



รายงานวิจัยฉบับที่ 139 เรื่อง

ผลการบริหารจัดการและประเมินโครงการเพื่อ
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรคเมตาบอลิกของ
สถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนในกรุงเทพมหานคร

จัดทำโดย

รศ.ดร.อังตินันท์ อินทรกำแหงและคณะ

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

ได้รับการสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
จัดทำโดย สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

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

ธันวาคม พ.ศ.2554

คำนำ

“ผลการบริหารจัดการและประเมิน โครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ ในกลุ่มโรคเมตาบอลิกของสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนในกรุงเทพมหานคร” ประจำปีงบประมาณ 2554 นี้เป็นลักษณะโครงการวิจัยเชิงประเมินผลและการทดลองโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก PROMISE Model ที่ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว) ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร (สปสช.) คณะผู้ดำเนินโครงการได้ใช้องค์ความรู้ทางพฤติกรรมศาสตร์เป็นหลักในการถ่ายทอดเทคนิคเรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงให้กับบุคลากรในสถานพยาบาล จำนวน 15 แห่งรวม 30 โครงการ ที่มีที่ตั้งอยู่ในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานครที่ร่วมจัดการบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิกให้มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและ ได้ประยุกต์แห่งพฤติกรรมศาสตร์ในเรื่อง การปรับพฤติกรรม มาเป็นแนวทางในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้านของตนเอง หรือ 3 Self ประกอบด้วย ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self-efficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพ (Self-regulation) และการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) และตัวบ่งชี้ค่าทางชีวเคมีให้ดีขึ้นหรืออยู่ในระดับปกติ

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

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

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพินทร์ ชูชม)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

สารบัญ

| | หน้า |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| บทที่ 1 บทนำ | |
| ที่มาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| วัตถุประสงค์ทั่วไป..... | 5 |
| วัตถุประสงค์เฉพาะ..... | 5 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 6 |
| หน่วยงานที่นำผลการวิจัยเชิงประเมินไปใช้..... | 6 |
| ขอบเขตการศึกษา..... | 7 |
| หน่วยงานที่ดำเนินการกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนที่มี พฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิก | 7 |
| กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ..... | 7 |
| กลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูลระหว่างเข้าร่วมโครงการ..... | 8 |
| ขอบเขตด้านเนื้อหา ในการประเมิน | 8 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน..... | 9 |
| แบบสอบถามสำหรับประเมินโครงการ..... | 9 |
| แบบสัมภาษณ์สำหรับประเมินโครงการ..... | 10 |
| แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3Self | 10 |
| แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ | 10 |
| เครื่องมือทางการแพทย์สำหรับวัดตัวชี้วัดชีวเคมีของผู้เข้าร่วมโครงการ | 10 |
| ตัวชี้วัดความสำเร็จของการประเมินโครงการ..... | 10 |
| กรอบแนวคิดในการประเมินผลโครงการ..... | 12 |
| กรอบการดำเนินโครงการบริหารจัดการและประเมินผล โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครประจำปีงบประมาณ 2554..... | 13 |
| นิยามปฏิบัติการ..... | 14 |
| สมมติฐานการวิจัย / การประเมินโครงการ..... | 18 |

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 2 ทวทวนวรรณกรรม

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| สถานการณ์ภาวะสุขภาพของคนไทยเกี่ยวกับโรคเมตาบอลิก..... | 20 |
| การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเทคนิคการพัฒนาสุขภาพ..... | 29 |
| ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค..... | 40 |
| การบริหารจัดการและการประเมินโครงการ ตาม CIPP Model..... | 48 |
| การประเมินโครงการแบบ 360 องศา และ Logic Model..... | 54 |
| แนวคิด 3 Self ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 57 |
| Self – efficacy หรือ การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ..... | 58 |
| Self – regulation หรือ การกำกับตนเอง..... | 78 |
| Self – care หรือ การดูแลตัวเอง..... | 92 |
| การบริหารโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง PROMISE Model..... | 102 |
| การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement: P)..... | 102 |
| การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result Based Management – RBM: R)..... | 109 |
| การมองโลกแง่ดี (Optimism: O)..... | 113 |
| แรงจูงใจ (Motivation: M)..... | 120 |
| การให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Individual or Clients-Center Approach: I)..... | 125 |
| การเห็นคุณค่าในตัวเอง (Self-esteem: SE)..... | 131 |

