขั้นนี้ควรมีทางเลือกในการเปลี่ยนพฤติกรรม 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 หรือการเปลี่ยนมาสูบบุหรี่ที่มีทาร์และ นิโคตินต่ำ ถือว่าเป็นขั้นลงมือปฏิบัติ แต่ในปัจจุบันนี้มีข้อสรุปเป็นมติว่า การหยุดสูบบุหรี่เท่านั้นที่ถือว่าเป็น ขั้นลงมือปฏิบัติ

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



**PROMISE**

5. ชั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) เป็นขั้นที่บุคคลกระทำพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่องเกินกว่า 6 เดือน โดยที่ยังคงทำ กิจกรรมที่เป็นการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของตนต่อไป แม้จะไม่เข้มข้นเท่ากับในขั้นลงมือปฏิบัติก็ตาม ในขั้นนี้ตัวกระตุ้นเร้าต่างๆ จะลดอิทธิพลลงและมีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถเปลี่ยนแปลงได้ต่อไปเพิ่มขึ้น ระยะนี้ถือว่าเป็นการสร้างความมั่นคงของพฤติกรรมจนกลายเป็นนิสัยใหม่ โดยที่บุคคลจะต้องทำพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์นี้ได้อย่างสม่ำเสมอ เหมือนกับว่ามันเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันโดยไม่จำเป็นต้องเตรียมตัวไว้ล่วงหน้าอีกแล้ว บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้ควรมีการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ โดยการดำเนินชีวิตที่สมดุลอย่างมีคุณค่า มีการจัดการกับชีวิตประจำวันได้ดี บริหารเวลาอย่างเหมาะสม ดูแลสุขภาพตนเอง และอื่นๆ อาจมีคำถามว่า “...นานเท่าไรสิ่งที่จะกระทำจะกลายเป็นนิสัยใหม่ได้..”. ทั้งนี้ขึ้นกับการกระทำนั้นเป็นพฤติกรรม ที่เกี่ยวข้องกับอะไร ถ้าหากพฤติกรรมใหม่เป็นการใช้ประตูเปิด-ปิดอัตโนมัติ ก็น่าที่จะกลายเป็นนิสัยใหม่ได้ใน 2-3 วัน ถ้าพฤติกรรมใหม่นั้นเป็นการใช้ไหมขัดฟันทุกวันก็อาจต้องใช้เวลา 6-8 สัปดาห์ที่จะทำให้กลายเป็นนิสัยได้ และถ้าหากพฤติกรรมใหม่คือการเอาชนะภาวะเสพติดให้ได้ อย่างเช่นการเลิกสูบบุหรี่ ก็ต้องใช้เวลาเป็นปีๆ กว่าที่จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาด

6. การกลับไปมีปัญหซ้ำ (Relapse) คือการที่บุคคลนั้นถอยกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิมก่อนที่จะเปลี่ยนแปลงอีก โดยที่บุคคลจะนำพาตนเองไปสู่สถานการณ์เสี่ยง การปล่อยให้ตนเองมีภาวะอารมณ์จิตใจที่เปราะบาง ไม่สามารถจัดการกับความอยากได้ ปะมาทเลินเล่อ จนพลังพลาดกลับไปมีพฤติกรรมเดิมบ้างหรือกลับไปมีปัญหซ้ำหรือเสพซ้ำอย่างเต็มตัว หากบุคคลมีการกลับไปเสพซ้ำควรจะต้องดึงเขากลับเข้าสู่เส้นทางการเปลี่ยนพฤติกรรมให้เร็วที่สุด มีการให้กำลังใจ ให้การเสริมแรง มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา มีการสรุป บทเรียนเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำอีก และมุ่งมั่นในการเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป

โดยปกติคนทั่วไปไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้อยู่ในระดับ Maintenance ได้สำเร็จ ตั้งแต่ครั้งแรกที่เริ่มลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การเลิกสูบบุหรี่มักต้องอาศัยความพยายามมากกว่า 3-4 ครั้งขึ้นไปกว่าจะสามารถเลิกบุหรี่ได้เด็ดขาดนานกว่า 6 เดือน การกลับมาของพฤติกรรมเดิมหรือการเลื่อนระดับต่ำลงนั้นมักเกิดขึ้นได้บ่อย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเพิ่มระดับสูงขึ้นเรื่อยๆ นั้นอาจเกิดขึ้นได้แต่พบน้อยมาก การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่วนมากมักเป็นแบบรูปเกลียว (Spiral model) คือมีการถอยหลังของ Stage of change ในบางครั้งก่อนจะเลื่อนระดับขั้นขึ้นสูงและถอยกลับอีกครั้ง บางครั้งการถอยกลับนี้อาจทำให้ผู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดความอายหรือความทุกข์จากความล้มเหลวที่เกิดขึ้น จนอาจหมดกำลังใจและต่อต้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในบางกรณีอาจถอยกลับไปอยู่ในระดับไม่สนใจปัญหาและจะอยู่ในระดับนั้นเป็นเวลานานกว่าปกติ แต่พบว่าส่วนมากร้อยละ 85 มักไม่มีการถอยกลับไปอยู่ในระดับไม่สนใจปัญหา และส่วนใหญ่ของการถอยกลับของระดับขั้น มักทำให้ผู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ข้อคิดในการวางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ให้ประสบความสำเร็จในครั้งต่อไป (กนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล, 2549) แม้ว่าทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีหลายระดับ แต่ประเด็นสำคัญของทฤษฎีนี้อยู่ที่การจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับระดับขั้นการ



**PROMISE**

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล (Horneffer-Ginter, 2008: 352) อย่างไรก็ตาม มีการเสนอแนะว่าความสำคัญของทฤษฎีนี้ไม่ได้อยู่ที่การนำเสนอรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบุคคลในแต่ละระดับชั้น แต่อยู่ที่การนำเสนอกลยุทธ์หรือวิธีการต่างๆ ไปที่ควรใช้เมื่อให้คำปรึกษากับผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง (Lenio, 2552: 82)

**2.2.1 งานวิจัยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม**

ในประเทศไทยมีงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่มาก ตัวอย่างงานวิจัย เช่น พิสมัย จารุชวลิต (2538) ศึกษาประสิทธิผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันการโรคเอดส์ของหญิงมีครรภ์ซึ่งประยุกต์มาจากทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยจัดกิจกรรมสุขศึกษาอย่างเป็นระบบให้ สอดคล้องกับกระบวนการความคิดของบุคคลนั้นๆ กลุ่มตัวอย่าง คือหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 124 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 62 คน กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 62 คน ได้จัดกิจกรรมตามโปรแกรม ที่กำหนดไว้ในกลุ่มทดลองเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ และการป้องกันการโรคเอดส์ ทักษะต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการโรคเอดส์ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการโรคเอดส์ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การจัดโปรแกรมทางสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการนำแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาใช้ จำแนกกลุ่มเป้าหมายและกำหนดกิจกรรมสุขศึกษามีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการโรคเอดส์ ในทางที่ดีขึ้น

สำหรับในต่างประเทศ มีงานวิจัยทางด้านสุขภาพหลายเรื่องที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งในภาพรวมพบว่าทฤษฎีนี้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลายประเภท เช่น พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ พฤติกรรมการเลิกเสพยาโคเคอิน พฤติกรรมการลดน้ำหนัก พฤติกรรมการลดอาหารไขมัน พฤติกรรมทางเพศที่ถูกต้อง พฤติกรรมการใช้เข็มกันฉีดยา พฤติกรรม การออกกำลังกาย พฤติกรรมตรวจเต้านม พฤติกรรมความร่วมมือในการใส่หน้ากาก และพฤติกรรมการพบแพทย์ เป็นต้น โดยมีการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่หลากหลาย ซึ่งผลการศึกษามากมายพบว่าสนับสนุนประสิทธิผลของทฤษฎีดังกล่าว (Lenio, 2552; Zimmermam, Olsen, & Bosworth, 2000; Basta, reece, & Wilson, 2008; Woody, DeCristofaro, & Carlton, 2008) ตัวอย่างงานวิจัยเช่น การศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิผลของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ติดยาที่ฉีดยาฉีด (Intravenous drug users: IDU's) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงของการแพร่เชื้อเอชไอวี (Lenio, 2552) ผลการศึกษาพบว่า ทฤษฎีนี้มีประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานกับผู้ติดยาที่ฉีดยาฉีด ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้วิจัยได้เสนอแนะว่า การแยกผู้ติดยาที่ฉีดยาฉีดซึ่งบุคลากรทาง แพทย์ต้องทำงานด้วยออกเป็นระดับชั้นตามทฤษฎี ทำให้พยาบาลมีความเข้าใจแรงจูงใจของพวกเขา มากขึ้น รวมทั้งสามารถใช้ระดับชั้น ในการประเมินว่ากระบวนการทางสังคมและสิ่งแวดล้อมใดบ้างที่มีผลกระทบต่อพวกเขา ณ เวลานั้น ตัวอย่างเช่น ถ้าพบว่าผู้ป่วยที่ติดยาติดต่อการรักษาด้วยยาและไม่มี



**PROMISE**

ความตั้งใจหรือความพยายามที่จะเลิกใช้ยา (ขึ้นไม่สนใจปัญหา) พยาบาลก็จะไม่ให้การรักษาด้วยยา แต่จะมุ่งเน้นไปที่พฤติกรรมอื่นๆ แทน เช่น พฤติกรรมการป้องกันเชื้อเอชไอวี เป็นต้น

**3. ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค**

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

**3.1 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)**

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติของมนุษย์ในเรื่องของสุขภาพอนามัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้จะคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล โดยที่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น โดยบุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไปขึ้นกับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม การได้รับการเอาใจใส่สนใจและอื่นๆ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526: 171)

โรเซนสต็อก ฮอคบวม คีเกลส์ และลีเวนทอล (Rosenstock; Hochbaum; Kegeles; & Leventhal, 1950 อ้างใน สมบูรณ์ ขอสกุล และ สรวงศ์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์, 2535) เป็นบุคคลกลุ่มแรกที่ได้ทำการศึกษาและนำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการอธิบายปัญหา สาธารณสุข ซึ่งแนวคิดในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีสถานะชีวิตของ เคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin, 1951 อ้างใน สมบูรณ์ ขอสกุล และ สรวงศ์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์, 2535) โดยนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมที่บุคคลเข้าใจหรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และหลีกเลี่ยงในสิ่งที่ตนไม่พึงปรารถนา

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคลโดยอธิบายพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974: 330 อ้างใน บึงอร ฉางทรัพย์, 2549) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะ ต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องเช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บป่วยและความอาย เป็นต้น

**3.1.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค**

**PROMISE**

เบคเกอร์และไมแมน (Becker; & Maiman, 1975: 12) ได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วม นอกเหนือจาก การรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (สมบุรณ์ ขอสกุล และ สรวงศ์กัญญา ดวงคำสวัสดิ์, 2535)

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

2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และก ารใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผล กระทบกระเทือนฐานะทางสังคม โดยการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้น แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงเกินไป ก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำ ได้ เจนซ์และเบคเกอร์ (Janz; & Becker, 1984: 44) สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างปี ค .ศ. 1974 ถึง 1984 พบว่าการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค สามารถอธิบาย ทำนาย พฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 85 แต่ทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคได้เพียงร้อยละ 36

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจาก นั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย นอกจากนี้ เจนซ์และเบคเกอร์ (Janz; & Becker, 1984: 44) ได้สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีอิทธิ พลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยมากกว่าพฤติกรรมป้องกันการโรค เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ



**PROMISE**

ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษ ทำให้เกิดความเจ็บปวดไม่สบายหรือการมารับบริการหรือการปฏิบัติพฤติกรรมอนามัยขัดกับอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมอนามัย บุคคลจึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับ อุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วยจึงสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาได้

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) แรงจูงใจ หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกภายในครอบครัว เจ้าหน้าที่ หรือหัวหน้าชุมชน เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ ต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปจะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

6. ปัจจัยร่วม (Modifying factor) ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยอื่นที่นอกเหนือ องค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชากร โครงสร้าง ทัศนคติ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนในด้านต่างๆ ที่เป็นตัวแปรทางพฤติกรรมสังคม ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค

ทั้งนี้แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคได้มีการศึกษาและงานวิจัยเป็นจำนวนมาก ทั้งนักสังคมวิทยาและนักจิตวิทยาสังคม ในรูปแบบการศึกษาเรื่องปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม ทัศนคติ การรับรู้บุคคล ความสัมพันธ์ของการตอบสนองของบุคคลกับปัจจัยด้านอื่นๆ โดยมีกลุ่มนักจิตวิทยา สังคมที่ทำงานในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขในประเทศสหรัฐอเมริกา มีความสนใจว่าทำไมบุคคลจึงหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค เช่น การรับรู้ภูมิคุ้มกันโรค หรือการตรวจสุขภาพและศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีจุดมุ่งหมายของสังคม (Lewinian theory of goal setting) ซึ่งเป็นทฤษฎีสนามพลังงานของเลวิน ซึ่งตั้งสมมุติฐานไว้ว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมตามอิทธิพล 2 ปัจจัย คือ 1) การคำนึงถึงคุณค่าของสิ่งที่เป็นเป้าหมายเฉพาะ 2) การคาดคะเนเกี่ยวกับการปฏิบัติที่จะดำเนินไปสู่เป้าหมายนั้นๆ นั่นคือบุคคลจะแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพ ตราบเท่าที่การปฏิบัตินั้นๆ มีค่าบวกและมีค่ามากกว่า ความยากลำบากในการปฏิบัติ โดยบุคคลจะต้องรู้สึกว่ารอคักคุกคามตนคือตนสามารถป่วยเป็นโรคนั้นได้ หรือโรคนี้อาจมีความรุนแรงและตนเองมีพลังต่อต้านโรคได้ กล่าวได้ว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคเมื่อมีองค์ประกอบดังนี้ (Becker; & Maiman, 1975: 3-24)





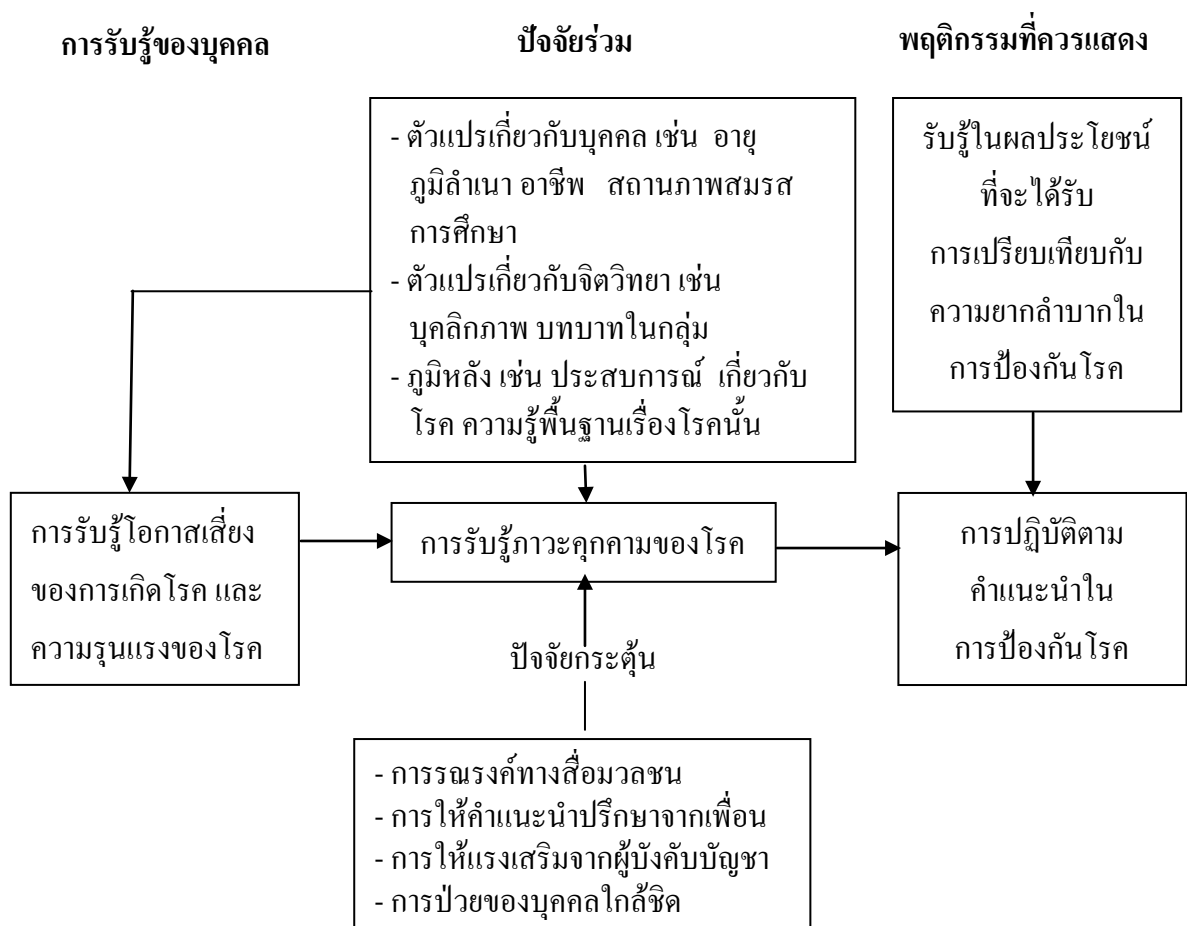
**PROMISE**

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

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

3. ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติ อาจเป็นปัจจัยกระตุ้นจากภายนอก เช่น อาการเจ็บป่วยต่างๆ หรือเป็นปัจจัยด้านการรับรู้ เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

กล่าวคือความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้ถึงความพร้อม และความเป็นไปได้ในการมีพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการป้องกันโรค ร่วมกับปัจจัยร่วมภายในและปัจจัยชักนำจากภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติ ดังภาพประกอบ 11



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



**PROMISE****3.2 แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน - นอกตนด้านสุขภาพ**

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

ความเชื่ออำนาจภายใน- นอกตนเกี่ยวกับสุขภาพพอนามัยหรือด้านสุขภาพ เป็นอีก มโนทัศน์หนึ่งที่สามารถอธิบายพฤติกรรมร่วมมือของบุคคลในการมีพฤติกรรมแสวงหาความรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรค บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน มักเชื่อว่า การมีสุขภาพดีเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง เพราะฉะนั้นจึงมีพฤติกรรมอนามัยไปในทิศทางบวก กล่าวคือ จะเป็นบุคคลที่สนใจ เอาใจใส่ต่อสุขภาพเป็นอย่างดี ขวนขวายแสวงหาความรู้อยู่เสมอ รู้จักบริการด้านสุขภาพอนามัย ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างมีเหตุผล ซึ่งตรงข้ามกับบุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตน ซึ่งมักเชื่อว่าการจะมีสุขภาพดีหรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับโชค เคราะห์ และชะตากรรม เพราะฉะนั้นจึงเป็นบุคคลที่เฉื่อยชา ไม่กระตือรือร้น และไม่สนใจใฝ่หาความรู้ จะแสดงพฤติกรรมอนามัยในการป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม (Strickland, 1978: 1192-1211)

นอกจากนี้ สตรีกลแลนด์ (Strickland, 1978) ยังกล่าวสรุปถึงความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตน ในลักษณะต่างๆ ได้แก่ การต่อต้านการคล้อยตามอิทธิพลของสังคม การค้นหาข้อมูลและการทำงานตามภารกิจ ความสำเร็จและความสามารถ และพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนจะเริ่มพัฒนาจากเด็กไปจนเป็นผู้ใหญ่ โดยความเชื่ออำนาจภายในตนมีมากขึ้นตามอายุ แต่ลดต่ำลงในวัย ชรา และยังขึ้นกับปัจจัยอื่น ได้แก่ สภาพสิ่งแวดล้อม ฐานะทางเศรษฐกิจ และประสบการณ์ที่สะสม ดังนั้นการอบรมเลี้ยงดูจากบิดามารดาจึงมีอิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนของบุตร นอกจากนี้ความเชื่ออำนาจภายใน- นอกตน ยังเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตอีกด้วย

แนวความคิดเรื่องความเชื่ออำนาจการควบคุม เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก มีงานวิจัยเป็นจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน จะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และสวิง สุวรรณ, 2532: 100) นอกจากนี้การศึกษาของเคนเนดีและคณะ (Kennedy; Probart; & Dorman, 1991: 319-329) พบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะแสวงหาข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันสุขภาพได้ นอกจากนี้จากการวิจัยของเนเมค (Nemeck, 1990: 117-236) สรุปว่าส่วนที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ



**PROMISE**

อำนาจภายในบนทางสุขภาพ และค่านิยมสุขภาพ จะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ ส่วน ซินด์เลอร์ – เวอร์เน็ต และไวส์ (Zindler-Wernet; & Weiss, 1987: 160-179) ศึกษาพบว่าพฤติกรรม การป้องกันโรคสามารถทำนายได้ด้วยความเชื่ออำนาจใน- นอกตนด้านสุขภาพ (บึงอร ฉางทรัพย์ , 2549)

แกรนดอลล์ และลาซี (Crandall; & Lacey, 1972: 1123-1131) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่ออำนาจภายใน- นอกตน กับตัวแปรต่างๆ พบว่าความเชื่ออำนาจภายใน- นอกตน มีความสัมพันธ์กับลำดับการเกิด ขนาดครอบครัว และชนชั้นทางสังคม นอกจากนี้ คาร์เมน (Carment, 1974: 45-60) พบว่า วัฒนธรรมและประเพณีมีส่วนเกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายใน- นอกตน

จอห์นสัน เฟ็งจาด (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน- นอกตนและ ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการศึกษา ได้นำ แบบวัดของกรณิการ์ กันธรักษา ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน- นอกตน เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถาม ความเชื่ออำนาจภายใน- นอกตนด้านสุขภาพหลายมิติของวอลส์ตันและคนอื่นๆ ด้านละ 6 ข้อ พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่ง ภาวะสุขภาพ และนำแบบวัดของ กรณิการ์ กันธรักษา มาดัดแปลงใช้ในหญิงอาชีพพิเศษ พบว่าความ เชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ พบว่าความเชื่ออำนาจความบังเอิญมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมี นัยสำคัญ ส่วนอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วน ทรรศนีย์ วงศ์บา (2537: 63) ทำการศึกษาในกลุ่มทหารเกณฑ์ กองทัพภาคที่ 3 ค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช ค่าย สมเด็จพระเอกาทศรถ และค่ายสมเด็จพระมโหฬารโลก จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 300 คน พบว่าความ เชื่ออำนาจภายในตนทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์

จากงานเอกสารและวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดึงนำเสนอข้างต้น เห็นว่าความเชื่ออำนาจภายใน - นอก ตนด้านสุขภาพเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ อนามัย โดยเฉพาะพฤติกรรมทางด้าน การป้องกันโรคเป็นอย่างมาก แนวคิดนี้นับได้ว่ามีประโยชน์ต่อ การปรับพฤติกรรมกลุ่มเป็นอย่างยิ่ง ในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในครั้งนี้ทาง สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ได้ถ่ายทอดองค์ความรู้นี้ไปยังกลุ่มผู้จัดกิจกรรมทั้ง 17 โครงการ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้เข้าร่วมโครงการและเป็นการสนับสนุนให้การ ดำเนินโครงการประสบความสำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้

**3.3 การสนับสนุนทางสังคม (Social support)**

สมบูรณ์ ขอสกุล และสรศักดิ์ ดวงคำสวัสดิ์ (2535: 43) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ผู้รับการสนับสนุนทางสังคมได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นกลุ่มคน จึงเป็น ผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติ



**PROMISE**

ในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี การสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

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

เฮาส์ (House, 1981) ได้แบ่งประเภทพฤติกรรมในการให้การ สนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความหวังใย
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 เป็นเครือข่ายที่ประกอบด้วยกลุ่มบุคคลมารวม กันมีเป้าหมายเดียวกัน มีภารกิจเกี่ยวข้องกัน ส่วนเครือข่ายส่วนบุคคล เป็นความสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อผู้อื่น เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือชุมชน เป็นต้น โดยสมจิต หนูเจริญกุลและคณะ (2543) ได้กล่าวถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5 แหล่งคือ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้อง แหล่งจากกลุ่มเพื่อน แหล่งสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ แหล่งให้การดูแลจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ และจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ โดย บราวน์ และแมค เอลรีน (Brown, 1986: 4-9; Mac Elveen, 1987: 319-337 อังไน 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 หรือการแนะนำต่างๆ ซึ่งทำให้ผู้รับนำกลับมาพิจารณาว่าตนจะทำอย่างไร จึงจะบรรลุตามจุดมุ่งหมาย (บังอร ฉางทรัพย์, 2549)



**PROMISE**

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

คอบบ์ (Cobb, 1976: 300-313) และแลงกลี (Langlie, 1977: 244-260) ได้รายงานการศึกษา ถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจร่างกายเป็นประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรม การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

จะเห็นได้ว่า มีรายงานการศึกษามากมายที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อสุขภาพ ซึ่ง แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพอนามัยของบุคคล โดยที่อิทธิพลของแรง สนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น นอกจากนี้การได้รับบริการจากแพทย์ /พยาบาลสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้มากกว่าผู้ที่ ได้รับแรงสนับสนุนน้อย ผลจากการขาดการสนับสนุนทางสังคมทำให้สภาวะจิตใจของบุคคลนั้นเกิดการ เปลี่ยนแปลง ทำให้มีผลกระทบต่อการผลิตฮอร์โมนของร่างกายและในที่สุดทำให้ภูมิต้านทานลดลง จึง ทำให้เกิดโรคได้ง่ายและเจ็บป่วยบ่อยและมีอัตราตายสูงกว่าบุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

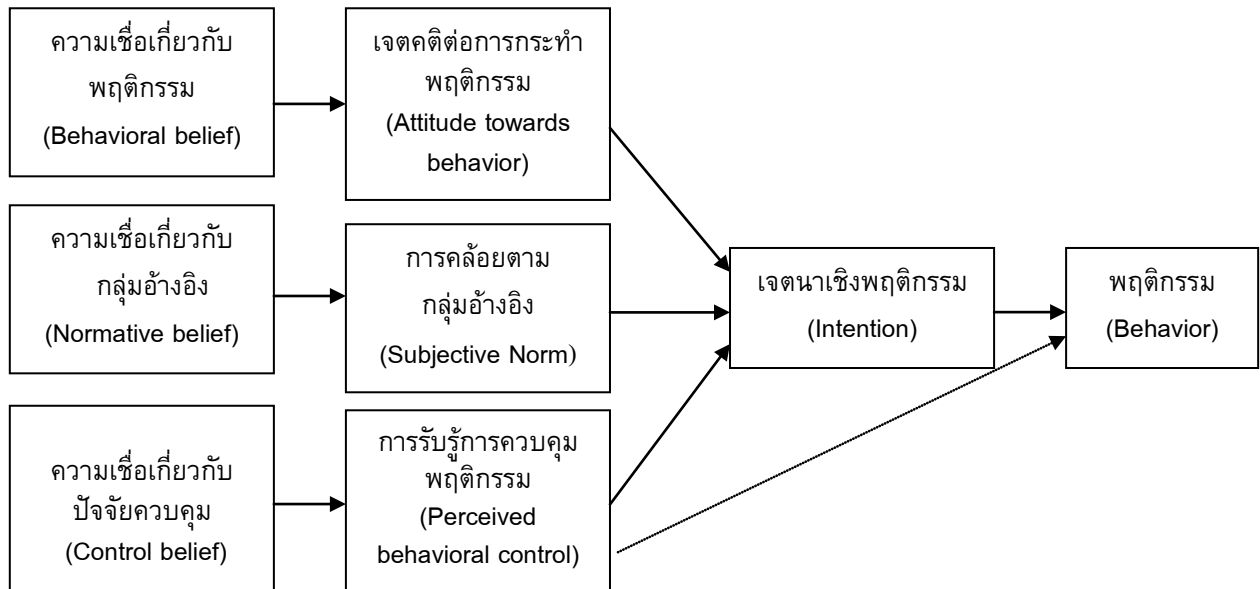
**3.4 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน**

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) เป็นทฤษฎีส่วนขยายของทฤษฎี การกระทำด้วยเหตุผลของไอเซน และฟิชไบน์ (Ajzen and Fishbein, 1980) เนื่องจากข้อจำกัดของ ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลที่ว่า พฤติกรรมทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การควบคุมของเจตนาเชิง พฤติกรรมอย่างสมบูรณ์ (Complete volition control) เจตนาเชิงพฤติกรรม ถูกสมมติว่าเป็นปัจจัยด้าน แรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ดังนั้น เจตนาเชิงพฤติกรรมจึงเป็นตัวทำนายว่าพฤติกรรมจะเกิดขึ้น หรือไม่ กล่าวคือ ถ้าบุคคลยังมีความตั้งใจมากเพียงใด ก็จะมีพยายามในการกระทำมากขึ้น เพียงนั้น แต่ในความเป็นจริงแล้ว มีพฤติกรรมหลายอย่าง ที่ไม่ได้อยู่ภายใต้การควบคุมของเจตนาอย่าง สมบูรณ์ (Incomplete volition control) เพราะการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ต้องอาศัยปัจจัยอื่นที่มีใช้ ปัจจัยด้านแรงจูงใจร่วมอยู่ด้วย เช่น ทรัพยากร และโอกาส (ได้แก่ เวลา เงิน ทักษะ ความร่วมมือจาก ผู้อื่น) ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน จึงได้เพิ่มตัวแปรการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ซึ่งเป็นตัวกำหนดทั้ง เจตนาที่จะกระทำพฤติกรรมและการกระทำพฤติกรรมนั้น นอกจากนี้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนยังกล่าว ว่า การกระทำพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากความเชื่อ 3 ประการ ได้แก่ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรม โดยผ่านเจตคติต่อพฤติกรรม 2) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง ส่งผลต่อ พฤติกรรมโดยผ่านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และ 3) ความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยควบคุม ส่งผลต่อ พฤติกรรมโดยผ่านการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ดังนั้น ตามทฤษฎีนี้ความสำเร็จในการกระทำ



**PROMISE**

พฤติกรรมจะขึ้นอยู่กับ เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมโดยผ่านเจตนาเชิงพฤติกรรม และขึ้นอยู่กับเจตนาเชิงพฤติกรรมและการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรม ทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมต่างๆ (Ajzen, 1991: 181 – 183; Ajzen, 2002: 1) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนแสดง ดังภาพประกอบ 12



ภาพประกอบ 12 โครงสร้างของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 2002: 1)

### 3.4.1 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับพฤติกรรมสุขภาพ

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายว่าสามารถทำนายและอธิบายพฤติกรรมสุขภาพได้ดี ตัวอย่างเช่น โกดินและคอก (Courneya et al, 2000: 301 cited Godin and Kok, 1996) ได้สรุปงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการทำนายพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลัง จำนวน 18 เรื่อง พบว่า เจตนา และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกกำลังได้ร้อยละ 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)



**PROMISE****4. การบริหารจัดการและการประเมินโครงการ ตาม CIPP Model**

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

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

สรุปได้ว่า การบริหารจัดการมีแนวคิดมาจากธรรมชาติของ บุคคลและสังคมซึ่งจะต้องอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม โดยจะต้องมีผู้นำกลุ่มและมีแนวทาง การดำเนินงาน หรือวิธีการควบคุมดูแลกันภายในกลุ่ม เพื่อให้เกิดความสุขและความสงบเรียบร้อย ซึ่งอาจเรียกว่า ประธานหรือผู้บริหารจัดการโครงการ โดยมีจุดเน้นแตกต่างกันไปบ้าง ที่ครอบคลุมถึง การดำเนินงาน การปฏิบัติงาน แนวทาง (Guideline) วิธีการ (Method) หรือมรรควิธี (Means) หน่วยงาน หรือ บุคลากรที่นำมาใช้ในการบริหาร โครงการหรือ



**PROMISE**

ปฏิบัติงาน ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ เพื่อ นำไปสู่จุดหมายปลายทาง (Goal) หรือการเปลี่ยนแปลง ในทิศทางที่ดีขึ้นกว่าเดิม

**4.1 การประเมินโครงการตามรูปแบบ CIPP Model**

สตัฟเฟิลบีมและชินคฟิลด์ (Stufflebleam & Shinkfield, 2007) ได้เสนอวิธีการประเมินที่ รู้จักกันเป็นอย่างดีในวงการการศึกษาที่เรียกว่า รูปแบบการประเมินแบบ CIPP (CIPP Model) ซึ่งอยู่ บนพื้นฐานของการประเมินประเภท Systematic Decision-Oriented Evaluation (SD Models) เน้น การใช้วิธีเชิงระบบเพื่อการสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อผู้เกี่ยวข้องสำหรับการตัดสินใจในเชิงบริหาร ระบบการประเมินแบบ CIPP เกิดขึ้นประมาณปลาย ปี ค.ศ. 1960 ซึ่งถูกนำมาใช้ในการพัฒนาโครงการ ของโรงเรียนในสหรัฐอเมริกา ซึ่งรูปแบบซีป (CIPP Model) เป็นตัวย่อของการประเมินโครงการ ตาม ตัวอักษร 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 มีขึ้นเพื่อให้ผู้บริหารรับรู้ข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินและ ปรับปรุงโครงการ และทำให้การใช้ทรัพยากร เวลา และเทคโนโลยี ตอบสนองต่อความต้องการ ได้รับ ผลประโยชน์ด้วยความเหมาะสมและเที่ยงธรรม ด้วยรูปแบบของ CIPP เอื้อต่อการปรับปรุงโครงการ และเป็นหลักการที่เป็นประชาธิปไตย ดังนั้นผู้ประเมินและผู้รับบริการสามารถที่จะ

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

รูปแบบ CIPP ยังมีหลักสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การปรับปรุงแก้ไข การประเมินจะทำหน้าที่ ในระยะยาวเพื่อกระตุ้น คำจูน และช่วยเหลือในการปรับปรุงโครงการ ระบบจะทำหน้าที่กระตุ้นให้ใช้ ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า นอกจากนี้ระบบนี้ยังช่วยให้ผู้ประเมินเรียนรู้อะไรอื่น ๆ ที่ได้จากความ พยายามที่ล้มเหลวและที่ประสบผลสำเร็จอีกด้วย นอกจากนี้ รูปแบบ CIPP ยังเน้นที่จะประเมินด้วย ความจริง โดยใช้หลักทฤษฎีที่ถูกต้องทางศีลธรรม พิจารณาตามความเป็นจริง หรือสิ่งที่เป็นอยู่จริง ไม่ ใช้หรือเป็นไปตามความรู้สึกส่วนบุคคล เพื่อนำไปสู่ข้อสรุปบนพื้นฐานของความเท่าเทียม และสามารถ โต้แย้งได้ในกรณีต่างๆ

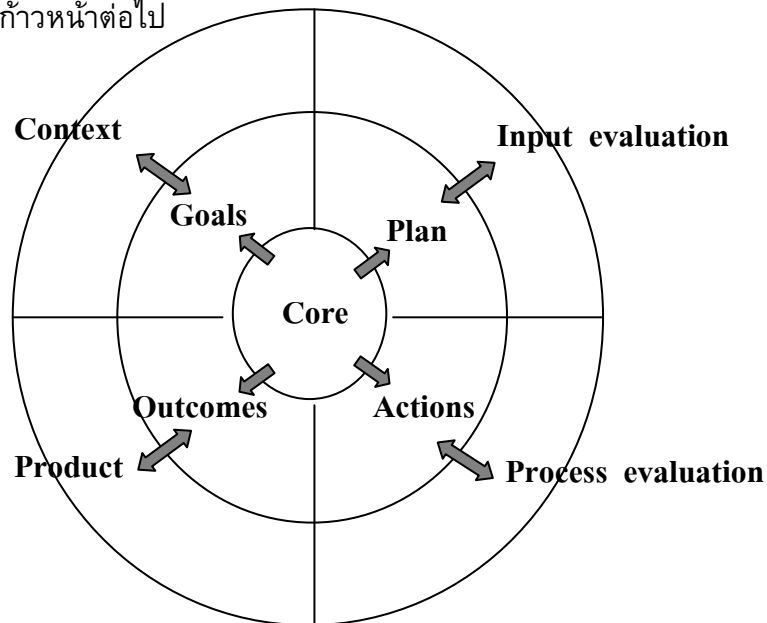
องค์ประกอบหลักของการประเมินแบบ CIPP คือ “คุณค่า” ซึ่งถูกกำหนดจากกลุ่มคนหรือสังคม นั้นๆระบบนี้จะทำให้ผู้ประเมินและผู้รับบริการสามารถบ่งชี้และเข้าใจคุณค่าที่ใช้เป็นรากฐานสำคัญของ การประเมินในเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้ ดังนั้นการประเมินทั้ง 4 ประเภท จะมีคุณค่า เป็นแกนกลาง ซึ่ง แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินกับโครงการได้ดังนี้





**PROMISE**

1. การกำหนดเป้าหมาย เป็นตัวตั้งคำถามของการประเมินทางบริบท การประเมินทางบริบทก็จะเป็นตัวจัดหาข้อมูลเพื่อพิสูจน์และปรับปรุงเป้าหมายที่กำหนด
2. การปรับปรุงแผนดำเนินการ เป็นตัวตั้งคำถามของการประเมินข้อมูล ลป้อนเข้า การประเมินข้อมูลป้อนเข้าจะเป็นสิ่งที่ใช้ตัดสินแผนดำเนินการและทิศทางเพื่อแผนดำเนินการมีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. การปฏิบัติตามโครงการ เป็นตัวตั้งคำถามของการประเมินกระบวนการ และจะเป็นสิ่งที่ตัดสินกิจกรรมต่าง ๆ และให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติของบุคลากร
4. ผลลัพธ์ / ผลผลิต จากการปฏิบัติ เช่น การประสบความสำเร็จ เป็นตัวกำหนดถึงการประเมินผลลัพธ์ / ผลผลิต การประเมินทางผลลัพธ์ / ผลผลิต ก็จะเป็นเครื่องตัดสินผลลัพธ์จากการปฏิบัติ การประเมินเพื่อจะพัฒนาไปสู่ความก้าวหน้าต่อไป



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

#### 4.1.2 องค์ประกอบของรูปแบบการประเมินแบบ CIPP

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

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

- 1.1 เพื่อให้ค่านิยมบริบทที่มีความเกี่ยวข้อง
- 1.2 ระบุจำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด และประเมินความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย
- 1.3 จัดหาโอกาสที่จะตอบสนองความต้องการ
- 1.4 วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากความต้องการ



**PROMISE**

1.5 ตรวจสอบเป้าหมายโครงการว่าตอบสนองความต้องการจากการประเมินได้หรือไม่  
วิธีการประเมินบริบท ใช้ในการวิเคราะห์ระบบ การสำรวจ การตรวจสอบเอกสาร การวิเคราะห์ข้อมูลขั้นที่สอง การพิจารณา การตรวจสอบสัมภาษณ์ การทดสอบวินิจฉัย และการใช้เทคนิคเดลไฟล์ (Delphi technique) ซึ่งการประเมินบริบทจะใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะแวดล้อมของโครงการได้แก่

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

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

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

- 3.1 เพื่อระบุและทำนายข้อผิดพลาดในการจัดรูปแบบและการบรรลุเป้าหมาย
- 3.2 จัดหาข้อมูลเพื่อการตัดสินใจล่วงหน้าก่อนการปฏิบัติการ
- 3.3 เก็บบันทึกและตัดสินใจกรรมและขั้นตอนการดำเนินการต่าง ๆ โดยมีวิธีการประเมินกระบวนการ มีดังนี้



**PROMISE**

- 3.1 ความคุมอุปสรรคสำคัญที่อาจเกิดขึ้นในการปฏิบัติและเฝ้าระวังอุปสรรคที่ไม่ได้คาดไว้
- 3.2 รับรู้ข้อมูลเฉพาะเพื่อการตัดสินใจของโครงการ
- 3.3 อธิบายขั้นตอนกระบวนการที่เกิดขึ้นจริง
- 3.4 ดำเนินการเรื่องการปฏิสัมพันธ์และการสังเกตการณ์การปฏิบัติการของเจ้าหน้าที่

โครงการและบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ซึ่งการประเมินกระบวนการจะช่วยให้บรรลุเป้าหมายและเกิดการเปลี่ยนแปลงการจัดรูปแบบและกระบวนการของโครงการ โดยส่งผลต่อการควบคุมและเก็บบันทึกข้อมูลของขั้นตอนการดำเนินการจริง และนำมาใช้ตีความเป็นผลสรุปต่อไป

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

ตัวอย่างการจำแนกประเภทตัวชี้วัดวัดตามรูปแบบการประเมินแบบ CIPP ซึ่งพิจารณาจากลักษณะของสิ่งที่ได้รับการประเมิน เช่น

1. ตัวชี้วัดบริบท (Context) พิจารณาได้จากสิ่งต่างๆ ดังนี้
  - 1.1 สภาวะแวดล้อมของ ก่อนมีโครงการพบว่าเป็นปัญหา
  - 1.2 ความจำเป็น หรือความต้องการขณะนั้น และอนาคต
  - 1.3 ความเข้าใจร่วมกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการ
2. ตัวชี้วัดข้อมูลนำเข้า (Input) พิจารณาได้จากสิ่งต่างๆ ดังนี้
  - 2.1 ความชัดเจนของวัตถุประสงค์โครงการ
  - 2.2 ความพร้อมของทรัพยากร เช่น งบประมาณ คน วัสดุอุปกรณ์ เวลา กฎระเบียบ
  - 2.3 ความเหมาะสมของขั้นตอนระหว่างปัญหา สาเหตุของปัญหา และกิจกรรม
3. ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process) พิจารณาได้จากสิ่งต่างๆ ดังนี้
  - 3.1 การตรวจสอบกิจกรรม เวลา และทรัพยากรของโครงการ
  - 3.2 ความยอมรับของประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการในพื้นที่
  - 3.3 การมีส่วนร่วมของประชาชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการ



**PROMISE**

## 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

ด้วยรูปแบบ การประเมินแบบ CIPP (CIPP Model) เน้นการประเมินเชิงระบบเพื่อให้ได้ข้อ  
 สาระสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจ ซึ่งสามารถสรุปและแบ่งประเภทของการตัดสินใจออกเป็น 4  
 ประเภท ดังภาพประกอบ 14 (Stufflebleam & Others, 1971: 62)

## สารสนเทศ

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

ภาพประกอบ 14 สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ ตามการประเมินแบบ CIPP

## 5. การประเมินโครงการแบบ 360 องศา และ Logic Model

การประเมินโครงการหรือการประเมินผลการดำเนินงานแบบ 360 องศา เป็นการประเมินที่เน้นความโปร่งใส นำมาใช้เพื่อลดความเอนเอียงของการประเมินจากหัวหน้างานฝ่ายเดียว โดยบุคคลที่มีบทบาทในการประเมินผลงานของผู้ปฏิบัติงาน แบบ 360 องศา ได้แก่ ผู้บังคับบัญชาโดยตรง



**PROMISE**

ผู้ได้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงานที่อยู่ในระดับเดียวกัน การประเมินตนเอง และการประเมินโดยผู้ให้บริการ นับได้ว่าเป็นกลยุทธ์ขององค์กรต่าง ๆ ในการบริหารงาน และการประเมินโครงการของภาครัฐ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาประสิทธิผลการปฏิบัติงาน เพื่อเน้นการพัฒนา กิจกรรม ทักษะ ความสามารถเฉพาะ ที่จะส่งผลต่อเนื่องไปสู่ความสำเร็จขององค์กร โดยกระบวนการประเมินผลงานแบบ 360 องศา สามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ขั้นตอน (दनัย เทียนพูน, 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 ได้มีนักวิชาการและผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดดังกล่าวพอสรุปได้ว่าจากแนวคิดของนักวิชาการได้ว่า บรูตุสและเดเรเยส (Brutus. & Derayeh, 2002) ทำการศึกษาพบว่า องค์กรธุรกิจส่วนใหญ่ในประเทศแคนาดามากถึงร้อยละ 73 มีการใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา เพื่อวัตถุประสงค์การพัฒนา เช่นเดียวกับผลการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างองค์กรในประเทศสหราชอาณาจักร (Mabey, 2001) และกลุ่มตัวอย่าง 43 องค์กรระดับโลกในสหรัฐอเมริกาของ (Rogers, Rogers, & Metlay 2002) ที่ต่างพบว่า ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา นิยมใช้เพื่อวัตถุประสงค์การพัฒนาเป็นสำคัญ นอกจากนี้ การศึกษาของ ซีสทีส (Zentis, 2007) ยังได้รายงานไว้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีระดับความพึงพอใจต่อการใช้งานระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา เพื่อวัตถุประสงค์การพัฒนาสูงกว่าการใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา เพื่อการตัดสินใจเชิงบุคลากร (Zentis, 2007)

สำหรับประเทศไทยนั้น ผลการศึกษาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการประเมินให้ผลสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่ว่า องค์กรไทยที่มีการประยุกต์ใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา ต่างเห็นว่า ควรนำระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา มาใช้เพื่อวัตถุประสงค์พัฒนามากกว่าใช้เพื่อการตัดสินใจเชิงบุคลากร (มณูญ ศิวารมย์, 2542; ศตพัฒน์ ทิพย์สมบุรณ์, 2549; สำนักงาน ก.พ., 2550) อย่างไรก็ตาม ยังมีนักวิชาการบางท่าน ที่เห็นแย้งว่า การประยุกต์ใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา จะบังเกิดประโยชน์สูงสุดก็ต่อเมื่อนำมาใช้เพื่อการประเมินผลการปฏิบัติงานและการบริหารการสืบทอดตำแหน่งขององค์กร ( Fleenor & Brutus, 2001; Lepsinger & Lucia, 2001) ด้าน Cynthia McCauley กลับเห็นว่า ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา สามารถให้ได้ทั้ง 2 เป้าหมาย トラบิตที่ผู้บริหารยัง

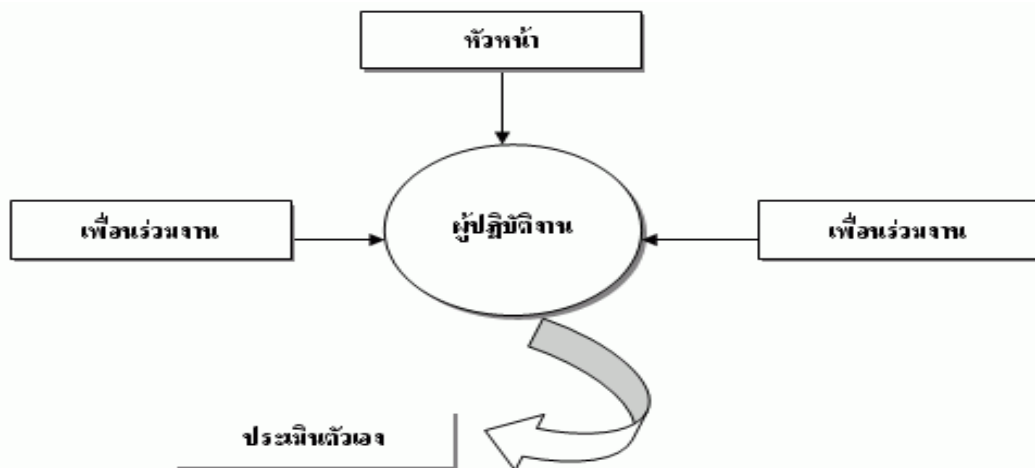


**PROMISE**

เห็นประโยชน์ 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 ถูกนำไป ใช้เพื่อการพัฒนาภาวะผู้นำของนักบริหารขององค์กร เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ (Brutus & Derayeh, 2002) ที่พบว่า องค์กรในประเทศแคนาดานั้นร้อยละ 61 ได้ประยุกต์ใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา กับตำแหน่งระดับบริหารเป็นสำคัญเป้าหมายของการประยุกต์ใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา ยังอาจรวมไปถึง การมุ่งพัฒนาสมาชิกในที่ทำงาน (Hallam, 2001: 289-300) บ้างยังหวังผลให้บังเกิดในระดับมหภาค คือ การมุ่งพัฒนาองค์กร และการบริหารความเปลี่ยนแปลงขององค์กร ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับพนักงานทุกระดับและระบบทุกระบบภายในองค์กร (Church, Waclawski, & Burke, 2001: 301-317) ดังนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบทุกด้านดังนั้นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจึงจำเป็นที่จะต้องครอบคลุมกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการทั้งหมด ดังภาพประกอบ 15 ที่แสดงถึงบุคคลสำคัญในการให้ข้อมูล



ภาพประกอบ 15 การประเมิน 360 องศาแบบมุ่งเน้นผลการปฏิบัติงาน

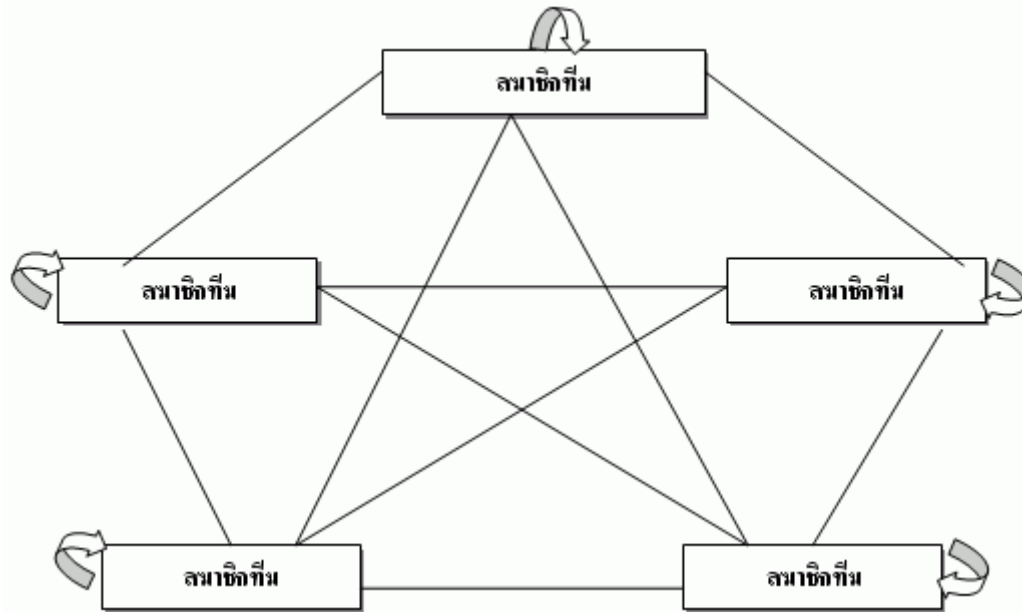
ที่มา : [://www.siamhrm.com/?name=chapter&file=read&max=104](http://www.siamhrm.com/?name=chapter&file=read&max=104)

ในขณะที่เดียวกันเรามักจะพบว่า การดำเนินโครงการในปัจจุบันทั้งในหน่วยงานของภาครัฐและเอกชน ต่างมุ่งเน้นการทำงานในรูปแบบ ของทีมงานมาใช้เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน



**PROMISE**

ส่งผลให้สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในทีมเปลี่ยนไปจากการทำงานในรูปแบบประจำ ในการทำงานเป็นทีมจึงจำเป็นต้องมีการประเมินที่ครบทุกด้านทั้ง 360 องศาเช่นกัน ดังภาพประกอบ 16



ภาพประกอบ 16 การประเมินทีมงานแบบ 360 องศา

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

สรุปได้ว่า การประเมินโครงการตามแนวทาง 360 องศาจึงจำเป็นที่จะต้องดำเนินการเก็บข้อมูลจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องจะทำให้ได้ข้อมูลที่สมารถอธิบายความสำเร็จและเป็นข้อมูลย้อนกลับได้ ในการประเมินโครงการครั้งได้นำรูปแบบดังกล่าวมาใช้ในการประเมินโดยทำการประเมินจากหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้ เข้าร่วมโครงการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกลุ่มผู้บังคับบัญชา จะทำให้ได้ข้อมูลย้อนกลับและข้อสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินและบริหารจัดการโครงการครั้งต่อไป

## 5.2 ประโยชน์ของระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการประเมินผลการดำเนินงานด้วยระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา ทำให้ได้ทัศนะที่หลากหลายในการประเมิน ผลการดำเนินงาน มากยิ่งขึ้น และถือเป็นการเปิดโอกาสให้มีการวิพากษ์วิจารณ์เชิงสร้างสรรค์ ทั้งยังเป็นการชี้ให้เห็นจุดบกพร่อง และการระบุจุดเด่นของคณะกรรมการดำเนินงาน (Roongrernsuke & Cheosakul, 2002, มนุญ ศิวารมย์, 2542; จุฑาทิพย์ ภารพบ, 2547; ศตพัฒน์ ทิพย์สมดี, 2549; ศูนย์สรรหาและเลือกสรร สำนักงาน ก.พ., 2550) อีกทั้ง ผลย้อนกลับที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงภาวะผู้นำของผู้รับการประเมินและพร้อมทั้งการปรับปรุงระดับความพึงพอใจของผู้ได้รับข้อมูลย้อนกลับ (Zentis, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับงานของ ลูทาน



**PROMISE**

และคณะ (Luthan, Peterson & Suzanne, 2003) ที่ได้รายงานไว้ว่า ผลย้อนกลับที่ได้จะมีส่วนปรับปรุงระดับความพึงพอใจ ระดับความผูกพัน (commitment) และยังคงความตั้งใจในการลาออกให้แก่พนักงาน ทั้งยังมีส่วนในการปรับปรุงผลการดำเนินงานขององค์กรอีกด้วย นอกจากนี้ ประโยชน์อีกประการหนึ่งของการประยุกต์ใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา คือ การสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างพนักงานที่ร่วมกิจกรรมในการประเมิน และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างพนักงานกับผู้บังคับบัญชาอีกด้วย ทำให้มีการสื่อสารที่ดี มีความเชื่อมั่นระหว่างกัน เกิดความร่วมมือกัน ทั้งยังสร้างจิตสำนึกในการมองประโยชน์ส่วนรวมร่วมกันมากขึ้น (Mabey, 2001, ศตพัฒน์ ทิพย์สมดี, 2549; วินัย จันทรเทศ, 2549)

**5.3 แนวคิดการประเมินแบบ Logic Model**

รูปแบบโลจิกหรือรูปแบบเหตุผล (Logic Model) หมายถึง รูปแบบที่ประยุกต์ขึ้นเพื่อประเมินลำดับขั้นตอนการทำงาน ที่ สามารถให้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ องค์กรประกอบของตัวแบบนี้ถูกกำหนดขึ้นและนำมาประยุกต์ใช้โดย แพนคราท์ซ (Pankratz, 2008: Online) เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า มีลักษณะองค์ประกอบของตัวแบบคล้ายกับ 2 แบบแรก ประกอบด้วย เป้าหมาย (Goals) ทรัพยากร หรือปัจจัยนำเข้า (Inputs or resources) กิจกรรมหรือกระบวนการ (Activities or process) ส่วน Feischman และ Williams (1996) ได้อธิบายว่าตัวแบบที่นำมาใช้ประเมินโครงการเมื่อรวมความสำคัญของปัจจัยต่าง ๆ เข้าด้วยกันแล้ว พบว่าการประเมินโครงการอาจใช้เพียง 2 ตัวแบบ คือ การประเมิน กระบวนการ (Process evaluation) และการประเมินผลลัพธ์ (Outcomes evaluation) ซึ่งจะครอบคลุมสิ่งที่ ต้องการประเมินได้ เพราะตัวแบบการประเมิน “กระบวนการ” ได้รวมเอาปัจจัยด้านสถานะแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง กับโครงการ และปัจจัยนำเข้าอื่นเข้าไว้ด้วย อีกทั้งการกำหนดวัตถุประสงค์ การประเมินบางโครงการก็สามารถนำ “ผลผลิต” มาเป็นปัจจัยองค์ประกอบของ “ผลลัพธ์” ได้ หรือผู้ประเมินอาจนำ “ผลผลิต” มาใช้เป็นปัจจัย กระบวนการเพื่อวัดผลสำเร็จของโครงการได้ (ศิริรัตน์ ชุณหคล้าย, 2551: ออนไลน์)

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

โดยแพนคราท์ซ (Pankratz, 2008) ได้สรุปมิติของการวัดความสำเร็จตามรูปแบบโลจิกไว้ดังนี้

1. การวัดประสิทธิผล (Effectiveness) ขององค์การในระดับผลลัพธ์ (Outcomes) และพิจารณาความสัมพันธ์กับผลผลิต (Outputs) เพื่อหาปัจจัยเอื้อและปัจจัยอุปสรรคจากภายในองค์กรและจาก





**PROMISE**

ภายนอก องค์การ หากองค์การมีแผนงานมากกว่า 1 แผนงาน ก็จะใช้วัดผลลัพธ์ รวมของทุกแผนงานในลักษณะตัวชี้วัดรวม (Aggregated indicator) จากคะแนนของแต่ละผลลัพธ์เป็นปัจจัยร่วม (Composite factors)

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

3. การวัดความประหยัด (Economy) ขององค์การในระดับปัจจัยนำเข้า (Inputs) และพิจารณาความสัมพันธ์กับทรัพยากรอื่น ๆ ของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับองค์การ (Resource หรือ Cost) ที่เป็นค่าใช้จ่าย ทางอ้อม เช่น ค่าใช้จ่ายในการบำบัดของเสีย ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูทรัพยากร และค่าใช้จ่ายของพหุภาคีในการร่วม กิจกรรม

4. การวัดประสิทธิผลต่อค่าใช้จ่าย (Cost-effectiveness) ขององค์การในลักษณะเปรียบเทียบประสิทธิผล (Effectiveness) ทั้งผลประโยชน์ทางตรง (Direct benefit) ผลประโยชน์ทางอ้อม (Indirect benefit) และผลประโยชน์ที่ไม่เห็นเป็นตัวตนชัดเจน (Intangible benefit) กับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้ง ค่าใช้จ่ายคงที่ (Fixed cost) งบดำเนินการ (Operation cost) และค่าใช้จ่ายทางอ้อม (Indirect cost) เพื่อประเมินความคุ้มค่า ของภารกิจของหน่วยงาน

## 6. แนวคิด 3 Self ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด 3 Self เป็นแนวคิดที่ทางสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ (2551) เสนอแนะขึ้น สำหรับใช้ในการดำเนินงานในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพครั้งนี้โดยเฉพาะ โดยเน้นให้ประชาชน ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เกิดพฤติกรรมใหม่ 3 ด้านหรือ พฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ซึ่งจะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและยั่งยืน 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 ในระยะแรกแบนดูราเสนอแนวคิดของความคาดหวัง ความสามารถของตนเอง (Efficacy expectation) โดยให้ความหมายว่า เป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตน ในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม แต่ต่อมา แบนดูราได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) โดยให้คำจำกัดความว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยที่แบนดูรา นั้นไม่ได้กล่าวถึงคำว่า ความหวังอีกเลย



**PROMISE**

แบนดูรามีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ใน คนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน แบนดูราเห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพการณ์นั้นๆ นั่นเอง นั่นคือถ้าเรามีการรับรู้ว่าเรามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้น คนที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด

เกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความ คาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome expectation) เพื่อให้เข้าใจและชัดเจนมากขึ้น แบนดูราได้เสนอภาพความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ดังภาพประกอบ 17



**ภาพประกอบ 17** ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

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

ตามภาพประกอบ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจที่ตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้น เป็นการตัดสินใจว่าผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว เช่น นักกีฬาที่มีความเชื่อว่า เขากระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต ความเชื่อดังกล่าวเป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเอง การได้รับ การยอมรับจากสังคม การได้รับรางวัล การพึงพอใจในตนเองที่กระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต เป็นความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น แต่จะต้องระวังความเข้าใจผิดเกี่ยวกับความหมายของคำว่าผลที่เกิดขึ้น ผลที่เกิดขึ้นในที่นี้จะหมายถึง ผลกรรมของการกระทำพฤติกรรมเท่านั้น มิได้หมายถึงผลที่ แสดงถึงการกระทำพฤติกรรม เพราะว่าผลที่แสดงถึงการกระทำพฤติกรรมนั้นจะพิจารณาว่าพฤติกรรมนั้นสามารถทำได้ตามการตัดสินใจ ความสามารถของตนเองหรือไม่ นั่นคือ จะกระโดดได้สูงถึง 6 ฟุตหรือไม่ โดยการจะกระโดดได้สูงถึง 6



**PROMISE**

พูดหรือไม่นั้น มิใช่เป็นการคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ซึ่ง มุ่งที่ผลกรรมที่จะได้จากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว

การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้ง 2 นี้ มีผลต่อการตัดสินใจที่จะทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ดังภาพประกอบ 18

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

ภาพประกอบ 18 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

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

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

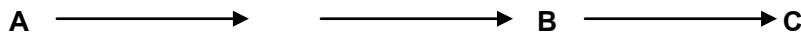
1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) ซึ่งแบนดูราเชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขารับรู้ว่ามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่ รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

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



**PROMISE**

การใช้ตัวแบบ เป็นเทคนิคที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนดูรา ที่มีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของคนเรานั้นไม่ได้เป็นผลมาจากการที่คนเรามีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมที่เขาอยู่เท่านั้น หากแต่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วบุคคลที่ประกอบด้วยความคิดและความรู้สึกอีกด้วย ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 นี้ (พฤติกรรม สภาพแวดล้อม ส่วนบุคคล) จะมีลักษณะของการกำหนดซึ่งกันและกันอยู่ ถ้าปัจจัยใดเปลี่ยนแปลงไป อีกสองปัจจัยที่เหลือก็จะเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ซึ่งแนวทางในการใช้ตัวแบบนี้จะพิจารณาในการจัด สภาพแวดล้อม เพื่อให้บุคคลเกิดความคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้นบางอย่าง ซึ่งความคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้นนี้เอง จะส่งผลทำให้บุคคลตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมหรือไม่แสดงพฤติกรรม ลักษณะของกระบวนการใช้ตัวแบบแสดงดังภาพประกอบ 19



- โดยที่
- A - การเสนอตัวแบบ
  - ความคิดหรือความรู้สึกของผู้สังเกตตัวแบบ
  - B - พฤติกรรมที่แสดงออก
  - C - ผลกรรม

**ภาพประกอบ 19** แสดงถึงลักษณะของกระบวนการใช้ตัวแบบ (Bandura, A., 1986)

จากภาพประกอบ 20 จะเห็นได้ว่าในกระบวนการเสนอตัวแบบนั้นจะต้องมีการเสนอแบบ (A) ที่ทำให้ผู้สังเกตเกิดความสนใจและคิดอยากจะทำตาม ( ) เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรม (B) ตามตัวแบบแล้ว สิ่งก็ตามมาคือผลกรรม (C) ที่เกิดขึ้นต่อพฤติกรรมนั้น ถ้าพฤติกรรมที่ทำตามตัวแบบได้รับการเสริมแรงทางบวก พฤติกรรมนั้นจะเกิดบ่อยครั้งขึ้น แต่ถ้าพฤติกรรมที่ทำตามตัวแบบแล้วได้รับการลงโทษ พฤติกรรมนั้นก็จะมีไม่เกิดขึ้นอีก

แบนดูราได้กล่าวว่า ตัวแบบมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล 3 ด้านด้วยกัน คือ

1. ช่วยให้บุคคลเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ๆ หรือทักษะใหม่ๆ ซึ่งจากผลของตัวแบบในลักษณะนี้เอง ทำให้เราสามารถนำเอาวิธีการเสนอตัวแบบไปสร้างพฤติกรรมใหม่ๆ ให้กับบุคคลที่ยังไม่เคยกระทำพฤติกรรมดังกล่าวนั้น เพื่อจะได้เป็นประโยชน์ต่อเขาทั้งในปัจจุบันและอนาคต

2. มีผลทำให้เกิดการระงับ (Inhibition) หรือยุติการระงับ (Disinhibition) การแสดงพฤติกรรมของผู้ที่สังเกตตัวแบบได้ ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับว่าเมื่อตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลกรรมเช่นใด ถ้าตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลกรรมที่เป็นสิ่งที่ไม่พึงพอใจ แนวโน้มที่ผู้สังเกตตัวแบบจะไม่แสดงพฤติกรรมตามตัวแบบนั้นจะมีสูงมาก เท่ากับว่าตัวแบบทำหน้าที่ระงับการเกิดพฤติกรรมดังกล่าว แต่ถ้าพฤติกรรมใดที่ผู้สังเกตตัวแบบเคยถูกระงับมาก่อน แล้วมาเห็นตัวแบบแสดงพฤติกรรมดังกล่าวแล้ว



**PROMISE**

ไม่ได้รับผลกรรมอย่างที่คุณสังเกตเห็นว่าจะได้รับ (ผลกรรมที่เป็นสิ่งที่ไม่พึงพอใจ) หรือแสดงแล้วได้รับผลกรรมทางบวก แนวโน้มที่คุณสังเกตเห็นจะทำตามตัวแบบนั้น ก็จะมีมากขึ้น เท่ากับว่าพฤติกรรมที่เคยถูกระงับนั้นได้ถูกยุติการระงับแล้ว

3. ช่วยให้คุณพฤติกรรมที่เคยได้รับการเรียนรู้มาแล้วได้มีโอกาสแสดงออก หรือถ้าเคยแสดงออกแล้วแต่ไม่ค่อยได้แสดงออก ให้แสดงออกเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผลของตัวแบบในลักษณะเช่นนี้ก็จะทำหน้าที่เป็นสัญญาณกระตุ้นให้คุณแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา

3.1. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการบอกว่าคุณคนนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนั้นค่อนข้างใช้ง่ายและใช้กันทั่วไป ซึ่ง แบนดูรา ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ ผลนักในการที่จะทำให้คนเราสามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ได้ผลควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

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

**6.1.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง**

จากการประมวลงานวิจัยพบว่ามี งานวิจัยหลายเรื่องที่น่าแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองไปพัฒนาเป็นรูปแบบกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้วิจัยขอเสนอแยกตามแหล่งของการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4 วิธี ตามแนวคิดของแบนดูรา ดังต่อไปนี้

**งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ**

งานวิจัยในประเทศไทยพบว่าม้งงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วนซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับงานวิจัยที่พัฒนา โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วน เช่น งานของ กุลนิตย์ ศักดิ์สุภา (2547) ซึ่งทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนโรงเรียนอนุบาลลพบุรี กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3-4 ที่มีภาวะโภชนาการเกิน โรงเรียนอนุบาลลพบุรี จังหวัดลพบุรี จำนวน 83 คน รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน รูปแบบของโปรแกรมสุขศึกษาที่กลุ่มทดลองได้รับเพื่อสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้



**PROMISE**

เรื่องโรคอ้วน/ภาวะโภชนาการเกิน และการควบคุมภาวะโภชนาการเกิน 2) การฝึกทักษะและการออกกำลังกาย เดินแอโรบิคประกอบเพลง ว่ายน้ำ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ 3) การฝึกทักษะในการเลือกอาหาร 4) การสอนให้ใช้กราฟเปรียบเทียบน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงเพื่อฝึกประเมินภาวะโภชนาการด้วยตนเอง โดยเครื่องมือที่ใช้คือ Power Point บรรยายเรื่องโรคอ้วน /ภาวะโภชนาการเกิน และการควบคุมภาวะโภชนาการเกิน หนังสือของกรมอนามัยเรื่อง “ใครอ้วน ใครทำ ” ไปสเตอร์ภาพธงโภชนาการ และไปสเตอร์ภาพอาหาร 5 หมู่ กราฟเปรียบเทียบน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง และวีดีทัศน์เรื่อง “ชีวิตน้อยๆ ของมดน้อย” ของกรมอนามัย ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการควบคุมภาวะโภชนาการเกินสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และภาวะโภชนาการเกินลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

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

ในต่างประเทศมีงานวิจัยหลายเรื่องที่น่าแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองไปสร้างรูปแบบกิจกรรมในโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กและวัยรุ่น เช่น ฮอลคัมและคณะ (Holcomb et al, 1998: 282-8) ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กชนพื้นเมือง Webb County ในรัฐเท็กซัส สหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนเกรด 5 ใน 14 โรงเรียน (อายุ 10-12 ปี) จำนวน 835 คน รูปแบบการศึกษาเป็นแบบ Quasi-experiment มีกลุ่มเปรียบเทียบระยะเวลา 3 เดือน รูปแบบของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่กลุ่มทดลองได้รับเพื่อสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แก่



**PROMISE**

นักเรียน ซึ่งมีข้อมูลเกี่ยวกับชนิด สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน อัตราการเกิดโรค เรื่องราวความจริงและนิยาย รวมทั้งการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเป็นการเรียนการสอนแบบมีปฏิสัมพันธ์ให้นักเรียนได้ทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองเพื่อสร้างความรู้ ทักษะ และแนวคิดใ ในการป้องกันโรค 2) การฝึกทักษะด้านโภชนาการ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณอาหาร การเลือกอาหารให้ถูกต้องระหว่างอาหารที่มีไขมันต่ำและไขมันสูง ความรู้เกี่ยวกับฉลากโภชนาการ และทำกิจกรรมที่พัฒนาความสามารถของนักเรียนในการเลือกอาหารที่มีไขมันต่ำ และ 3) เน้นการป้องกันโรคอ้วนและเบาหวานชนิดที่ 2 โดยให้นักเรียนออกกำลังกายเป็นประจำ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง และระหว่างหลังการทดลองกับช่วงติดตาม ผล 4 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

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

เกรย์และคณะ (Grey et al, 2004: 10-5) ได้ทำการศึกษานำร่องเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอายุ 10-14 ปี จำนวน 41 คน โดยเป็นชาวแอฟริกัน-อเมริกัน ชาวฮิสพานิก และชาว คอเคเซียน ใน Connecticut middle school 2 แห่ง รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยมีกลุ่มทดลอง 22 คน กลุ่มควบคุม 19 คน ระยะเวลา 12 เดือน รูปแบบของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่กลุ่มทดลองได้รับเพื่อสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้และทักษะด้านโภชนาการสำหรับนักเรียน สัปดาห์ละ 45 นาที โดยมีทั้งรูปแบบที่เรียนในชั้น เรียน 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



**PROMISE****งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้ตัวแบบ**

งานวิจัยในประเทศไทยพบว่ามีทั้งงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคอ้วนซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคอ้วน เช่น งานของ กุลนิตย์ ศักดิ์สุภา (2547) ซึ่งทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนโรงเรียนอนุบาลพบบุรี กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3-4 ที่มีภาวะโภชนาการเกิน โรงเรียนอนุบาลพบบุรี จังหวัดลพบุรี จำนวน 83 คน รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน รูปแบบของโปรแกรมสุขศึกษาที่กลุ่มทดลองได้รับจากการใช้ตัวแบบ คือ 1) การใช้ตัวแบบจากนักเรียนในกลุ่มทดลองที่สามารถปฏิบัติตัวได้ดีจนน้ำหนักลดเพื่อมาเล่าถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องให้ เพื่อนฟัง 2) การสาธิตการออกกำลังกายโดยการเต้นแอโรบิคประกอบเพลง แล้วให้นักเรียนทำตาม โดยผู้สาธิตแก้ไขข้อบกพร่องให้ถูกต้อง โดยเครื่องมือที่ใช้คือ ภาพโปสเตอร์การออกกำลังกาย และผู้สาธิต ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการควบคุมภาวะโภชนาการเกินสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และภาวะโภชนาการเกินลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

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

**งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้คำพูดชักจูง**

งานวิจัยในประเทศไทยพบว่ามีทั้งงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคอ้วนซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับงานวิจัยที่พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวกับโรคอ้วน เช่น งานของ กุลนิตย์ ศักดิ์สุภา (2547) ซึ่งทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนโรงเรียนอนุบาลพบบุรี กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3-4 ที่มีภาวะโภชนาการเกิน โรงเรียนอนุบาลพบบุรี จังหวัดลพบุรี จำนวน 83 คน รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน รูปแบบของโปรแกรมสุขศึกษาที่กลุ่มทดลองได้รับโดยวิธีการใช้คำพูดชักจูง คือ 1) การนำผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมใน





**PROMISE**

โปรแกรมเพื่อเพิ่มการสนับสนุนหรือการให้การเสริมแรงในการควบคุมภาวะโภชนาการเกินของนักเรียน โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนและการควบคุมภาวะโภชนาการเกิน การฝึกทักษะการเตรียมอาหารที่เหมาะสม และวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน 2) การให้เพื่อนที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตัวพูดให้กำลังใจเพื่อนในกลุ่ม และ 3) ผู้วิจัยอธิบายให้ทราบถึงข้อดีของการออกกำลังกายต่อการควบคุมภาวะโภชนาการเกิน ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการควบคุมภาวะโภชนาการเกินสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และภาวะโภชนาการเกินลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

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

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

เกรย์และคณะ (Grey et al, 2004: 10-5) ได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนอายุ 10-



**PROMISE**

14 ปี จำนวน 41 คน โดยเป็นชาวอัฟริกัน-อเมริกัน ชาวฮิสพานิก และชาว คอเคเซียน ใน Connecticut middle school 2 แห่ง รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยมีกลุ่มทดลอง 22 คน กลุ่มควบคุม 19 คน ระยะเวลา 12 เดือน รูปแบบของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่กลุ่มทดลองได้รับโดยวิธีการพูดชักจูง คือ 1) การนำผู้ปกครองเข้ามีส่วนร่วมในโปรแกรม โดยการให้ความรู้ และทักษะด้านโภชนาการและกิจกรรมทางกายแก่ผู้ปกครอง และ 2) การให้การสนับสนุนและคำปรึกษาทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองของนักเรียนในกลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมดีขึ้น

**งานวิจัยที่เกี่ยวกับการกระตุ้นทางอารมณ์**

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

**6.2 การกำกับตนเอง (Self-regulation)**

การกำกับพฤติกรรม สุขภาพของตนเองเป็นแนวคิดที่แสดงให้เห็นภาพของการมีความสามารถในการควบคุมตนเองของกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ 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 ชื่นเดชชุม (2542: 15) ได้นิยามการกำกับตนเองว่า



**PROMISE**

หมายถึงการใช้กลวิธีซึ่งได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การวางแผน การดำเนินการติดตามผล ที่ ในด้าน พฤติกรรม ด้านความรู้ ความเข้าใจ และด้านแรงจูงใจของตนเอง เพื่อให้บรรลุถึงสิ่งที่มุ่งหวังได้ด้วยตนเอง

สรุปได้ว่า การกำกับตนเอง หมายถึง การแสดงออกถึงการกระทำในสังเกต พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายและวางแผนในการกระทำ ที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อาจกระทำด้วยการจัดบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง 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) ไววอตสกี (Vygotsky) และ ลีออนเทียฟ (Leontief) ซึ่งอธิบายว่าการกำกับตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาการมนุษย์และได้รับอิทธิพลมาจากสังคมและวัฒนธรรม โดยผ่านกระบวนการเสริมสร้างคุณลักษณะของตนเอง (Internalization) อิทธิพลดังกล่าวจะผ่านกลไกทางจิตใจขั้นพื้นฐาน (Basic psychological mechanisms) แล้วเปลี่ยนรูปเป็นระบบสัญลักษณ์ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบขั้นสูงของจิตใจต่อไป

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

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

แนวคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับการกำกับตนเองทั้ง 3 กลุ่มดังกล่าว แนวคิดของกลุ่มที่เชื่อว่าการกำกับตนเอง ได้รับอิทธิพลจากสังคมเป็นกลุ่มที่ได้รับความสนใจอย่างมากมีทฤษฎีที่กล่าวถึงการกำกับตนเองในกลุ่มนี้หลายทฤษฎี ได้แก่

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

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

ซึ่งในครั้งนี้นำวิจัยได้สนใจแนวคิดการกำกับตนเองจากทฤษฎีเชิงปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของ Bandura (1986 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549: 54) ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์



**PROMISE**

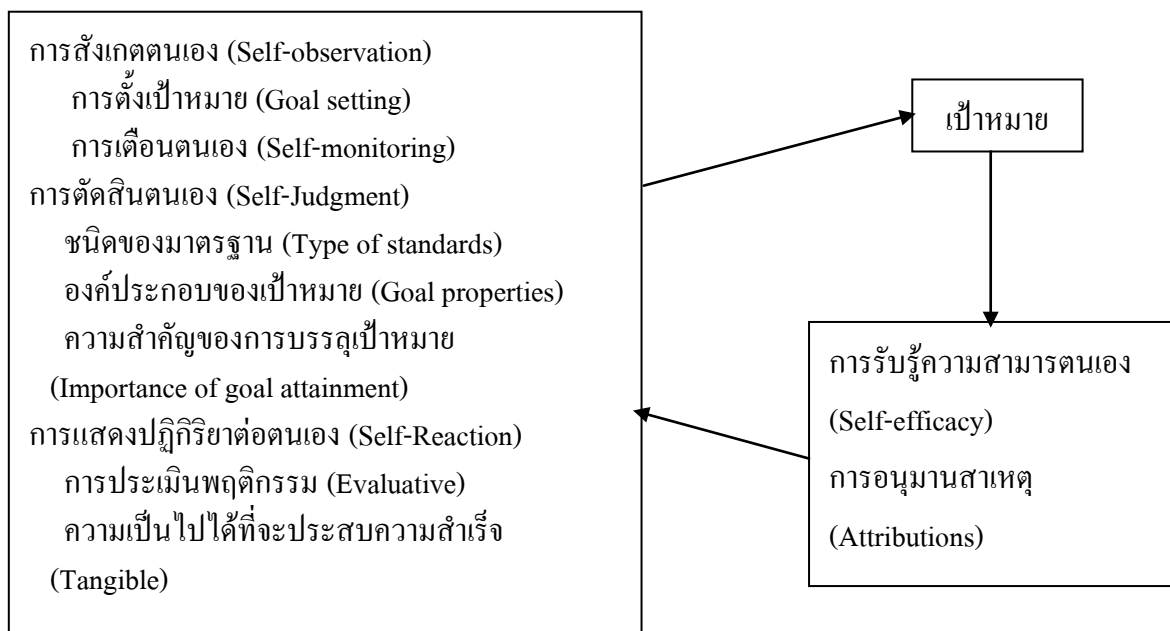
ไม่ได้เป็นผลมาจากการเสริมแรงและการลงโทษจากภายนอกแต่เพียงอย่างเดียว แต่มนุษย์สามารถกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง กระบวนการดังกล่าวนี้คือการกำกับตนเอง (Self – Regulation)

การกำกับตนเอง (Self – Regulation) เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งเป้าหมายสำหรับตนเองและคิดกลวิธีให้บรรลุเป้าหมาย ด้วยตนเองบุคคลจะเป็นผู้ควบคุมกระบวนการนี้ด้วยตนเอง (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 20 ดังต่อไปนี้



ภาพประกอบ 20 การกำกับตนเอง (Schunk, 1994: 76)

สามารถอธิบายรายละเอียด ได้ดังนี้

1. **การสังเกตตนเอง (Self-observation)** หมายถึงความสนใจต่อลักษณะที่ จำเพาะใน พฤติกรรมของบุคคลอย่างพินิจพิเคราะห์ (Bandura, 1986 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนในมัน , 2542: 54) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ประการ ได้แก่



**PROMISE**

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

1. ความเฉพาะเจาะจง เป็นการระบุพฤติกรรมที่ชัดเจนว่า การลดน้ำหนักบุคคลจะตั้งเป้าหมายเฉพาะเจาะจงว่าอาหารมื้อเย็นต้องรับประทานไม่เกิน 500 แคลอรี เป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงจะช่วยเพิ่มแรงจูงใจ ส่งเสริมการเรียนรู้ และง่ายต่อการวัดพฤติกรรม

2. ความใกล้เคียง เป็นเป้าหมายที่ใช้ระยะเวลาสั้นๆ ในการกระทำพฤติกรรมเป้าหมายที่มีความใกล้เคียงจะส่งเสริมความสามารถและแรงจูงใจของตนเองและง่ายต่อการวัดพฤติกรรม ความใกล้เคียงจะมีอิทธิพลต่อการทำพฤติกรรมโดยเฉพาะกับเด็กเล็กที่สนใจงานในช่วงระยะเวลาสั้นๆ

3. ความยาก การตั้งเป้าหมายที่ยากทำให้บุคคลใช้ ความพยายามเพื่อกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมาย เมื่อประสบผลสำเร็จจะเกิดความพึงพอใจและรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ

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

การตั้งเป้าหมาย มี 2 วิธีคือ

1. การตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง หมายถึง การที่บุคคลเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการกระทำด้วยตนเอง ซึ่งการตั้งเป้าหมายด้วยตนเองจะมีข้อดีคือจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าเขาเป็นผู้กระทำและเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกสบายใจและพยายามกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่ตนกำหนดไว้

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

1.2 การเตือนตนเอง (Self-monitoring) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลสังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายที่เกิดขึ้นด้วยตนเองเพื่อเป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ตนเองกระทำ การเตือนตนเองจะทำให้บุคคลรู้ว่าตนเองกระทำพฤติกรรมในลักษณะใด ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้เนื่องจากบุคคลได้เห็นข้อมูลย้อนกลับแล้วก็จะทำให้เขารู้ว่าควรทำเช่นไรต่อไปเพื่อไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ



**PROMISE**

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

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

พฤติกรรม

นอกจากกระบวนการสังเกตตนเองที่กล่าวมาแล้ว แบนดูรา เสนอว่า ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการสังเกตตนเองอีกดังนี้

1. เวลาที่ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง คือ บุคคลจะต้องทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเองทันทีที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิด ขึ้นซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องแม่นยำและต่อเนื่อง (Bandura, 1986)
2. การให้ข้อมูลย้อนกลับจะทำให้บุคคลทราบว่าตนกระทำพฤติกรรมเป็นอย่างไรเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ถ้าเป็นไปตามเป้าหมายบุคคลก็ควรจะมี ความสนใจสังเกตมากขึ้น แต่ถ้าหากไม่เป็นไปตามเป้าหมายบุคคลก็จะได้หาแนวทางแก้ไขให้ดีขึ้นต่อไป (Agras, Leitenberg and Barlow, 1968 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น, 2542: 57)
3. ระดับของแรงจูงใจการที่บุคคลมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนก็จะมี การตั้งเป้าหมายและพยายามสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนมากกว่า บุคคลที่มีแรงจูงใจต่ำ (Nelson, 1997 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น, 2542: 57)
4. คุณค่าของพฤติกรรมที่สังเกต พฤติกรรมใดก็ตามที่บุคคลเห็นว่ามีคุณค่าต่อตนเองเขาก็จะให้ความสนใจในการสังเกตมากกว่าพฤติกรรมที่เขาไม่เห็นคุณค่า (Kanfer, 1970 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น, 2542: 57)
5. ความสำเร็จและความล้มเหลวของพฤติกรรมที่สังเกต การที่บุคคลกระทำพฤติกรรมแล้ว ได้รับความสำเร็จบุคคลก็จะให้ความสนใจสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเองมากกว่าพฤติกรรมที่เขากระทำแล้ว มีล้มเหลว (Kischenbaum and Karoly, 1977 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น, 2542: 57)
6. ระดับความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่สังเกต พฤติกรรมใดก็ตามที่บุคคลสามารถควบคุมได้ บุคคลก็จะสนใจสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเองมากกว่าพฤติกรรมที่เขาไม่สามารถควบคุมได้ (Johnson and White, 1971 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น, 2542: 57)