บทที่ 3 วิธีดำเนินการ

| | |
|----------------------------------------------------------|-----|
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมิน..... | 139 |
| วิธีการประเมินและบริหารโครงการ | 140 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและตัวชี้วัดความสำเร็จ | 144 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล | 149 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 149 |

สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล | |
| สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 152 |
| ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขต กรุงเทพมหานคร..... | 152 |
| ความสอดคล้องของความคิดเห็นต่อโครงการในด้านบริบททั่วไป (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิต (Output) ระหว่าง กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่ม ผู้บังคับบัญชา และตัวแทนกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ..... | 154 |
| ผลสรุปข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกระหว่างกรณีศึกษาโครงการ | 160 |
| ผู้เข้าร่วมโครงการมากกว่าร้อยละ 70 เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และ ตัวชี้วัดด้านชีวเคมี เช่น BMI ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับความดัน โลหิต รอบเอว ในทิศทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ..... | 164 |
| ผู้เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และตัวชี้วัดด้านชีวเคมี เช่น BMI ระดับน้ำตาล ในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต รอบเอว เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดี ขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ | 166 |
| การบริหารจัดการโครงการตามหลัก PROMISE ปัจจัยบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัย นำเข้า และปัจจัยกระบวนการ มีอิทธิพล และสามารถร่วมกันทำนาย ผลผลิตของการดำเนิน โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ หัวหน้า โครงการ และผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ | 168 |
| เหตุปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อความสำเร็จและอุปสรรค ต่อการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกของสถานพยาบาลในเขต กรุงเทพมหานคร จากข้อมูลเชิงคุณภาพ..... | 170 |
| บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ | |
| สรุปผล / การประเมินโครงการ..... | 176 |
| การอภิปรายผล..... | 178 |
| ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน..... | 185 |
| เอกสารอ้างอิง..... | |

สารบัญตาราง

| | หน้า |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| ตาราง | |
| 1 ความถี่ และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร..... | 152 |
| 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของตัวแทนกลุ่มผู้เข้ารับบริการ กลุ่มหัวหน้าโครงการ และกลุ่มผู้บังคับบัญชา ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการประเมินในช่วงระหว่างดำเนินโครงการ..... | 155 |
| 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความคิดเห็นในการประเมินโครงการระหว่าง กลุ่มผู้เข้าร่วม โครงการ หัวหน้าโครงการ และผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ จำแนกตามปัจจัย..... | 158 |
| 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการประเมินโครงการ ด้านบริบททั่วไป (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิต(Output) และความพึงพอใจต่อ โครงการ มีคะแนนเกิน ร้อยละ 70..... | 159 |
| 5 ผลการประเมินเชิงคุณภาพในด้านบริบททั่วไป (Context) ตามความคิดเห็นของ 3 กลุ่ม..... | 160 |
| 6 ผลการประเมินเชิงคุณภาพในด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ตามความคิดเห็นของ 3 กลุ่ม..... | 161 |
| 7 ผลการประเมินเชิงคุณภาพในด้านกระบวนการ (Process)ตามความคิดเห็นของ 3 กลุ่ม..... | 162 |
| 8 ผลการประเมินเชิงคุณภาพในด้านผลผลิต (Product) ตามความคิดเห็นของ 3 กลุ่ม..... | 163 |
| 9 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มี พฤติกรรมสุขภาพ 3Self ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความ ดันโลหิตบน-ล่าง ค่าระดับน้ำตาลสะสม ค่าเส้นรอบเอว (วัดเป็นเซนติเมตร) ค่า FBS ค่า CHOL ค่า TRI ค่า HDL ค่า LDL และค่าน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่า เดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ..... | 164 |
| 10 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิตบน-ล่าง ค่า ระดับน้ำตาลสะสม ค่าเส้นรอบเอว (วัดเป็นเซนติเมตร) ค่า FBS ค่า CHOL ค่า TRI ค่า HDL ค่า LDL และค่าน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) ของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังการเข้า ร่วมโครงการ ด้วยสถิติทดสอบ t-test dependent..... | 166 |
| 11 สัดส่วนของระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการในระดับมาก ปานกลาง และน้อย..... | 168 |