**2. การตัดสินตนเอง (Self-Judgment)** เป็นการเปรียบเทียบผลที่ได้รับจากการกระทำกับเป้าหมายหรือมาตรฐานที่ตั้งไว้ การตัดสินตนเอง (Self – judgment) ขึ้นกับชนิดของมาตรฐาน (Type



**PROMISE**

of standards) องค์ประกอบของเป้าหมาย (Goal properties) และความสำคัญของการบรรลุเป้าหมาย (Importance of goal attainment)

พฤติกรรมจะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวขึ้นอยู่กับมาตรฐานที่นำมาประเมิน ข้อมูลที่จะนำมาเป็นมาตรฐานได้มาจากแหล่งต่างๆ เช่น การแสดงปฏิกิริยาทางสังคมต่อพฤติกรรมของบุคคล มาตรฐานของบุคคลอื่น การตั้งมาตรฐานที่ดีคือการตั้งพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงระ บุกอย่างชัดเจนมีแนวทางในการกระทำอย่างแน่นอนเป็นมาตรฐานที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงและสามารถปฏิบัติได้ หลังจากทีบุคคลนำมาตรฐานมาใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจมีแนวโน้มว่าพวกเขาจะนำมาตรฐานไปดัดแปลงใช้ในสภาพอื่นๆ และมาตรฐานนั้นยังส่งผ่านจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง ด้ด้วยตัวแบบและความสำเร็จทางสังคม เช่น เด็กดัดแปลงมาตรฐานของผู้ใหญ่มาใช้แล้วนำมา ใช้กับเพื่อน (อรอุมา จิรธนิตกุล, 2544: 18)

แบนดูรา เสนอว่าการตั้งเป้าหมายในการกระทำพฤติกรรมให้มีประสิทธิภาพและสะดวกต่อการตัดสินใจหรือประเมินพฤติกรรมตนเองนั้นควรตั้งเป้าหมายให้มี ลักษณะดังนี้ (Bandura, 1997a, 1986, 1988 อ้างใน จิตติพัฒน์ สงบกาย, 2533)

1. ควรเป็นเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง คือบุคคลจะกำหนดเป้าหมายในการทำพฤติกรรมที่เจาะจงชัดเจนลงไปว่าเขาจะต้องทำพฤติกรรมอย่างไร หรือทำอะไร
  2. ควรเป็นเป้าหมายที่มีลักษณะท้าทาย การตั้งเป้าหมายที่ มีลักษณะท้าทายจะเป็นสิ่งกระตุ้นหรือจูงใจให้บุคคลใช้ความพยายามในการกระทำพฤติกรรมให้มากขึ้น
  3. ควรเป็นเป้าหมายที่ระบุแน่ชัดและมีทิศทางในการกระทำแน่นอนโดยไม่มีทางเลือกได้หลายทางเช่นควรตั้งเป้าหมายว่า “วันนี้ฉันจะทำการบ้านวิชาคณิตศาสตร์ให้เสร็จ” หรือตั้งว่า “สัปดาห์นี้ฉันจะรับประทานขนมขบเคี้ยวไม่เกิน 2 ซอง”
  4. ควรเป็นเป้าหมายระยะสั้น การตั้งเป้าหมายระยะสั้นในการกระทำพฤติกรรมจะมีผลต่อแรงจูงใจเนื่องจากบุคคลจะพบกับความสำเร็จที่ตั้งไว้ง่ายและเร็วและเมื่อบุคคลประสบความสำเร็จในเป้าหมายที่ตั้งไว้ก็จะมีพลังใจและเป็ นแรงจูงใจให้บุคคลพยายามกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายในระยะยาวเพิ่มมากขึ้น
  5. ควรเป็นเป้าหมายที่อยู่ในระดับใกล้เคียงกับความเป็นจริงและสามารถปฏิบัติได้ไม่เป็นเป้าหมายที่มีลักษณะเพ้อฝันคือสูงหรือต่ำกว่าความเป็นจริงและเป้าหมายที่ตั้งขึ้นต้องสามารถปฏิบัติได้
- เมื่อเป้าหมายหรือมาตรฐานของพฤติกรรมใดไม่ได้รับการยอมรับหรือไม่มีความชัดเจนบุคคลก็จะใช้มาตรฐานไม่สมบูรณ์ซึ่งเกิดจากวิธีการเปรียบเทียบทางสังคมซึ่ง แบนดูรา (1986 อ้างใน ดวงเพ็ญ เรือนใจมั่น, 2542: 59-62) กล่าวไว้ดังนี้

1. การเปรียบเทียบอ้างอิงทางสังคม (Social referntial comparison) เมื่อบุคคลทราบผลการกระทำต่างๆ ของตนเองจากการวัดและการประเมินก็จะมีการเปรียบเทียบการกระทำของตนเองกับผู้อื่นด้วยเพื่อจะได้ทราบว่ากระทำของตนเองสูงหรือต่ำกว่าคนอื่นเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาการ



**PROMISE**

กระทำของตนเองให้ดีขึ้นในการประเมินการทำ พฤติกรรมของตนเองโดยการเปรียบเทียบกับผู้อื่นนั้น บุคคลสามารถเลือกเกณฑ์ในการเปรียบเทียบได้ 4 ลักษณะคือ

1.1 การเปรียบเทียบกับบรรทัดฐานที่เป็นมาตรฐานของกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มอายุ กลุ่มระดับการศึกษา กลุ่มเพศหรือกลุ่มสภาพที่อยู่อาศัย เป็นต้น ซึ่งบรรทัดฐานของกลุ่มต่างๆ เหล่านี้ได้มาจากการที่มีผู้ทำการสำรวจและหาค่าเฉลี่ยของกลุ่มนั้นๆ จนเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปแล้วและบรรทัดฐานที่บุคคลนำมาใช้ในการเปรียบเทียบกับกระทำของตนเองจะต้องมีลักษณะคล้ายคลึงกับตนด้วย

1.2 การเปรียบเทียบกับตนเอง คือ การที่บุคคลเปรียบเทียบผลการกระทำของตนเองกับสิ่งที่เขาได้เคยกระทำมาแล้วหรือเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตนตั้งขึ้น ซึ่งการเปรียบเทียบกับตนเองนี้จะก่อให้เกิดความท้าทายจะทำให้บุคคลพยายามกระทำพฤติกรรมให้ดีกว่าครั้งที่ผ่านๆ มา เพราะถ้าบุคคลกระทำพฤติกรรมได้เท่ากับครั้งที่ผ่านๆ มา การกระทำระดับนั้นอาจจะไม่ก่อให้เกิดความท้าทายอีกต่อไป

1.3 การเปรียบเทียบกับสังคม คือ การที่บุคคลใช้ผลการกระทำของผู้อื่นนำมาใช้เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบกับผลการกระทำของตนเองซึ่งผลการกระทำของผู้อื่นนำมาใช้เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบนี้จะต้องเป็นบุคคลที่อยู่ในสภาพการณ์ที่เหมือนกันหรือคล้ายกันกับตน เช่น เพื่อนร่วมชั้น หรือผู้ร่วมงาน เป็นต้น

1.4 การเปรียบเทียบกับกลุ่ม คือ การที่บุคคลเปรียบเทียบผลการกระทำของตนเองกับค่าเฉลี่ยจากการกระทำของกลุ่มโดยบุคคลจะเปรียบเทียบว่าผลการกระทำของตนเองอยู่ลำดับที่เท่าไรของกลุ่ม

2. คุณค่าของกิจกรรม องค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่งในกระบวนการตัดสินใจคือคุณค่าของกิจกรรม บุคคลจะสนใจตัดสินใจกิจกรรมที่ตนกระทำน้อยหากเขาพบว่ากิจกรรมนั้นมีคุณค่าต่อเขาหรือไม่หรือไม่มีคุณค่าต่อเขาเลยและบุคคลจะใช้ความพยายามในการกระทำกิจกรรมนั้นน้อย ในทางตรงกันข้ามบุคคลจะใช้ความพยายามมากในการทำกิจกรรมที่เขาพิจารณาว่าเป็นกิจกรรมที่มีคุณค่าต่อเขามาก ส่วนกิจกรรมที่มีคุณค่าปานกลางจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมน้อย เพราะจะไม่กระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมมากนัก คุณค่าของกิจกรรมนั้นขึ้นอยู่กับความตั้งใจของบุคคล กิจกรรมจะมีคุณค่าถ้าบุคคลเห็นคุณประโยชน์ที่จะได้รับ

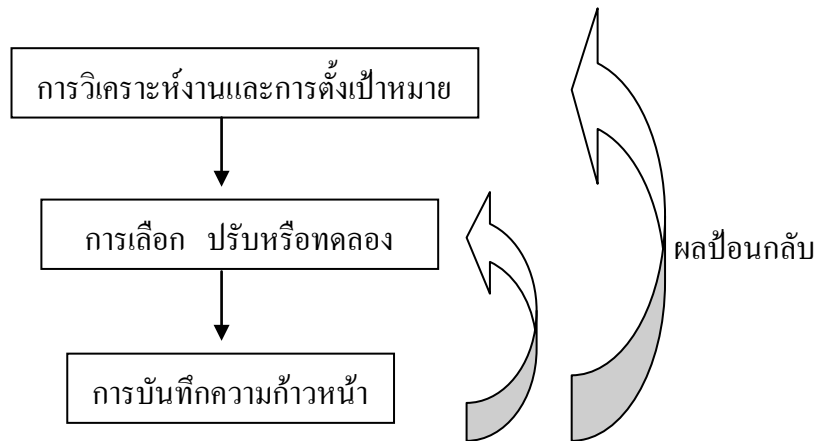
3. การอนุมานสาเหตุของพฤติกรรม การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองขึ้นอยู่กับความรู้ที่สั่งผลต่อพฤติกรรม บุคคลมักจะภูมิใจเมื่อตนเองประสบความสำเร็จแล้วจะบอสาเหตุว่าเป็นเพราะความสามารถและความพยายามแต่จะรู้สึกพึงพอใจกับงานไม่มากถ้าบอสาเหตุว่าเป็นปัจจัยภายนอก เพราะคิดว่าความสำเร็จนั้นมิได้มาจากความสามารถและความพยายาม

ในกระบวนการกำกับตนเองของนักเรียน เมื่อนักเรียนไม่พึงพอใจกับผลที่ได้รับก็อาจมีการปรับปรุงกลวิธีหรือเป้าหมายใหม่ได้ เพื่อให้ได้รับความพึงพอใจ ซึ่งแสดงดังภาพประกอบ 21





## PROMISE



ภาพประกอบ 21 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 สิ่งจูงใจตนเองจากภายในเป็นผลกรรมภายในที่บุคคลให้กับตนเองหลังจากที่ประเมินการทำพฤติกรรมของตนเองแล้วซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

- การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางบวก คือ การที่ บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางบวกเมื่อกระทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น การยกย่อง ชื่นชมตนเอง เป็นต้น

- การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางลบ คือ การที่บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางลบเมื่อกระทำพฤติกรรมได้ต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น การตำหนิตนเอง การวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง ละอายใจ และการเสียใจ เป็นต้น

การที่บุคคลแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองทางบวกนับว่าเป็นกลไกการส่งเสริมพฤติกรรมส่วนการแสดงปฏิกิริยาทางลบต่อตนเองนั้นเป็นกลไกป้องกันตนเองจากการที่ถูกสังคมหรือบุคคลภายนอกลงโทษเพราะเมื่อบุคคลลงโทษตนเองนั้นสามารถเป็นการ ระบายสิ่งที่ผิดพลาดที่ตนได้กระทำลงไปและจะกระทบกระเทือนจิตใจน้อยกว่าที่ถูกผู้อื่นลงโทษ



**PROMISE**

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

1. ประโยชน์ส่วนตัว (Personal benefits) เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมกำกับตนเองแล้วบุคคลก็จะได้รับประโยชน์โดยตรงต่อตัวเขาเองเขาก็จะยึดมั่นต่อการกำกับตนเองจะทำให้กระบวนการกำกับตนเองคงอยู่ได้

2. รางวัลทางสังคม (Social reward) การที่บุคคลมีพฤติกรรมกำกับตนเองแล้วบุคคลในสังคมให้การยกย่องชมเชย สรรเสริญ ให้เกียรติ ให้การยอมรับหรือให้รางวัลซึ่งการให้รางวัลทางสังคมเหล่านี้ก็มีส่วนช่วยให้กระบวนการกำกับตนเองของบุคคลคงอยู่ได้

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

4. ฎีกิริยาทางลบจากผู้อื่น (Negative sanctions) บุคคลที่พัฒนามาตรฐานในการกำกับตนเองขึ้นมาแล้วหากภายหลังให้รางวัลกับตนเองต่อพฤติกรรม รรมที่ต่ำกว่ามาตรฐานก็จะทำให้บุคคลในสังคมแสดงฎีกิริยาทางลบต่อตัวเขาปฏิฎีกิริยาเหล่านี้จะส่งผลให้บุคคลย้อนกลับไปใช้มาตรฐานของเดิมของเขาอีก

5. การสนับสนุนจากสภาพแวดล้อม (Contextual supports) บุคคลที่อยู่ในสภาพแวดล้อมซึ่งในอดีตเคยส่งเสริมให้ตนกำกับตนเองด้วยมาตรฐานระดับหนึ่งย่อมมีโอกาสกำกับตนเองด้วยมาตรฐานนั้นอีก บุคคลเช่นนี้มีแนวโน้มจะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่จะมีอิทธิพลให้ตนต้องลดมาตรฐานลงไป

6. การลงโทษตนเอง (Self – inflicted punishment) จะเป็นหนทางช่วยให้บุคคลลดความไม่สบายใจจากการทำผิดมาตรฐานของตนได้และในหลายๆ กรณีก็เป็นกรลดปฏิฎีกิริยาทางลบจากผู้อื่นได้แทนที่จะถูกคนอื่นเหล่านั้นลงโทษเอาโดยตรงคนส่วนมากจะมีความรู้สึกว่าการลงโทษตนเองมีความไม่พอใจน้อยกว่าการถูกผู้อื่นลงโทษและในบางกรณีการลงโทษตนเองก็เป็นการกระทำที่ได้รับการชมเชยจากผู้อื่น

**6.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเอง**

งานวิจัยที่ใช้แนวคิดการกำกับตนเองพบทั้งภายในและต่างประเทศ โดยในประเทศ ตัวอย่างงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น พนิดา มีต้องปัน (2532: ก-ข) ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนักด้วยวิธีควบคุมตนเอง ที่มีต่อพฤติกรรมลดน้ำหนัก ทั้งด้านความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักและผลของพฤติกรรมลดน้ำหนัก กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 20 อายุ 11-14 ปี จำนวน 100 คน เป็นกลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน ภายหลังการทดลองพบว่า โปรแกรมลดน้ำหนักโดยใช้การควบคุมตนเองทำให้นักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 20 มีความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักได้ถูกต้องมากขึ้น และสามารถลดน้ำหนักลงได้ นอกจากนี้พบว่า การฝึกให้นักเรียนรู้จักการบันทึกรายการอาหารและจำนวนแคลอรีในแต่ละวันจะช่วย



**PROMISE**

ให้นักเรียนควบคุมการรับประทานอาหารของตนเองและลดน้ำหนักลงได้ ยูพา อภิโกมลกร (2531: ก-ข) ศึกษาประสิทธิผลของการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้วยวิธีการกำกับตนเองของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ของโรงเรียนสังกัดสำนักงานการศึกษา กรุงเทพมหานคร เขตบางเขน จำนวน 2 โรงเรียน ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความสะอาดของร่างกายในส่วนต่างๆ เช่น ผม เหงือกและฟัน เป็นต้น แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน และนำเทคนิคการปรับพฤติกรรม 5 ขั้นตอนมาใช้ ได้แก่ ให้นักเรียนมีส่ว ร่วมในเรื่อง การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย กำหนดเงื่อนไข การเสริมแรงและลงโทษตนเอง ให้นักเรียนบันทึกพฤติกรรมตนเอง ประเมินพฤติกรรมตนเอง เสริมแรงและลงโทษตนเอง ภายหลังการทดลองพบว่านักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสะอาดของร่างกายสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Suwanee Chearsawad (2002) ศึกษาผลของการพัฒนาทักษะการควบคุมตนเองในการหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อยในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จังหวัดตาก พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการควบคุมตนเองในการหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และพบว่าในระยะติดตามผลไม่แตกต่างจากระยะหลังการทดลอง แต่ในระยะติดตามผล นักเรียนกลุ่มทดลองยังคงมีการควบคุมตนเองในการหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

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



**PROMISE**

แสดงออกสูงจะสามารถพาเป้าได้อย่างแม่นยำมากกว่านักเรียน หญิงที่มีความสามารถในการกำกับ การแสดงออกต่ำ

โดยสรุปแล้ว มีงานวิจัยเชิงทดลองจำนวนมากที่แสดงให้เห็นถึงการประยุกต์ความสามารถในการควบคุมตนเองมาใช้สร้างชุดกิจกรรมและพบว่าสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดพฤติกรรม เป้าหมายได้และทำให้พฤติกรรมเป้าหมายคงทนอยู่ได้ในระดับหนึ่ง

**6.3 การดูแลตัวเอง (Self-care)**

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างหนึ่ง que เริ่มพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็ก และค่อย ๆ พัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่สามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ แต่ความสามารถดังกล่าวจะลดลงเมื่อเกิดความเสื่อม หรือความเจ็บป่วยขึ้นในร่างกาย หรือกรณีที่การดูแลตนเองถูกจำกัดจาก ความรู้ความชำนาญ การขาดแรงจูงใจ กิจกรรมการดูแลตนเองก็จะไม่เกิดขึ้น (Orem, 1985: 135) ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือมีขีดจำกัดต่างๆ ที่ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ บุคคลเหล่านี้ ได้แก่ คนชรา คน เจ็บป่วย และคนพิการ การดูแลตนเองจึงมีผลโดยตรงต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ การคงไว้ซึ่งรูปร่างและหน้าที่ในภาวะปกติ การพัฒนาบุคลิกภาพศักยภาพของมนุษย์ ป้องกันอันตราย ตลอดจนพยาธิสภาพต่างๆ และยังสามารควบคุมผลอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพต่างๆ ได้

**6.3.1 แนวคิดและทัศนคติการดูแลตนเอง**

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

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

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

นูริส (Noris อ้างใน อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2550: 29) ให้ความหมายของ การดูแลสุขภาพตนเอง คือ กระบวนการที่ประชาชนและครอบครัว มีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเองและรับผิดชอบตนเอง ด้านสุขภาพอนามัย โดยพัฒนาศักยภาพความสามารถ เพื่อการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง

สมจิต หนูเจริญกุล (2536 : 22-23 อ้างใน อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2550: 29) กล่าวว่า การดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและ



**PROMISE**

สวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด

เพนเดอร์ (Pender, 1987 :150) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่มและกระทำในวิถีทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน

สรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดก็ตามที่ บุคคลได้เริ่มปฏิบัติด้วยตนเอง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อดำรงรักษาชีวิต ภาวะความมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน เป็นการกระทำอย่างมีแบบแผน เป็นขั้นตอน มีความต่อเนื่อง และเมื่อมีการกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ร่างกาย จิตใจและพัฒนาการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นไปถึงเป้าหมายของแต่ละบุคคล

แนวคิดการดูแลตนเองได้เป็นที่สนใจและกล่าวถึงกันมาก ในที่ประชุม First International Symposium ที่กรุงโคเปนเฮเกน ในปี 1975 มีการให้ความหมายไว้ต่างกันจาก 29 ประเทศ มีการขยายกว้างไปนอกจากเป็นเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล ยังรวมถึงการดูแล ครอบครัว กลุ่มและชุมชนด้วยการดูแลตนเองเป็นกระบวนการตัดสินใจที่เกี่ยวกับการสังเกตตนเอง การรับรู้และการตัดสินใจ เลือกรับบริการ และการรักษาตามที่บุคคลเข้าใจ (นาตยา เกรียงชัยพฤกษ์, 2544 อ้างใน อังศิรินทร์ อินทรกำแหง, 2550: 29) และในปี ค.ศ.1987 สถาบันการดูแลตนเอง จัดให้มีผู้เชี่ยวชาญการดูแลตนเองจากสาขาต่างๆ มาประชุม เพื่อหาลักษณะที่อธิบายการดูแลตนเอง ผลสรุปในแนวคิดการดูแลตนเองนั้นมีคุณลักษณะดังนี้ 1 ) การดูแลตนเองมีอยู่ในสถานการณ์และวัฒนธรรมที่เฉพาะ 2) เกี่ยวข้องกับความความสามารถที่จะกระทำและการเลือก 3 ) ความรู้ ทักษะ การให้คุณค่า แรงจูงใจ การรับรู้ความสามารถ การควบคุม และสมรรถนะของตนเอง (Efficacy) มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง และ 4) แนวคิดการดูแลตนเองมีจุดเน้นการดูแลสุขภาพ อยู่ภายใต้การควบคุมของบุคคล (Gantz, 1990 อ้างใน อรสา พันธุ์ภักดี, 2542) ความหมายการดูแลตนเอง สามารถจำแนกเป็นแบบแผนได้ 2 แบบแผน คือ การดูแลตนเองในแบบที่เป็นการกระทำพฤติกรรมหรือกระบวนการ 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 โอเรม (Orem, 1991) สนใจเรื่องการดูแลตนเองที่มองการดูแลตนเองเป็นกระบวนการการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมาย ประกอบด้วย 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผล



**PROMISE**

ของการกระทำ โอเร็มได้จำแนกพฤติกรรมการดูแลตนเองออกเป็น 3 สถานะ 1) ความต้องการการดูแลตนเองทั่วไปในภาวะปกติ (Universal self - care requisite) ได้แก่ การคงไว้ซึ่งอากาศที่เพียงพอ การคงไว้ซึ่งอาหารและน้ำที่เพียงพอ การคงไว้ซึ่งการขับถ่าย และระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน การคงไว้ซึ่งการรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการป้องกันอันตรายต่อชีวิต การปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี 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 การปรับสภาพลักษณะและจิตมโนทัศน์ การยอมรับภาวะสุขภาพ และการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพโดยกำหนดเป้าหมายของการกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเอง ไว้เพื่อ 1) เป็นการประคับประคองกระบวนการชีวิตและสนับสนุนการดำเนินชีวิตปกติสุข 2) ผดุงไว้ซึ่งการเจริญเติบโตพัฒนาการและวุฒิภาวะที่เหมาะสม 3) ป้องกัน ควบคุม บำบัดรักษา โรคภัยไข้เจ็บ และการได้รับอันตรายต่างๆ 4) ป้องกันหรือปรับตัวให้สอดคล้องกับความบกพร่องของสมรรถนะ และ 5) สร้างเสริมความผาสุก

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

แนวคิดการดูแลตนเองในสาขาสุขศึกษา (Health education) มุ่งการให้ความรู้หรือข้อมูลเพื่อช่วยให้บุคคลได้เลือกทำพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การสอนสุขศึกษาเป็นการรวบรวมประสบการณ์การเรียนรู้ต่างๆ มาส่งเสริมให้บุคคลสมัครใจทำพฤติกรรมที่นำไปสู่สุขภาพ การดูแลตนเองในลักษณะพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนั้น หมายถึง กิจกรรมที่กระทำโดยบุคคลรับรู้ว่าเป็นตัวเองเจ็บป่วย และมีความต้องการที่จะฟื้นหายดีขึ้น การดูแลตนเอง รวมถึงพฤติกรรมที่ลดการพึ่งพาผู้อื่นด้วย

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



**PROMISE**

ดีน (Dean, 1989 อ้างใน อรสา พันธุ์ภักดี, 2542) เน้นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ คือ การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งมีรูปแบบของการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม และทัศนคติต่อพฤติกรรม การให้คุณค่า ความเชื่อที่เรียนรู้ในสังคมวัฒนธรรม มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้นบุคคลจะยอมรับหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ จึงขึ้นอยู่กับสังคมวัฒนธรรมมากกว่าการตัดสินใจเฉพาะบุคคล ซึ่งต่างจาก คิคบูช (Kickbusch, 1989 อ้างใน อรสา พันธุ์ภักดี, 2542) เห็นว่า การดูแลตนเองเกี่ยวข้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่บุคคลยอมรับที่จะจัดการตนเอง ในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการกำกับประะ มินตนเอง มีการตัดสินใจ การใช้ยาด้วยตนเอง และการรักษาตนเอง

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

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

2. รูปแบบทางด้านการปฏิบัติตัวตามบทบาท (Role performance model) เป็นรูปแบบที่ให้ ความหมายสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติหน้าที่ตามที่สังคมคาดหวังได้ครบถ้วน การดูแลตนเองมีผลต่อสุขภาพในด้านการทำบทบาท ความสามารถในการทำหน้าที่ ทำกิจกรรมใน ชีวิตประจำวันอย่างมีอิสระ หรืออย่างพึงพา

3. รูปแบบด้านการปรับตัว (Adaptation model) รูปแบบนี้เชื่อว่าบุคคลมีการปรับตัวต่อ สิ่งแวดล้อมอย่างจริงจังและตลอดเวลาเพื่อรักษาดุลยภาพกับ สิ่งแวดล้อม เป็นความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่ทำลาย รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางสังคม และสิ่งที่คุกคามทางกายภาพ สุขภาพที่ดี จะเป็นความยืดหยุ่นในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุลเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับ สิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับ ชีวิต ผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง คือการเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการความเครียดที่เกี่ยวข้องกับอาการและความสามารถในการจัดการกระทำ

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

โดยสรุปแล้ว การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถกระทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งบุคคลได้เลือกปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเอง โดยมีการเรียนรู้ และการสนับสนุนจาก



**PROMISE**

สังคมวัฒนธรรม ที่เป็นสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นทั้งในวิชาชีพและนอกวิชาชีพทางด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพเป็นหนทางที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี

**6.3.2 สถานการณ์ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ**

ที่ผ่านมามาครรัฐมองการดูแลตนเองเป็นในด้านการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยของประชาชน 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 แนวการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมคือ ดูแลกาย ใจ จิตวิญญาณ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขสมบูรณ์ การดูแลสุขภาพจึงเน้นให้ความสำคัญในการส่งเสริม ฟื้นฟู ป้องกันโรคมามากกว่าการรักษา ซึ่งจะเห็นได้ว่าการมีสุขภาพดีเชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เป็นแนวคิดใหม่ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ถือว่าเป็นการตื่นตัวของการรักษาสุขภาพของคนยุคใหม่

**6.3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง**

ภาวินี โภคสินจรรย์ (2540) มีความสนใจศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเอซิส เป็นแนวทางในการศึกษากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มารับการตรวจที่ แผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาล จำนวน 93 ราย ด้วยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองและความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการวิจัยสรุปได้ว่า 1)ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r = .6114$ ) 2)ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ( $r=.3044$ ) 3) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจาก การตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 37.38 จากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพถูกต้องจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ ถูกต้องเช่นกัน ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า โรงพยาบาลจะต้องเป็นผู้ให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแนะแนว และข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เป็นผลให้มารดาและทารกมีสุขภาพดีตลอดระยะที่ตั้งครรภ์

อมวาสี อัมพันศิริรัตน์ (2539) ความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเขตชนบท อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 213 คน เก็บ





**PROMISE**

รวบรวมข้อมูลโดย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและแบบประเมินภาวะสุขภาพ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.5939 ( $p < 0.001$ ) 2) เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตามปัจจัยพื้นฐาน 2.1 ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ระดับการศึกษา และลักษณะการพักอาศัย และที่ระดับ 0.05 ได้แก่ บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว 2.2 ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ รายได้ สถานภาพสมรส การเป็นเจ้าของบ้าน และจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3) 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 กระตุ้นให้ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ให้ความสำคัญในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งคำแนะนำวิธีการป้องกัน และรักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง คู่สมรส และบุตรหลาน ควรให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ ให้ความรัก ความอบอุ่นแก่ผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวตามศักยภาพของตน เพื่อส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเอง และเห็นคุณค่าของการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าต่อไป

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



**PROMISE**

พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคประสาท ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตามลำดับความสำคัญมากน้อย คือ การสนับสนุนของชุมชน ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา การสนับสนุนของครอบครัว และระดับการศึกษาโดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ ได้ร้อยละ 33.2

ในท้ายที่สุดนี้ การดูแลสุขภาพตนเอง มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคทางพฤติกรรมต่างๆ ที่จะคุกคามประชาชนทั้งทางร่างกายและจิตใจ การให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งให้สุขภาพ เป็นเรื่องของทุกคนที่ควรใส่ใจและดูแลอย่างต่อเนื่อง

## 7. แนวคิดการบริหารและการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยหลัก PROMISE Model และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด PROMISE เป็นแนวคิดที่ทางสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ (2551) เสนอแนะขึ้น สำหรับใช้ในกา รดำเนินงานในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพครั้งนี้โดยเฉพาะ โดยเน้นให้หัวหน้าโครงการและคณะทำงานในโครงการปรับพฤติกรรมสุขภาพนำมาใช้ในการดำเนินกิจกรรม ให้กับ ผู้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สามารถเกิดพฤติกรรม 3 Self ประกอบด้วย 6 แนวคิดย่อยๆ ดังนี้

### 7.1 การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement: P)

การเสริมแรงทางบวกเป็นแนวคิดหนึ่งของทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant conditioning Theory) ซึ่งการเสริมแรงพัฒนาโดยนักจิตวิทยาชาวอเมริกันชื่อ Burrhus F. Skinner ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลพวง มาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้น (Emitted) ของบุคคลจะเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลกรรม (Consequence) ที่เกิดขึ้น ในสิ่งแวดล้อมนั้น Skinner ให้ความสำคัญกับผลกรรม 2 ประเภทคือ ผลกรรมที่เป็นตัวเสริมแรง (Reinforcer) ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลนั้นกระทำอยู่ มีอัตราการกระทำเพิ่มมากขึ้นและ ผลกรรมที่เป็นตัวลงโทษ (Punisher) ทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำนั้น ยุติลง ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะผลกรรมที่เป็น ตัวเสริมแรงทางบวก(Positive reinforcer)

#### 7.1.1 ความหมายการเสริมแรงทางบวก

การเสริมแรงทางบวกคือการทำให้ความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น อันเป็นผลเนื่องมาจากผล กรรมที่ตามหลังพฤติกรรมนั้น ผลกรรมที่ทำให้พฤติกรรมมีความถี่เพิ่มขึ้น เรียกว่า ตัวเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcer) ลักษณะของตัวเสริมแรงมี 2 ชนิดคือ

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



**PROMISE****7.1.2 หลักการทั่วไปในการใช้การเสริมแรงทางบวกอย่างมีประสิทธิภาพ**

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

1. การเสริมแรงทางบวกจะต้องให้หลังจากการเกิดพฤติกรรมเป้าหมายเท่านั้น การให้การชมเชยหรือให้สิ่งของก่อนการเกิดพฤติกรรมไม่ถือว่าเป็นการเสริมแรง
2. การเสริมแรงจะต้องกระทำทันทีที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น การเสริมแรงต่อพฤติกรรมเป้าหมายอย่างทันทีนั้น จะทำให้ผู้ที่ได้รับการเสริมแรงเกิดการเรียนรู้ได้ดีที่สุดว่าควรจะแสดงพฤติกรรมอะไร
3. การเสริมแรงควรจะให้อย่างสม่ำเสมอ นั่นคือควรให้การเสริมแรงทุกครั้ง หรือแทบทุกครั้งที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น ไม่ควรขึ้นอยู่กับอารมณ์ของผู้ดำเนินการปรับพฤติกรรม การให้การเสริมแรงไม่สม่ำเสมอ ทำให้การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมเกิดขึ้นได้น้อยมาก
4. ควรมีการบอกถึงเงื่อนไขการให้การเสริมแรง นั่นคือ ควรจะมีการบอกผู้ที่ถูกปรับพฤติกรรมว่าเขาควรแสดงพฤติกรรมอะไรในสภาพการณ์ใด แล้วจะได้รับอะไรเป็นการเสริมแรง
5. ตัวเสริมแรงนั้นควรมีปริมาณพอเหมาะที่จะเสริมแรงพฤติกรรมโดยไม่ก่อให้เกิดการหมดสภาพการเป็นตัวเสริมแรง นั่นคือ บางครั้งถ้าให้ตัวเสริมแรงมากเกินไปก็อาจทำให้เกิดการหมดสภาพการเป็นตัวเสริมแรงได้โดยเฉพาะตัวเสริมแรงประเภทตัวเสริมแรงปฐมภูมิ แต่ก็ไม่ควรจะให้บ่อยเกินไปจนไม่มีพลังพอที่จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา
6. ตัวเสริมแรงนั้นจะต้องเลือกให้เหมาะกับแต่ละบุคคล เนื่องจากคนเรามีความแตกต่างกัน ดังนั้นตัวเสริมแรงของแต่ละคนจึงอาจไม่เหมือนกัน อีกทั้งในบางโอกาสตัวเสริมแรงที่เคยเสริมแรงคนๆ หนึ่งอาจจะไม่เสริมแรงคนๆ หนึ่งในเวลาต่อมาก็ได้
7. ถ้าเป็นไปได้ควรใช้ตัวเสริมแรงที่มีอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้น เช่น การใช้กิจกรรมที่ชอบทำมากที่สุด หรือการเสริมแรงทางสังคม เป็นต้น
8. ควรมีการใช้ตัวแบบหรือการชี้แนะควบคู่ไปกับการเสริมแรงด้วย เนื่องจากจะทำให้บุคคลได้เรียนรู้ได้เร็วขึ้นว่าควรจะทำพฤติกรรมเช่นใดจึงจะได้รับการเสริมแรง
9. ควรมีการวางแผนการใช้ตารางการเสริมแรง หรือยืดเวลาการเสริมแรง เมื่อพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอแล้ว ควรจะมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการเสริมแรงเสียใหม่ให้เป็นการใช้ตารางการเสริมแรงแทน หรืออาจจะใช้การยืดเวลาการเสริมแรงก็ได้ เพราะจะทำให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นคงอยู่ได้นานขึ้นแม้ว่าจะไม่ได้รับการเสริมแรงอีกเลยในอนาคตก็ตาม

**7.1.3 ข้อควรคำนึงถึงและการเลือกใช้ตัวเสริมแรงประเภทต่าง ๆ**

1. ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของหรืออาหาร เช่น ขนม เครื่องเขียน ของรางวัล เป็นต้น การใช้อาหารหรือสิ่ง เสพได้จะเกิดปัญหาการหมดสภาพได้ถ้าให้มากเกินไปหรือช่วงเวลาไม่เหมาะสมเช่น ไม่สามารถให้ได้ทันที รมทวนกิจกรรมที่กำลังดำเนินอยู่ เป็นต้น วิธีการให้เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรม



**PROMISE**

เป้าหมายที่กำหนดทันที นำไปใช้กับทั้งเด็กและผู้ใหญ่ในหลายพฤติกรรมซึ่งสิ่งของหรืออาหารเท่า นั้นที่นำมาใช้เป็นตัวเสริมแรงทางบวกควรมีให้เลือกหลากหลายชนิด

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

3. ตัวเสริมแรงเป็นกิจกรรมที่บุคคลชอบทำมากที่สุดหรือกิจกรรมที่บุคคลทำบ่อยที่สุดมาเสริมแรงกิจกรรมที่บุคคลทำน้อยที่สุด แต่ข้อพึงระวังคือ ไม่สามารถให้ได้ทันทีในขณะที่เกิดพฤติกรรม และการให้ตัวเสริมแรงทางบวกต้องให้หรือไม่ให้กิจกรรมเท่านั้น และควรมีกิจกรรมให้เลือกหลากหลาย

4. ตัวเสริมแรงที่เป็นเบี่ยงรรถกร เช่น การใช้เงิน ดาว แด้มสะสม คะแนน เป็นต้นโดยสามารถนำไปแลกเปลี่ยนเป็นตัวเสริมแรงอื่นๆได้มากกว่า 1 ตัวขึ้นไป เบี่ยงรรถกรเป็นตัวเสริมแรงทางบวกที่มีประสิทธิภาพสูงมากในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสามารถใช้งานได้ง่ายและไม่รบกวนพฤติกรรมที่กำลังทำอยู่ แต่เมื่อยุติการใช้อย่างทันทีทันใดจะทำให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปนั้นกลับสู่สภาพเดิมทันที

5. ตัวเสริมแรงที่เป็นข้อมูลป้อนกลับ เช่น ผลการตรวจสุขภาพ ประกาศคะแนนสอบ เป็นต้น ควรให้ข้อมูลป้อนกลับที่เป็นพฤติกรรมทางบวกมีความชัดเจนถูกต้องของข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลต้องเป็นบุคคลที่ผู้ถูกปรับพฤติกรรมเชื่อถือ ควรอธิบายให้บุคคลเห็นความสำคัญของข้อมูลเพื่อนำไปปรับปรุงพฤติกรรมตนเอง และกำหนดเป้าหมายของพฤติกรรมที่ต้องการปรับปรุง อาจใช้คู่กับตัว เสริมแรงอื่นๆ โดยเฉพาะตัวเสริมแรงทางสังคมหรือเบี่ยงรรถกรจะทำให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

**7.1.4 งานวิจัยที่นำการเสริมแรงทางบวกไปใช้**

โสภิตา ลิ้มวัฒนาพันธ์ (2538) ได้ทำการวิจัยเชิงทดลองเรื่อง การเปรียบเทียบผลของการปรับพฤติกรรมโดยใช้การควบคุมตนเองกับการเสริมแรงทางบวกด้วยเบี่ยงรรถกร ที่มีต่อการเพิ่มและการคงอยู่ของพฤติกรรมความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมายของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคบุรีรัมย์ ชั้นปีที่ 1 ที่มีพฤติกรรมความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมายต่ำ จำนวน 15 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน มีลักษณะดังนี้ กลุ่มทดลอง 1 ได้รับเทคนิคการควบคุมตนเอง กลุ่มทดลอง 2 ได้รับการเสริมแรงทางบวกด้วยเบี่ยงรรถกร และกลุ่มควบคุม รูปแบบการทดลองใช้ ABF Control Group Design เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แบบบันทึกพฤติกรรมความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมาย พบว่า 1) นักศึกษากลุ่มที่ใช้เทคนิคการควบคุมตนเองและกลุ่มที่ได้รับการเสริมแรงทางบวกด้วยเบี่ยงรรถกร มีพฤติกรรมความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมาย ในระยะทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าระยะเส้นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) นักศึกษากลุ่ม ที่ใช้เทคนิคการควบคุมตนเองและกลุ่มที่ได้รับการเสริมแรงทางบวกด้วยเบี่ยงรรถกร มีพฤติกรรมความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมายสูงกว่านักศึกษากลุ่มควบคุมทั้งในระยะทดลองและระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ในระยะทดลอง พบว่า นักศึกษากลุ่มนี้ได้รับเทคนิคการควบคุมตนเองและกลุ่มที่ได้รับการเสริมแรงทางบวกด้วยเบี่ยงรรถกร มีพฤติกรรมความ



**PROMISE**

รับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมายไม่แตกต่างกัน และ 4) ในระยะติดตามผล พบว่า นักศึกษาที่ได้รับเทคนิคควบคุมตนเอง มีพฤติกรรมความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมายสูงกว่า นักศึกษากลุ่มที่ได้รับการเสริมแรงทางบวกด้วยเบียร์รถกร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสมพร สุทัศน์ีย์ (2522) ได้ทำการศึกษาโดยใช้การเสริมแรงทางสังคม เพื่อปรับพฤติกรรมเจียบขริมผิดปกตินักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 4 คน ผลปรากฏว่าการใช้แรงเสริมของครู โดยการให้ความสนใจ คำชมเชย การยอมรับ ทำให้พฤติกรรมเจียบขริมผิดปกติดลดลง และมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์มากขึ้น คือ การสบตา ทักทาย ถาม พุด และยิ้ม ส่วน ศรีสุนันท์ พุ่มไพจิตร (2542) ได้ทำการศึกษาผลการใช้เทคนิคเบียร์รถกรและเทคนิคการเสริมแรงทางสังคม ต่อพฤติกรรมการพุดคำหยาบของนักเรียนระดับชั้นอนุบาล 2 จำนวน 6 คน ผลปรากฏว่า นักเรียนระดับชั้นอนุบาลมีพฤติกรรมการพุดคำหยาบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .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 ปากร้ายและใช้คำพุดสบประมาท (Verbally insulting) ผู้วิจัยแก้ไขให้เขามีพฤติกรรมการเล่นกับเพื่อนเพิ่มขึ้น โดยครูให้ความสนใจอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งให้ของเล่นที่ต้องการด้วยเมื่อเขาเล่นร่วมกับเพื่อน ในขณะที่เดียวกันครูไม่ให้ความสนใจเมื่อเขาแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวลดลงและพฤติกรรมการเล่นกับเด็กอื่นเพิ่มขึ้น และ เบอร์เน็ตและคณะ (Bernet et al, 2002: 791) ได้สังเคราะห์งานวิจัยที่ทำการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ามีงานวิจัยหลายเรื่องที่น่าการเสริมแรงตนเองและการลงโทษตนเองไปใช้ในโปรแกรม ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการให้การเสริมแรงมากกว่าการลงโทษ ตัวอย่างวิธีการเสริมแรง เช่น การให้สิ่งตอบแทนและรางวัล การให้ สิ่งของที่มีตราสัญลักษณ์ (Logo) ของโปรแกรม การให้เงินรางวัล การจัดปาร์ตี้สำหรับครอบครัว (Family fun night) การให้เงินตอบแทนสำหรับเด็กและให้วุฒิบัตรสำหรับผู้ปกครอง การให้คู่มืออาหารกลางวัน ตำราทำอาหาร หนังสือการ์ตูนที่เด็กชอบ การให้สติ๊กเกอร์ แวนชยาย หมวก และจับฉลากสำหรับการทัวร์สถานที่ท่องเที่ยว เป็นต้น

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

การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์เป็นกิจกรรมสำคัญของแผนการปรับเปลี่ยนบทบาท ภารกิจและวิธีการบริหารงานของภาครัฐตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 และพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ.2545 มาตรา 3/1 ซึ่งคำนึงถึงประชาชนและผลสัมฤทธิ์ของงาน เพื่อให้การทำงานของหน่วยงานหรือโครงการมุ่งเน้นผลลัพธ์ของงานมากกว่าเน้นปัจจัยนำเข้ากระบวนการทำงานและกฎระเบียบที่เคร่งครัด โดยจะมีการวัด ผลอย่างเป็นรูปธรรม



**PROMISE**

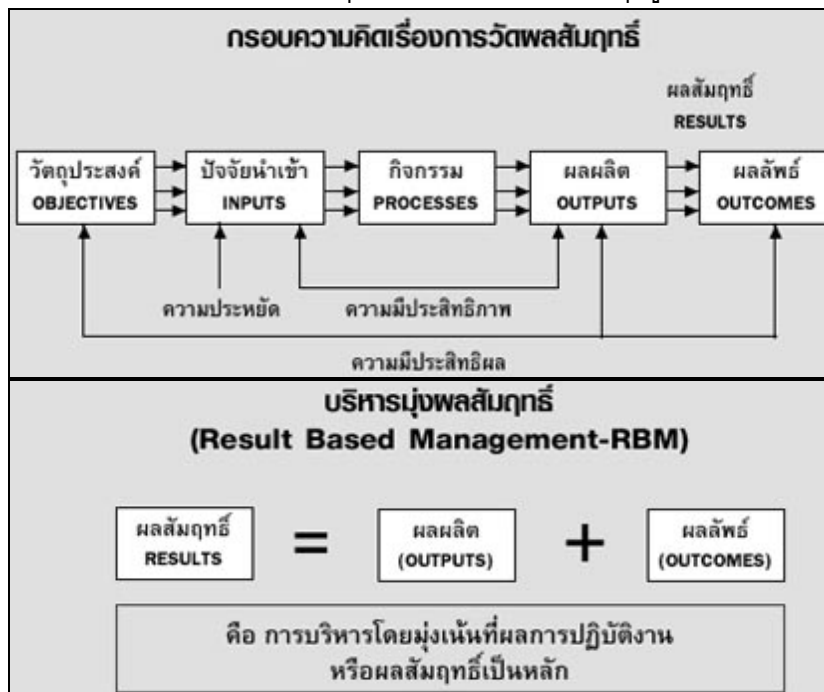
การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ให้ความสำคัญกับการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ วัตถุประสงค์ เป้าหมายที่ชัดเจน และการกำหนดผลผลิต ผลลัพธ์ที่สอดคล้องกัน รวมถึงมีการกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่ชัดเจนในการวัดความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานเพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ มีความรับผิดชอบต่อประชาชน การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานขององค์กร ช่วยให้การบริหารการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม มีทิศทางในการปฏิบัติงาน มีระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นระยะ ๆ ทำให้ทราบผลการปฏิบัติงาน เมื่อเทียบกับแผนหรือเป้าหมาย สามารถรายงานความก้าวหน้าผลการปฏิบัติงานต่อผู้บริหารและทำให้แก้ปัญหาได้ทันเวลาที่

**7.2.1 ความเป็นมาการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์**

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

**7.2.3 ความหมายการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์**

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



ภาพประกอบ 22 แสดงกรอบความคิดในการวัดผลสัมฤทธิ์ของงาน

ที่มา: สำนักงานข้าราชการพลเรือน. (2541).ระบบบริหารงานโดยมุ่งผลสัมฤทธิ์.