สารบัญตาราง (ต่อ)

| | หน้า |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| ตาราง | |
| 12 ผลการศึกษาอิทธิพล ของปัจจัยด้านบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า และปัจจัย กระบวนการ และการบริหารจัดการโครงการตามหลัก PROMISE ที่มีต่อผลผลิตของการ ดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ (n = 120) ด้วย วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) แบบ Enter..... | 168 |
| 13 ผลการศึกษาอิทธิพล ของปัจจัยด้านบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า และปัจจัย กระบวนการ และการบริหารจัดการโครงการตามหลัก PROMISE ที่มีต่อผลผลิตของการ ดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มหัวหน้าโครงการ (n = 30) ด้วยวิเคราะห์ ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) แบบ Enter..... | 169 |
| 14 ผลการศึกษาอิทธิพล ของปัจจัยด้านบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า และปัจจัย กระบวนการ และการบริหารจัดการโครงการตามหลัก PROMISE ที่มีต่อผลผลิตของการ ดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ (n = 30) ด้วยวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) แบบ Enter..... | 169 |

สารบัญภาพประกอบ

หน้า

ภาพประกอบ

| | | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1 | กรอบแนวคิดการประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประยุกต์จากชิปโมเดล (CIPP Model) โลจิกโมเดล (Logic Model) และ 360 Feedback Degree..... | 12 |
| 2 | กรอบแนวคิดการบริหารจัดการและดำเนินโครงการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ตามหลัก PROMISE ของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร..... | 13 |
| 3 | สถิติน้ำหนักประชาชนในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553..... | 21 |
| 4 | สถิติน้ำหนักประชาชนในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2551 – 2552..... | 21 |
| 5 | สถิติน้ำหนักประชาชนเพศชายและหญิงวัยทำงานในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2551 – 2552..... | 22 |
| 6 | จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2548- 2552..... | 25 |
| 7 | ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ปรับเปลี่ยนได้แยกตามเพศ..... | 26 |
| 8 | ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ปรับเปลี่ยนได้แยกตามรายภาค..... | 26 |
| 9 | แสดงอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากร 100,000 คน ทั่วประเทศและจำแนกตามภาค ปี พ.ศ.2547 – 2552..... | 28 |
| 10 | แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค..... | 42 |
| 11 | โครงสร้างของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน..... | 47 |
| 12 | องค์ประกอบหลักของการประเมินตามรูปแบบ CIPP..... | 50 |
| 13 | สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ ตามการประเมินแบบ CIPP..... | 53 |
| 14 | แบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างตัวกำหนด 3 ชนิด ที่มีอิทธิพลเชิงเหตุ-ผลซึ่งกันและกันที่มา: แบนคูรา..... | 60 |
| 15 | ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น | 61 |
| 16 | ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น..... | 62 |
| 17 | การวิเคราะห์อิทธิพลซึ่งกันและกันระหว่างปัจจัยของการกำกับตนเองด้านบุคคลสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม..... | 81 |
| 18 | กระบวนการย่อยในการกำกับตนเอง..... | 82 |
| 19 | กระบวนการกำกับตนเองตามแนวทฤษฎีปัญญาสังคม | 85 |
| 20 | แสดงกรอบความคิดในการวัดผลสัมฤทธิ์ของงาน | 110 |
| 21 | สรุปองค์ประกอบในการวัดผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงาน..... | 112 |

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

อังศินันท์ อินทรกำแหงและคณะ

บทคัดย่อ

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

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

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

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

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

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

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

5. หลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการมี 1.การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยน

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

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

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

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



บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาด้านภาวะสุขภาพ กำลังกลายเป็นปัญหาสำคัญสำหรับการพัฒนาประเทศไทยในปัจจุบัน ทำให้ทุกภาคส่วนของสังคมต้องเร่งดำเนินการป้องกันปัญหาอย่างเต็มกำลังความสามารถ ดังจะเห็นได้จากในช่วงเวลาที่ผ่านมาประมาณ 10 ปี ได้มีหน่วยงานเกี่ยวกับการส่งเสริมและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพเกิดขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในหน่วยงานของภาครัฐ เอกชน และองค์กรไม่หวังผลกำไร ตลอดจนผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพก็ถูกพัฒนาขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เป็นเพราะว่า ทุกภาคส่วนต่างเห็นตรงกันว่า หากไม่ดำเนินการป้องกันปัญหาในปัจจุบันแล้ว จะส่งผลให้ในอนาคตประเทศไทยอาจจะต้องสูญเสียงบประมาณเป็นจำนวนมากเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ตลอดจนทำให้เกิดการสูญเสียโอกาสในการพัฒนาประเทศตามไปด้วย (มานิต ธีระตันติกานนท์, 2554; วิชัย เอกพลากร, 2553; ชนิกา ตูจินดา, 2553) แนวทางในการป้องกันปัญหาด้านสุขภาพนับได้ว่าเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน เพราะนอกจากจะเป็นการป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตแล้ว ระหว่างกระบวนการยังเป็นการพัฒนาทักษะ ความรู้ ความสามารถด้านสุขภาพให้กับประชาชนของประเทศตนเอง (Story et al., 2003; Tharntip & Varaporn, 2005)

โรคภัยไข้เจ็บที่สามารถจะป้องกันได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันด้วยกระบวนการส่งเสริมสุขภาพมีหลายโรค แต่ที่อยู่ในความสนใจของภาคส่วนต่างๆ ในสังคมปัจจุบันคือ โรคในกลุ่มเมตาบอลิก (Metabolic) 4 กลุ่มโรค ได้แก่ อ้วน/ลงพุง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งล้วนเกิดขึ้นจากปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จากข้อมูลเกี่ยวกับ จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2548- 2552 ซึ่งทำการสำรวจโดย กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสาร และสารสนเทศสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (กลุ่มภารกิจด้าน



ข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2552) พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุของการตายเป็นอันดับที่ 4 คือโรคความดันเลือดสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง โดยพบว่าเป็นปี พ.ศ. 2552 ผู้ที่ตายด้วยโรคดังกล่าวมากถึง 15,648 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 24.66 รองจากโรคมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด อุบัติเหตุและการเป็นพิษ และโรคหัวใจตามลำดับ ทั้งนี้โรคความดันเลือดสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง มีสาเหตุสำคัญที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่เป็นอันตราย การไม่ออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพจิตที่ไม่ดีเพียงพอ ซึ่งสาเหตุดังกล่าวสามารถป้องกันได้ด้วยกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นพ.มานิต ธีระตันติกานนท์ อธิบดีกรมควบคุมโรค ได้ให้สัมภาษณ์กับหนังสือพิมพ์ไทยโพสต์ -- องค์กรที่ 17 พฤษภาคม 2554 สรุปได้ว่า ปัจจุบันคนทั่วโลกป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.5 พันล้านคน และเสียชีวิตจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 7 ล้านคนต่อปี สำหรับประเทศไทยสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงจากการสำรวจของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขระหว่าง พ.ศ. 2543-2552 พบว่าในรอบ 10 ปี มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 3.8 เท่า และยังพบอีกว่าคนที่อายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นโรคความดันโลหิตสูง 11.5 ล้านคนความชุกของโรคในกลุ่มนี้ เท่ากับร้อยละ 21.4 ในขณะที่ความชุกของโรคสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 55.9 อยู่ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ทั้งผู้หญิงและผู้ชายมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงพอ ๆ กัน สถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นอย่างน่าตกใจว่า อัตราชุกของโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง และหากไม่ดำเนินการป้องกันด้วยกระบวนการส่งเสริมสุขภาพแล้วก็จะทำให้เกิดการสูญเสียโอกาสในการพัฒนาประเทศในระยะยาวได้ (Story et al., 2003; Tharntip & Varaporn, 2005)

สำหรับสถานการณ์โรคหลอดเลือดในสมอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 -2547 พบว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง หลังจากนั้น ในปี พ.ศ.2548-2551 มีแนวโน้มการเสียชีวิตจากโรคนี้ชะลอตัวลง และในปี 2552 พบคนไทยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 13,353 คน เฉลี่ยวันละ 36 คน หรือประมาณ 3 คน ในทุกๆ 2 ชั่วโมง จากผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณ 751,350 คน และในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2542 – 2552) พบผู้ป่วยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพฯ) ด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2.45 เท่า และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2552) นอกจากนี้ได้มีการคำนวณค่าใช้จ่ายสำหรับโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ต้นทุนทางตรงสำหรับการรับบริการในกรณีเป็นผู้ป่วยใน 1,589.78 บาทต่อวันนอน และสำหรับการรับบริการเป็นผู้ป่วยนอก เท่ากับ 1,010.22 บาทต่อครั้ง และยังมีค่าเสียโอกาส (indirect cost) เนื่องจากการขาดงาน และความพิการ อยู่ที่ 101,681.20 บาท และความสูญเสียอันเนื่องมาจากการเสียชีวิต คิดเป็น 15,766.66 บาท ดังนั้น ต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยจากการเจ็บป่วย เท่ากับ 126,665.93 บาทต่อคนต่อปี ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น