**PROMISE**

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

ผลลัพธ์ (Outcomes) หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นตามมา ผลกระทบ หรือเงื่อนไขที่เกิดจากผลผลิต ผลลัพธ์มีความสัมพันธ์โดยตรงกับประชาชนผู้รับบริการ และสาธารณชน

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

**7.2.4 ลักษณะของการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์**

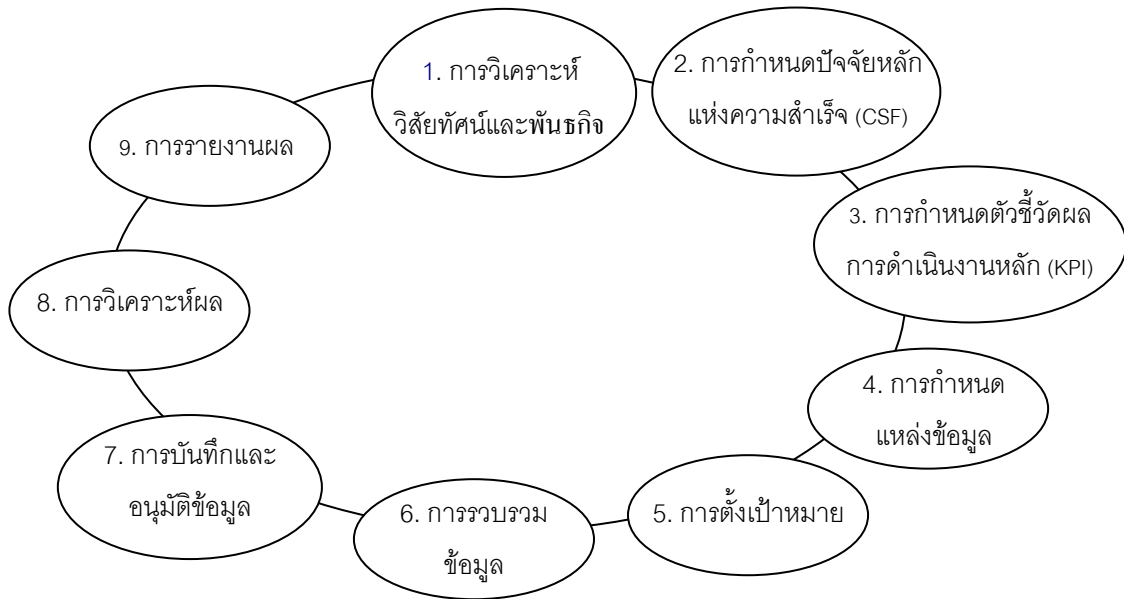
ลักษณะของการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ เกี่ยวข้องกับทุกกระบวนการของการบริหาร (PDCA) ได้แก่ Plan มีวัตถุประสงค์ หรือ เป้าหมายที่ชัดเจน (ต้องการทราบว่าผลสัมฤทธิ์คืออะไร), Do มีการปฏิบัติงานที่มุ่งให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามแผนที่วางไว้หรือไม่, Check มีการตรวจสอบว่าปฏิบัติได้ผลสัมฤทธิ์ตามที่วางแผนที่วางไว้หรือไม่ และ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

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



**PROMISE**

ขั้นตอนการพัฒนากระบวนการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ ประกอบด้วย 9 ขั้นตอนดังนี้



ภาพประกอบ 23 ขั้นตอนการพัฒนากระบวนการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์

(สำนักงานข้าราชการพลเรือน, 2541)

#### กำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (Key Performance Indicators – KPIs)

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (KPI) แสดงถึง ค่าที่วัดจากผลการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริงเพื่อแสดงความคืบหน้าของการบรรลุ ผลตามปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จ (CSF) โดยเปรียบเทียบกับ เป้าหมายที่ตั้งไว้ และถือเป็นเครื่องวัดผลงานที่ต้องสัมพันธ์กับ CSF และจะต้องวัดได้ในเชิงตัวเลข วัดถูประสงค์ของตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (KPI) คือสามารถวัดผลการปฏิบัติงานหลักตาม มาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ และสามารถแสดงแนวโน้มของข้อมูลสำหรับการพัฒนาและ ปรับปรุงงาน 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 กับเป้าหมายหรือ วัดถูประสงค์ที่กำหนด แบ่งเป็น





**PROMISE**

1.1 ประสิทธิภาพเชิงต้นทุน เป็นการวัดความคุ้มค่าจากการลงทุน โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์กับ จำนวนต้นทุน คิดเป็นค่าร้อยละ สูตรการคำนวณ คือ ผลลัพธ์ ÷ จำนวนต้นทุน × 100

1.2 ประสิทธิภาพ การวัดไม่คำนึงถึงต้นทุน เช่น ร้อยละของความคิดเห็นของผู้บริหารร้อยละของการเรียกร้องของผู้รับบริการ

2. ประสิทธิภาพ (Efficiency) แสดงถึงความสามารถในการผลิตและความคุ้มค่าของการลงทุนมี 2 วิธีวัด

2.1 วัดจากต้นทุน แสดงความคุ้มค่าของการลงทุน เช่น วัดผลผลิต ต่อจำนวนต้นทุน หรือวัดต้นทุนต่อหน่วย อาทิ อัตราค่าใช้จ่ายต่อคนในการผลิตบัณฑิตแพทย์

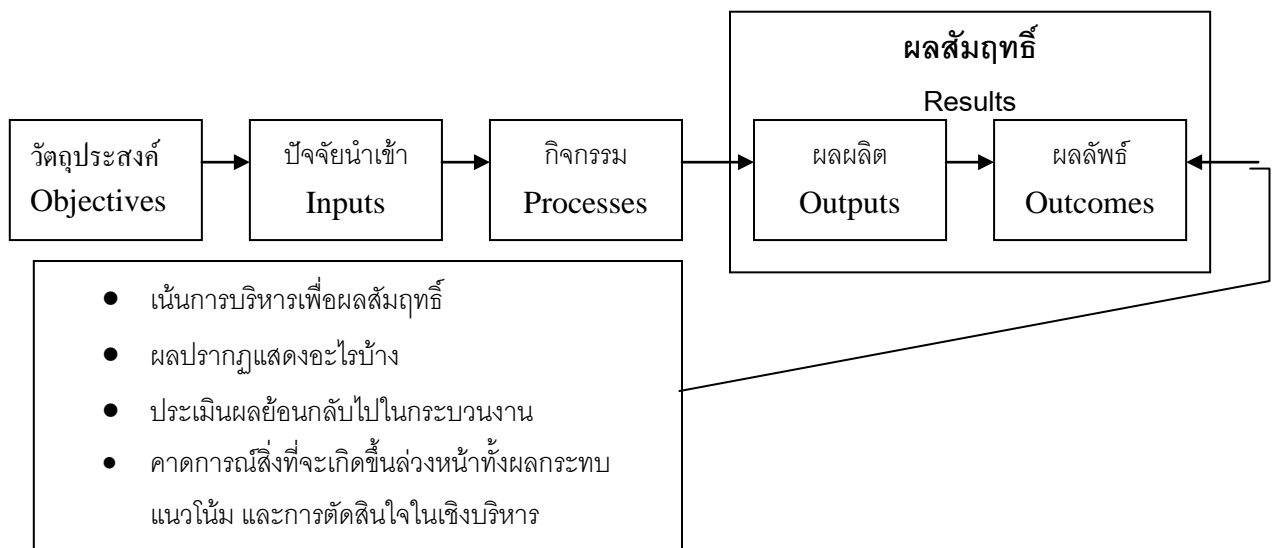
2.2 วัดจากแรงงาน เช่น วัดจากจำนวนเจ้าหน้าที่ หรือเวลาที่ใช้ผลิต

3. ความประหยัด (Economy) เช่น ร้อยละของต้นทุนที่ลดลง

4. คุณภาพ (Quality) วัดความถูกต้อง ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

5. ความสามารถในการให้บริการได้ตามเวลาที่กำหนด (Timeliness) เช่น ร้อย ละของผู้ประกอบการที่ได้รับเอกสารการจดทะเบียนภายในเวลายมาตรฐาน

**การวิเคราะห์ผล** เป็นการพิจารณาผลการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริงเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด แล้วประเมินย้อนกลับเข้าไปในกระบวนการทำงานขององค์กร เพื่อคาดการณ์ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้า ผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นและแนวโน้มการตัดสินใจในเชิงบริหาร



**ภาพประกอบ 24** สรุปล่องค์ประกอบในการวัดผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงาน (สำนักงานข้าราชการพลเรือน, 2541)

สรุปได้ว่า ในการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการใด ๆ หลักสำคัญยิ่ง ที่ผู้ดำเนินการต้องใช้ตามวงจร PDCA แล้วคือ การกำหนดตัวชี้วัดของกิจกรรมและโครงการไว้อย่างชัดเจน สามารถวัดได้ และ



**PROMISE**

ตัวชี้วัดหลักที่สำคัญมีอยู่เพียงไม่กี่ตัวและเป็นตัวชี้วัดที่ประเมินได้ว่าโครงการมีประสิทธิภาพ และ ประสิทธิภาพก็คือ ตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ ที่มักจะวัดที่ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้นตั้งโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในครั้ง นี้ จะใช้ตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ ผลผลิตวัดจาก ร้อยละของจำนวน ผู้เข้าร่วมโครงการ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ วัดจาก ร้อยละของจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการที่มีผลการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และผลการ เปลี่ยนแปลงทางสภาพร่างกาย และผลการเปลี่ยนแปลงของผล เลือดหรือทางเคมีชีวในร่างกายไปในทางที่ดีขึ้น

**7.3 การมองโลกแง่ดี (Optimism: O)**

ในสภาวะปัจจุบันที่การดำเนินชีวิตหลายต่อหลายอย่างต้องเผชิญกับภาวะความคับข้อง หม่นหมอง สับสน วุ่นวายและบางอย่างรบกวนจิตใจ จนส่งผลอย่างยิ่งต่อกำลังใจในการต่อสู้หรือความ กล้าต่อการเผชิญเพื่อฟันฝ่าอุปสรรคนานัปการของเราให้ลดน้อยถอยลง ผู้ที่ไม่สามารถผ่านพ้นไป ได้ต้องจมกับอยู่กับความคิดที่เป็นทุกข์ ไม่สามารถก้าวข้ามปัญหาที่ผ่านเข้ามาได้จนเกิดผลเสียต่อการ ดำเนินชีวิตโดยไม่สามารถตีค่าเป็นเงินตราได้ ดังนั้น จึงต้องมีการพัฒนาความคิดให้เป็นความคิดเชิง บวกมากขึ้น ด้วยเพราะเป็นวิธีการคิดที่มีความสำคัญ และยังเป็นแนวทางปฏิบัติที่ช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ ผู้ที่สามารถปรับเปลี่ยนมุมมองของความคิดให้แตกต่างไปจากเดิม ก็จะพบในสิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นได้ อย่างน่าอัศจรรย์ เพราะการคิดเชิงบวกเป็นความคิดที่ช่วยทำให้ชีวิตมีความสมดุล มีความสุขมากขึ้น

**7.3.1 ความหมายของความคิดเชิงบวก**

นิภา แก้วศรีงาม (2548: 76) ให้ความหมายการคิดเชิงบวกว่า เป็นกระบวนการทาง ความคิดของบุคคลที่เกิดจากการที่คนมีรูปแบบรับรู้และการ รู้คิด (Perception and cognitive style) ไปใน ทิศทางที่ดี มองและรับรู้สิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริง เป็นเหตุเป็นผลด้วยอารมณ์ที่ผ่องใส จึงทำให้มี พฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม การคิดบวกเป็นการโน้มน้ำหนักในทางที่ดี (เวรา ไฟฟ์เฟอร์, 2548: 27) เป็นการสร้างเจตคติที่ดีต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่อวัตถุหรือสภาพการณ์เจตคติที่เป็นบวกชี้เป็น เครื่องมือสำคัญของเราที่จะสามารถอยู่ในโลกที่สับสนวุ่นวายนี้ได้อย่างประสบความสำเร็จ และมี ความสุข (พรณี บุญประกอบ , 2549: 1) สอดคล้องกับ เวรา ไฟฟ์เฟอร์ (2002: 16-20)เป็นการคาดหวังที่ จะได้ผลที่ดีสามารถประสบความสำเร็จถึงแม้ว่าจะมีอุปสรรคมากมาย และรัตนา บรรณาธรรม (2548: 1) ให้ความหมายว่าการคิดเชิงบวกเป็นศิลปะสำคัญของการดำรงชีวิตให้มีความสุข เป็นอุบายกล่อมใจ ให้ ยอมรับสภาพปัญหาที่กำลัง ปรากฏเพื่อให้มีกำลังใจและความเข้มแข็งในการต่อสู้กับชีวิตต่อไป

ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่า การคิดเชิงบวก เป็นกระบวนการทางความคิดของบุคคลที่เกิดจาก การมี รูปแบบการรับรู้ การคิดไปในทางที่ดี เป็นการสร้างเจตคติและแนวโน้มจิตใต้สำนึกที่ดีต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่อวัตถุหรือสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นเครื่องมือ เป็นวิธีการที่ทำ ให้ยอมรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น อย่างเข้มแข็งสามารถดำรงชีวิตอย่างประสบความสำเร็จ และมีความสุข

**7.3.2 ลักษณะของการคิดเชิงบวก**

**PROMISE**

การคิดเชิงบวกมีลักษณะของการคิดที่ชอบหาทางปรับปรุงแก้ไขเหตุการณ์ของชีวิตให้ดีขึ้น ซึ่งการปรับปรุงต่างๆ ไม่จำเป็นต้องเริ่มต้นจาก การจับผิดหาข้อผิดพลาด หรือตำหนิติเตียนผู้อื่น ทศนคติที่สำคัญของผู้ที่มีนิสัยคิดทางบวกคือ ไม่วิพากษ์วิจารณ์ข้อบกพร่องหรือข้อผิดพลาดของใครต่อจะ คอยหาวิธีการที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแก้ไข ในทุกเรื่องที่ต้องคิดต้องทำให้ดีขึ้น ตามความเหมาะสม (เกียรติวรรณ อมาตยกุล, 2544: 69)

ในสภาพการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นมีหลายเหตุปัจจัยผู้ที่มีการคิดเชิงบวกสามารถเลือกมองในทาง ที่สดใส ซึ่งไม่ได้หมายความว่าหลีกเลี่ยงปัญหา แต่เป็นการคิด การมองอย่างถ้อยถนอว่าอะไรเป็น สิ่งรบกวนหรือให้เกิดปัญหา และอะไรคือสิ่งเหมาะสมที่เราจะทำ ถ้า เรามีความคิดเชิงบวกเราจะ เตรียมพร้อมรับมือกับเหตุการณ์นั้นๆ และคิดที่จะหาทางแก้ปัญหา (Peiffer, Vera, 2002: 16) ซึ่งสอดคล้องกับ แคธริน เครเมย์ (2545: 51) ที่กล่าวว่าความคิดเชิงบวกเป็นวิธีการคิดให้เป็นศักยภาพแทนปัญหา หากแต่ รู้จักนำเรื่องราวๆ ที่เกิดขึ้นมาใช้ให้เป็นประโยชน์ เช่นเดียวกับมาติน (Martin, English, 1992: 2) ให้มอง เห็นหาสิ่งที่ดีในเหตุการณ์ จะสามารถแก้ไขปัญหา และผ่านพ้นเหตุการณ์ที่ไม่ดีนั้น อย่างไรก็ตามการ คิดและการกระทำเชิงบวกไม่ได้เป็นเครื่องรับประกันได้ว่าทุกปัญหาจะต้องได้รับการแก้ไข แต่การคิด และการกระทำเชิงบวกซึ่งเป็นวิธีการที่สร้างสรรค์นี้จะรับประกันได้ว่าเป็นวิธีที่ดี และมีประสิทธิภาพสูงที่สุด ในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้ (เกียรติวรรณ อมาตยกุล 2545: 76)

การคิดเชิงบวกเป็นวิธีการคิดที่เกิดจากการเรียนรู้ของบุคคลสามารถฝึกฝน และพัฒนาได้ ซึ่ง การเรียนรู้การคิดเชิงบวก เป็นการเรียนรู้ในการแปลความหมายของเหตุการณ์ต่างๆ ในด้านบวก ซึ่ง ไม่ได้เป็นการหลอกตัวเอง เป็นเพียงการแปลความหมาย การมองมุมมองใหม่ๆ ที่เป็นการสร้างสรรค์ เป็นประโยชน์ มีคุณค่ามากกว่ามุมมองเดิม อย่างไรก็ตามการเกิดเหตุการณ์เดียวกัน พบปัญหา เดียวกัน บุคคลที่คิด เชิงบวก มีมุมมองการคิดที่จะเลือกคิดสร้างสรรค์ที่มีประโยชน์มีความสุข ส่วน บุคคลที่คิดลบ มองโลกในแง่ร้ายก็จะอยู่กับความทุกข์ ความสับสน วิตกกังวล ความคาดหวังต่ำ ไม่พบ คำตอบในการแก้ปัญหา ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงความคิดเชิงบวกจึงมีความสำคัญ และส่งผลต่อการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคนได้

จากการที่เราทราบว่าความคิดเป็นวงจรที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความรู้สึก และพฤติกรรม ถ้าเรามีความคิดเชิงบวก จะส่งผลต่อความรู้สึกดีๆ ความอึดอเมใจ ปลายปลื้มใจ มีความสุข รู้สึก กระปรี้กระเปร่ามีพลังกำลัง ทำให้พฤติกรรมแสดงออกไปในทางสร้างสรรค์ในทางที่ดี ตรงกันข้าม ถ้ามีความคิดเชิงลบ ทำให้ความรู้สึกตึงเครียด สับสนวุ่นวาย ไม่สบายใจ ไม่มีความสุข พฤติกรรมของ เราก็จะแสดงออกในทางลบ อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น จึงสรุปได้ว่า (Martin, English, 1992: 1-4; เกียรติวรรณ อมาตยกุล, 2545: 76)

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



**PROMISE**

4. สมอจะมีความคิดอยู่เสมอ มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาไม่ทางบวกก็คิดด้านลบ
  5. ความคิดของคนเรานั้นเปรียบเหมือนแ่งแม่เหล็กที่เคลื่อนที่เพื่อนำพาชีวิตให้ไปหาสิ่งที่เราคิดอยู่เสมอ และดึงดูดสิ่งที่ความคิดคล้ายกับเราให้เข้ามาหาเรา
  6. ความคิด นำสู่การกระทำ นำสู่นิสัย และทำให้เกิดชะตาชีวิตที่ดีหรือไม่ดีได้
- จึงเป็นไปได้ว่าการคิดมีอิทธิพลและเป็นตัวนำพาชีวิตของเราให้พบกับความสำเร็จหรือความสมหวังขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นจะเลือกที่จะคิดอย่างไร เลือกคิดในเชิงบวก ทำให้ตนเองสบายใจ มีความสุข ทำให้บุคคลรอบ ข้างเรามีความสุขด้วย มีความคิดสร้างสรรค์ มีพลัง มีกำลังใจ จะต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ ได้อย่างไม่ย่อท้อซึ่งทำให้บุคคลสามารถก้าวออกจากวังวนของมุมมองเดิมๆ ปัญหาเดิมๆ สุ่มมมองใหม่ และวิธีการแก้ปัญหาใหม่ๆ อย่างสร้างสรรค์

**7.3.3 ความสำคัญของการคิดเชิงบวก**

โดยปกติแล้วความคิดเชิงลบจะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ง่ายกว่า เพราะธรรมชาติของคนเรานั้นพร้อมจะมองเห็นความบกพร่องมากกว่ามองเห็นข้อดี ในขณะที่ความคิดเชิงบวก ต้องอาศัยมุมมองและการคิดที่ลึกกว่านั้น ไม่ใช่การคิดขึ้นเดียวจากการเห็นแล้วสรุปความเลยว่าสิ่งนั้นไม่ดี แต่ ต้อง มาจากมุมมองที่เชื่อว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น (โดยเฉพาะเรื่องไม่ดี) ย่อมมีประโยชน์หรือความดีแฝงอยู่ด้วยเสมอ ดังนั้น การมองโลกเชิงบวก (Positive thinking) จึงหมายถึงการมองสิ่งต่างๆ อย่างเข้าใจ ยอมรับได้ในด้านลบ มองปัญหา ความทุกข์ ความไม่ราบรื่นเป็นเรื่อธรรมดา หากรู้จักเลือกใช้ประโยชน์จากด้านบวกที่แฝงอยู่จากสิ่งนั้นๆ ได้ เหตุการณ์บางอย่างที่ไม่สามารถเลือกได้ว่าจะให้เกิดหรือไม่ให้เกิด แต่เมื่อเกิดขึ้นไปแล้ว เราเลือกได้ว่าจะมองและรู้สึกได้อย่างไร

การคิดเชิงบวกเป็นพื้นฐานสำคัญในการต่อยอดอีกสองข้อที่เหลือ นั่นคือการสู้ไม่ถอยและความคิดสร้างสรรค์ เมื่อคิดเชิงบวกทำให้มีแรงจูงใจในการคิดและทำเพื่อแก้ปัญหา เป็นการสู้ ไม่ใช่ถอยหนี การคิดเชิงบวกทำให้คนรู้สึกสบายไม่ตึงเครียด ซึ่งนั่นเป็นภาวะที่เหมาะสมสำหรับการคิดสิ่งใหม่ๆ เป็นภาวะที่บางคนเชื่อว่าทำให้สติปัญญาเฉียบแหลมขึ้น ลองนึกถึงเครื่องคอมพิวเตอร์ ซึ่งก็เหมือนกล่องความคิดเรา ตอนที่เห็นตามจริงนั้นสภาพกล่องความคิดก็ดำเนินการไปตามระเบียบ พอเราคิดบวกคลื่นความคิดจิตใจก็กระเพื่อมไปในแนวสบายๆ แต่พอคิดลบกระแสดความคิดก็เริ่มตึงกันวุ่นวาย คิดซ้ายที่ขวาที หรือบางทีหลายๆเรื่องพร้อมๆ กัน ยิ่งคิดยิ่งโมโห ยิ่งขุดข้อมูลเก่าบ้าง เติมแต่งใหม่บ้างยุ่งกันใหญ่

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



**PROMISE****7.3.4 งานวิจัยที่ทำการศึกษเกี่ยวกับการคิดเชิงบวก**

ธีรศักดิ์ ธาราช (2549: online) ได้ทำการศึกษาลักษณะความคิดของนักธุรกิจที่สามารถดำเนินธุรกิจให้ผ่านพ้นวิกฤตเศรษฐกิจมาได้ พบว่าส่วนใหญ่มี การคิดเชิงบวก เป็นหนึ่งใน 3 ความคิดสำคัญของผู้บริหารโดยถือว่าการคิดเชิงบวกนำไปสู่ช่องทางกษาทางออกและทำให้ของค์กรเติบโตอย่างก้าวกระโดดหลังเกิดวิกฤต เพราะเปลี่ยนวิธีคิด วิธีทำงาน เพื่อความอยู่รอด แต่ผลกลับ กลายเป็นว่าวิธีการเหล่านั้นมีประโยชน์มากและให้ผลสัมฤทธิ์ดีกว่าวิธีการทำงานเดิมๆ ในช่วงเวลาปกติ

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

ในงานวิจัยภายในประเทศ เช่นของ ทิวา มั่งน้อย (2534) ได้ศึกษาความสามารถในการปรับตัวของนักเรียนมัธยมศึกษาที่รูปแบบการอธิบายแตกต่างกัน โดยศึกษาว่านักเรียนที่มีรูปแบบการอธิบายแบบใดจะมีความสามารถในการปรับตัวกับเพื่อนสูงกว่ากัน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน พบว่า นักเรียนที่มีรูปแบบการอธิบายในลักษณะการมองโลกในแง่ดี มีความสามารถในการปรับตัวกับเพื่อนสูงกว่านักเรียนที่มีรูปแบบการอธิบายในลักษณะการมองโลกในแง่ร้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่  $p < .05$  ในขณะที่ อรพินทร์ ชูชม และคณะ (2546) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาตนเองเพื่อเพิ่มพลังใจในการทำงาน : กรณีข้าราชการครูประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการครูสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 547 คน พบว่า ปัจจัยทางจิตลักษณะที่มีผลโดยตรงต่อพลังใจในการทำงาน มี 3 ตัวแปร ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี (เบต้า = .33) การเห็นคุณค่าในตนเอง (เบต้า = .23) และวิธีการเผชิญแบบถอยหนี (เบต้า = .09) โดยการมองโลกในแง่ดี และเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดทางบวกต่อพลังใจในการทำงาน และปิยะดี ลีผละบำรุง (2547: 51) ศึกษาการพัฒนาการมองโลกในแง่ดี ด้วยโปรแกรมการฝึกทักษะการคิดของนิสิตที่มีคะแนนเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ลงมาจำนวน 36 คน เป็นกลุ่มทดลอง 18 คน กลุ่มควบคุม 18 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการมองโลกในแง่ดีที่พัฒนามาจาก เซลิกันแมน พบว่ากลุ่มทดลองมี



**PROMISE**

การมองโลกในแง่ดีทุกมิติ และในด้านรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยพบว่าทั้งชาย และหญิง มีคะแนนการมองโลกในแง่ดีไม่แตกต่างกัน

ยังมีงานวิจัยอีกเป็นจำนวนมากที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการคิดเชิงบวกที่ได้ข้อค้นพบที่ตรงกันว่า คนที่มีการคิดเชิงบวกมักมีข้อได้เปรียบในการดำเนินชีวิต รวมทั้ง ประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ของการดำเนินชีวิตมากกว่าคนที่มองโลกในแง่ลบ

**7.3.5 การวัดความคิดเชิงบวก**

จากงานวิจัยข้างต้นจะพบว่าคนส่วนใหญ่เชื่อว่าการมองโลกในด้านบวกนั้นเป็นสิ่งดี อย่างไรก็ตาม บุคคลเป็นจำนวนมากมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องต่อการมองโลกด้านบวก จึงต้องมีการประเมินความคิดในเชิงบวกของตนเองเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคม ได้อย่างปกติสุข ไม่ดีเกินไปหรือเลวเกินไป และไม่เป็นการหลอกลวงตัวเอง แต่การมองทางด้านบวกเพื่อให้ออกคิด ให้มีมุมมองให้รอบด้าน และเป็นกลอุบายในการสร้างสภาวะจิตใจสงบ เมื่อจิตใจสงบก็จะทำให้เราใช้สติปัญญาเข้าแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึง การสนใจที่จะปรับปรุงตนเองและการทำงานให้ดีขึ้นต่อไป

ดังนั้น การประเมินความคิดเชิงบวกของตนเอง จึงเป็นอีกสิ่งสำคัญที่ควรให้ความใส่ใจ โดยเฉพาะการตรวจสอบเพื่อสำรวจความคิดของตนเองและนำไปสู่การพัฒนาตนเองที่ดียิ่งขึ้นต่อไป อาทิ เช่น แบบประเมินการคิดเชิงบวก โดย เท็ดคัทดี เดชคง (2548: 22-25) ที่ทำการสำรวจความคิดและการใช้ความคิดผ่านประสบการณ์ของตนเอง เช่น วันนี้คุณพบเจอเรื่องดีๆ บ้างไหม , คุณเป็นคนที่ยิ้มแย้มแจ่มใสเมื่อพบอุปสรรค , คุณคิดว่าตนเองเป็นคนโชคร้ายบ้างไหม , คุณมักจะล้มเหลวมากกว่าที่คุณคาดหวังไว้และคุณคิดว่าตนเองเป็นคนที่ไม่น่าคบหา โดยในแต่ละข้อต่างก็มีคำอธิบายที่สะท้อนถึงความคิดเชิงบวกของตนเองได้อย่างชัดเจน เช่น ถามว่า “วันนี้คุณพบเจอเรื่องดีๆ บ้างไหม” สะท้อนให้เห็นว่า “1 คนส่วนใหญ่มักมองข้ามสิ่งดีๆ ในชีวิตประจำวันที่ตนเองประสบมา ซึ่งถ้าหากเราฝึกฝนตนเองให้ไวพอกที่จะรับรู้สิ่งดีๆ เหล่านี้ชีวิตก็จะมีความสุขได้ง่ายขึ้นไม่ว่าจะเป็นอากาศเย็นสบายที่นึ่งพอดีกัน น้ำที่เย็นสดชื่น ฯลฯ” เป็นต้น

**7.4 แรงจูงใจ ( Motivation: M)** อัจฉรา สุขารมณ (2551) ได้ให้ความหมายของ แรงจูงใจ หมายถึง แรงผลักดันที่ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมบางอย่างหนึ่งอย่างต่อเนื่องและมีจุดมุ่งหมาย มีความสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมด้านต่างๆ ของมนุษย์ รวมถึงพฤติกรรมกรรมการบริหารจัดการโครงการ 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 บุคคลจะแสดงพฤติกรรม เพื่อตอบสนองสิ่งจูงใจดังกล่าว เฉพาะในกรณีที่ต้องการรางวัล ต้องการเกียรติ ชื่อเสียง คำชม การยกย่อง การได้รับการยอมรับเท่านั้น



**PROMISE**

2. แรงจูงใจภายใน (Intrinsic motivation) หมายถึง การที่บุคคลมองเห็นคุณค่าของกิจกรรมที่ทำจึงทำด้วยความเต็มใจ ตระหนักว่าการบรรลุผลสำเร็จในกิจกรรมนั้นเป็นรางวัลอยู่ในตัวแล้วซึ่งสภาพของบุคคลที่มีความต้องการและอยากแสดงพฤติกรรมบางอย่างบางอย่างด้วยเหตุผลและความชอบของตนเอง (As a state in individual wants to do or learn something for its own sake) บุคคลที่มีแรงจูงใจภายในนี้ จะแสดงพฤติกรรม หรือกระทำการกิจกรรมด้วยความพึงพอใจและยินดีทำงานของตนเอง เพราะอยากจะทำจุดหมายปลายทางอยู่ที่การทำกิจกรรมนั้นๆ ฉะนั้นแรงจูงใจภายในจึงเป็นเรื่องของแรงจูงใจที่บุคคลนั้นเกิดมีขึ้นเอง อยากทำอะไรแสดงด้วยตัวของตัวเองไม่มีใครบังคับ ไม่มีสิ่งของมาล่อ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้เกิดพฤติกรรมที่คงทนถาวร

การพัฒนาบุคคลเพื่อให้เกิดแรงจูงใจภายใน จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบ 5 ด้าน ดังนี้

1. ความต้องการสิ่งที่ท้าทาย หมายถึง บุคคลที่มีแรงจูงใจภายในต้องมีความชอบ ความพึงพอใจ หรือต้องการงานที่แปลกใหม่ ไม่ซ้ำเดิม ซ้ำซ้อน และมีความยากพอเหมาะสมกับความสามารถของแต่ละบุคคล

2. ความสนใจ-เพลิดเพลิน หมายถึง บุคคลที่มีแรงจูงใจภายในจะเป็นบุคคลที่มีความกระตือรือร้น ความอยากรู้อยากเห็น ตลอดจนมีความสุข พึงพอใจและเพลิดเพลินในการทำงานหรือกิจกรรมที่น่าสนใจ

3. ความเป็นตัวของตัวเอง หมายถึง บุคคลที่มีแรงจูงใจภายในในการทำงานเป็นบุคคลที่ชอบริเริ่มทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง มีอิสระในการคิดและการกระทำ

4. ความต้องการมีความสามารถ หมายถึง บุคคลที่มีแรงจูงใจภายในงานเป็นบุคคลที่ต้องการมีประสิทธิภาพในการจัดการกับสภาพแวดล้อม ต้องการที่จะเรียนรู้ พัฒนาทักษะและความสามารถของตนเอง

5. ความมุ่งมั่น หมายถึง บุคคลที่มีแรงจูงใจภายในเป็นบุคคลที่มุ่งมั่นในการทำงานให้บรรลุด้วยความสามารถของตนเอง มีความยึดมั่นทุ่มเทให้กับงานโดยไม่หวังผลตอบแทนภายนอก ซึ่งความสำเร็จจากงานเป็นแรงบันดาลใจภายในมากกว่ารางวัลหรือเกียรติยศจากภายนอก

แนวทางการส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจสำหรับกลุ่มเสี่ยง

1. ผู้ให้บริการควรจัดให้มีบรรยากาศที่ท้าทายความอยากรู้อยากเห็นของกลุ่มเสี่ยง
2. บอกเป้าหมายของการออกกำลังกายให้กลุ่มเสี่ยงได้ทราบ
3. พยายามให้งานแก่กลุ่มเสี่ยงตามความสามารถ และให้อาสาสมัครในกลุ่มเสี่ยงมีประสบการณ์เกี่ยวกับความสำเร็จในการออกกำลังกาย
4. มีการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่กลุ่มเสี่ยงและแนะนำให้กลุ่มเสี่ยงได้ใช้ข้อมูลย้อนกลับในการช่วยปรับปรุงพฤติกรรมออกกำลังกายให้ดีขึ้น
5. มีการพบกลุ่มเสี่ยงเป็นรายบุคคล เพื่อช่วยโดยนำผลตรวจการวิเคราะห์ทางการแพทย์ (Clinical record) มาดูและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่มเสี่ยงในการดูแลสุขภาพ



**PROMISE**

6. บรรยากาศของการพบกันต้องมีลักษณะอบอุ่น เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเกิดความไว้วางใจต่อผู้ให้บริการ
7. ผู้ให้บริการต้องทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีในการแสดง ความกระตือรือร้นในการแสดงออกเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
8. ผู้ให้บริการต้องให้ช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงในการสร้างแรงจูงใจภายใน ด้วยวิธีการ ดังนี้
  - 8.1 ควรให้กลุ่มเสี่ยงตั้งเป้าหมายเฉพาะตัวเองในการดูแลสุขภาพที่ตนเองต้องการ
  - 8.2 ให้กลุ่มเสี่ยงวางแผนในการพัฒนาตนเองทั้งระยะสั้นและระยะยาว
  - 8.3 ให้กลุ่มเสี่ยงมีการดูแลสุขภาพตามวิธีการที่ตนเองได้เลือกเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และมีการประเมินผลการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับจากผลการตรวจทางการแพทย์
  - 8.4 ต้องช่วยให้กลุ่มเสี่ยงวิเคราะห์ความสำเร็จและไม่สำเร็จของพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง
  - 8.5 ต้องให้กลุ่มเสี่ยงได้เห็นคุณค่าในตนเองในการพยายามเกี่ยวกับคุณค่าในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง
  - 8.6 ต้องช่วยให้กลุ่มเสี่ยงได้ค้นพบศักยภาพที่มีอยู่ในตัวเองและให้กำลังใจในการที่จะดูแลสุขภาพต่อไป
  - 8.7 ชี้แจงให้กลุ่มเสี่ยง เข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการตั้งมาตรฐานความเป็นเลิศให้ใกล้เคียงกับระดับความสามารถของตน
  - 8.8 ช่วยให้กลุ่มเสี่ยงจัดตารางเวลาในการออกกำลังกายให้เหมาะสมตามความเป็นจริง

**7.5 การให้บริการโดยเห็นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Individual or Clients-Center****Approach: I)**

จากการปรับเปลี่ยนหลักการและแนวคิดสำหรับการดูแลและการให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการที่เน้นการตั้งรับเป็นหลัก มาเป็นการให้บริการโดยคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Clients-Center Approach) ของการให้บริการนั้นๆ จะเป็นสิ่งสำคัญและเป็นความท้าทาย อย่างยิ่งต่อการทำงานขององค์กรทุกภาคส่วนในสังคม ไม่ว่าจะเป็นองค์กรภาครัฐบาล ภาคเอกชน ภาคประชาชนและแม้แต่ภาคธุรกิจที่ไม่มุ่งแสวงหากำไร (NGOs) ก็ดี ทั้งนี้ เพื่อรองรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (3C) ได้แก่

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





**PROMISE**

และจากความสำคัญดังกล่าวข้างต้นนี้เอง “การให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง” จึงได้ปรากฏขึ้นมาในฐานะวิธีการเพื่อรองรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นยังสามารถสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการควบคู่กับเป้าหมายของการให้บริการได้เป็นอย่างดี

**7.5.1 ความเป็นมาของการให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง**

จากการสืบค้นข้อมูล ไม่ปรากฏเอกสารที่เชื่อมโยงถึงประวัติการให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางโดยตรง แต่พบรากฐานทางความคิดที่มีความหมายใกล้เคียง นั่นคือ “การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง” ซึ่งเป็นรากฐานการทำงานที่สำคัญของการให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในระยะต่อมา

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

**ระยะที่ 1** การให้การปรึกษาแบบไม่นำทาง (non-directive counseling) ในช่วงปี 1940 นี้ โรเจอร์สมีความเห็นทางแตกต่างไปจากการบำบัดแนวทางเดิมที่มองว่า ผู้ให้การบำบัดคือผู้เชี่ยวชาญที่รู้ดีที่สุด โดยการบำบัดของโรเจอร์สมุ่งเน้นการสร้างบรรยากาศที่ทำให้เกิดการมองในด้านดีและไม่ชี้นำผู้รับการบำบัด มากกว่าการให้ ให้คำแนะนำ ชี้แนะ การกำหนดแนวทาง ชักจูง สอน วินิจฉัย และตีความ ตามความเห็นของโรเจอร์สการบำบัดแบบเดิมเป็นวิธีการที่ไม่มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดการด่วนตัดสิน (prejudice) และมักจะสร้างความผิดพลาดอยู่บ่อยครั้ง การบำบัดแบบไม่นำทางจะเน้นไปที่การให้ความสนใจกับการสะท้อน (Reflecting) และสร้างความชัดเจน (Clarifying) คำพูดและท่าทางการแสดงออกของผู้รับการปรึกษาเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการตระหนักรู้ความรู้สึกตนเองมากขึ้น

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

**ระยะที่ 3** เกิดขึ้นในช่วงปี 1960 เมื่อโรเจอร์เปิดตัวหนังสือ Becoming a person (1961) ซึ่งนำเสนอแนวคิดของธรรมชาติแห่ง "การเป็นตัวตนที่แท้จริงของตนเอง" อันหมายถึง การเปิดรับ



**PROMISE**

ประสบการณ์ ความเชื่อมั่นในตนเอง ประเมินประสบการณ์จากกรอบแนวคิดของตนเอง และความปรารถนาที่จะดำรงตนอยู่ในกระบวนการดังกล่าว ใน ช่วงนี้ โรเจอร์และคณะยังได้ทำงานวิจัยหลายๆเรื่อง เพื่อเสริมขยายแนวคิดของการบำบัดแบบเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางทั้งในด้านกระบวนการและประสิทธิผลของการบำบัด โรเจอร์สนใจศึกษาว่าบุคคลจะมีพัฒนาการที่ดีขึ้นในระหว่างการบำบัดได้อย่างไร และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้การบำบัดเป็นตัวแปรที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพหรือไม่ นอกจากนี้ยังมีการประยุกต์ใช้แนวคิดของเขาในด้านอื่นๆเช่น การสอนแบบเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง กลุ่มเผชิญปัญหา (encounter group) ฯลฯ

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

ในปี 1940โรเจอร์สได้ไปที่เมืองโคลัมบัส มลรัฐโอไฮโอ เพื่อ เป็นอาจารย์สอนที่ Ohio State University และช่วงนี้ถือได้ว่าเป็นช่วงที่สองของการพัฒนาทฤษฎีของเขา หลังจากการนำเสนอผลงานของเขาที่ University of Minnesota ในปี 1940 ทำให้เขาตระหนักว่า แนวคิดจิตบำบัดของเขาคือแนวคิดใหม่สำหรับวงการจิตบำบัด โรเจอร์สให้ความสนใจกับการทำให้ผู้รับบริการเกิดความรับผิดชอบต่อตนเอง และให้ความสำคัญกับสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้การบำบัดกับผู้รับการบำบัดอันเป็นการสร้างความไว้วางและความร่วมมือที่จะสำรวจความรู้สึก และเสริมสร้างความรับผิดชอบต่อชีวิตของผู้รับการบำบัดเอง การสะท้อนความรู้สึกและการสร้างความกระจ่างอันนำไปสู่ความเข้าใจความรู้สึกของผู้รับการบำบัดถือได้ว่าเป็นหัวใจการบำบัดตามแนวคิดของโรเจอร์ส ในช่วงเวลานั้น

**7.5.2 เป้าหมายของการบำบัด (Therapeutic goals)**

การบำบัดแบบเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางมีเป้าหมายที่แตกต่างการบำบัดรูปแบบอื่นๆ โดยจะเน้นไปที่การสร้างให้บุคคลมีรู้สึกเป็นอิสระในตัวเองมากขึ้น แทนที่จะมุ่งให้ความสำคัญกับปัญหาของบุคคล ในทัศนะของโรเจอร์ (1977) การบำบัดไม่ใช่แค่การแก้ปัญหาเท่านั้น แต่ยังเป็นการช่วยสร้างกระบวนการแห่งความงอกมาในตัวผู้รับการบำบัดเพื่อที่จะช่วยให้เขาจัดการกับปัญหาที่เขากำลังประสบอยู่ในปัจจุบันและอนาคตได้เป็นอย่างดีอีกด้วย

โรเจอร์(1961) ได้เขียนไว้ว่า ผู้ที่มาขอรับการบำบัดมักจะถามว่า โรเจอร์(1961) ได้เขียนไว้ว่า ผู้ที่มาขอรับการบำบัดมักจะถามว่า “ฉันจะค้นพบตัวตนที่แท้จริงของฉันได้อย่างไร” “ฉันจะเป็นบุคคลที่ฉันปรารถนาจะเป็นได้อย่างไร ” “ฉันจะทิ้งตัวตนที่จอมปลอมและเป็นตัวตนที่แท้จริงของฉันได้อย่างไร ”



**PROMISE**

เป้าหมายที่สำคัญของการบำบัด คือการ ช่วยสร้างบรรยากาศที่จะนำไปสู่การช่วยให้บุคคลเป็นที่ใช้ศักยภาพของตนได้อย่างเต็มที่ การที่ผู้รับการบำบัดจะบรรลุเป้าหมายเช่นว่านี้ได้ เขาต้องทิ้งหน้ากากที่เขาสวมอยู่เสียก่อน หน้ากากที่ถูกสร้างขึ้นมาจากกรก่อกมลของสังคม (Socialization). ผู้รับการบำบัดจะต้องตระหนักเสียก่อนว่า เขาสูญเสียความผูกพันตัวตนที่แท้จริงของเขาเพราะความจอมปลอมเหล่านั้นที่เขาใช้อยู่ทุกวัน บรรยากาศที่ปลอดภัยในช่วงเวลาของการบำบัดผู้รับการบำบัดค้นพบว่ายังมีความเป็นไปได้อื่น ๆ อยู่อีก เมื่อความจอมปลอมเริ่มจางหายไปในระหว่างกระบวนการของการบำบัดอะไรเล่าที่จะเกิดขึ้นกับผู้รับการปรึกษา ? โรเจอร์ (1961) อธิบายว่า ผู้ที่รู้จักตนเองอย่างถ่องแท้มากขึ้นจะมีลักษณะ ดังนี้

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

การสนับสนุนให้บุคคลมีคุณลักษณะดังกล่าวถือได้ว่าเป็นเป้าหมายหลักของการบำบัดแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยคุณลักษณะทั้ง 4 ประการดังกล่าวนี้ จัดได้ว่าเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างความเข้าใจถึงทิศทางการบำบัด นักบำบัดจะไม่ระบุเป้าหมายการบำบัดที่เฉพาะเจาะจงให้กับผู้รับการบำบัด หลักสำคัญประการหนึ่งของการบำบัดแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางก็คือมุมมองที่ว่า “...ภายใต้ความสัมพันธ์ที่ ผู้ให้การบำบัดช่วยเหลือ ผู้รับการบำบัดจะมีศักยภาพที่กำหนดและสร้างความชัดเจนให้กับเป้าหมายของตัวเอง...”

**7.5.3 แนวคิดที่สำคัญ**

หลักการและแนวคิดการทำงานที่สำคัญที่นำไปสู่การทำงานที่ประสบความสำเร็จของโรเจอร์ นั้นคือ การทำงานที่มุ่งเน้นการสนองตอบต่อการพัฒนาบุคคลให้เกิดความเจริญงอกงามในระหว่างการบำบัดนั่นเองผ่านกระบวนการสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการนั่นเอง ซึ่งพอสรุปแนวคิดแต่ละขั้นในการดำเนินงาน ได้ดังนี้

1. (Actualizing tendency) เป็นแนวโน้มที่ของบุคคลที่จะพัฒนาตนเองในวิถีทางที่จะก้าวไปสู่ความเจริญงอกงาม (Growth) ทั้งทางร่างกายและจิตใจ
2. เงื่อนไขของการมีคุณค่า (Condition of worth) เงื่อนไขซึ่งเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะต้องแสดงพฤติกรรมอย่างไรจึงได้รับการยอมรับจากผู้อื่นว่ามีคุณค่า
3. ความสอดคล้อง (Congruence) เป็นการความสอดคล้องของการแสดงความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมที่สอดคล้องกับประสบการณ์ภายในใจ
4. การเข้าใจด้วยความเห็นใจอย่างจริงใจ (Empathic understanding)
5. ประสบการณ์ (Experience) (นาม)
6. การสร้างประสบการณ์ (Experience) (กิริยา)



**PROMISE**

7. ความจริงใจ (Genuineness)
8. กระบวนการประเมินคุณค่าผ่านทางอายตนะ (Organismic value process)
9. การนับถือเชิงบวก (Positive regard)
10. การนับถือตนเองในด้านบวก (Positive self regard)
11. แนวโน้มที่จะพัฒนาตนเองไปสู่ความงอกงาม (Self actualizing tendency)
12. ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self concept)
13. การมีประสบการณ์เกี่ยวกับตนเอง (Self experience)
14. การยอมรับในด้านบวกอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional positive regard)
15. การยอมรับตนเองในด้านบวกอย่างไม่มีเงื่อนไข (Unconditional self regard)

**7.5.4 พัฒนาการทางความคิดทางด้านสุขภาพกับการดูแลผู้รับบริการโดยเห็น****ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง**

อรรถประโยชน์จากการดำเนินงานที่มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญของโรเจอร์ ได้เป็นต้นแบบทางความคิดสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนาด้านอื่นๆ ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ดังเช่น ในวงการ การศึกษาที่มีการจัดการศึกษาและการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Student-Center) วงการอุตสาหกรรมที่เน้นแรงงานและผู้นำเป็นความสำคัญลำดับแรกในการพัฒนาขององค์กร การพัฒนาองค์กร การพัฒนางานด้านสาธารณสุข กิจกรรมแบบข้ามวัฒนธรรมและหลากหลายชาติพันธุ์ ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ และในทางการเมืองที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา

นายแพทย์ชื่น เตชามหาชัย (2546) ได้กล่าวถึงการบริหารจัดการงานโรงพยาบาลและงานสาธารณสุขที่ได้นำแนวคิดของการดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวม โดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางไว้อย่างน่าสนใจว่า

“...การดูแลสุขภาพประชาชนก็เช่นกัน องค์ความรู้และเทคโนโลยีเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วมาก ความรู้ทางเทคนิควิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ความรู้ในการบริหารจัดการ โครงการส่งเสริมสุขภาพอย่างได้ผล สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรมในพื้นที่ ประสบการณ์ ความรู้ความชำนาญเฉพาะบุคคล ในการบริหารจัดการองค์ความรู้ต่างๆ วัฒนธรรมองค์กรในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ เหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ต้องมีการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน โรงพยาบาลก็เช่นกัน โรงพยาบาลเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ เป็นองค์กรที่มีวิสัยทัศน์ พันธกิจ ปรัชญา นโยบาย และรูปแบบการนำองค์กรการบริหารจัดการด้านต่างๆ เป็นของตนเอง มีทีมบุคลากรหลากหลายสาขาที่มีความรู้ความชำนาญต่างๆ จำนวนมาก มาอยู่รวมกัน มีเทคโนโลยีและแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชน ในแบบฉบับของตนเอง ได้รับความเชื่อถือไว้วางใจ หากคนในชุมชน อยู่ในชุมชน ทราบถึงชีวิตความเป็นอยู่ สังคม วัฒนธรรม จิตใจ อารมณ์ และสภาวะสุขภาพของคนในชุมชน เป็นที่พึ่งพาของประชาชนในพื้นที่ มีศักยภาพ และความพร้อมในการดูแล และเป็นผู้นำด้าน



**PROMISE**

สุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยเทคโนโลยี ความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์ และความร่วมมือของบุคลากรทุกฝ่าย เป็นทีมสาขาวิชาชีพเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยเน้นผู้รับบริการ หรือประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีการพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม เป้าหมาย ทั้งที่เจ็บป่วย และที่ยังมีสุขภาพดี เพื่อลด การเจ็บป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน และเสริมสร้างสุขภาพ สมรรถภาพในทุกมิติ คำนึงถึงประโยชน์ ความต้องการ และความพึงพอใจของผู้มารับบริการ และประชาชนไม่ใช้การดูแลสุขภาพแบบแยกส่วนเป็นรายโรค รายอวัยวะแยกสุขภาพกายออก จากมิติด้านอื่นๆ ที่ประกอบเป็นคน คนนั้น ไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และความเป็นอยู่การจะดูแลสุขภาพผู้รับบริการ ให้เกิดการบูรณาการ มีการผสมผสาน โดยคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และมีเครือข่ายองค์ความรู้ เพื่อการประสานส่งต่อ การดูแลอย่างมีป รัชสิทธิภาพ ต้องมีกลยุทธ์ในการดำเนินงาน มีการบริหารจัดการระบบ การดูแลสุขภาพในลักษณะ ให้เกิดความคล่องตัวสะดวกต่อผู้รับบริการ ได้ข้อมูล ต่างๆ ครอบคลุมปัญหาของผู้รับบริการ...”

ดังนั้น จึงพอสรุปหลักการสำคัญของการให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ได้ว่าเป็นการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมอะไรก็ตาม ที่มีเป้าหมายสำคัญอยู่ที่การคำนึงถึงประโยชน์ของกลุ่มผู้ได้รับผลประโยชน์ นั่นก็คือประชาชน นักเรียน ผู้รับบริการ ลูกค้า แรงงาน ฯลฯ ได้อย่างตรงตาม ความต้องการ มีการดำเนินงานที่ใส่ใจต่อกระบวนการมีส่วนร่วม การเสริมพลัง มีการจัดลำดับ ความสำคัญ มีวางแผนการดำเนินงานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการเป็นลักษณะทำไป ปรับปรุงไป และพัฒนาไป เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและเกิดนวัตกรรมในการดูแลและ ให้บริการใหม่ๆ อยู่ตลอดเวลา

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

การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) หรือความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นการคิดและ ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองว่าสามารถทำสิ่งต่างๆ อย่างไร ตนเองมีความสำคัญอย่างไร การเห็นคุณค่าใน ตนเองเริ่มต้นมาตั้งแต่วัยทารก เมื่อได้รับการสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและได้รับความรักและความ อบอุ่น ย่อมเรียนรู้ว่าตนเองเป็นที่รัก และเริ่มเห็นคุณค่าในตนเอง เมื่อเข้าสู่วัยเตาะแตะ เด็กเรียนรู้ เกี่ยวกับตนเองและความสามารถของตนเอง ถ้าเด็กได้รับความรัก จะเห็นคุณค่าในตนเอง ในทาง ตรงกันข้าม ถ้าเด็กรู้สึกว่ตนเองไม่มีใครรักก็ยากที่จะพัฒนาในด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง

การเห็นคุณค่าในตนเองเกิดจากการตัดสินคุณค่าของ “ตน” (Self) ซึ่งทำให้บุคคลมีทัศนคติ ต่อตนเองด้านต่างๆ เช่น ลักษณะ ความสามารถและการเรียนรู้ มาสโลว์ (Maslow, 1970: 45-46) กล่าวถึงการเห็นคุณค่าในตนเองว่ามี 2 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้สึกนับถือตนเอง (self respect) ความ



**PROMISE**

เชื่อมั่นในการกระทำต่างๆ ที่ประสบความสำเร็จอย่างอิสระเสรี และ 2) การเห็นคุณค่าในตนเองที่ได้รับจากผู้อื่น (Esteem from other) เป็นความต้องการได้รับการยอมรับ การมีชื่อเสียง เกียรติยศและอำนาจ ส่วนแนวคิดของแม็คเคย์และกอร์ (Makay and Gaw, 1975) กล่าวถึง 1) การยอมรับนับถือตนเองเป็นผลมาจากมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถและเห็นว่าตนเองมีคุณค่า และ 2) ความเชื่อมั่นในตนเองเป็นผลที่เกิดจากการประเมินความสามารถในการเผชิญและปรับตัวของตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม

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

นอกจากนี้ ยังมีการให้ความหมายที่มีรายละเอียด เช่น หมายถึงความรู้สึกหรือทัศนคติทางบวกและการมองเห็นความสำคัญและคุณค่าของตนเองที่เกิดจากการสะท้อนภาพที่แท้จริงของตนเองตามความเป็นจริง (Real self) เมื่อนำมาเทียบกับภาพของตนเองตามความคาดหวัง (Ideal self) (จรัสศรี อินทรสมหวัง. 2543: อ้างอิงจาก; Kelly, 1985) นอกจากนี้ คูเปอร์สมิธ (Coopersmith) ได้ให้ความหมายว่า บุคคลใดที่ประเมินตนเองแล้วพบว่าตัวตนที่แท้จริงซึ่งมีความสอดคล้องกับที่ตนเองตามความคาดหวัง บุคคลนั้นจะรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และมีความมั่นใจที่จะดำเนินชีวิตด้วยตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองจะสูงขึ้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลใดประเมินตนเองแล้วพบว่าตัวตนที่แท้จริงไม่สอดคล้องหรือขัดแย้งกับ สิ่งทีตนคาดหวัง บุคคลนั้นจะรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ไม่มีคุณค่า ไม่มีความสำคัญและประเมินตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถและทักษะในการทำ สิ่งต่างๆ ยิ่งมีความแตกต่างหรือมีความขัดแย้งมากเพียงใด การเห็นคุณค่าในตนเองย่อมลดต่ำลงเพียงนั้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจรุนแรง และอาจถึงขั้นที่ทำให้เกิดโรคประสาทหรือโรคจิตได้ (นิพนธ์ แจ้งเอี่ยม, 2539: 6-7; อ้างอิงจาก Coopersmith, 1967: 5)

ผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีการกระทำหรือมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ดังนี้

1. มักพูดเกี่ยวกับตนเองในทางลบ เช่น “ไม่น่าจะมาเสียเวลากับฉัน” “แยจ้จ”
2. กล่าวขอโทษบ่อยๆ และสงสัยในความสามารถของตนเอง
3. เฟื่องเล็งความผิดพลาดของตนเอง



**PROMISE**

4. ปฏิเสธเมื่อได้รับคำชมจากผู้อื่น
5. มุ่งความถูกต้องสมบูรณ์และมักจะรู้สึกที่ตนเองล้มเหลว

ส่วนผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองจะสามารถปรับปรุงด้านต่าง ๆ ของชีวิต ผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองเปิดรับการเรียนรู้และยอมรับการแนะนำจากผู้อื่น สามารถที่จะเผชิญกับปัญหาที่ท้าทาย ความเชื่อมั่นในตนเองมีผลดีต่อการเรียนและการทำงาน ผู้ที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงมักจะมีการกระทำหรือมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ดังนี้

1. ไม่อยู่กับความทุกข์นานนัก เช่น ความสิ้นหวัง ความเหงา ความรู้สึกที่ตนไร้ค่าความละอายใจและความอับอาย
2. มีความกล้าที่บอกถึงความต้องการและความคิดเห็นด้วยความมั่นใจ
3. มีสัมพันธภาพที่มั่นคงเชื่อถือตรง ไม่อึดอัดที่จะติดต่อกับผู้อื่น และไม่เอาใจผู้อื่นมากเกินไป
4. กำหนดเกณฑ์และมาตรฐานสำหรับตนเองและผู้อื่นได้เหมาะสม จึงไม่ค่อยมีการวิพากษ์วิจารณ์ตนเองและผู้อื่น
- 5.สามารถชะลอความเครียดเมื่อพบสิ่งที่มีความท้าทายผิดหวังหรือเจ็บป่วยสามารถนำความเชื่อมั่น ในตนเองกลับคืนมาโดยเร็ว
- 6.ไม่พบปัญหาสุขภาพอันเกิดจากความเครียด เช่น ระบบอาหารไม่ปกติ ติดยาและวิตกกังวล

**7.6.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง**

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

จากการประมวลเอกสาร พบว่าผู้ที่ เห็นคุณค่าในตนเองสูง ได้รับประโยชน์จากการสร้างเสริมด้านความริเริ่ม และความรู้สึกพึงพอใจ อย่างไรก็ตาม พบว่าในบางวิจัยพบว่าการ เห็นคุณค่าในตนเองในระดับที่สูงเกินไปไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพนัก เพราะไม่สามารถช่วยในเรื่องการป้องกันเกี่ยวกับการดื่มเหล้า ยาเสพติด บุหรี่และการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร (Baumeister, Campbell, Krueger, Krueger, and Vohs, 2003 online)



**PROMISE**

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







บทที่

## 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงประเมินครั้งนี้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Method) โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิจัย 1) เพื่อประเมิน ผลการดำเนิน โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานองค์กรไม่หวังผลกำไรในเขตกรุงเทพมหานครตามกรอบแนวคิด CIPP Model และ Logic Model 2) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพ ตนเองของผู้เข้าร่วมโครงการ ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ 3) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัด ได้แก่ ค่า BMI น้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต และค่าต่างๆ ตามที่แต่ละโครงการกำหนดของผู้เข้าร่วมโครงการ ที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ 4) เพื่อศึกษาปัจจัยด้านความพึงพอใจต่อโครงการ และด้านพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ที่มีต่อภาวะโภชนาการของผู้เข้าร่วมโครงการ และ 5) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงของหน่วยงาน องค์กรไม่หวังผลกำไรในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนเรียงตามลำดับดังนี้

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

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมิน



**PROMISE**

ประชากร ที่ใช้ในการประเมิน องค์การไม่หวังผลกำไร ที่ดำเนินโครงการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพจากงบประมาณสนับสนุนของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร จำนวน 8 โครงการ จากกรอบแนวคิด CIPP Model ของ สตัฟเฟิลบีมและชินคฟิลด์ (Stufflebleam & Shinkfield, 2007) ประกอบกับ แนวคิดการประเมินแบบ 360 องศาและ โลจิกโมเดล (Logic Model) กลุ่มตัวอย่างในการประเมินครั้งนี้จึงประกอบด้วย หัวหน้าโครงการทั้ง 8 โครงการ รวม 8 คน ผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ รวม 8 คน ผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่ให้สัมภาษณ์ระหว่างดำเนินโครงการใน โครงการๆ ละ 4 คนรวมเป็น 32 คน และประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตลอดโครงการ รวม 3,414 คน โดยมีรายละเอียดดังนี้

**กลุ่มตัวอย่างในการประเมิน**

1. กลุ่มหัวหน้าโครงการ ได้แก่ ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นประธานโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มเยาวชนและประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 สาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ภายใต้การนิเทศและประเมินโครงการจากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ปี พ.ศ. 2552 จำนวน 8 โครงการๆ ละ 1 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 8 คน

2. กลุ่มผู้บังคับบัญชา ได้แก่ ผู้บังคับบัญชาโดยตรงของประธานโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 สาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ภายใต้การนิเทศและประเมินโครงการ จากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ปี พ.ศ. 2552 จำนวน 8 โครงการๆ ละ 1 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 8 คน

3. กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ที่มีสิทธิ์ในการรักษาพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 สาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ภายใต้การนิเทศและประเมินโครงการจากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ปี พ.ศ. 2552 จำนวน 8 โครงการๆ ละ 4 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 32 คน

**วิธีการประเมินและบริหารโครงการ**

การประเมินและบริหารโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยและประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้ง 8 โครงการในปี พ.ศ. 2552 ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ภายใต้การนิเทศและประเมินโครงการจากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ดำเนินการตามลำดับต่อไปนี้

1. ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับการบริหารโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ



**PROMISE**

2. จัดทำเกณฑ์มาตรฐานการประเมินพิจารณาตัดสินอนุมัติ ข้อเสนอโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ องค์กรไม่หวังผลกำไร ที่เสนอขอทุนสนับสนุน และเมื่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ตรวจสอบพร้อมหัวหน้าโครงการปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และดำเนินการทำสัญญาข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินโครงการให้เป็นไปตามเงื่อนไขที่ สปสช. และสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กำหนดระหว่างฝ่ายหัวหน้าโครงการ ผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ และสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

3. จัดทำคู่มือการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ในเขตกรุงเทพมหานคร และคู่มือการบริหารการเงินสำหรับหัวหน้าโครงการและทีมงานเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินโครงการ

4. จัดทำคู่มือกำกับติดตามและประเมินผลโครงการ เพื่อให้ผู้นิเทศโครงการใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามนิเทศงานและประเมินโครงการของผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวม 8 โครงการ

5. จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาขีดความสามารถของ องค์กรไม่หวังผลกำไร ที่ร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้มีความเชื่อมั่น มีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการเขียน การบริหารจัดการโครงการ และทักษะในการจัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งทางจิตและทางร่างกายตามแนว 3 Self และ PROMISE Model

6. จัดกิจกรรมในทีมผู้นิเทศเพื่อสร้างความร่วมมือในการดูแล ให้คำแนะนำแก่หัวหน้าโครงการต่างๆ ดำเนินการได้ไปตามเป้าหมาย และตัวชี้วัด

7. บริหารจัดการโครงการบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละ องค์กรไม่หวังผลกำไร ที่ร่วมให้ บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้ผลสัมฤทธิ์ตามตัวชี้วัด โดยประยุกต์แนวความคิดการประเมินผลโครงการตาม CIPP Model

8. จัดประชุมสรุปโครงการแก่ผู้ร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของทุกหน่วยงาน

9. สรุปรายงานผลการดำเนินงานบริหารจัดการโครงการ

**ประเด็นในการประเมินเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการดำเนินโครงการของ องค์กรไม่หวังผลกำไรที่ร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ**

1. ชื่อโครงการ บ่งชี้ถึงลักษณะกิจกรรมที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ ระบุกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน

2. หลักการและเหตุผล ควรระบุ ปัญหาและสาเหตุที่มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องของกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มที่ลักษณะคล้ายกันไว้อย่างชัดเจน ถ้ามีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ดี เพื่อเป็นกรอบในการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาและลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย

3. วัตถุประสงค์ ควรมีความสอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข เป็นวัตถุประสงค์ที่วัดได้จริง และไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและเวลา โดยระบุตัวชี้วัดที่ชัดเจนทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เช่น กลุ่มเสี่ยง



**PROMISE**

มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปทิศทางที่ดีขึ้น รอบแวลลดลงจากเดิมเท่าไรก็คนหรือ คิดเป็นร้อยละเท่าไร เป็นต้น

4. กลุ่มเป้าหมาย ควรระบุชัดเจนว่าเป็นใคร โดยผ่านการตรวจแบบคัดกรองด้วยเกณฑ์อย่างไร ในการคัดเลือกเข้าโครงการ จำนวนกี่คน โดยให้เหมาะสมกับศักยภาพของผู้ดำเนินการ
5. หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบควรระบุไว้ชัดเจน เช่น หน่วย / ฝ่าย ภาควิชา สถาบัน เป็นต้น
6. ผู้รับผิดชอบ ควรระบุไว้ในรูปของคณะทำงานอย่างน้อย 3 คนขึ้นไปโดยให้ระบุชื่อนามสกุล ตำแหน่ง วุฒิการศึกษา สถานที่ทำงาน และเบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ แฟกซ์ อีเมล
7. วันเวลา สถานที่ ในการดำเนินโครงการ ควรระบุพอสังเขป ช่วงไม่เกิน 7 เดือน
8. ขั้นตอนการดำเนินงาน ควรระบุไว้ชัดเจนว่าจะทำอะไรที่ไหนอย่างไร เมื่อไหร่ โดยจัดทำเป็นผังการปฏิบัติงาน โดยมีระยะเวลาทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อยู่ระหว่าง 4 -6 เดือน
9. การประเมินผลโครงการ ควรระบุลักษณะการประเมิน และตัวชี้วัดที่ชัดเจน ที่ให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลงของลักษณะทางจิต เช่น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการหรือผู้รับบริการมีพฤติกรรมจัดการความเครียดดีขึ้นโดยวัดจากอะไรบ้าง ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการ มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการ มีความพึงพอใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองพร้อมที่จะกำกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของตนเอง ถึงแม้โครงการสิ้นสุดลง เป็นต้น และตัวแปรผลลัพธ์ทางร่างกายและทางคลินิก เช่น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการ มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการ มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงหรือเป็นปกติ ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีความดันโลหิตลดลงหรือเป็นปกติ ร้อยละของระดับความพึงพอใจ เป็นต้น
10. ผลสัมฤทธิ์ของงาน ที่ทางสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ส่งมอบงานให้ สปสช. เมื่อสิ้นสุดโครงการ ประกอบด้วย แบบบันทึกผลการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหน่วยงานตาม ตัวชี้วัดของ สปสช. และรายงานสรุปผลการดำเนินงานที่ครอบคลุมทุกระยะของการดำเนินโครงการของ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

**องค์กรไม่หวังผลกำไร** ที่ดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชน **กลุ่มเสี่ยง** ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ภายใต้การนิเทศและประเมินโครงการจากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ประกอบไปด้วยหน่วยงานต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการรณรงค์สุขภาพพิชิตอ้วน พิชิตพุงเพื่อห่างไกลโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงโรคหลอดเลือดและหัวใจ เลขที่สัญญา : A1/2552
- กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ เยาวชน ข้าราชการ ลูกจ้าง ประชาชนทั่วไปและผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง จำนวน 500 คน



**PROMISE**

2. บริษัทพัฒนาการบริหารและจริยธรรม จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการเสริมสร้างสุขภาพกายและจิตเพื่อชีวิตสดใสด้วยเยาว์ เลขที่สัญญา : A2/2552 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ นักเรียนและเยาวชนที่มี ค่าBMI เกิน จำนวน 350 คน

3. บริษัทสุขสวัสดิ์โพลีคลินิกจำกัดและชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการสุขภาพดีในที่ทำงาน เลขที่สัญญา : A3/2552 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ ข้าราชการและบุคลากรที่เป็นโรคอ้วนลงพุง เบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 500 คน

4. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและโภชนาการ Healthy&Healthy จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงและโรคกระดูกพรุน เลขที่สัญญา : A4/2552 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ ครู นักเรียนและประชาชนทั่วไปที่มี ค่า BMI เกิน รอบเอวเกินและมีพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง จำนวน 800 คน

5. สมาคมสโมสรการทางพิเศษแห่งประเทศไทย จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการสุขภาพดี ชีวิตมีสุข เลขที่สัญญา : A5/2552 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ บุคลากรการทางพิเศษและเยาวชนที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 500 คน

6. มูลนิธิสร้างเสริมคุณธรรม จำนวน 2 โครงการ ได้แก่

6.1 โครงการ Fill up Your Life Fill up Your Self เลขที่สัญญา : A6/2552 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ เยาวชนที่มีอายุระหว่าง 13 – 15 ปี จำนวน 250 คน

6.2 โครงการสุขภาพสบายใจด้วยสมาธิ (Body and Mind) เลขที่สัญญา : A7/2552 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ นักศึกษามหาวิทยาลัยเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 250 คน

7. สมาคมวัฒนธรรมสัมพันธ์เพื่อความดีสากล เลขที่สัญญา : A8/2552 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ เยาวชนในและนอกสถานศึกษาเขตกรุงเทพมหานครที่มีอายุระหว่าง 13 – 25 ปี จำนวน 250 คน

สรุปในภาพรวมแล้ว มีหน่วยงานที่ดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเยาวชนและประชาชนกลุ่มเสี่ยง จำนวน 7 หน่วยงาน รวมทั้งสิ้น 8 โครงการ มีผู้เข้าร่วมโครงการรวมทั้งสิ้น 3,400 คน มีหัวหน้าโครงการจำนวน 8 คน มีผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการจำนวน 8 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและบริหารโครงการ

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

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ประเมินในกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ ได้แก่

##### 1.1 การประเมินบริบททั่วไปของโครงการ (C – Context) ได้แก่



**PROMISE**

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

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

### 1.2 การประเมินปัจจัยนำเข้าของโครงการ (I – Input) ได้แก่

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

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

### 1.3 การประเมินกระบวนการของโครงการ (P – Process) ได้แก่

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

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



**PROMISE**

## 1.4 การประเมินผลผลิตของโครงการ (P – Product) ได้แก่

1.4.1 แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) สำหรับประเมิน การส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพของ ผู้เข้าร่วมโครงการ การได้รับความรู้เพิ่มเติม ความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ การบันทึกในสมุดสุขภาพ และความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง มี เกณฑ์ในการประเมินคือ กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการให้คะแนนการประเมินด้านผลลัพธ์ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70

1.4.2 แบบสอบถามผลผลิต ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ การนำความรู้จาก โครงการไปใช้ การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ การทำสมุด บันทึกสุขภาพ มีเกณฑ์การประเมินคือ กลุ่ม ผู้เข้าร่วมโครงการ มีความรู้สึกพึงพอใจ รู้สึกเชิงบวกต่อผล ลัพท์ที่ได้จากโครงการ

1.5 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ระหว่างก่อนและหลังการเข้ารับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย

1.5.1 แบบสอบถามวัดการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพตนเอง (Self efficacy) เป็นแบบสอบถามที่มีมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) ประกอบด้วยข้อ คำถาม 5 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.73 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป

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

1.5.3 แบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง (Self care) เป็นแบบสอบถามที่มี มาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความ เชื่อมั่นแอลฟาของครอน บาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป

## 2. เครื่องมือที่ใช้ประเมินในกลุ่มหัวหน้าโครงการ ได้แก่

## 2.1 การประเมินบริบททั่วไปของโครงการ (C – Context) ได้แก่

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



**PROMISE**

สอดคล้องกับปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ศักยภาพของคณะทำงาน แนวคิดในการดำเนินโครงการ ทรัพยากรใน การดำเนินโครงการ แนวโน้มแห่งความสำเร็จ มีเกณฑ์ในการประเมินคือ กลุ่มหัวหน้าโครงการให้คะแนนการประเมินด้านบริบททั่วไปมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70

2.1.2 แบบสอบถามบริบททั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ วิธีการการวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา การคัดเลือกคณะทำงาน ความสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน ทรัพยากรในการดำเนินโครงการ มีเกณฑ์การประเมินคือ กลุ่มหัวหน้าโครงการมีความรู้สึกพึงพอใจ รู้สึกเชิงบวกต่อบริบททั่วไปของโครงการ

## 2.2 การประเมินปัจจัยนำเข้าของโครงการ (I – Input) ได้แก่

2.2.1 แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) สำหรับประเมินความสามารถในการบริหารโครงการ การเตรียมคณะทำงาน การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ การจัดทำ คู่มือประกอบการฝึกอบรม การจัดทำเครื่องมือประเมินผลการทำงาน มีเกณฑ์ในการประเมินคือ กลุ่มหัวหน้าโครงการให้คะแนนการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70

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

## 2.3 การประเมินกระบวนการของโครงการ (P – Process) ได้แก่

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

2.3.2 แบบสอบถามกระบวนการ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ การแสดงบทบาทผู้นำทีม การเป็นบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ การใส่ใจและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ทีมงาน การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม ปัญหาที่หนักที่สุดระหว่างการดำเนินโครงการ มีเกณฑ์การประเมินคือ กลุ่มหัวหน้าโครงการมีความรู้สึกพึงพอใจ รู้สึกเชิงบวกต่อกระบวนการของโครงการ

## 2.4 การประเมินผลผลิตของโครงการ (P – Product) ได้แก่

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





**PROMISE**

สร้างนวัตกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ การพัฒนาทักษะการบริหารโครงการ มีเกณฑ์ในการประเมินคือ กลุ่มหัวหน้าโครงการให้คะแนนประเมินด้านผลลัพธ์ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70

2.4.2 แบบสอบถามผลผลิต ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของผู้เข้ารับบริการ ความพึงพอใจของหน่วยงาน ปัจจัยที่ทำให้โครงการประสบความสำเร็จ นวัตกรรมที่ได้สร้างขึ้นใหม่ ความแตกต่างจากการบริหารโครงการครั้งที่ผ่านมา มีเกณฑ์การประเมินคือ กลุ่มหัวหน้าโครงการมีความรู้สึกพึงพอใจ รู้สึกเชิงบวกต่อผลลัพธ์ที่ได้จากโครงการ

### 3. เครื่องมือที่ใช้ประเมินในกลุ่มผู้บังคับบัญชา ได้แก่

#### 3.1 การประเมินบริบททั่วไปของโครงการ (C – Context) ได้แก่

3.1.1 แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า ระดับ ตั้งแต่ จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) สำหรับประเมิน ความสอดคล้องกับปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน การสนับสนุนโครงการ ศักยภาพของคณะทำงาน แนวคิดในการจัดกิจกรรม ทรัพยากรของหน่วยงาน แนวโน้มแห่งการประสบความสำเร็จของโครงการ มีเกณฑ์ในการประเมินคือ กลุ่มผู้บังคับบัญชาให้คะแนนการประเมินบริบททั่วไป มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80

3.1.2 แบบสอบถามบริบททั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ การรับทราบเกี่ยวกับโครงการ การสนับสนุนโครงการ ความเชื่อมั่นในศักยภาพของทีมงาน แนวคิดในการจัดกิจกรรม ปัจจัยที่คาดว่าจะสนับสนุนความสำเร็จของโครงการ มีเกณฑ์การประเมินคือ กลุ่มผู้บังคับบัญชามีความรู้สึกพึงพอใจ รู้สึกเชิงบวกต่อบริบททั่วไปของโครงการ

#### 3.2 การประเมินปัจจัยนำเข้าของโครงการ (I – Input) ได้แก่

3.2.1 แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) สำหรับประเมิน ความสามารถของหัวหน้าโครงการ ความเพียงพอของคณะทำงาน การจัดเตรียมวัสดุสิ่งของอุปกรณ์ต่างๆของทีมงาน การเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพของคณะทำงาน หลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้ารับบริการ มีเกณฑ์ประเมินคือ กลุ่มผู้บังคับบัญชาให้คะแนนประเมินด้านปัจจัยนำเข้า มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80

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

#### 3.3 การประเมินกระบวนการของโครงการ (P – Process) ได้แก่

3.3.1 แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) สำหรับประเมิน การให้กำลังใจแก่คณะทำงาน การติดตามผลการดำเนินโครงการแต่ละระยะ การให้คำแนะนำแก่คณะทำงาน



**PROMISE**

การสนับสนุนด้านต่างๆแก่ทีมงาน การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าระหว่างการดำเนินโครงการ มีเกณฑ์ประเมินคือกลุ่มผู้บังคับบัญชาให้คะแนนการประเมินด้านกระบวนการมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50

3.3.2 แบบสอบถามกระบวนการ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ การให้กำลังใจในขณะทำงาน การให้คำแนะนำในช่วงเวลาสำคัญ การสร้างแรงจูงใจทางบวกต่อขณะทำงาน การประเมินผลการทำงาน การมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาต่างๆกับทีมงาน มีเกณฑ์การประเมินคือ กลุ่มผู้บังคับบัญชามีความรู้สึกพึงพอใจ รู้สึกเชิงบวกต่อกระบวนการของโครงการ

## 3.4 การประเมินผลผลิตของโครงการ (P – Product) ได้แก่

3.4.1 แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) สำหรับประเมิน ความเชื่อมั่นว่าโครงการเป็นประโยชน์ต่อประชาชน ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของคณะทำงาน การสร้างชื่อเสียงให้กับหน่วยงาน ความสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน การสร้างนวัตกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีเกณฑ์ในการประเมินคือ กลุ่มผู้บังคับบัญชาให้คะแนนการประเมินด้านผลลัพธ์มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70

3.4.2 แบบสอบถามผลผลิต ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ จุดเด่นจุดแข็งของโครงการ ความพึงพอใจต่อโครงการ การสนับสนุนโครงการครั้งต่อไป การเสริม สร้างด้านสุขภาพให้กับประชาชนได้แท้จริง การสนับสนุนที่มีผลต่อความสำเร็จของโครงการ มีเกณฑ์การประเมินคือ กลุ่มผู้บังคับบัญชามีความรู้สึกพึงพอใจ รู้สึกเชิงบวกต่อผลลัพธ์ที่ได้จากโครงการ

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. คณะนิเทศและทีมผู้ประเมิน ดำเนินการสัมภาษณ์ ตามแบบ การสัมภาษณ์ที่พัฒนาจากแนวคิดการประเมินโครงการ CIPP Model ของ สตัฟเฟิลบีมและชินคฟิลด์ (Stufflebleam & Shinkfield, 2007) การประเมินแบบโลจิก (Logic Model) และเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับ แนวคิด PROMISE Model ที่คณะวิจัย สร้างขึ้นจากการบูรณาการแนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์ โดยการสัมภาษณ์และการสอบถามผู้เกี่ยวข้อง 3 กลุ่ม ประกอบด้วย หัวหน้าโครงการ จำนวน 8 คน ผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ จำนวน 8 คน และผู้ป่วยและประชาชน กลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือ ผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 32 คน ในช่วงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2552 ถึง กุมภาพันธ์ 2553

2. รวบรวมแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self โดยการสอบถาม กลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมจำนวน 3,414 คน ทั้งก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม ในช่วงเดือน มิถุนายน ถึง สิงหาคม พ.ศ.2552 และหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ.2552 ถึง กุมภาพันธ์ 2553



**PROMISE**

3. รวบรวมความคิดเห็นจากการประชุมสรุปโครงการร่วมกันระหว่างหัวหน้าโครงการและทีมงาน จำนวน 8 โครงการ และกลุ่มคณะนิเทศก์และประเมินผลโครงการ

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

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

2. ข้อมูลในเชิงปริมาณ ที่ได้จากการสอบถามเพื่อการนิเทศและประเมินโครงการตามแนว CIPP Model และแนวคิด PROMISE Model ใช้การวิเคราะห์ด้วย โปรแกรมสำเร็จรูป และนำเสนอด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความคิดเห็นด้านความสอดคล้องของ ข้อมูลที่ได้จากการประเมินตาม CIPP ที่มีต่อความเป็นไปได้และความสำเร็จของโครงการ จาก 3 กลุ่ม เพื่อตอบสนองมติฐานข้อที่ 1

3. ข้อมูลในเชิง ปริมาณ ที่ได้จากการสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ใช้การ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และนำเสนอด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยสถิติค่าที่ (t-test) เพื่อตอบสนองมติฐานข้อที่ 2

4. ข้อมูลในเชิงปริมาณ ที่ได้จากการสอบถามเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงตามตัวชี้วัดด้าน ผลลัพธ์ทางร่างกายและชีวิเคมี ใช้สถิติวิเคราะห์การเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยสถิติการวิเคราะห์ค่าที่ (t-test) ตามที่โครงการกำหนด เพื่อตอบสนองมติฐานข้อที่ 3

4. ข้อมูลในเชิงปริมาณภายหลังสิ้นสุดโครงการ ที่ได้จากการรายงานผลการเปลี่ยนแปลงของ ตัวชี้วัดด้านความพึงพอใจต่อโครงการ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self เป็นปัจจัยสำคัญในการ จำแนกความแตกต่างของกลุ่มที่มี ภาวะโภชนาการ (ค่า BMI) แตกต่างกัน ด้วยสถิติการวิเคราะห์ ค่าที่ (t-test) เพื่อตอบสนองมติฐานข้อที่ 4

5. ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมในเชิงคุณภาพที่แสดงถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่ เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ด้วยการพรรณนาและนำเสนอเป็น ความถี่ เพื่อตอบสนองมติฐานข้อ 5



## PROMISE

## แผนการดำเนินโครงการ

กิจกรรม	ระยะเวลา	พ.ศ.2552									2553			
		เมย	พค	มิย	กค	ส.ค	กย	ต.ค	พย	ธ.ค	มค	กพ	มีค	
1.ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้อง		←												
2.ขออนุมัติโครงการและงบประมาณ		←												
3.จัดทำเกณฑ์มาตรฐานในการประเมินพิจารณาข้อเสนอโครงการของหน่วยงานกลุ่มเป้าหมายและทำตัวชี้วัดผลงาน		←												
4. ประชาสัมพันธ์รับข้อเสนอโครงการจากหน่วยงาน		←→												
5.จัดทำคู่มือกำกับติดตามและประเมินผลโครงการพร้อมแบบประเมินและเครื่องมือการบริหารจัดการ ประเมินผลทั้งหมด			←											
6.จัดทำคู่มือการบริหารการเงินและพัสดุสำหรับหน่วยงาน			←											
7.จัดประชุมผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจพิจารณาคู่มือและเครื่องมือ			←											
8.จัดทำ web pageโครงการ เพื่อเป็นช่องทางการสื่อสารกับผู้เกี่ยวข้องและเป็นฐานข้อมูลโครงการ		←→												
9. ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาข้อเสนอโครงการและให้ข้อเสนอแนะ			←											
10.จัดอบรมหน่วยงานเข้าร่วมให้บริการเพื่อชี้แจงปรับแก้โครงการและสร้างความเข้าใจหลัก 3 Self และ PROMISE 3 วัน			←											
11.ให้หน่วยงานปรับแก้ไขโครงการ ส่งโครงการฉบับสมบูรณ์			←											
12. อนุมัติข้อเสนอโครงการ			←											
13.จัดประชุมชี้แจงผู้ได้รับอนุมัติโครงการทั้งหมดเพื่อตกลงร่วมกันและรับข้อเสนอแนวทางการดำเนินงานให้เป็นผลสำเร็จ พร้อมประชุมทีมนิเทศ 1 วัน			←											
14.ประสานขอความร่วมมือจากผู้บังคับบัญชาโดยตรงของหน่วยงานเพื่อขอความร่วมมือในการประเมินผลโครงการ				←										
15.หน่วยงานต่าง ๆ ดำเนินกิจกรรมตามแผนโครงการ						←→								
16.ดำเนินการติดตามนิเทศ กำกับติดตาม ประเมินผลโครงการในพื้นที่ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เป็นระยะ							←		←					
17.จัดประชุมสรุปโครงการและรับทราบปัญหาและข้อเสนอแนะโครงการจากหน่วยงานผู้รับผิดชอบโครงการ 1 วัน											←			
18.บันทึกและตรวจสอบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง						←→								
19.ตรวจสอบรายงานการเงินทั้งหมดให้ถูกต้อง											←→			
20.จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสนอต่อ สปสช. ตามตัวชี้วัดและข้อสัญญา												←→		



## PROMISE



บทที่

4

## ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การบริหารจัดการและประเมินโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพขององค์กรไม่หวังผลกำไร ในเขตกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อประเมินโครงการตามแนวคิด CIPP Model ศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 3Self และการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดด้านสุขภาพอื่นๆ ตามที่แต่ละโครงการได้กำหนดตามวัตถุประสงค์ เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผลการนิเทศและประเมินโครงการตามรูปแบบการประเมิน CIPP Model คือ ปัจจัยด้านบริบท ด้านปัจจัยนำ เข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของทุกโครงการ อยู่ในระดับดีขึ้นทั้งในกลุ่มหัวหน้าโครงการ ผู้เข้าร่วมโครงการ และผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ

2. ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก PROMISE Model มีผลให้ ผู้เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self (การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง) ดีขึ้นกว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ

3. ผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละสถานพยาบาล มีการเปลี่ยนตัวชี้วัดทางชีวเคมี เช่น ค่า BMI น้ำหนักตัว รอบเอว ไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต และค่าต่างๆ ตามที่แต่ละโครงการกำหนดดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

4. ภายหลังจากเข้าร่วมโครงการ ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะโภชนาการ (ค่าBMI)ต่ำ จะมีความพึงพอใจต่อโครงการ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self สูงกว่า ในกลุ่มผู้ที่มีภาวะโภชนาการ(ค่าBMI)สูง

5. ทราบถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงขององค์กรไม่หวังผลกำไรในเขตกรุงเทพมหานคร



**PROMISE****สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้แทนความหมาย ดังต่อไปนี้

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

**การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล**

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเรียงลำดับตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ใน การวิจัย แบ่งออกเป็น 5 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ องค์กรไม่หวังผลกำไร ในเขตกรุงเทพมหานคร

ตอนที่ 2 ผลการประเมินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ องค์กรไม่หวังผลกำไร ในกรุงเทพมหานครตามกรอบแนวคิด CIPP Model และ Logic Model ตามสมมติฐานข้อ 1

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามสมมติฐานข้อ 2

ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบตัวชี้วัดด้านชีวิตได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต เส้นรอบเอววัดเป็นนิ้ว ของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามสมมติฐานข้อ 3

ตอนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบ ความพึงพอใจต่อโครงการ พฤติกรรมสุขภาพ 3Self ในกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการต่างกันภายหลังเข้าร่วมโครงการ ตามสมมติฐานข้อ 4

**ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร**

จากการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิก ที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งหมด 8 โครงการจากหน่วยงานองค์กรไม่หวังผลกำไร ในเขตกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 3,414 คน โดยมีความถี่และร้อยละของข้อมูลทั่วไป ดังตาราง 1



**PROMISE**

ตาราง 1 ความถี่ และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วม โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของหน่วยงานองค์กรไม่หวังผลกำไร

ข้อมูลทั่วไป		
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	2,159	63.24
ชาย	1,255	36.76
<b>รวม</b>	<b>3,414</b>	<b>100.00</b>
ข้อมูลทั่วไป		
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ช่วงอายุ</b>		
น้อยกว่า 30 ปี	1,629	47.72
30-39 ปี	467	13.68
40-49 ปี	504	14.76
50-59 ปี	562	16.46
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	252	7.38
<b>รวม</b>	<b>3,414</b>	<b>100.00</b>
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>		
ไม่ได้เรียน	64	1.87
ประถมศึกษา	358	10.49
มัธยมศึกษา, ปวช., ปวส.	1,452	42.53
ปริญญาตรี	1,166	34.15
สูงกว่าปริญญาตรี	280	8.20
ไม่ตอบ/ไม่มีข้อมูล	94	2.75
<b>รวม</b>	<b>3,414</b>	<b>100.00</b>
<b>สิทธิการรักษาพยาบาล</b>		
บัตรทองในเขตกทม.	1,236	36.20
บัตรประกันสังคม	866	25.37
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจและครอบครัว	969	28.38
บัตรทองนอกเขตกทม.	218	6.39
อื่น เช่น จ่ายเอง บริษัทเอกชนออกให้	125	3.66
<b>รวม</b>	<b>3,414</b>	<b>100.00</b>

**ลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย**

การบริหารจัดการและประเมินโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพขององค์กรไม่หวังผลกำไร



**PROMISE**

กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	719	21.06
กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน	203	5.95
กลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง	211	6.18
กลุ่มเสี่ยงต่อการติดบุหรี่/สารเสพติด	256	7.50
อื่น(ระบุ) ได้แก่ โรคอ้วน ขาดการออกกำลังกาย	2,025	59.31
กำลังกาย พฤติกรรมการบริโภค		
<b>รวม</b>	<b>3,414</b>	<b>100.00</b>

ตาราง 1 - ต่อ -

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ปัจจัยเสี่ยงที่พบ (เสี่ยงได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
เบาหวาน/น้ำตาลในเลือดสูง	229	6.71
ความดันโลหิตสูง	466	13.65
ไขมันสูง	352	10.31
อ้วน/BMI สูง	1,231	36.06
สูบบุหรี่	84	2.46
เครียด	622	18.22
ขาดการออกกำลังกาย	1,253	36.70
รับประทานอาหารสัจ	405	11.86
พันธุกรรม	400	11.72
อื่น ๆ (ระบุ) เครียด ผอม โรคตับ	236	6.91

ตาราง 1 พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 2,159 คิดเป็นร้อยละ 63.24 มีอายุน้อยกว่า 30 ปี จำนวน 1,629 คนคิดเป็นร้อยละ 47.72 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ,ปวช.,ปวส จำนวน 1,452คน คิดเป็นร้อยละ 42.53มีสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นบัตรทอง ในเขตกทม จำนวน 1,236 คน คิดเป็นร้อยละ 36.20 ลักษณะของกลุ่มเป้าหมายคืออยู่ในกลุ่ม อื่น ได้แก่ โรคอ้วน ขาดการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภค จำนวน 2,025คน คิดเป็นร้อยละ 59.31 ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือ ขาดการออกกำลังกาย จำนวน 1,253คน คิดเป็นร้อยละ 36.70

**ตอนที่ 2 ผลการประเมินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพขององค์กรไม่หวังผลกำไรในเขตกรุงเทพมหานคร ตามกรอบแนวคิด CIPP Model และ Logic Mode ตามสมมติฐานข้อ 1**





**PROMISE**

ผลประเมินโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพขององค์กรไม่หวังผลกำไร ในเขตกรุงเทพมหานคร มีจำนวนทั้งสิ้น 8 โครงการ โดยให้ผู้เข้าร่วมโครงการที่ได้รับการสุ่มเป็นผู้ตอบแบบสอบถามโครงการละ 4 คน รวมทั้งสิ้น 32 คน หัวหน้าโครงการ จำนวน 8 คน และมีผู้บังคับบัญชา จำนวน 8 คน ผลการประเมินเรียงตามลำดับดังนี้

**ความหมายของการให้คะแนนในแต่ละช่วงโดยมีพิสัยคะแนน 4 - 1**

ช่วงของคะแนนเฉลี่ย	การแปลผลของคะแนน
1.00 – 1.50	ปรับปรุง
1.51 – 2.50	พอใช้
2.51 – 3.50	ดี
3.51 – 4.00	ดีมาก

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของคะแนนความคิดเห็นของกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการที่มีต่อโครงการในด้านบริบททั่วไป ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์

ด้านที่ประเมิน (N = 32)	จำนวนผู้ตอบ (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	ลำดับ คะแนน
	ปรับปรุง (1)	พอใช้ (2)	ดี (3)	ดีมาก (4)				
<b>บริบททั่วไป (Context)</b>								
1.สภาพแวดล้อมในการดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความเหมาะสม	-	1 (3.10)	17* (53.10)	14 (43.80)	3.41	0.56	ดี	3
2.โครงการที่จัดขึ้นสอดคล้องกับปัญหาหรือความต้องการด้านสุขภาพของท่าน	-	-	13 (40.60)	19* (59.40)	3.59	0.50	ดีมาก	1*
3.เจ้าหน้าที่ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีจำนวนเพียงพอต่อผู้รับบริการในโครงการ	-	3 (9.40)	19* (59.40)	10 (31.20)	3.22	0.61	ดี	6
4.แนวคิดและกิจกรรมของโครงการของผู้จัดมีความทันสมัยและใช้ประโยชน์ได้จริงกับท่าน	-	2 (6.20)	17* (53.10)	13 (40.60)	3.34	0.60	ดี	4
5.หน่วยงานที่จัดกิจกรรมให้ท่าน มีสภาพแวดล้อม/ทรัพยากรที่เอื้อต่อความสำเร็จของโครงการ	-	2 (6.20)	20* (62.50)	10 (31.20)	3.25	0.57	ดี	5
6.โครงการที่จัดขึ้นมีแนวโน้มที่จะดำเนินการได้ประสบความสำเร็จ	-	1 (3.10)	16* (50.00)	15 (46.90)	3.44	0.56	ดี	2
คะแนนรวมเฉลี่ยด้านบริบททั่วไปของโครงการ					<b>3.38</b>	<b>0.35</b>	ดี	



**PROMISE**

ส่วนที่ 2 (กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ) - ต่อ-

ด้านที่ประเมิน (N = 32)	จำนวนผู้ตอบ (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	ลำดับ คะแนน
	ปรับปรุง (1)	พอใช้ (2)	ดี (3)	ดีมาก (4)				
<b>ปัจจัยนำเข้า (Input)</b>								
1. วัสดุอุปกรณ์มีความพร้อมและเพียงพอต่อผู้รับบริการทั้งหมด	1 (3.10)	4 (12.50)	14* (43.80)	13 (40.60)	3.22	0.79	ดี	6
2. สถานที่จัดฝึกอบรมมีความสะดวกสบาย	-	1 (3.10)	10 (31.20)	21* (65.60)	3.63	0.55	ดีมาก	3
3. มีคู่มือดูแลสุขภาพประกอบการฝึกอบรมและสามารถนำมาศึกษาเพิ่มเติมได้ด้วยตนเอง	-	-	22* (68.80)	10 (31.20)	3.69	0.47	ดีมาก	1*
4. เจ้าหน้าที่ในโครงการเป็นต้นแบบของผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี	-	-	11 (34.40)	21* (65.60)	3.66	0.48	ดีมาก	2
5. มีเจ้าหน้าที่คอยให้ข้อมูลแนะนำและอำนวยความสะดวกให้กับท่านอย่างเพียงพอ	-	2 (6.20)	17* (53.10)	13 (40.60)	3.34	0.60	ดี	5
<b>คะแนนรวมเฉลี่ยด้านปัจจัยนำเข้า</b>					<b>3.51</b>	<b>0.33</b>	<b>ดีมาก</b>	
<b>กระบวนการ (Process)</b>								
1. เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ท่านมีส่วนร่วมหรือแสดงความคิดเห็นในการดำเนินโครงการ	-	1 (3.10)	15 (46.90)	16* (50.00)	3.47	0.57	ดี	2
2. เจ้าหน้าที่ใส่ใจ คอยกำกับติดตาม ดูแลสุขภาพของท่านตลอดระยะเวลาการดำเนินโครงการ	-	3 (9.40)	12 (37.50)	17* (53.10)	3.44	0.67	ดี	3
3. วิทยากรในโครงการถ่ายทอดความรู้ในเรื่องที่บรรยายได้อย่างชัดเจน	-	-	10 (31.20)	22* (68.80)	3.69	0.47	ดีมาก	1*
4. รูปแบบกิจกรรมที่จัดขึ้นมีทั้งการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติ	-	1 (3.10)	17* (53.10)	14 (43.80)	3.41	0.56	ดี	4
5. มีการประเมินความเข้าใจของผู้รับบริการและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมทำกิจกรรมทุกครั้ง	-	1 (3.10)	18* (56.20)	13 (40.60)	3.38	0.55	ดี	5
<b>คะแนนรวมเฉลี่ยด้านกระบวนการ</b>					<b>3.48</b>	<b>0.35</b>	<b>ดี</b>	



## PROMISE

ส่วนที่ 2 (กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ) - ต่อ-

ด้านที่ประเมิน (N = 32)	จำนวนผู้ตอบ (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	ลำดับ คะแนน
	ปรับปรุง (1)	พอใช้ (2)	ดี (3)	ดีมาก (4)				
<b>ผลลัพธ์ (Product)</b>								
1.โครงการดังกล่าวช่วยส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของท่านได้จริง	-	1 (3.10)	10 (31.20)	21* (65.60)	3.63	0.55	ดีมาก	2
2.ท่านได้รับความรู้เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของท่าน	-	1 (3.10)	8 (25.00)	23* (71.90)	3.69	0.54	ดีมาก	1*
3.ท่านมีความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองไปในทางที่ดีเพิ่มขึ้น	-	1 (3.10)	13 (40.60)	18* (56.20)	3.53	0.57	ดีมาก	3
4.ท่านมีการบันทึกและใส่ใจติดตามในพฤติกรรมสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ	1 (3.10)	3 (9.40)	13 (40.60)	15* (46.90)	3.31	0.78	ดีมาก	5
5.ท่านสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น	-	-	16* (50.00)	16* (50.00)	3.50	0.51	ดี	4
<b>คะแนนรวมเฉลี่ยด้านผลลัพธ์</b>					<b>3.51</b>	<b>0.35</b>	<b>ดีมาก</b>	<b>2</b>
<b>คะแนนรวมเฉลี่ยทุกด้าน</b>					<b>3.47</b>	<b>0.29</b>	<b>ดี</b>	

จากตาราง 2 ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมโครงการที่มีต่อโครงการ จำแนกตามปัจจัย 4 ด้าน ดังนี้

**ด้านบริบททั่วไป** พบว่า มีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า โครงการที่จัดขึ้นสอดคล้องกับปัญหาหรือความต้องการด้านสุขภาพของตนเองมากที่สุด อยู่ในระดับดีมาก ส่วนความคิดเห็นประเด็นอื่นๆ มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับดี

**ด้านปัจจัยนำเข้า** พบว่า มีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า มีคู่มือดูแลสุขภาพประกอบการฝึกอบรมและสามารถนำมาศึกษาเพิ่มเติมได้ด้วยตนเอง สถานที่จัดฝึกอบรมมีความสะดวกสบาย และเจ้าหน้าที่ในโครงการเป็นต้นแบบของผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอยู่ในระดับดีมาก

**ด้านกระบวนการ** พบว่า มีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า วิทยากรในโครงการถ่ายทอดความรู้ในเรื่องที่บรรยายได้อย่างชัดเจน อยู่ในระดับดีมาก ส่วนความคิดเห็นประเด็นอื่นๆ มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับดี



**PROMISE**

**ด้านผลลัพธ์** พบว่า มีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกือบทุกประเด็นว่าอยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ ได้รับความรู้เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต โครงการช่วยส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพได้จริง ความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองไปในทางที่ดีเพิ่มขึ้น และมีการบันทึกและใส่ใจติดตามในพฤติกรรมสุขภาพของตนเองสม่ำเสมอ

**ตาราง 3** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของคะแนนความคิดเห็นของกลุ่มหัวหน้าโครงการ ที่มีต่อโครงการในด้านบริบททั่วไป ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์

ด้านที่ประเมิน (N = 8)	จำนวนผู้ตอบ (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	ลำดับคะแนน
	ปรับปรุง (1)	พอใช้ (2)	ดี (3)	ดีมาก (4)				
<b>บริบททั่วไป (Context)</b>								
1.โครงการที่จัดขึ้นสอดคล้องกับปัญหาหรือความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่	-	-	1 (12.50)	7* (87.50)	3.88	0.35	ดีมาก	2
2.ผู้บังคับบัญชาของท่านให้การสนับสนุนในการดำเนินโครงการเป็นอย่างดี	-	-	2 (25.00)	6* (75.00)	3.75	0.46	ดีมาก	3
3.คณะทำงานมีความรู้และประสบการณ์ในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	-	-	3 (37.50)	5* (62.50)	3.63	0.52	ดีมาก	4
4.แนวความคิดการดำเนินโครงการสอดคล้องกับนโยบายในหน่วยงานของท่าน	-	-	-	8* (100.00)	4.00	0.00	ดีมาก	1*
5.มีสภาพแวดล้อมและทรัพยากรที่เอื้อต่อความสำเร็จในการดำเนินโครงการ	-	1 (12.50)	3* (37.50)	4* (50.00)	3.38	0.74	ดี	6
6.โครงการที่จัดขึ้นมีแนวโน้มที่จะดำเนินการได้เป็นผลสำเร็จตามตัวชี้วัดที่กำหนด	-	-	5 (62.50)	3 (37.50)	3.38	0.52	ดี	5
<b>คะแนนรวมเฉลี่ยด้านบริบททั่วไปของโครงการ</b>					<b>3.88</b>	<b>0.35</b>	<b>ดีมาก</b>	



## PROMISE

ด้านที่ประเมิน (N = 8)	จำนวนผู้ตอบ (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.	แปล ผล	ลำดับ คะแนน
	ปรับปรุง (1)	พอใช้ (2)	ดี (3)	ดีมาก (4)				
<b>ปัจจัยนำเข้า (Input)</b>								
1.ท่านสามารถบริหารจัดการ โครงการตั้งแต่เริ่มวางแผน ดำเนินการกำกับและปิด โครงการ	-	-	3 (37.50)	5* (62.50)	3.63	0.52	ดีมาก	4
2.ท่านจัดเตรียมคณะทำงาน โดยให้ความรู้และทำความเข้าใจ ร่วมกันก่อนเริ่มดำเนินโครงการ	-	-		8* (100.00)	4.00	0.00	ดีมาก	1*
3.ท่านจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ และสถานที่ที่เพียงพอต่อ ผู้รับบริการทั้งหมด	-	-	2 (25.00)	6* (75.00)	3.75	0.46	ดีมาก	3
4.ท่านจัดทำคู่มือประกอบการ ฝึกอบรมและผู้รับบริการสามารถ นำไปศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเอง	-	-	1 (12.50)	7* (87.50)	3.88	0.35	ดีมาก	2
5.ท่านจัดทำเครื่องมือประเมินผล คณะทำงานและผู้รับบริการตาม ผลลัพธ์ของโครงการ	-	-	2 (25.00)	6* (75.00)	3.75	0.46	ดีมาก	3
<b>คะแนนรวมเฉลี่ยด้านปัจจัยนำเข้า</b>					<b>3.80</b>	<b>0.24</b>	<b>ดีมาก</b>	
<b>กระบวนการ (Process)</b>								
1.ท่านแสดงบทบาทผู้นำทีมที่ เป็นทั้งผู้ริเริ่ม/เป็นต้นแบบ พฤติกรรม/ผู้แนะนำและนัก เจรจาต่อรอง	-	-	1 (12.50)	7* (87.50)	3.88	0.35	ดีมาก	1*
2.ท่านเป็นบุคคลต้นแบบของ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี	-	-	1 (12.50)	7* (87.50)	3.88	0.35	ดีมาก	1*
3.ท่านมีการประเมินผลการ ปฏิบัติงานเป็นระยะและให้ ข้อมูลย้อนกลับแก่คณะทำงาน อย่างสม่ำเสมอ	-	-	2 (25.00)	6* (75.00)	3.75	0.46	ดีมาก	2



## PROMISE

ด้านที่ประเมิน (N = 8)	จำนวนผู้ตอบ (ร้อยละ)				$\bar{X}$	SD.	แปลผล	ลำดับ คะแนน
	ปรับปรุง (1)	พอใช้ (2)	ดี (3)	ดีมาก (4)				
4. ท่านเปิดโอกาสให้ ผู้รับบริการมีส่วนร่วมหรือ แสดงความคิดเห็นในการ ดำเนินโครงการ	-	-	1 (12.50)	7* (87.50)	3.88	0.35	ดีมาก	1*
5. ท่านแก้ไขปัญหาเฉพาะ หน้าที่เกิดขึ้นระหว่างการ ดำเนินโครงการได้อย่างมี ประสิทธิภาพ	-	-	3 (37.50)	5* (62.50)	3.63	0.52	ดีมาก	3
<b>คะแนนรวมเฉลี่ยด้านกระบวนการ</b>					<b>3.80</b>	<b>0.30</b>	<b>ดีมาก</b>	
<b>ผลลัพธ์ (Product)</b>								
1. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ในการดำเนินโครงการของท่าน	-	-	1 (12.50)	7 (87.50)	3.88	0.35	ดีมาก	2
2. หน่วยงานมีความพึงพอใจ ในผลการดำเนินโครงการของ ท่าน	-	-	-	8 (100.00)	4.00	0.00	ดีมาก	1
3. ท่านสามารถดำเนิน โครงการให้บรรลุวัตถุประสงค์ และผลลัพธ์ที่ตั้งไว้	-	-	2 (25.00)	6 (75.00)	3.75	0.46	ดีมาก	4
4. ท่านได้สร้างนวัตกรรมหรือ องค์ความรู้ใหม่ในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	-	-	4 (50.00)	4 (50.00)	3.50	0.53	ดี	5
5. ท่านได้พัฒนาทักษะของ ตนเองในการบริหารจัดการ โครงการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ	-	-	2 (25.00)	6 (75.00)	3.75	0.46	ดีมาก	4
<b>คะแนนรวมเฉลี่ยด้านผลลัพธ์</b>					<b>3.79</b>	<b>0.28</b>	<b>ดีมาก</b>	
<b>คะแนนรวมเฉลี่ยทุกด้าน</b>					<b>3.76</b>	<b>0.23</b>	<b>ดีมาก</b>	

จากตาราง 3 ความคิดเห็นของหัวหน้าโครงการที่มีต่อโครงการ จำแนกตามปัจจัย 4 ด้าน  
ดังนี้

การบริหารจัดการและประเมินโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพขององค์กรไม่หวังผลกำไร



**PROMISE**

**ด้านบริบททั่วไป** พบว่า มีจำนวนหัวหน้าโครงการทุกคนมีความคิดเห็นว่า แนวคิดการดำเนินโครงการสอดคล้องกับนโยบายในหน่วยงานของตนเองมากที่สุด อยู่ในระดับดีมาก รองลงมา เป็นโครงการที่จัดขึ้นสอดคล้องกับปัญหาหรือความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ความคิดเห็นในประเด็นอื่นๆ มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับดีมากและดี

**ด้านปัจจัยนำเข้า** พบว่า มีจำนวนหัวหน้าโครงการทุกคนมีความคิดเห็นว่า ตนเองมีการจัดเตรียมคณะทำงานโดยให้ความรู้และทำความเข้าใจร่วมกันก่อนเริ่มดำเนินโครงการอยู่ในระดับดีมาก รองลงมา เป็นมีจัดทำคู่มือประกอบการฝึกอบรมและผู้รับบริการสามารถนำไปศึกษาเพิ่มเติมตนเองอยู่ในระดับดีมากเช่นกัน

**ด้านกระบวนการ** พบว่า มีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า แสดงบทบาทผู้นำทีมที่เป็นทั้งผู้ริเริ่ม/เป็นต้นแบบพฤติกรรม/ผู้แนะนำและนักเจรจาต่อรอง คณะทำงานเป็นบุคคลต้นแบบของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมหรือแสดงความคิดเห็นในการดำเนินโครงการ อยู่ในระดับดีมาก ส่วนความคิดเห็นประเด็นอื่นๆ มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับดี

**ด้านผลลัพธ์** พบว่า มีจำนวนหัวหน้าโครงการทุกคนมีความคิดเห็นว่า หน่วยงานมีความพึงพอใจในผลการดำเนินโครงการ รองลงมา เป็น ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการดำเนินโครงการ ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก

**ตาราง 4** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลของคะแนนความคิดเห็นของ กลุ่มผู้บังคับบัญชา ที่มีต่อโครงการในด้านบริบททั่วไป ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์

ด้านที่ประเมิน (N = 8)	จำนวนผู้ตอบ (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	ลำดับ คะแนน
	ปรับปรุง (1)	พอใช้ (2)	ดี (3)	ดีมาก (4)				
<b>บริบททั่วไป (Context)</b> 1.โครงการที่จัดขึ้นสอดคล้องกับปัญหาหรือความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่	-	-	1 (14.30)	6* (85.70)	3.86	0.38	ดีมาก	1*
2.ท่านเห็นด้วยพร้อมให้การสนับสนุนการดำเนินโครงการเป็นอย่างดี	-	-	1 (14.30)	6* (85.70)	3.86	0.38	ดีมาก	1*



## PROMISE

ด้านที่ประเมิน (N = 8)	จำนวนผู้ตอบ (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	ลำดับ คะแนน
	ปรับปรุง (1)	พอใช้ (2)	ดี (3)	ดีมาก (4)				
3.คณะทำงานมีความรู้และ ประสบการณ์ในการดำเนิน โครงการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ	-	-	3 (42.90)	4* (57.10)	3.57	0.53	ดีมาก	2
4.แนวคิดและกิจกรรมของ โครงการมีความสอดคล้องกับ นโยบายในหน่วยงาน	-	-	1 (14.30)	6* (85.70)	3.86	0.38	ดีมาก	1*
5.หน่วยงานของท่านมีสภาพ แวดล้อมทรัพยากรที่เอื้อต่อ ความสำเร็จในการดำเนินโครงการ	-	-	1 (14.30)	6* (85.70)	3.86	0.38	ดีมาก	1*
6.โครงการที่จัดขึ้นมีแนวโน้ม ที่จะดำเนินการให้ประสบ ความสำเร็จได้เป็นอย่างดี	-	-	1 (14.30)	6* (85.70)	3.86	0.38	ดีมาก	1*
<b>คะแนนรวมเฉลี่ยด้านบริบททั่วไปของโครงการ</b>					<b>3.81</b>	<b>0.24</b>	<b>ดีมาก</b>	
<b>ปัจจัยนำเข้า (Input)</b>								
1.หัวหน้าโครงการสามารถ บริหารจัดการตั้งแต่ริเริ่ม/ วางแผน/ดำเนินการ/กำกับ และปิดโครงการ	-	-	3 (42.90)	4* (57.10)	3.57	0.53	ดีมาก	3
2.คณะทำงานมีจำนวน เพียงพอและให้ความสำคัญใน การดำเนินโครงการ	-	-	1 (14.30)	6* (85.70)	3.86	0.38	ดีมาก	1*
3.คณะทำงานจัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์และสถานที่เพียงพอ ต่อผู้รับบริการทั้งหมด	-	-	3 (42.90)	4* (57.10)	3.57	0.53	ดีมาก	3
4.คณะทำงานในโครงการเป็น แบบอย่างของการเป็นผู้มี พฤติกรรมสุขภาพที่ดี	-	-	1 (14.30)	6* (85.70)	3.71	0.76	ดีมาก	2





## PROMISE

ด้านที่ประเมิน (N = 8)	จำนวนผู้ตอบ (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	ลำดับ คะแนน
	ปรับปรุง (1)	พอใช้ (2)	ดี (3)	ดีมาก (4)				
5.มีหลักเกณฑ์คัดเลือก ผู้รับบริการที่ให้ความสนใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อย่างแท้จริง	-	1 (14.30)	1 (14.30)	5* (71.40)	3.57	0.79	ดีมาก	3
คะแนนรวมเฉลี่ยด้านปัจจัยนำเข้า					<b>3.66</b>	<b>0.50</b>	ดีมาก	
<b>กระบวนการ (Process)</b>								
1.ท่านให้กำลังใจแก่คณะ ทำงานโครงการเพื่อให้มีพลังใน การดำเนินโครงการให้สำเร็จ	-	-	1 (14.30)	6* (85.70)	3.86	0.38	ดีมาก	2
2.ท่านคอยติดตาม ดูแลการ ดำเนินโครงการของ คณะทำงานมาโดยตลอด	-	-	-	7* (100.00)	4.00	0.00	ดีมาก	1*
3.ท่านให้คำแนะนำและข้อมูล ย้อนกลับอย่างกัลยาณมิตรแก่ คณะทำงานอย่างสม่ำเสมอ	-	-	4* (57.10)	3 (42.90)	3.43	0.53	ดีมาก	4
4.ท่านให้การสนับสนุนทั้งใน ด้านทรัพยากรและสถานที่ ดำเนินโครงการแก่คณะทำงาน	-	-	1 (14.30)	6* (85.70)	3.86	0.38	ดีมาก	2
5.ท่านมีส่วนร่วมช่วยแก้ไข ปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้น ระหว่างการดำเนินโครงการ	-	-	2 (28.60)	5* (71.40)	3.71	0.49	ดีมาก	3
คะแนนรวมเฉลี่ยด้านกระบวนการ					<b>3.77</b>	<b>0.29</b>	ดีมาก	



## PROMISE

ส่วนที่ 4 (กลุ่มผู้บังคับบัญชา) - ต่อ-

ด้านที่ประเมิน (N = 8)	จำนวนผู้ตอบ (ร้อยละ)				$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	ลำดับ คะแนน
	ปรับปรุง (1)	พอใช้ (2)	ดี (3)	ดีมาก (4)				
<b>ผลลัพธ์ (Product)</b>								
1. ท่านมั่นใจว่าโครงการที่ หน่วยงานท่านจัดนี้จะเป็น ประโยชน์ต่อประชาชน/ ผู้รับบริการอย่างมาก	-	-	2 (28.60)	5* (71.40)	3.71	0.49	ดีมาก	3
2. ท่านมีความพึงพอใจในการ ดำเนินโครงการของ คณะทำงานปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ	-	-	1 (14.30)	6* (85.70)	3.86	0.38	ดีมาก	2
3. โครงการทำให้หน่วยงาน ของท่านเป็นที่รู้จักแก่บุคคล ทั่วไปมากขึ้น	-	-	1 (14.30)	6* (85.70)	3.86	0.38	ดีมาก	2
4. โครงการดำเนินงานได้ สอดคล้องกับนโยบายของ หน่วยงาน	-	-	-	7* (100.00)	4.00	0.00	ดีมาก	1*
5. โครงการได้สร้างนวัตกรรม หรือองค์ความรู้ใหม่ในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	-	-	3 (42.90)	4* (57.10)	3.57	0.53	ดีมาก	4
<b>คะแนนรวมเฉลี่ยด้านผลลัพธ์</b>					<b>3.79</b>	<b>0.27</b>	<b>ดีมาก</b>	
<b>คะแนนรวมเฉลี่ยทุกด้าน</b>					<b>3.76</b>	<b>0.31</b>	<b>ดีมาก</b>	-

จากตาราง 4 ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาที่มีต่อโครงการ จำแนกตามปัจจัย 4 ด้านพบว่าให้คะแนนอยู่ในระดับดีมากทุกประเด็น มีรายละเอียดดังนี้

**ด้านบริบททั่วไป** พบว่า มีจำนวนผู้บังคับบัญชาส่วนใหญ่มีความคิด เห็นว่า โครงการที่จัดขึ้น สอดคล้องกับปัญหาหรือความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องกับนโยบายพร้อมให้ การสนับสนุน อยู่ในระดับดีมาก รองลงมา มีความคิดเห็น ว่า คณะทำงานมีความรู้และประสบการณ์ใน การดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งอยู่ในระดับดีมากเช่นกัน

**ด้านปัจจัยนำเข้า** พบว่า มีจำนวนผู้บังคับบัญชาส่วนใหญ่มีความคิดเห็น ว่า คณะทำงานมี จำนวนเพียงพอและให้ความสำคัญในการดำเนินโครงการอยู่ในระดับดีมาก รองลงมา เป็น คณะทำงานใน โครงการเป็นแบบอย่างของการเป็นผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งอยู่ในระดับดีมากเช่นกัน



**PROMISE**

**ด้านกระบวนการ** พบว่า มีจำนวนผู้บังคับบัญชาทุกคนมีความคิดเห็นว่าเป็น คอย ให้กำลังใจแก่คณะทำงานโครงการเพื่อให้มีพลังในการดำเนินโครงการให้สำเร็จ และให้การสนับสนุนทรัพยากรต่อโครงการ ซึ่งมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับดีมากเช่นกัน

**ด้านผลลัพธ์** พบว่า มีจำนวนหัวหน้าโครงการทุกคนมีความคิดเห็นว่าเป็น คอย ให้กำลังใจแก่คณะทำงานโครงการเพื่อให้มีพลังในการดำเนินโครงการให้สำเร็จ และให้การสนับสนุนทรัพยากรต่อโครงการ ซึ่งมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับดีมากเช่นกัน

**ผลการนิเทศและติดตามในเชิงคุณภาพ** ตามแนวคิด ชิปปโมเดล (CIPP Model) ใช้การประเมินแบบ 360 องศา (360 Degree Evaluation) มากำหนดกรอบในการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยนำเสนอผลการประเมินออกเป็น 3 ส่วนใหญ่ ได้แก่ ส่วนที่ 1 ผลการนิเทศและติดตามจากกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ ส่วนที่ 2 ผลการนิเทศและติดตามจากกลุ่มหัวหน้าโครงการ และส่วนที่ 3 ผลการนิเทศและติดตามจากกลุ่มผู้บังคับบัญชา ซึ่งแต่ละส่วนได้นำเสนอผลการวิเคราะห์

### ส่วนที่ 1 ผลการนิเทศติดตามและประเมินจากกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ (N=32)

#### 1. ผลการประเมินบริบททั่วไป (Context Evaluation)

1.1 สาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างอยากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากองค์กรไม่หวังผลกำไรในเขตกรุงเทพมหานคร เพราะ

- 1) ต้องการให้สุขภาพร่างกายมีความแข็งแรงมากขึ้นกว่าเดิม เพราะว่า โดยปกติจะเป็นคนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงและเป็นโรคต่างๆ อยู่แล้ว เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง (28)
- 2) ต้องการได้ความรู้เพื่อนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด (16)
- 3) ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการเพราะว่าตรงกับความชอบส่วนบุคคลในด้านการดูแลสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ (12)
- 4) อยากมีเพื่อนเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและเป็นการเพิ่มพูนความรู้ใหม่ๆ เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมเพื่อที่จะได้นำไปเผยแพร่ (3)

1.2 สิ่ง que ผู้เข้าร่วมโครงการคาดหวังจากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือ

- 1) คาดหวังว่าจะได้สุขภาพที่ดีและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การทำสมาธิ (24)
- 2) คาดหวังว่าจะได้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง เช่น ความรู้เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการป้องกันตนเองให้ห่างจากโรคภัยต่างๆ (18)
- 3) คาดหวังว่าจะได้ทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และได้พบปะเพื่อนกลุ่มใหม่ เช่น จะได้อ่านพระพุทธรูปศาสนา ได้มาพบปะเพื่อนกลุ่มเดียวกัน (11)



**PROMISE**

1.3 ผู้เข้าร่วมโครงการรับทราบข้อมูลการจัดโครงการจากแหล่งต่อไปนี้

- 1) เพื่อน / คนรู้จักแนะนำ (23)
- 2) เจ้าหน้าที่ของโครงการแนะนำ (16)
- 3) บอร์ดประชาสัมพันธ์ (14)
- 4) แผ่นพับ / สื่อสิ่งพิมพ์ (11)

1.4 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 คน คิดว่าการประชาสัมพันธ์เป็นไปอย่างทั่วถึง

1.5 ผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน 32 คน รายงานผลว่าโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่กลุ่มองค์กรไม่หวังผลกำไรเขตกรุงเทพมหานครได้จัดขึ้นมีความสอดคล้องกับปัญหาด้านสุขภาพ ได้แก่

- 1) ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพจิต ซึ่งจะส่งผลทำให้สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง (29)
- 2) ปัญหาโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคอ้วน ไขมันในเลือดสูง ซึ่งทำให้ได้ความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง (16)

## 2. ผลการประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation)

2.1 ผู้เข้าร่วมโครงการมีความคิดเห็นเกี่ยวกับวัสดุ อุปกรณ์ ในการจัดทำกิจกรรมในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้

- 1) มีความทันสมัยซึ่งทำให้อยากใช้อุปกรณ์ ดังกล่าวระหว่างการทำกิจกรรม เช่น เครื่องตรวจสุขภาพ อุปกรณ์การออกกำลังกายต่างๆ (26)
- 2) มีจำนวนที่เพียงพอกับผู้เข้าร่วมโครงการ (21)

2.2 ผู้เข้าร่วมโครงการมีความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานที่จัดฝึกอบรม / จัดกิจกรรม พร้อมกับข้อเสนอแนะในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้

- 1) สามารถตอบสนองความต้องการของผู้เข้าร่วมโครงการได้เป็นอย่างดี เช่น กว้างขวาง สะดวกสบาย แอร์เย็น (28)

- 2) เหมาะสมกับการทำกิจกรรมทั้งในภาคทฤษฎีและภาคการปฏิบัติกิจกรรม (11)

2.3 ผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 30 คน รายงานผลว่า เจ้าหน้าที่ได้จัดเตรียมเอกสาร แผ่นพับ หรือคู่มือเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอย่างเพียงพอ โดยสิ่งที่ได้รับแจก ได้แก่

- 1) เอกสารแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น คู่มือการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การเล่นโยคะ การดูแลสุขภาพจิต คู่มือบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ (32)

2.4 ผู้เข้าร่วมโครงการรายงานว่าเจ้าหน้าที่ในโครงการ (เช่น ครู พยาบาล วิทยากร ) เป็นแบบอย่างของผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังนี้

- 1) เจ้าหน้าที่เป็นคนที่มีความรู้ ความสามารถเรื่องสุขภาพเป็นอย่างดีจึงสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับผู้เข้าร่วมโครงการได้ (28)
- 2) เจ้าหน้าที่ทุกคนมีสุขภาพที่ดี รูปร่างสมส่วน ไม่เป็นโรคอ้วน (22)



**PROMISE**

3) เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างในโครงการ เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (16)

2.5 ผู้เข้าร่วมโครงการรายงานว่าเจ้าหน้าที่ในโครงการ (เช่น ครู พยาบาล วิทยากร) มีความรู้ความสามารถ และเต็มใจให้คำแนะนำ ดังนี้

1) สามารถบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพได้เป็นอย่างดี ละเอียดลึกซึ่ง เป็นความรู้ที่ใหม่ทันสมัย ทำให้น่าเชื่อถือว่ามีความรู้ความสามารถ (22)

2) สามารถให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนและดูแลสุขภาพแก่ผู้เข้าร่วมโครงการได้อย่างละเอียดและเต็มใจ (17)

2.6 ผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 30 คน รายงานว่าเจ้าหน้าที่ในโครงการ (เช่น ครู พยาบาล วิทยากร) มีจำนวนเพียงพอ

2.7 ผู้เข้าร่วมโครงการรายงานว่าเจ้าหน้าที่ในโครงการ (ครู พยาบาล วิทยากร) ได้คอยติดตามดูแลเรื่องสุขภาพอย่างใกล้ชิด ดังนี้

1) สอบถามเกี่ยวกับสุขภาพทุกครั้งที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม (28)

2) โทรศัพท์สอบถามความก้าวหน้าในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และส่ง SMS เตือนเวลาในการเข้าร่วมโครงการครั้งต่อไป (25)

**3. ผลการประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation)**

3.1 ผู้เข้าร่วมโครงการรายงานว่าเจ้าหน้าที่ในโครงการ (เช่น ครู พยาบาล วิทยากร) ได้เปิดโอกาสให้ได้มีส่วนร่วมหรือแสดงความคิดเห็นในการดำเนินโครงการ ดังนี้

1) เปิดโอกาสให้สอบถามเจ้าหน้าที่และวิทยากรระหว่างการทำกิจกรรมได้ตลอด (22)

2) สอบถามความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมโครงการเกี่ยวกับการทำกิจกรรมในครั้งต่อไปในรูปแบบต่างๆ เช่น ให้ทำแบบสอบถาม การสอบถามแบบไม่เป็นทางการ (21)

3.2 ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการทำพฤติกรรมสุขภาพได้ไม่ถึงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เจ้าหน้าที่ในโครงการ (เช่น ครู พยาบาล วิทยากร) ได้ให้กำลังใจหรือสื่อสารด้วยคำพูดทางบวก ดังนี้

1) พุดให้กำลังใจแก่ผู้เข้าร่วมโครงการด้วยถ้อยคำเชิงบวก เช่น ต้องทำได้อยู่แล้วแต่ต้องอาศัยเวลาหน่อย เป็นกำลังใจให้ (27)

2) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในรูปแบบใหม่ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้ลองนำไปปฏิบัติ (17)

3.3 ผู้เข้าร่วมโครงการรายงานว่าเจ้าหน้าที่ในโครงการ (เช่น ครู พยาบาล วิทยากร) ได้สร้างแรงจูงใจที่จะช่วยให้มั่นใจว่าสามารถดูแลสุขภาพหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ดังนี้

1) การยกตัวอย่างให้เห็นถึงคนที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพถึงแม้ว่าจะยากลำบากแต่ผลลัพธ์ที่ได้ก็คุ้มค่า (21)

2) ให้รางวัลจูงใจสำหรับคนที่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ เช่น สามารถลดความอ้วนได้มากที่สุดให้รางวัล 10,000 บาท



**PROMISE**

3.4 ผู้เข้าร่วมโครงการรายงานว่าเจ้าหน้าที่ในโครงการ (เช่น ครู พยาบาล วิทยากร ) ได้ให้คำแนะนำ และตั้งเป้าหมายทางสุขภาพ เช่น น้ำหนักตัว ระดับน้ำตาลในเลือด หรือรอบเอวหลังจากโครงการ ดังนี้

- 1) โทรศัพท์สอบถามเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การลดลงของน้ำหนัก ระดับน้ำตาลใน และความแข็งแรงในภาพรวมของสุขภาพ (22)
- 2) สอบถามผ่านผู้นำชุมชนเกี่ยวกับความก้าวหน้าในกฏปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ(4)

3.5 ผู้เข้าร่วมโครงการรายงานว่าเจ้าหน้าที่ในโครงการ (เช่น ครู พยาบาล วิทยากร ) ได้มีการกำกับและประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ดังนี้

- 1) ตรวจสอบบันทึกสุขภาพเพื่อประเมินความก้าวหน้าในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการแล้วให้คำแนะนำประกอบเพิ่มเติม (22)
- 2) สอบถามถึงภาวะสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ระหว่างการทำกิจกรรม (11)

3.6 หลังจากการประเมินผลการปฏิบัติตัวในแต่ละช่วง เช่น การทำกิจกรรมครั้งที่ 1 ผ่านไปหนึ่งเดือน เจ้าหน้าที่ในโครงการ (เช่น ครู พยาบาล วิทยากร ) ได้ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพแก่ผู้เข้าร่วมโครงการเพิ่มเติม ดังนี้

- 1) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางการปรับพฤติกรรมในรูปแบบใหม่เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีมากขึ้นกว่าเดิม (12)
- 2) ให้คำแนะนำทุกเรื่องที่คุณเข้าร่วมโครงการสอบถาม (12)
- 3) ไม่ได้ให้คำแนะนำ (4)

#### 4. ผลการประเมินด้านผลลัพธ์ (Product Evaluation)

4.1 ผู้เข้าร่วมโครงการรายงานว่าได้นำความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่ได้รับจากโครงการไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน ดังนี้

- 1) การบังคับให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านต่ำ ๆ เช่น การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอมากขึ้น เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การดูแลสุขภาพจิต (28)
- 2) นำความรู้ที่ได้ไปเผยแพร่ต่อ (23)

4.2 ผู้เข้าร่วมโครงการเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพหรือด้านอื่น ๆ หลังจากเข้าร่วมโครงการ ดังนี้

- 1) สุขภาพร่างกายมีความแข็งแรงมากขึ้น เช่น น้ำหนักตัวลดลง มีความกระฉับกระเฉงเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม สุขภาพดีขึ้น (29)
- 2) มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มมากขึ้นสามารถนำไปเผยแพร่ต่อบุคคลรอบข้างได้(2)

4.3 ผู้เข้าร่วมโครงการรายงานมีความมั่นใจที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองให้ มีสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิม ได้ ดังนี้



**PROMISE**

1) สามารถที่จะทำให้เป้าหมายพฤติกรรมสุขภาพบรรลุผลได้ เช่น ทำให้น้ำหนักลดลงตามเป้าหมาย ความดันโลหิตลดลง (26)

2) มั่นใจว่าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น เช่น เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ (24)

4.4 ผู้เข้าร่วมโครงการรายงานว่าได้ทำการบันทึกและใส่ใจติดตามในพฤติกรรมสุขภาพของตัวเองอย่างสม่ำเสมอ ดังนี้

1) ทำการบันทึกสม่ำเสมอ (24)

2) ทำการบันทึกเป็นบางครั้งเพราะไม่ค่อยมีเวลาและไม่ชอบเขียนหนังสือ (11)

### ผลการติดตามและประเมินจากกลุ่มหัวหน้าโครงการ (N=8)

#### 1. ผลการประเมินบริบททั่วไป (Context Evaluation)

1.1 หัวหน้าโครงการรายงานว่าได้ทำการวิเคราะห์ปัญหาหรือความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินโครงการเพื่อวางแผนกิจกรรมให้ตรงกับความต้องการ ดังนี้

1) วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายระหว่างขณะทำงานด้วยตนเอง (8)

2) วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายจากแบบคัดกรองสุขภาพของโครงการ (8)

3) สอบถามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย (6)

1.2 หัวหน้าโครงการรายงานว่าผู้บังคับบัญชาได้ให้การสนับสนุนการดำเนินโครงการ ดังนี้

1) สนับสนุนทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินโครงการทุกอย่างตามที่คณะทำงานได้ร้องขอไปเพราะว่าโครงการนี้อยู่ในความสนใจของผู้บังคับบัญชา (6)

2) ให้การสนับสนุนด้านการประสานงานกับหน่วยงานภายนอก (4)

3) ให้กำลังใจในการดำเนินโครงการ (3)

1.3 หัวหน้าโครงการ รายงานว่าได้คัดเลือกคณะทำงานที่จะร่วมดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

1) คัดเลือกจากคนที่มีประสบการณ์การทำโครงการด้านสุขภาพกับชุมชน (5)

2) คัดเลือกจากคนที่มีความมุ่งมั่นอยากจะทำโครงการให้ประสบความสำเร็จ (3)

3) คัดเลือกจากคนที่เคยทำงานร่วมกันมาก่อน (3)

1.4 หัวหน้าโครงการรายงานว่ารายงานว่าได้แนบนโยบายในหน่วยงานมาเป็นแนวทางในการดำเนินโครงการ ดังนี้

1) นโยบายการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนทั่วไป (7)

2) นโยบายส่งเสริมการทำกิจกรรมให้กับชุมชน (4)

3) นโยบายการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร (1)

1.5 หัวหน้าโครงการรายงานว่าทรัพยากรที่จะสนับสนุนให้โครงการที่จัดขึ้นประสบความสำเร็จมี ดังนี้



**PROMISE**

- 1) คณะทำงานที่มีความมุ่งมั่น ทุ่มต่อการทำงาน มีความเป็นทีมเวิร์ก (6)
- 2) ผู้เข้าร่วมโครงการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม (5)
- 3) วัสดุ อุปกรณ์ สถานที่การดำเนินโครงการ (4)
- 4) การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาให้การให้ความร่วมมือจากหน่วยงานภายนอก (3)

**2. ผลการประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation)**

2.1 หัวหน้าโครงการรายงานว่าได้ยึดหลัก PROMISE ในการบริหารจัดการโครงการ ในแต่ละส่วน ดังนี้

- 1) หลักการเสริมแรงทางบวกและการคิดเชิงบวกทั้งต่อคณะทำงานและผู้เข้าร่วมโครงการโดยเชื่อว่าทุกคนมีความตั้งใจดี (4)
- 2) หลักการเสริมแรงแก่ผู้เข้าร่วมโครงการด้วยการตั้งรางวัลสำหรับคนที่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดี (4)
- 3) หลัก PROMISE ผสมผสานกันไป (3)

2.2 หัวหน้าโครงการรายงานว่าได้จัดเตรียมเอกสาร คู่มือ หรือคณะทำงานก่อนเริ่มดำเนินโครงการ เช่น ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการและแผนกิจกรรม หรือบทบาทหน้าที่ ดังนี้

- 1) เตรียมเอกสารในโครงการร่วมกับคณะทำงาน (6)
- 2) แบ่งหน้าที่คณะทำงานแต่ละคนรับผิดชอบการดำเนินงานด้านเอกสาร (3)

2.3 หัวหน้าโครงการรายงานว่าได้จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ และสถานที่ให้สอดคล้องกับกิจกรรมที่ดำเนินการ ดังนี้

- 1) สอดคล้องกับลักษณะของกิจกรรมในแต่ละครั้ง เช่น หากเป็นกิจกรรมกลุ่มก็จะใช้สถานที่ที่กว้าง หากเป็นการบรรยายก็จะใช้ห้องประชุม (7)
- 2) คำนี้ถึงความต้องการของผู้เข้าร่วมโครงการเป็นหลัก (3)

2.4 หัวหน้าโครงการรายงานว่าได้เลือกวิธีการ แนวคิด เทคนิค ในการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้เข้าร่วมโครงการ ดังนี้

- 1) เลือกการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับลักษณะของผู้เข้าร่วมโครงการ เช่น หากเป็นกลุ่มนักเรียนจะเป็นกิจกรรมที่สนุกสนาน ผู้ใหญ่ก็จะเป็นการบรรยายให้ความรู้ (5)
- 2) เลือกการจัดกิจกรรมที่มีความน่าสนใจ สามารถกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดความรู้สึกรักสนุกสนาน (4)

2.5 หัวหน้าโครงการรายงานว่าได้ใช้หลักการในการประเมินผลการดำเนินงานของคณะงาน และความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ ในประเด็นเกี่ยวกับแนวโน้มที่โครงการจะสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

- 1) ประเมินจากผลงานตามที่ได้มอบหมาย (5)
- 2) ประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากผู้เข้าร่วมโครงการ (4)

**3. ผลการประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation)**



**PROMISE**

3.1 หัวหน้าโครงการรายงานได้แสดงบทบาทผู้นำทีม ที่เป็นผู้ริเริ่มโครงการ / เป็นต้นแบบพฤติกรรม / ผู้แนะนำ / นักเจรจาต่อรอง ดังนี้

- 1) เป็นผู้ริเริ่มในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ก่อนสมาชิกในที่ทีมงาน เช่น การวางแผนการดำเนินโครงการ การตั้งเป้าหมายของโครงการ แนวทางการจัดกิจกรรม (4)
- 2) เป็นต้นแบบการทำงานให้สมาชิกในที่ทีมงาน เช่น ทำงานด้วยความตั้งใจ แสดงให้สมาชิกในที่ทีมงานเห็นว่าไม่ได้ทำเพื่อประโยชน์ส่วนตน (4)
- 3) เป็นผู้เจรจาต่อรองทั้งกับสมาชิกในที่ทีมงานและหน่วยงานภายนอกเพื่อให้โครงการประสบความสำเร็จ (3)
- 4) ให้คำแนะนำแก่สมาชิกที่ทีมงานด้วยคำพูดที่สุภาพ อ่อนโยนและเป็นกันเอง (3)

3.2 หัวหน้าโครงการรายงานว่าได้แสดงบทบาทการเป็นบุคคลต้นแบบของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้แก่คณะทำงานและผู้เข้าร่วมโครงการ ดังนี้

- 1) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เลือกรับประทานอาหารที่ประโยชน์โดยทำเป็นแบบอย่างให้กับผู้เข้าร่วมโครงการได้เห็น (6)
- 2) แสวงหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอยู่ตลอดเวลาเพื่อนำมาเผยแพร่ให้กับผู้เข้าร่วมโครงการและคณะทำงาน (3)

3.3 หัวหน้าโครงการรายงานว่าได้ใส่ใจผลการปฏิบัติงาน ให้ข้อมูลย้อนกลับและให้การเสริมแรงแก่คณะทำงานด้วยวิธีการทางบวก ดังนี้

- 1) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางในการทำโครงการแก่คณะทำงานที่ยังทำงานได้บรรลุเป้าหมายด้วยโดยไม่ใช้การตำหนิ (7)
- 2) ใช้เวลาไม่เป็นทางการ เช่น การรับประทานอาหาร เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำงานแก่คณะทำงาน (3)

3.4 หัวหน้าโครงการรายงานว่าได้เปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับบริการ ได้มีส่วนร่วมหรือแสดงความคิดเห็นในการดำเนินโครงการ ดังนี้

- 1) ได้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้เสนอแนะเกี่ยวกับการกิจกรรมที่จะจัดขึ้นในครั้งต่อไปเพื่อให้ตรงกับความต้องการ (5)
- 2) ระหว่างการทำกิจกรรมได้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโครงการสอบถามความรู้ได้หมด (4)

3.5 หัวหน้าโครงการรายงานว่ามีปัญหาที่หนักที่สุดที่เคยประสบระหว่างการดำเนินโครงการและแนวทางในการแก้ไขปัญหา ดังนี้

- 1) ผู้เข้าร่วมโครงการไม่มาทำกิจกรรมตามที่นัดหมายไว้ (6)
- 2) การประสานงานกับหน่วยงานภายนอก (4)
- 3) งบประมาณในการทำงานไม่เพียงพอ (3)

**4. ผลการประเมินด้านผลลัพธ์ (Product Evaluation)**

**PROMISE**

4.1 จากการสังเกต สอบถาม ประเมินผู้เข้าร่วมโครงการ หัวหน้าโครงการรายงานว่าผู้เข้าร่วมโครงการพึงพอใจกิจกรรมหรือขั้นตอนในโครงการ ผลพบว่า

1) ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการเพราะจากการสังเกตเห็นได้ว่าทุกคนมีความสุขระหว่างการทำกิจกรรม (6)

2) ผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจต่อการทำกิจกรรมภาคปฏิบัติของโครงการมาก เพราะมีความสนุกสนาน ได้พบปะเพื่อนใหม่ (4)

4.2 หัวหน้าโครงการรายงานว่าหน่วยงานมีความพึงพอใจต่อผลการดำเนินโครงการ ดังนี้

1) ผู้บังคับบัญชาชื่นชมว่าเป็นโครงการที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการได้จริง (5)

2) โครงการสอดคล้องกับนโยบายหลักของหน่วยงานผู้บังคับบัญชาจึงรู้สึกพึงพอใจต่อผลการดำเนินโครงการ (4)

3) โครงการทำให้หน่วยงานได้รับชื่อเสียงเพิ่มมากขึ้น (3)

4.3 หัวหน้าโครงการรายงานว่าปัจจัยสนับสนุนให้โครงการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ได้แก่

1) คณะทำงานมีความพร้อม มุ่งมั่นที่จะดำเนินโครงการให้สำเร็จตามเป้าหมาย (5)

2) งบประมาณในการดำเนินโครงการที่เพียงพอ (4)

3) การให้ความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมโครงการในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ (3)

4) ทรัพยากรการบริหารต่างๆ เช่น วัสดุสิ่งของ สถานที่ อุปกรณ์ออกกำลังกาย (2)

4.4 หัวหน้าโครงการรายงานว่าได้สร้างนวัตกรรมหรือองค์ความรู้ใหม่ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

1) สร้างกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพที่สามารถทำได้ในกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการขนาดใหญ่ได้ (4)

2) แนวทางการบริหารโครงการด้วยการมองโลกในแง่บวก เชื่อว่าทุกคนมีความสามารถในการทำงาน (3)

4.5 หัวหน้าโครงการรายงานว่าทักษะในการบริหารจัดการและดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพครั้งนี้แตกต่างจากครั้งอื่นๆ ดังนี้

1) ทักษะการบริหารจัดการกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการจำนวนมาก (5)

2) การบริหารงบประมาณที่ไม่เพียงพอทำให้ต้องหยุดโครงการและขอความช่วยเหลือจากหน่วยงาน (4)

3) ไม่แตกต่างจากการทำโครงการครั้งที่ผ่านมา (2)

### ผลการนิเทศติดตามและประเมินจากกลุ่มผู้บังคับบัญชา (N=6)

#### 1. ผลการประเมินบริบททั่วไป (Context Evaluation)



**PROMISE**

1.1 ผู้บังคับบัญชารายงานว่ารับทราบและเข้าใจหรือมีส่วนร่วมในการวางแผนเกี่ยวกับโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่จัดขึ้น ดังนี้

1) รับทราบและมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินโครงการร่วมกับคณะทำงาน (5)

2) รับทราบและได้ให้คำปรึกษาในการดำเนินงาน เช่น การประสานงาน แนวทางการจัดกิจกรรม แต่ไม่ได้ร่วมวางแผนงานอย่างละเอียด (1)

1.2 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าได้ให้การสนับสนุนหัวหน้าโครงการและคณะในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

1) ให้ความช่วยเหลือในทุกด้านตามที่คณะทำงานได้ร้องขอ เช่น ทรัพยากรการดำเนินงาน การประสานงานกับหน่วยงานภายนอก วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ (6)

2) ให้กำลังใจแก่คณะทำงาน (2)

1.3 ผู้บังคับบัญชามีความคิดเห็นเกี่ยวกับความพร้อมด้านความรู้ความสามารถและความตั้งใจของคณะทำงานในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

1) คณะทำงานมีประสบการณ์การทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพมาก่อนจึงทำให้มั่นใจได้ว่าจะสามารถทำโครงการให้ประสบความสำเร็จได้ (4)

2) คณะทำงานมีความตั้งใจ ความมุ่งมั่นสูง ที่จะทำโครงการให้ประสบความสำเร็จ (3)

1.4 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าแนวคิดและกิจกรรมในการจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีความสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน ดังนี้

1) นโยบายการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน (4)

2) นโยบายการเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากร (3)

1.5 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าปัจจัยที่จะสนับสนุนให้โครงการประสบผลสำเร็จตามตัวชี้วัด มีดังนี้

1) คณะทำงานที่มีความสามารถและมุ่งมั่น (5)

2) ผู้เข้าร่วมโครงการที่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมและมาตามเวลาดังหมาย (4)

## 2. ผลการประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation)

2.1 ผู้บังคับบัญชามีความคิดเห็นเกี่ยวกับ ศักยภาพของหัวหน้าโครงการในการบริหารจัดการโครงการตั้งแต่การริเริ่ม / การวางแผน / การดำเนินการ / การกำกับโครงการ และการปิดโครงการ ดังนี้

1) หัวหน้าโครงการมีทักษะการบริหารจัดการ มีภาวะผู้นำ ประสบการณ์ทำงานโครงการเกี่ยวกับสุขภาพมาก่อนจึงมั่นใจว่าจะสามารถทำโครงการได้สำเร็จ (4)

2) หัวหน้าโครงการสามารถที่จะวางแผนการดำเนินโครงการและพัฒนาชุดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้น่าสนใจได้ (2)

3) หัวหน้าโครงการสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินโครงการได้ดี (2)

2.2 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าคณะทำงานมีจำนวนเพียงพอและมีศักยภาพในการดำเนินโครงการที่จัดขึ้น ดังนี้

1) คณะทำงานมีจำนวนเพียงพอที่จะบริหารจัดการโครงการและจัดกิจกรรมแต่ละครั้งให้ประสบความสำเร็จได้ (5)



**PROMISE**

2) คณะทำงานมีความเป็นทีมเวิร์กในการทำโครงการสูงสามารถประสานงานกันได้(๕)

3) คณะทำงานสามารถทำงานร่วมกับคนในชุมชนได้เป็นอย่างดี (1)

2.3 ผู้บังคับบัญชารายงานว่า ได้ให้การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์และสถานที่แก่การดำเนินโครงการ ดังนี้

1) สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ สิ่งของที่จะใช้ในการดำเนินโครงการทุกอย่าง (5)

2) สนับสนุนให้ใช้สถานที่สำหรับจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง (3)

2.4 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าคณะทำงานได้เป็นแบบอย่างที่ดีของการเป็นผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ ดังนี้

1) คณะทำงานทุกคนเป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง รูปร่างสมส่วน สามารถเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับผู้เข้าร่วมโครงการได้ (5)

2) คณะทำงานทุกคนเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ สามารถที่จะให้คำแนะนำกับผู้เข้าร่วมโครงการได้จึงเป็นแบบอย่างที่ดีได้ (2)

3) คณะทำงานได้ร่วมทำกิจกรรมกับผู้เข้าร่วมโครงการซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นว่าการทำกิจกรรมทุกครั้งมีความสำคัญ (1)

2.5 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าคณะทำงานชุดนี้มีเกณฑ์คัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการที่มีความสนใจอย่างแท้จริง ดังนี้

1) เลือกผู้เข้าร่วมโครงการจากความสมัครใจ (6)

2) เลือกจากคนที่อยู่ในภาวะกลุ่มเสี่ยงต่อโรคต่างๆ เช่น โรคอ้วน (3)

**3. ผลการประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation)**

3.1 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าได้ให้กำลังใจแก่คณะทำงานเพื่อให้มีพลังในการดำเนินโครงการสำเร็จด้วยวิธีการต่างๆ ดังนี้

1) ได้ร่วมประชุมวางแผนการดำเนินโครงการกับคณะทำงานซึ่งเป็นการสร้างกำลังใจที่ดีให้แก่ทีมงาน (3)

2) กล่าวชื่นชมความสำเร็จของโครงการต่อคณะทำงานทุกคน (3)

3) พูดถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการต่อบุคลากรในหน่วยงาน (2)

3.2 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าช่วงเวลาที่คณะทำงานต้องการคำแนะนำหรือความช่วยเหลือมากที่สุด มีดังนี้

1) ช่วงเริ่มต้นโครงการเพราะว่าต้องประสานงานกับหน่วยงานภายนอก (5)

2) ระหว่างการดำเนินโครงการเพราะว่างบประมาณไม่เพียงพอต้องยืมเงินของหน่วยงานสำรองจ่ายไปก่อน (2)

3.3 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าได้ให้ข้อมูลย้อนกลับในเชิงสร้างสรรค์แก่คณะทำงาน ดังนี้

1) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมแก่สมาชิกในทีมงานทุกคนพร้อมกัน (3)



**PROMISE**

2) ใต้ให้ข้อเสนอแนะการทำงานเป็นรายบุคคลในเวลาไม่เป็นทางการ เช่น ระหว่างการรับประทานอาหาร เพื่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย (3)

3) บอกให้ทีมงานได้ทราบถึงความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการเพื่อเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่คณะทำงาน (2)

3.4 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าได้ใช้หลักการเพื่อประเมินผลการดำเนินงานของคณะทำงานในระหว่างการดำเนินโครงการ ดังนี้

1) ประเมินจากผู้เข้าร่วมโครงการว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ มีความพึงพอใจต่อการดำเนินโครงการมากน้อยเพียงใด (5)

2) ประเมินจากความมุ่งมั่นและตั้งใจในการทำงานของคณะทำงานทุกคน (3)

3.5 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าได้มีส่วนช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินโครงการของคณะทำงาน ดังนี้

1) ช่วยให้คำแนะนำในการจูงใจให้ผู้เข้าร่วมโครงการมาทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง (3)

2) หางบประมาณการดำเนินโครงการสำรองจ่ายก่อนที่เงินจาก สปสช. จะมาถึง (3)

3) ช่วยประสานงานกับหน่วยงานภายนอกเพื่อให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรม (2)

**4. ผลการประเมินด้านผลลัพธ์ (Product Evaluation)**

4.1 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าจุดแข็งของโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพครั้งนี้ ได้แก่

1) คณะทำงานมีความเข้มแข็ง มีความรับผิดชอบ และมีความมุ่งมั่นที่จะทำโครงการให้ประสบความสำเร็จ (5)

2) กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความน่าสนใจ สามารถจูงใจผู้เข้าร่วมโครงการได้ (5)

3) การสร้างแรงจูงใจด้วยรางวัลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการที่สามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมได้ดีที่สุดในกลุ่ม (2)

4.2 ผู้บังคับบัญชาพึงพอใจในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคณะทำงาน ดังนี้

1) โครงการทำให้หน่วยงานมีชื่อเสียงเพิ่มมากขึ้น (3)

2) โครงการมีความสอดคล้องกับนโยบายหลักของหน่วยงาน (3)

3) ผู้เข้าร่วมโครงการพึงพอใจต่อหน่วยงานเพิ่มมากขึ้น (1)

4.3 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าหากมีโครงการเช่นนี้อีกก็จะให้การสนับสนุนต่อไป ด้วยเหตุผลดังนี้

1) เป็นโครงการที่สามารถเสริมสร้างสุขภาพให้กับผู้เข้าร่วมโครงการได้อย่างแท้จริง (4)

2) เป็นโครงการที่สามารถช่วยพัฒนาศักยภาพการดำเนินโครงการให้กับบุคลากรของหน่วยงานได้ (3)

4.4 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าโครงการนี้สามารถส่งเสริมสุขภาพประชาชนได้อย่างแท้จริง ดังนี้

1) ผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ เช่น ออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ (5)

2) เป็นโครงการที่มีองค์ความรู้จำนวนมากให้กับผู้เข้าร่วมโครงการสามารถนำไปปฏิบัติได้เองและเผยแพร่ต่อไปได้ (3)



## PROMISE

4.5 ผู้บังคับบัญชารายงานว่าได้มีส่วนในการสนับสนุนความสำเร็จของโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

- 1) ให้การสนับสนุนด้านนโยบายการดำเนินโครงการ (4)
- 2) ให้คำแนะนำในการดำเนินโครงการ (4)
- 3) ประสานงานกับหน่วยงานภายนอก (3)

**ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับ ตนเอง และการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่าง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามสมมติฐานข้อที่ 2**

ตาราง 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

พฤติกรรมสุขภาพ (คะแนนระหว่าง 5 – 20)	ก่อนเข้า		หลังเข้า		MD.	t	p
	n = 3,414		n = 3,414				
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	14.58	2.63	16.65	2.77	-2.071	-48.276	0.000*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 5 พบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 6 สัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 3,414)

พฤติกรรมสุขภาพ (คะแนนระหว่าง 5 – 20)	คะแนนเพิ่มขึ้น		คะแนนลดลง		คะแนนเท่าเดิม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	2,797	81.93	326	9.55	291	8.52



## PROMISE

จากตาราง 6 พบว่าหลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น จำนวน 2,797 คน คิดเป็นร้อยละ 81.93 รองลงมาคือมีคะแนนลดลง จำนวน 326 คน คิดเป็นร้อยละ 9.55 และมีคะแนนเท่าเดิม จำนวน 291 คน คิดเป็นร้อยละ 8.52

ตาราง 7 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการกำกับตนเองของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

พฤติกรรมสุขภาพ (คะแนนระหว่าง 5 – 20)	ก่อนเข้า		หลังเข้า		MD.	t	p
	n = 3,414		n = 3,414				
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
การกำกับตนเอง	14.14	2.90	16.37	2.69	-2.227	-50.821	0.000*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 พบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีคะแนนการกำกับตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 8 สัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนการกำกับตนเองที่ เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 3,414)

พฤติกรรมสุขภาพ (คะแนนระหว่าง 5 – 20)	คะแนนเพิ่มขึ้น		คะแนนลดลง		คะแนนเท่าเดิม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การกำกับตนเอง	2,788	81.66	375	10.98	251	7.35

จากตาราง 8 พบว่าหลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีคะแนนการกำกับตนเองเพิ่มขึ้น จำนวน 2,788 คน คิดเป็นร้อยละ 81.66 รองลงมาคือมีคะแนนลดลง จำนวน 375 คน คิดเป็นร้อยละ 10.98 และมีคะแนนเท่าเดิม จำนวน 251 คน คิดเป็นร้อยละ 7.35

ตาราง 9 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ



## PROMISE

พฤติกรรมสุขภาพ (คะแนนระหว่าง 7 – 28)	ก่อนเข้า		หลังเข้า		MD.	t	p
	n = 3,414		n = 3,414				
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
การดูแลสุขภาพของตนเอง	18.42	3.83	21.25	4.10	-2.831	-45.438	0.000*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 พบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีคะแนนการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 10 สัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนการดูแลสุขภาพของตนเองที่ เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n=3,414)

พฤติกรรมสุขภาพ (คะแนนระหว่าง 7 – 28)	คะแนนเพิ่มขึ้น		คะแนนลดลง		คะแนนเท่าเดิม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	การดูแลสุขภาพของตนเอง	2,856	83.66	341	9.99	217

จากตาราง 10 พบว่าหลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีคะแนนการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้น จำนวน 2,856 คน คิดเป็นร้อยละ 83.66 รองลงมาคือมีคะแนนลดลง จำนวน 341 คน คิดเป็นร้อยละ 9.99 และมีคะแนนเท่าเดิม จำนวน 217 คน คิดเป็นร้อยละ 6.36

**ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบตัวชี้วัดด้านชีวเคมี ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิต เส้นรอบเอววัดเป็นนิ้ว และค่าน้ำหนักตัว ของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามสมมติฐานข้อที่ 3**

ตาราง 11 ผลการเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย(BMI)ของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	ก่อนเข้า		หลังเข้า		MD.	t	p
	n = 3,119		n = 3,119				
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	23.36	4.74	22.92	4.26	.440	16.268	0.000*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05





## PROMISE

จากตาราง 11 พบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 12 สัดส่วนของผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 3,119)

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	คะแนนเพิ่มขึ้น		คะแนนลดลง		คะแนนเท่าเดิม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	689	22.09	1,547	49.60	883	28.31

จากตาราง 12 พบว่าหลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงจำนวน 1,547 คน คิดเป็นร้อยละ 49.40 รองลงมาคือ เท่าเดิมจำนวน 883 คน คิดเป็นร้อยละ 28.31 และเพิ่มขึ้น จำนวน 689 คน คิดเป็นร้อยละ 22.09

ตาราง 13 ผลการเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตบน (Systolic) ของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	ก่อนเข้า		หลังเข้า		MD.	t	p
	n = 2,125		n = 2,125				
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
ความดันโลหิต (Systolic)	119.44	17.18	118.99	15.54	.449	2.150	0.032*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 13 พบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีความดันโลหิต (Systolic) ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 14 สัดส่วนของผู้ที่มีค่าความดันโลหิต (Systolic) ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 2,125)

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	คะแนนเพิ่มขึ้น		คะแนนลดลง		คะแนนเท่าเดิม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าความดันโลหิต (Systolic)	995	46.82	1,012	47.62	118	5.55



**PROMISE**

จากตาราง 14 พบว่าหลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีค่าความดันโลหิต (Systolic) ลดลงจำนวน 1,012 คน คิดเป็นร้อยละ 47.67 รองลงมาคือ เพิ่มขึ้นจำนวน 995 คน คิดเป็นร้อยละ 46.82 และเท่าเดิม จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 5.55

ตาราง 15 ผลการเปรียบเทียบค่าความดันโลหิต (Diastolic) ของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	ก่อนเข้า		หลังเข้า		MD.	t	p
	n = 2,125		n = 2,125				
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
ความดันโลหิต (Diastolic)	73.78	12.79	74.04	11.05	-2.55	-1.500	.134

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 15 พบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีความดันโลหิต (Diastolic) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

ตาราง 16 สัดส่วนของผู้ที่มีค่าความดันโลหิต (Diastolic) ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจาก ที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 2,125)

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	คะแนนเพิ่มขึ้น		คะแนนลดลง		คะแนนเท่าเดิม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าความดันโลหิต (Diastolic)	1,068	50.28	907	42.70	150	7.06

จากตาราง 16 พบว่าหลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีค่าความดันโลหิต (Diastolic) เพิ่มขึ้นจำนวน 1,068 คน คิดเป็นร้อยละ 50.28 รองลงมาคือ ลดลงจำนวน 907 คน คิดเป็นร้อยละ 42.70 และเท่าเดิม จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 7.06

ตาราง 17 ผลการเปรียบเทียบค่ารอบเอววัดเป็นนิ้วของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลัง เข้าร่วมโครงการ



## PROMISE

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	ก่อนเข้า		หลังเข้า		MD.	t	p
	n = 494		n = 494				
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
ค่ารอบเอววัดเป็นนิ้ว	33.24	5.05	32.79	4.74	.456	6.337	0.000*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 17 พบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีค่ารอบเอววัดเป็นนิ้วลดลงจากก่อนเข้าร่วมโครงการอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 18 สัดส่วนของผู้ที่มีค่ารอบเอววัดเป็นนิ้ว ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่า เดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 494)

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	คะแนนเพิ่มขึ้น		คะแนนลดลง		คะแนนเท่าเดิม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่ารอบเอววัดเป็นนิ้ว	162	32.79	296	59.92	36	7.29

จากตาราง 18 พบว่าหลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีค่ารอบเอววัดเป็นนิ้ว ลดลงจำนวน 296 คน คิดเป็นร้อยละ 59.92 รองลงมาคือลดลง จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 32.79 และ เพิ่มขึ้น จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 7.29

ตาราง 19 ผลการเปรียบเทียบค่าน้ำหนักตัว(กิโลกรัม) ของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังเข้า ร่วมโครงการ

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	ก่อนเข้า		หลังเข้า		MD.	t	p
	n = 305		n = 305				
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
ค่าน้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	63.18	17.88	62.83	17.73	.346	.245	.807

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 19 พบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีค่าน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) ลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่าง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่



## PROMISE

ตาราง 20 สัดส่วนของผู้ที่มีค่าน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากที่ได้เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n = 305)

ตัวชี้วัดทางชีวเคมี	คะแนนเพิ่มขึ้น		คะแนนลดลง		คะแนนเท่าเดิม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าน้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	152	49.83	153	50.16	-	-

จากตาราง 20 พบว่าหลังจากที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีค่าน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) ลดลงจำนวน 153 คน คิดเป็นร้อยละ 50.16 เพิ่มขึ้น จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 49.83

ตาราง 21 จำนวนและร้อยละของคนที่มีความพึงพอใจต่อโครงการในระดับต่างๆ

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พึงพอใจน้อย (7 – 13)	50	1.46
พึงพอใจปานกลาง (14 – 20)	550	16.11
พึงพอใจมาก (21 – 28)	2,814	82.43
รวม	3,414	100.00

จากตาราง 21 พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่พึงพอใจระดับมากต่อการเข้าร่วมโครงการ จำนวน 2,814 คน คิดเป็นร้อยละ 82.43 รองลงมาคือ พึงพอใจปานกลาง จำนวน 550 คิดเป็นร้อยละ 16.11 และพึงพอใจน้อย จำนวน 50คน คิดเป็นร้อยละ 1.46

### ตอนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบ ความพึงพอใจต่อโครงการ พฤติกรรมสุขภาพ 3Self ในกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการต่างกันภายหลังเข้าร่วมโครงการ ตามสมมติฐานข้อ 4

ตาราง 22 ผลการเปรียบเทียบเปรียบเทียบ การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการสูงและต่ำภายหลังเข้าร่วมโครงการ



## PROMISE

ตัวแปรที่ศึกษา	ภาวะโภชนาการ สูง(BMI >25.01) n = 805		ภาวะโภชนาการ ต่ำ (BMI ≤25.00) n = 2,296		MD.	t	p
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
	การรับรู้ความสามารถในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	16.39	2.438	16.72			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 22 พบว่ากลุ่มที่มีภาวะโภชนาการต่ำ (BMI ≤25.00) มีการรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่มีภาวะโภชนาการสูง (BMI > 25.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตาราง 23 ผลการเปรียบเทียบเปรียบเทียบการกำกับตนเองระหว่างกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการสูงและต่ำ  
ภายหลังเข้าร่วมโครงการ

ตัวแปรที่ศึกษา	ภาวะโภชนาการ สูง(BMI >25.01) n = 805		ภาวะโภชนาการ ต่ำ (BMI ≤25.00) n = 2,296		MD.	t	p
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
	การกำกับตนเอง	16.12	2.64	16.46			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 23 พบว่ากลุ่มที่มีภาวะโภชนาการต่ำ (BMI ≤25.00) มีการกำกับตนเองสูงกว่ากลุ่มที่มีภาวะโภชนาการสูง (BMI > 25.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตาราง 24 ผลการเปรียบเทียบเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพของตนเองระหว่างกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการสูงและต่ำภายหลังเข้าร่วมโครงการ



## PROMISE

ตัวแปรที่ศึกษา	ภาวะโภชนาการ สูง(BMI >25.01)		ภาวะโภชนาการ ต่ำ (BMI ≤25.00)		MD.	t	p
	n =804		n = 2,299				
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
การดูแลสุขภาพของตนเอง	21.30	4.77	21.15	4.033	-.152	-.812	.417

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 24 พบว่ากลุ่มที่มีภาวะ โภชนาการต่ำ (BMI ≤25.00) มีการดูแลสุขภาพของตนเอง ต่ำกว่ากลุ่มที่มีภาวะ โภชนาการสูง (BMI > 25.01) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 25 ผลการเปรียบเทียบเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อโครงการระหว่างกลุ่มที่มีภาวะ โภชนาการสูงและต่ำภายหลังเข้าร่วมโครงการ

ตัวแปรที่ศึกษา	ภาวะโภชนาการ สูง(BMI >25.01)		ภาวะโภชนาการ ต่ำ (BMI ≤25.00)		MD.	t	p
	n =635		n = 1,630				
	$\bar{X}$	SD.	$\bar{X}$	SD.			
ความพึงพอใจต่อโครงการ	22.72	3.09	23.60	3.07	.877	6.008	.000*

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 37 พบว่ากลุ่มที่มีภาวะ โภชนาการต่ำ (BMI ≤25.00) มีความพึงพอใจต่อโครงการสูงกว่ากลุ่มที่มีภาวะ โภชนาการสูง (BMI > 25.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



## บทที่

## 5

## สรุปและข้อเสนอแนะ



การวิจัยเชิงประเมินครั้งนี้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Method) และเป็น การปฏิบัติการวิจัยเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินโครงการของ องค์การไม่หวังผลกำไร ผู้ ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปพร้อมกันระหว่างคณะผู้วิจัย คณะผู้นิเทศก์ติดตามและ ประเมินโครงการ ในการศึกษาครั้งนี้ มีเป้าหมายที่สำคัญ เพื่อให้ประชาชนคนไทย ผู้มีสิทธิการรักษาใน เขตกรุงเทพมหานคร ได้เข้าถึงการรับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น และ องค์การ ไม่หวังผลกำไร ในเขตกรุงเทพมหานครที่ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มีขีดความสามารถ ในการบริหารโครงการ ด้านการบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยในเขต กรุงเทพมหานคร และ ในการดำเนินโครงการเพื่อให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนของ องค์การไม่หวังผลกำไร ที่ร่วมให้บริการในช่วงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2552 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 จำนวน 7 หน่วยงานรวม 8 โครงการ โดยมีประชาชนผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงต่อโรคที่เกิดจากพฤติกรรม สุขภาพที่ไม่ถูกต้อง รวม 3,414 คน โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิจัย 1) เพื่อประเมินผลการดำเนิน โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ องค์การไม่หวังผลกำไร ในเขตกรุงเทพมหานครตามกรอบ แนวคิด CIPP Model และ Logic Model 2) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ได้แก่ การรับรู้ ความสามารถของตนใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับตนเอง และการดูแลสุขภาพ ตนเองของผู้เข้าร่วมโครงการดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ 3) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัด ได้แก่ ค่า BMI ไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต จำนวนการสูบบุหรี่ และค่าต่าง ๆ ตามที่แต่ละโครงการกำหนดของผู้เข้าร่วมโครงการ ที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ 4) เพื่อศึกษาปัจจัย ด้านความพึงพอใจต่อโครงการ และด้านพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ที่มีต่อภาวะโภชนาการภายหลังเข้า ร่วมโครงการ และ 5) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของการดำเนินโครงการ



**PROMISE**

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงของ องค์การไม่หวังผลกำไร ในเขต กรุงเทพมหานคร และมีสมมติฐานการวิจัย เพื่อเป็นกรอบในการรายงานผลสรุปในครั้งนี้ มีดังนี้

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

โดยมีบทสรุปขั้นตอนในการวิจัย ตามลำดับดังนี้

### ขั้นตอนที่ 1 พัฒนารูปแบบการประเมินและการบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพของหน่วยงาน ตามกรอบแนวคิดในการให้บริการตามหลัก PROMISE และ 3 SELF

1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเทคนิคการพัฒนาสุขภาพ ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การบริหารจัดการและประเมินโครงการ ตาม CIPP Model และ Logic Model และแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และ PROMISE Model
2. จัดทำต้นแบบของ รูปแบบการประเมินและการบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงาน ตามกรอบแนวคิดการประเมินผล และหลัก PROMISE Model และ 3 SELF
3. ดำเนินการอบรมหัวหน้าและคณะทำงานของโครงการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 8 โครงการ ๆ ละ 3 คนรวมจำนวนผู้เข้ารับการอบรมทั้งสิ้น 24 คน ให้มีความรู้ความเข้าใจในหลักการดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามกรอบการบริหารจัดการโครงการ ด้วยแนวคิดตามหลัก PROMISE Model เพื่อให้ผู้เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือกลุ่ม





**PROMISE**

เสี่ยงเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้านคือ 3 SELF ได้แก่ Self-efficacy Self-regulation และ Self-care

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

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

## ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาผลการนิเทศและประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหน่วยงานใน

เขตกรุงเทพมหานครและปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพขององค์กรไม่หวังผลกำไรในเขตกรุงเทพมหานคร

1. ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับการบริหารโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. กำหนดเกณฑ์การประเมินเพื่อพิจารณาตัดสินอนุมัติ ข้อเสนอโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานที่เสนอขอทุนสนับสนุน และเมื่อผู้ทรงคุณวุฒิ 2-3 คนตรวจสอบพร้อมหัวหน้าโครงการปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงวุฒิ และดำเนินการทำสัญญาข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินโครงการให้เป็นไปตามเงื่อนไขที่ สปสข. และสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
3. จัดทำคู่มือการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ในเขตกรุงเทพมหานคร และคู่มือการบริหารการเงินและพัสดุ สำหรับหัวหน้าโครงการและทีมงานเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินโครงการ
4. จัดทำคู่มือการกำกับติดตามและประเมินผลโครงการ เพื่อให้ผู้นิเทศโครงการใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามนิเทศงานและประเมินโครงการของผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
5. จัดกิจกรรม เพื่อพัฒนาขีดความสามารถของหน่วยงานที่ร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้มีความเชื่อมั่น มีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการเขียน การบริหารจัดการโครงการ และทักษะในการจัดกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งทางจิตและทางร่างกายตามแนวทางปรับพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และ PROMISE Model
6. จัดกิจกรรมในที่ผู้นิเทศเพื่อสร้างความร่วมมือในการดูแล ให้คำแนะนำแก่หัวหน้าโครงการต่างๆ ดำเนินการได้ไปตามเป้าหมาย และตัวชี้วัด



**PROMISE**

7. บริหารจัดการโครงการบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละหน่วยงาน ที่ร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้ผลสัมฤทธิ์ตามตัวชี้วัด โดยประยุกต์แนวทางการประเมินผลโครงการตาม CIPP Model และ Logic Model

8. จัดประชุมสรุปโครงการ แก่ผู้ร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของทุกหน่วยงาน และสรุปรายงานผลการดำเนินงานบริหารจัดการโครงการ

**กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย**

1. กลุ่มผู้ดำเนินการให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย หัวหน้าโครงการ 8 โครงการ ผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ จำนวน 8 คน และผู้รับบริการที่ให้ข้อมูลจากกรณีศึกษิตตามโครงการระหว่างดำเนินโครงการ 32 คน

2. กลุ่มผู้รับบริการหรือเข้าร่วมโครงการ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเครียด โรคอ้วน การติดบุหรี่ หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องตามผลการตรวจแบบคัดกรองความเสี่ยงของ สปสช. และได้รับการประเมินจากหน่วยงานผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมว่าเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว พร้อมทั้งสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ครั้งในช่วง 4-7 เดือนที่มีการจัดโครงการ รวมทั้งสิ้น 3,414 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินโครงการ ประกอบด้วย 3 ส่วน**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินโครงการ **ก่อนเริ่มดำเนินโครงการ** เป็นการประเมินความเป็นไปได้ในการดำเนินโครงการให้เป็นผลสำเร็จตามตัวชี้วัด จากผู้เชี่ยวชาญ โดยพิจารณาจากเกณฑ์ประเมิน ตามรายงานโครงการที่ประกอบด้วย **ชื่อโครงการ** บ่งชี้ถึงลักษณะกิจกรรมที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ ระบุกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน **หลักการและเหตุผล** ควรระบุ ปัญหาและสาเหตุที่มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องของกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มที่ลักษณะคล้ายกันไว้อย่างชัดเจน ถ้ามีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ดี เพื่อเป็นกรอบในการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาและลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย **วัตถุประสงค์** ควรมีความสอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข เป็นวัตถุประสงค์ที่วัดได้จริงและไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและเวลา โดยระบุ ตัวชี้วัดที่ชัดเจนทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เช่น กลุ่มเสี่ยงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปทิศทางที่ดีขึ้น รอบเอวลดลงจากเดิมเท่าไรกี่คนหรือกี่ % เป็นต้น **กลุ่มเป้าหมาย** ควรระบุชัดเจนว่าเป็นใคร โดยผ่านการตรวจแบบคัดกรองด้วยเกณฑ์อย่างไรในการคัดเลือกเข้าโครงการ จำนวนกี่คน โดยให้เหมาะสมกับศักยภาพของผู้ดำเนินการ **หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ** ควรระบุไว้ชัดเจน เช่น หน่วย /ฝ่าย ภาควิชา สถาบัน เป็นต้น



**PROMISE**

**ผู้รับผิดชอบ** ควรระบุไว้ในรูปของคณะทำงานอย่างน้อย 3 คนขึ้นไปโดยให้ระบุชื่อนามสกุล ตำแหน่ง วุฒิการศึกษา สถานที่ทำงาน และ เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ แฟกซ์ อีเมล **วันเวลา** สถานที่ ในการดำเนินโครงการ ควรระบุพอสังเขป ช่วงไม่เกิน 7 เดือน **ขั้นตอนการดำเนินงาน** ควรระบุไว้ชัดเจนว่าจะทำอะไรที่ไหนอย่างไร เมื่อไหร่ โดยจัดทำเป็นผังการปฏิบัติงาน โดยมีระยะเวลาทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อยู่ระหว่าง 4 -7 เดือน **การประเมินผลโครงการ** ควรระบุลักษณะการประเมิน และตัวชี้วัดที่ชัดเจน ที่ให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลงของลักษณะทางจิต เช่น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการหรือผู้รับบริการมีพฤติกรรมจัดการความเครียดดีขึ้นโดยวัดจากอะไรบ้าง ร้อยละของผู้ เข้าร่วมโครงการมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองพร้อมที่จะกำกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของตนเอง ถึงแม้โครงการสิ้นสุดลง เป็นต้น และตัวแปรผลลัพธ์ทางร่างกายและทางค ลิสิก เช่น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงหรือเป็นปกติ ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีความดันโลหิตลดลงหรือเป็นปกติ ร้อยละของระดับความพึงพอใจ เป็นต้น และ **ผลสัมฤทธิ์ของงาน** ที่ทางสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ส่งมอบงานให้ สปสช . เมื่อสิ้นสุดโครงการ ประกอบด้วย แบบบันทึกผลการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหน่วยงานตามตัวชี้วัดของ สปสช . และรายงานสรุปผลการดำเนินงานที่ครอบคลุมทุกระยะของการดำเนินโครงการของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

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

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

2.2 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่ประกอบด้วยเนื้อหาที่เกี่ยวกับการประเมินการนำหลักการ PROMISE Model ไปใช้และความเป็นไปได้ในความสำเร็จตามตัวชี้วัดด้านพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และตัวชี้วัดอื่นของโครงการ 4 ด้าน คือ **ปัจจัยบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Product)** เป็นประเด็นข้อคำถามปลายเปิด โดยผู้ให้ข้อมูลตอบ



**PROMISE**

สัมภาระประกอบด้วย 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการและ ผู้เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3. เครื่องมือและคุณภาพของที่ใช้เพื่อการประเมินพฤติกรรมสุขภาพภายหลังสิ้นสุดการดำเนินโครงการ

3.1 แบบสอบถามเพื่อการประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยแบบสอบถามดังต่อไปนี้

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

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

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

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

### การวิเคราะห์ข้อมูล

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

2. ข้อมูลในเชิงปริมาณ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและตัวชี้วัดที่เปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการสถิติค่าที่ เพื่อตอบสนองมติฐานข้อที่ 2-4

3. ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมในเชิงคุณภาพที่แสดงถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ด้วยการพรรณานำเสนอเป็น ความถี่



**PROMISE****สรุปผลการวิจัย**

สามารถสรุปผลแบ่งเป็น 6 ตอน ตามสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

**ตอนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป

**ตอนที่ 2** ผลการนิเทศและประเมินโครงการ ตามสมมติฐานข้อ 1

**ตอนที่ 3** ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ตามสมมติฐานข้อ 2

**ตอนที่ 4** ผลการเปรียบเทียบตัวชี้วัดทางสุขภาพด้านอื่นๆ ตามสมมติฐานข้อ 3

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

**ตอนที่ 6** สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงขององค์กรไม่หวังผลกำไรในเขตกรุงเทพมหานคร

**ตอนที่ 7** สรุปแนวคิดในการประเมินผลและบริหารจัดการโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขององค์กรไม่หวังผลกำไรในเขตกรุงเทพมหานครที่ได้จากการวิจัย

**ตอนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป

ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 2,159 คิดเป็นร้อยละ 63.24 มีอายุน้อยกว่า 30 ปี จำนวน 1,629 คนคิดเป็นร้อยละ 47.72 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา, ปวช., ปวส จำนวน 1,452 คน คิดเป็นร้อยละ 42.53 มีสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นบัตรทอง ในเขตกทม จำนวน 1,236 คน คิดเป็นร้อยละ 36.20 ลักษณะของกลุ่มเป้าหมายคืออยู่ในกลุ่ม อื่นได้แก่ โรคอ้วน ขาดการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภค จำนวน 2,025 คน คิดเป็นร้อยละ 59.31 ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือ ขาดการออกกำลังกาย จำนวน 1,253 คน คิดเป็นร้อยละ 36.70

**ตอนที่ 2** ผลการนิเทศและประเมินโครงการ ตามสมมติฐานข้อ 1

“ ผลการนิเทศและประเมินโครงการตามรูปแบบการประเมิน CIPP Model คือ ปัจจัยด้านบริบทด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของทุกโครงการ **อยู่ในระดับดีขึ้น** ไป ทั้งในกลุ่มการรับรู้ของหัวหน้าโครงการ ผู้เข้าร่วมโครงการ และผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ” พบผลการวิจัยสอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 1

จากการประเมินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ องค์กรไม่หวังผลกำไร ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้ทำการเก็บรวบรวมทั้งข้อมูลในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจาก 8 โครงการ ในกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการๆ ละ 4 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 32 คน หัวหน้าโครงการ จำนวน 8 คน และผู้บังคับบัญชา จำนวน 8 คน ผลการประเมินพบว่า



**PROMISE**

2.1 กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการมีความคิดเห็นต่อโครงการในภาพรวมในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.47 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีความคิดเห็นต่อด้าน ปัจจัยนำเข้า และด้าน ผลลัพธ์ สูงที่สุดอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.51 รองลงมาคือ ด้านปัจจัยกระบวนการ และด้านบริบททั่วไป อยู่ในระดับดีมากเท่ากัน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.48 และ 3.38 ตามลำดับ

2.2 กลุ่มหัวหน้าโครงการมีความคิดเห็นต่อโครงการในภาพรวมในระดับดีมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.79 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีความคิดเห็นต่อด้านปัจจัยบริบททั่วไป สูงที่สุดอยู่ในระดับดีมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 รองลงมาคือ ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์อยู่ในระดับดีมาก เท่ากับ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.80, 3.80 และ 3.79 ตามลำดับ

2.3 กลุ่มผู้บังคับบัญชามีความคิดเห็นต่อโครงการในภาพรวมในระดับดีมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีความคิดเห็นต่อด้านบริบททั่วไปสูงที่สุดอยู่ในระดับดีมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.81 รองลงมาคือด้านผลลัพธ์ ด้านกระบวนการ และด้านปัจจัยนำเข้า อยู่ในระดับดีมาก เช่นกัน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.79, 3.77 และ 3.66 ตามลำดับ

**ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ตามสมมติฐานข้อ 2**

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

หลังจากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองและการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของจำนวนผู้ที่มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังจากการเข้าร่วมโครงการพบว่าผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับตนเองและการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้นในสัดส่วนร้อยละ 81.93, 81.66 และ 83.66 ตามลำดับ

**ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ ตามสมมติฐานข้อ 3**

“ผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละสถานพยาบาลมีการเปลี่ยนตัวชี้วัดทางชีวเคมี เช่น ค่า BMI รอบเอว ค่าความดันโลหิต และค่าต่างๆ ตามที่แต่ละโครงการกำหนดดีขึ้นกว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ” พบผลวิจัยสอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 3 ดังนี้

หลังจากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีค่าตัวชี้วัดด้านชีวเคมี ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ค่าความดันโลหิตบน (Systolic) และค่ารอบเอววัด



**PROMISE**

เป็นนั้ว ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าน้ำหนักตัว ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของจำนวนผู้ที่มีค่าตัวชี้วัดด้านชีวเคมีที่ดีขึ้น ได้แก่ มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงหรือเท่าเดิม คิดเป็นร้อยละ 77.91 ของจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด มีค่าความดันโลหิตบน (Systolic) ที่ลดลงหรือเท่าเดิมรวมคิดเป็นร้อยละ 53.17 มีค่าความดันโลหิตล่าง (Diastolic) ที่ลดลงหรือเท่าเดิมรวมคิดเป็นร้อยละ 49.76 ค่ารอบเอววัดเป็นนั้วที่ลดลงหรือเท่าเดิมรวมคิดเป็นร้อยละ 67.21 และน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมลดลงคิดเป็นร้อยละ 50.16 และผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อโครงการในระดับพึงพอใจมาก จำนวน 2,814 คน คิดเป็นร้อยละ 82.43

**ตอนที่ 5** ผลการเปรียบเทียบ ปัจจัยด้านความพึงพอใจ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ในกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการต่างกัน ตามสมมติฐานข้อ 4

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

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

และพบว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการที่มีภาวะโภชนาการต่ำ ( $BMI \leq 25.00$ ) มีการดูแลสุขภาพของตนเอง สูงกว่า กลุ่มที่มีภาวะโภชนาการสูง ( $BMI > 25.00$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการที่มีภาวะโภชนาการต่ำ ( $BMI \leq 25.00$ ) มีความพึงพอใจต่อโครงการมากกว่ากลุ่มที่มีภาวะโภชนาการสูง ( $BMI > 25.00$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตอนที่ 6** สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

**ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ทำให้โครงการประสบความสำเร็จ**

**เจ้าหน้าที่**

1. ผู้บริหารให้ความร่วมมือและสนับสนุนต่อโครงการในการจัดกิจกรรมและอนุญาตให้ใช้สถานที่ เพื่อฝึกปฏิบัติและจัดกิจกรรมต่าง ๆ ของโครงการ รวมถึงผู้บริหารระดับสูงได้เข้าร่วมโครงการจึงทำให้เกิดขวัญกำลังใจและเป็นการกระตุ้นเพื่อให้โครงการบรรลุเป้าหมายได้อย่างรวดเร็ว (5)

2. บุคลากรมีศักยภาพ และความพร้อมที่จะติดตาม กระตุ้น ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีวินัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ (5)



**PROMISE****ผู้เข้าร่วมโครงการ**

3. ผู้เข้าร่วมโครงการให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี มาเข้าร่วมสม่ำเสมอด้วยความเต็มใจ กระตือรือร้น และเห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง (5)

**การดำเนินโครงการ**

1. มีการจัดสรรเวลาและกลวิธีในการดำเนินกิจกรรมที่เหมาะสม ยืดหยุ่นและสอดคล้องกับชีวิตประจำวัน (5)
2. บรรยากาศในการจัดกิจกรรมมีความเป็นกันเอง และมีการสร้างสีสันที่สะดุดตาจึงเป็นการกระตุ้นเตือนเมื่อผ่าน หรือพบเห็น เน้นรูปแบบการจัดกิจกรรมที่ง่ายสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ (4)
3. มีการประชุมวางแผนการดำเนินงานและจัดทำขั้นตอนการทำงาน (4)
4. มีการสร้างแรงจูงใจโดยการให้รางวัล (3)
5. ได้รับความร่วมมือจากผู้ประสานงานทุกกลุ่มเป้าหมาย (2)
6. มีการจัดกิจกรรมที่ได้สาระและความสนุก ไม่น่าเบื่อ (1)
7. มีทีมวิทยากรที่มีความรู้และสามารถถ่ายทอดให้ผู้เข้าร่วมสามารถปฏิบัติตามได้เป็นอย่างดี (1)
8. กิจกรรมมีความหลากหลายซึ่งผู้เข้าร่วมสามารถเลือกประเภทได้ตามความเหมาะสมของตนเอง เพศ และวัย ทำให้เกิดความสนุกสนานและเกิดการกระตุ้นเชิงบวกได้เป็นอย่างดี ทำให้เกิดผลดีและเห็นผลของการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (1)
9. มีการจัดกลุ่มแกนนำเพื่อดูแลสมาชิกในกลุ่ม ก่อให้เกิดความสามัคคีและความภาคภูมิใจ (1)
10. การดำเนินกิจกรรมมีความสอดคล้องกับกิจกรรมที่มีอยู่แล้วทำให้เป็นการต่อยอดและประสบผลสำเร็จ (1)

**ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการ****การดำเนินโครงการ**

1. ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ยังขาดความต่อเนื่องซึ่งจะทำให้พฤติกรรมกลับมาใช้ชีวิตแบบเดิมภายหลังจากจบกิจกรรม (6)
2. ปัญหาด้านเอกสาร เช่น กรอกเลขที่บัตรประชาชนผิด ลายเซ็นไม่ครบ ไม่กรอกที่อยู่ ไม่เข้าใจคำถามในแบบคัดกรอง ฯลฯ (4)
3. ปัญหาระบบสารสนเทศ เช่น ไม่สามารถ log in เพื่อบันทึกข้อมูลรายบุคคลได้ (1)
4. ปัญหาด้านเงินทุน เช่น งบประมาณล่าช้า ทำให้โครงการล่าช้ากว่ากำหนด (1)

**ผู้เข้าร่วมโครงการ**

5. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมบางคนติดภารกิจ ไม่สามารถมาตามเวลาที่นัดหมายไว้ได้ (3)
6. ผู้เข้าร่วมโครงการขาดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในช่วงแรกของการเข้าร่วมกิจกรรมจึงไม่ใส่ใจถึงประโยชน์ที่จะได้รับ (2)
7. ผู้เข้าร่วมโครงการมีความเข้าใจดั้งเดิมที่ผิด เช่น การพบแพทย์และทานยาคือการรักษาที่ถูกต้องและขาดการออกกำลังกายทำให้มีปัญหาโรคที่สะสมมานาน ประกอบกับพฤติกรรมสุขภาพเดิมที่คุ้นเคยทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปได้ยาก (1)





**PROMISE****งบประมาณ**

8. งบประมาณในการจัดกิจกรรมเพื่อให้คว ามรู้ และกิจกรรมเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพมี ข้อจำกัด ทำให้การจัดกิจกรรมให้ความรู้เป็นไปได้ไม่มากนัก (1)
9. ความล่าช้าของการจ่ายเงินงบประมาณก่อให้เกิดภาระแก่ผู้ดำเนินโครงการในการที่จะต้อง สำรองจ่ายเป็นจำนวนมาก จึงทำให้การดำเนินกิจกรรมต้องสะดุด (1)

**ข้อเสนอแนะในการดำเนินโครงการต่อไป**

1. ในกรณีที่ไม่สามารถคาดคะเนได้ว่าจะมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการเท่าใด สามารถแก้ไขได้โดย เพิ่มรอบการอบรมให้มากขึ้น (2)
2. สำหรับในช่วงระหว่างการดำเนินงานและผู้เข้าร่วมโครงการขาดความต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ที่งานควรมีการจัดเป็นโปรโมชันพิเศษในเดือนนั้นๆ และมีของรางวัลเป็นสิ่งจูงใจ (2)
3. ควรมีการจัดโครงการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายยังคงตระหนักและเห็นความสำคัญของ การดูแลสุขภาพต่อไป (2)
4. ควรมีการติดตามผลและประเมินกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการเดิมทุก 3-6 เดือน เพื่อเป็นการสร้าง แรงจูงใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ (2)
5. ควรพัฒนาระบบโปรแกรมบันทึกรายบุคคล (BPPDS) ให้สามารถรองรับความต้องการของผู้ใช้บริการ
6. ควรมีการจัดสรรงบประมาณให้ทันต่อการดำเนินงานโครงการ (1)
7. แบบฟอร์มต่างๆ ที่ใช้ในการอบรม เช่น ใบลงทะเบียน ใบคัดกรอง ฯลฯ ควรออกแบบให้เข้าใจ ง่าย และกระชับ เพื่อความสะดวกในการกรอกข้อมูล (1)
8. ควรมีการจัดตั้งกลุ่มและแกนนำเพื่อดูแลสมาชิกและเป็นการกระตุ้นเตือนให้ดูแลสุขภาพ พฤติกรรม สุขภาพอย่างต่อเนื่องภายหลังจากจบโครงการ (1)
9. ควรมีการสร้างตระหนักในการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ให้มีความสามารถในการ การ ควบคุมและป้องกันโรคด้วยตนเอง (1)
10. ควรมีการทำวิจัยโดยทำการศึกษาประสิทธิผลโครงการภายหลังการประเมินผลโครงการแล้วว่า มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและนำพฤติกรรมนั้นไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องหรือไม่ มีอะไรที่ทำให้การ เปลี่ยนพฤติกรรมนั้นทำได้อย่างยั่งยืน (1)
11. นำความรู้ประสบการณ์จากผู้เข้าร่วมโครงการและการดำเนินโครงการมาจัดทำเป็นองค์ความรู้ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการบริการดูแลสุขภาพประชาชนต่อไป และควรมีการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้รับบริการเพื่อนำมาเป็นแนวทางพัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการของ ผู้รับบริการอย่างแท้จริง (1)



## PROMISE

ตอนที่ 7 สรุปแนวคิดในการประเมินผลและบริหารจัดการโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขององค์กรไม่หวังผลกำไรในเขตกรุงเทพมหานครที่ได้จากการวิจัย

## ตัวแปรอิสระ – ปัจจัยนำเข้า (Input)

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior modification)  
ด้วยหลัก PROMISE

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

## ผลผลิตที่ได้ (Product)

การเปลี่ยนแปลงทางจิตพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้น

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

การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีที่ดีขึ้น

BP, ผลการตรวจเลือด

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่ดีขึ้น

BMI, รอบเอวลดลง, สมรรถนะร่างกาย

## กระบวนการ (Process)

รูปแบบกิจกรรม มีความหลากหลายอย่างน้อย 5 ครั้ง ในช่วง 4-7 เดือน

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

## ผลลัพธ์ที่ได้ (Outcome)

## 1. ผู้รับบริการ

- ความพึงพอใจต่อโครงการ
- ความต้องการมาเข้าร่วมกิจกรรมต่อ
- ให้คำแนะนำผู้อื่นต่อในด้านการดูแลสุขภาพ
- ได้เครือข่ายการดูแลสุขภาพตนเองและกลุ่ม

## 2. หัวหน้าโครงการ

- สร้างนวัตกรรมและองค์ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- มีทักษะบริหารจัดการโครงการเพิ่มขึ้น
- มีความต้องการดำเนินโครงการต่อ

## 3. ผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ

- ความพึงพอใจในการดำเนินโครงการของหัวหน้าโครงการและคณะทำงาน
- โครงการสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน
- หน่วยงานเป็นที่รู้จักและได้รับความไว้วางใจจากบุคคลทั่วไป

## 4. มศว ได้องค์ความรู้ทางพฤติกรรมสุขภาพ มากขึ้น

## 5. สปสช. ได้ประชาชนที่มีพฤติกรรมกำกวมและ

- สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง มีสุขภาพดีขึ้น และ ลดปริมาณการเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายการรักษาและใช้ยาที่ไม่จำเป็นลง



## PROMISE

## เอกสารอ้างอิง

กนิษฐา จันท์ฉาย. (2549). การทำกับตนเองเพื่อลดการบริโภคขนมขบเคี้ยวของนักเรียนประถมศึกษา โรงเรียนบำรุงวิทยากรบุรี กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ (วท.ม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

กนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล. (2549). ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์: การประยุกต์ใช้รูปแบบทรานส์อิเทคิล. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต (เภสัชกรรมคลินิก). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กรกวรรณ สุพรรณวรรษา . (2544). การวิเคราะห์การมองโลกในแง่ดีและกลวิธีการเผชิญปัญหา ของนิสิตศึกษามหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กรรณิการ์ กันธรักษา. (2527). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลแม่และเด็ก). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

กุลนิตย์ ศักดิ์สุภา (2547). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ถ่ายเอกสาร

เกศแก้ว สอนดี. (2548). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แนวคิดการควบคุมตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อการลดน้ำหนัก ของนักเรียนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน อำเภอเมืองจังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

เกียรติวรรณ อมาตยกุล. (2544). อยู่กับเด็ก ๆ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พี.ที. พริน.

ขวัญใจ ดันดีวัฒนเสถียร. (2535). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ. รายงานการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. คุรุศาสตร์ สถาบันราชภัฏภูเก็ต.

แคธริน เครเมอร์. (2545). เมื่อ เร็วกว่า. นึกกว่า. ฉลาดกว่า. ยังไม่พอ. กรุงเทพฯ: เอ.อาร์. บีซิเนส เพรส.

งามตา วณิชานนท์ . (2550). ดัชนีการมีภูมิคุ้มกันทางจิต : ที่มาและความหมายขององค์ประกอบสำคัญ . เอกสารประกอบการบรรยายในการประชุมปฏิบัติ การนักวิจัย (รุ่นที่ 1 ครั้งที่ 4 ) เรื่อง “แผนงานวิจัยเพื่อเพิ่มพูนจริยธรรม ปัญญา และสุขภาพจิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ” จัดโดยโครงการวิจัยแม่บท : การวิจัยและพัฒนาาระบบพฤติกรรมไทย สำนักงาน คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ(วช.) 8-11 พค. ณ ฮอริเดย์ อินน์ รีเจนท์ บีชชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

จอนณะจง เพ็งจาด. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

จุฑารัตน์ กิตติเชมมาร. (2550). การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพกายและใจ. บทความวิชาการ. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ฉันทนา ภาคบงกช. (2551). เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การเสริมสร้างแนวคิดและการปรับปรุงโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. 30 เมษายน – 2 พฤษภาคม 2551 ณ โรงแรมแม็กซ์ กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มศว.



**PROMISE**

- ชินะพัฒน์ ชื่นแต่ชุ่ม. (2542). ผลของการใช้กระบวนการเรียนการสอน ตามแนวคิดการพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้ของไวคอตสกี ที่มีต่อทักษะทางภาษาไทย และการกำกับตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น วิทยาลัยพณิชยการจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ครุศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชื่น เตชามหาชัย . (2546). แนวคิด มุมมอง เรื่อง โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ .สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ
- จิตติพัฒน์ สงบกาย. (2533). ผลของการกำกับตนเองต่อความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาคณิตศาสตร์ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. วิทยาลัยพณิชยการจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ครุศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงเพ็ญ เรือนไฉน. (2542). ผลของการใช้โปรแกรมฝึกการกำกับตนเองต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1. วิทยาลัยพณิชยการจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (การพยาบาลศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดารณี สืบจากดี. (2552). *Stage of change*-ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง. บทความออนไลน์ จาก [://203.155.220.217/doh/deptd/Article/article\\_07.doc](http://203.155.220.217/doh/deptd/Article/article_07.doc). สืบค้นเมื่อวันที่ 9/03/
- ทรศนี้ง วงศ์บา. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพและการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรค กับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ กองทัพภาค 3. วิทยาลัยพณิชยการจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (พยาบาลศาสตร์). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ทิพาวิดี เมฆสุวรรณ. (2541). การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์. สำนักงาน กพ. สืบค้นจาก [webhost.cpd.go.th/develop1/web/RBM/RBM\\_%201.doc](http://webhost.cpd.go.th/develop1/web/RBM/RBM_%201.doc)
- ทิวา มั่งน้อย. (2534). การเปรียบเทียบความสามารถในการปรับตัวกับเพื่อนของนักเรียนที่มีรูปแบบของการอธิบายต่างกัน. วิทยาลัยพณิชยการจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ครุศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทิดศักดิ์ เดชคง. (2548). *มีดีบ้างไหม*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: มติชน.
- ธีรศักดิ์ ชาราช. (2549). การคิดเชิงบวก. บทความจากออนไลน์ จาก [://www.michi.co.th/articles\\_view\\_health.php? =45&=ba692c0b04998c17868b9e0c8e3f7feb](http://www.michi.co.th/articles_view_health.php? =45&=ba692c0b04998c17868b9e0c8e3f7feb).
- นิพนธ์ แจ้งเอี่ยม. (2539). *จิตวิทยาชุมชน*. ภูเก็ต: ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว, คณะนิภา แก้วศรีงาม. (2547, ธันวาคม). ความคิดเชิงบวก. *วารสารวงการครู*. 12(2): 76-78.
- บังอร ฉางทรัพย์. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มศว.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. (2528). *จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข ในเอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์ หน่วย 9-15*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราช.
- ประทีป จินนี้ . (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.



## PROMISE

- ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และสวิง สุวรรณ. (2532). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพศึกษา*. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยะดี สีพะบารุง (2547). *การพัฒนาการมองโลกในแง่ดีด้วยโปรแกรมการฝึกทักษะการคิดของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*. ปริญญาโท วิชา วท. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒถ่ายเอกสาร
- พินดา มีต้องปัน. (2532). *ประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนักด้วยวิธีควบคุมตนเองในเด็กนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรณี บุญประกอบ. (2548). *การคิดเชิงบวก*. เอกสารการสอนวิชา การคิดถูกวิธี. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2552). *การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ*. สืบค้นจาก [://nctc.oncb.go.th/new/doc/MI&MET](http://nctc.oncb.go.th/new/doc/MI&MET). [9/03/2009].
- พิสมัย จารุชวลิต. (2538). *การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงตั้งครรภ์ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาล พุทธชินราชพิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภาวินี โภคสินจำรูญ . (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์*. เอกสารประกอบการนำเสนอในการประชุมวิชาการกรมอนามัยประจำปีงบประมาณ 2540
- ไม่ปรากฏผู้แต่ง. *การให้การปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง*. สืบค้นจาก <http://www.bloggang.com/viewblog.php?id=psychologist&date=17-11-2006&group=2&gblog=2>.
- ไม่ปรากฏผู้แต่ง. (2552). *การดัดแปลงพฤติกรรม (Behavior Modification)*. สืบค้นจาก <http://www.crma.ac.th/cadet/training%20manual/L/103/11.doc>.
- ยุพา อภิโกมลกร. (2531). *ผลของการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพด้วยวิธีการควบคุมตนเองของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เยาวลักษณ์ ฉันทอมรเลิศกุล.(2546). *รายงานการวิจัยเรื่อง การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ : ความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านแรงงานสัมพันธ์*.
- รัตนา บรรณาธรรม. (2548). *การมองโลกแง่ดี*. จาก <http://www.google.com>.
- วิรัช วิรัชนิภาวรรณ. (2551). *แนวคิดและความหมายของการบริหารและการบริหารจัดการ*. สืบค้นจาก <http://www.wiruch.com/articles%20for%20article/article%20concept%20and%20meaning%20of%20admin%20and%20mgt%20admin.htm>.
- ศรีสุนันท์ พุ่มไพจิตร. (2542). *ผลการใช้เทคนิคเบียร์รกร และเทคนิคการเสริมแรงทางสังคมต่อพฤติกรรมพูดคำหยาบ*. รายงานการค้นคว้าอิสระ กศ.ม. มหาสารคาม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. (2551). *เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การเสริมสร้างแนวคิดและการปรับปรุงโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร*. 30 เมษายน – 2 พฤษภาคม 2551 ณ โรงแรมแม็กซ์ กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มศว.



## PROMISE

- สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ. (2543). การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิดทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สมบุญธน์ ขอสกุล และ สรวงศ์กัญจน์ ดวงคำสวัสดิ์. (2535). พฤติกรรมการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารของแม่บ้านจังหวัดลำปาง. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สมพร สุทัศน์ีย์. (2522). การศึกษาผลของการใช้การเสริมแรงทางสังคมต่อพฤติกรรมเจียบขมิ้นผิดปกติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2. ปรินญาณีพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต.(2526). การปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต.(2549). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม (Theories and Techniques in Behavior modification). พิมพ์ครั้งที่ 6. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
- สำนักงานข้าราชการพลเรือน. (2541). ระบบบริการงานโดยมุ่งผลสัมฤทธิ์. โครงการส่งเสริมประสิทธิภาพในสวนราชการ : ระบบบริการงานโดยมุ่งผลสัมฤทธิ์. พิมพ์ครั้งที่ 1.
- สุชาติ แสงทองสวัสดิ์. (2550). การบริหารจัดการองค์กรเชิงกลยุทธ์ภายใต้ธรรมาภิบาล. สืบค้นจาก [http://www.newwave1.doae.go.th/info/เอกสารวิชาการประกอบการฝึกอบรม \(สรุปบทเรียน\)](http://www.newwave1.doae.go.th/info/เอกสารวิชาการประกอบการฝึกอบรม (สรุปบทเรียน)).
- สุพรรณิ ไพรัชเวทย์. (2543). เอกสารประกอบการบรรยาย การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์. สำนักงาน กพ.
- โสภิตา ลิ้มวัฒนาพันธ์. (2538). การเปรียบเทียบผลของการปรับพฤติกรรมโดยใช้การควบคุมตนเองกับการเสริมแรงทางบวกด้วยเบี้ยอรรถกร ที่มีต่อการเพิ่มและการคงอยู่ของพฤติกรรมความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมายของนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคบุรีรัมย์ ชั้นปีที่ 1. ปรินญาณีพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อมาวาสี อัมพันศิริรัตน์ . (2539). ความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเขตชนบท อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. ปรินญาณีพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลชุมชน). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรพินทร์ ชูชม ; และคนอื่นๆ . (2546). รูปแบบการพัฒนาตนเองเพื่อเพิ่มพลังใจในการทำงาน : กรณีข้าราชการ . กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (รายงานการวิจัยฉบับที่ 92)
- อรสา พันธุ์ภักดี (2542). กระบวนการการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรสา พันธุ์ภักดี . (2542). กระบวนการการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ .วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต.กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรอุมา จิรณิตกุล. (2544). ผลของการฝึกการกำกับตนเองที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาภาษาไทยของนักเรียนที่มีบุคลิกภาพต่างกัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2550). เขาวนสุขภาพ. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อัจฉรา สุขารมณ์. (2551). เอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การเสริมสร้างแนวคิดและการปรับปรุงโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. 30 เมษายน – 2 พฤษภาคม 2551 ณ โรงแรมแมกซ์ กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มศว.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง(2552). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพSelfด้วยหลักPROMISE. กรุงเทพฯ สุขุมวิทการพิมพ์



**PROMISE**

- อำนาจ วัตจินดา. การบริหารงานโดยมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Results Based Management - RBM). [://www.hrcenter.co.th/HRKknowView.asp?id=643&mode=](http://www.hrcenter.co.th/HRKknowView.asp?id=643&mode=) .
- 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 [://www-unix.oit.umass.edu/izen/tpbrefs](http://www-unix.oit.umass.edu/izen/tpbrefs). .
- Ajzen, Icek. and Fishbein, Martin. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Backman, Desiree R.; et al. (2002). Psychosocial Predictors of Healthful Dietary Behavior on Adolescents. *J Nutr Educ Behav*. 34: 184-93.
- Baker, Christina Wood; Little, Todd D.; Brownell, Kelly D. (2003). Predicting Adolescent Eating and Activity Behaviors: The Role of Social Norms and Personal Agency. *Health Psychology*. 22: 189-98.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundation of Thought and Action: a Social of Cognitive Theory*. NJ: Prentice-Hall.
- Basta, T.B.; reece, M. & Wilson, M.G. (2008). The Transtheoretical Model and Exercise among Individuals Living with HIV. *American Journal of Health Behavior*. 32(4): 356-367.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I. and Vohs, K. D. (2003). *Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness or healthier lifestyles?* *Psychological Science in the public interest*, 4 (1), 1-44. [://www.macses.ucsf.edu/Reseach/Psychosocial/notebook/selfesteem](http://www.macses.ucsf.edu/Reseach/Psychosocial/notebook/selfesteem). . online, April 27, 2008.
- Becker, M.H.; & Maiman. L.A. (1975). Sociobehaviral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. *Medical Care*. 13(1): 3-24.
- Bogers, R.P. ; et al. (2004) Explaining Fruit and Vegetable Consumption: the Theory of Planned Behaviour and Misconception of Personal Intake Levels. *Appetite*. 42: 157-66.
- Bulter, D.L. (1998). The Strategic Content Learning Approach to Promoting Self-regulated Learning with Learning Disability. In D.H. Schunk & B.J. Zimmerman (eds). *Self-regulated Learning from Teaching to Self-reflective Practice*. NY: Guilford.
- Burnet, Deborah; Plaut, Andrea; Chin, Marshall H. (2002). A Practical Model for Preventing Type 2 Diabetes in Minority Youth. *The Diabetes Educator*. 28(5): 779-795.
- Caplan, R.D. et al. (1976). *Adhering to Medical Regimens: Pilot Experiment in Patient Education and Social support*. An 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.



**PROMISE**

- 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.
- Encyclopedia of Children Health. (2008). *Self-esteem forum.* [://www.healthofchildren/S/Self-Esteem](http://www.healthofchildren/S/Self-Esteem). online, April 27, 2008.
- Gibson, C. H. (1991). *A concept analysis of empowerment.* Journal of Advanced Nursing. 16 (3): 354-361. [://www.macses.ucsf.edu/Reseacch/Psychosocial/notebook/selfesteem](http://www.macses.ucsf.edu/Reseacch/Psychosocial/notebook/selfesteem). online, April 27, 2008.
- Grey, M. et al. (2004). Preliminary Testing of a Program to Prevent Type 2 Diabetes Among High-Risk Youth. *The Journal of School Health.* 74(1): 10-15.
- Hagger, Martin S.; Chatzisarantis, Nikos L.D.; Biddle, Stuart J.H. (2002). Meta-analysis of the Theories of Reasoned Action and Planned Behavior in Physical Activity: an Examination of Predictive Validity and the Contribution of Additional Variables. *Journal of Sport and Exercise Psychology.* 24: 3-32.
- Hart, Betty M. and others. (1968). *Effect of Contingent and No contingent Social Reinforcement onthe Cooperative Play of a Preschool Child.* Journal of Applied Behavior Analysis.
- Holcomb, J.D. et al. (1998). Evaluation of Jump Into Action: A Program to Reduce the Risk of Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus in School Children on the Texas-Mexico Border. *The Journal of School Health.* 68(7): 282-288.
- Horneffer-Ginter, K. (2008). Stage of Change and Possible Selves: 2 Tools for Promoting College Health. *Journal of American College Health.* 56(4): 351-358.
- House, J.S. (1981). *Work Stress and Social Support-Reading.* MA: Addison-Wesley.
- Husen, T.; & Postlethwait, T.N. (1994). *The International Encyclopedia of Education.* ed. Oxford: Program.
- Janz, N.K.; & Becker, M.H. (1984). The Health Belief Model a Decade Later. *Health Education Quarterly.* 11(1): 1-47.
- Kalish, H. (1981). *Learning: Principle and Applications.* NY: McGraw-Hill.Lange.
- Kelly, C.W. (2008). Commitment to Health Theory. *Research and Theory for Nursing Practice: An International journal.* 22(2): 148-160.
- Kennedy, C.J.; Probart, C.K.; & Dorman, S.T. (1991). The Relationship between Random Knowledge, Concern and Behavior, and Health Value, Health Locus of Control, and Preventive Health Behavior. *Health Education Quarterly.* 18(3): 319-329.
- Langlie, J.K. (1977). Social Network, Health Beliefs and Preventive Health behavior. *Journal of Health and Social Behavior.* 18(3): 244-260.
- Lenio, J.A. (2552). Analysis of the Transtheoretical Model of Behavior Change. *Journal of Student Research.* Online [9/03/2009]. Retrieved from [://www.uwstout.edu/rs/2006/14Lenio](http://www.uwstout.edu/rs/2006/14Lenio).
- MacArthur, J. D. and C. T. Pervin. (1993). *Research network on socioeconomic status and health.* [://www.macses.ucsf.edu/Reseacch/Psychosocial/notebook/selfesteem](http://www.macses.ucsf.edu/Reseacch/Psychosocial/notebook/selfesteem). online, April 27, 2008.
- Martin, English. (1992). *How to Great about Yourself and Your Life.* New York: Amazon.





**PROMISE**

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



**PROMISE**

WHO. (2003). *Obesity and overweight: global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva. World Health Organization.

Wolpe, J. (1969). *The Practice of Behavior Therapy*. Elmsford, NY: Pergamom.

Woody, D.; DeCristofaro, C. & Carlton, B.G. (2008). Smoking Cessation Readiness: Are Your Patients Ready to Quit? *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*. 20: 407-414.

Zimmerman, B.J. (1998). Academic Studying and Development of Personal Skill: a Self-regulatory Perspective. *Educational Psychologist*. 32(2/3): 73-86.

Zimmermam, G.L; Olsen, C.G. & Bosworth, M.F. (2000). A 'Stage of Change' Approach to helping Patients Change Behavior. *American Family Physician*. 61: 1409-16. Retrieved from [://www.aafp.org/afp/AFPprinter/20000301/1409](http://www.aafp.org/afp/AFPprinter/20000301/1409) .

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