ทำให้เกิดภาระต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว จำนวนมาก และหากผู้ป่วยไม่สามารถรับภาระดังกล่าวได้ ภาครัฐจะต้องเข้ามารับภาระดังกล่าว ทำให้รัฐต้องสูญเสียรายได้จำนวนมากในการดูแล รักษาผู้ป่วย จากโรคหลอดเลือดสมอง (วิชัย เอกพลากร, 2553)

นอกจากนี้ก็ยังพบว่า ในโรคเบาหวาน ก็เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชาชนชาวไทย มากเช่นเดียวกัน จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบมี ผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานใน ปี พ.ศ. 2552 ประมาณ 7,019 คน หรือ ประมาณวันละ 19 คน และใน รอบ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2542 – 2552) พบคนไทยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวง สาธารณสุข ด้วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น 4.02 เท่า เฉพาะ ปี พ.ศ. 2552 มีผู้ที่นอนรักษาตัวที่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคเบาหวาน 558,156 ครั้ง หรือประมาณวันละ 1,529 ครั้ง หรือคิดเป็นผู้ที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคเบาหวาน ชั่วโมงละ 64 ครั้ง และจากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของคนไทย (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540 เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ 3 ปี พ.ศ.2546 – 2547 พบความชุกเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 4.4 เป็นร้อยละ 6.9 สำหรับครั้งล่าสุด (ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552) พบอัตราความชุกโรคเบาหวานเท่าเดิม คือ ร้อยละ 6.9 โดยคาดว่าคนไทยวัย 15 ปีขึ้นไป ประมาณ 3.46 ล้านคนกำลังเผชิญกับโรคเบาหวาน หากไม่ดำเนินการป้องกันด้วยกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ จะส่งผลให้โรคเบาหวานสร้างความเสียหายต่อสุขภาพและการพัฒนาประเทศไทยในระยะยาว ต่อไปได้ (สำนักงานเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2552) เช่นเดียวกับปัญหาโรค อ้วนและอ้วนลงพุง พบว่า มีการระบาดในกลุ่มคนช่วงอายุต่าง ๆ เพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ชนิกา ตูจินดา (สำนักข่าว สสส., 2553) กล่าวถึงเรื่องโรคอ้วนในปัจจุบันว่าได้เกิดขึ้นในเด็กและ วัยรุ่น พบว่าประชากรวัยเรียนระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาว่า 5 ล้านคน มีปัญหาโรคอ้วน และนักเรียนระดับประถมศึกษาในเขตเมืองมีน้ำหนักเกินเกณฑ์ถึงร้อยละ 15.4 สอดคล้องกับ ผลการวิจัยของกรมอนามัย พบว่านักเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาเป็นโรค อ้วนสูงถึงร้อยละ 25.9 - 31.5 รองลงมา เช่น โรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษา เอกชน พบเด็กอ้วนร้อยละ 25.7 - 28.1 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ ร้อยละ 23.3 - 27.4 และโรงเรียนสังกัดกรุงเทพฯ พบอัตราโรคอ้วนในเด็กร้อยละ 11.2 -14.6 และยังพบ ปัญหาโรคอ้วนในเด็กอนุบาล ประมาณร้อยละ 19 ซึ่งในอนาคตเด็กเหล่านี้จะเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก เพิ่มขึ้น นอกจากนี้สำหรับข้อมูลใน ปี พ.ศ. 2553 ของ กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข พบว่า คนไทยอ้วนอยู่ในระดับที่ 1 มากถึง ร้อยละ 24.88 และมีอ้วนในระดับที่ 2 มาก ถึงร้อยละ 7.68 หากมองย้อนกลับไปใน ปี พ.ศ. 2551 พบว่า มีประชาชนอ้วนในระดับ 1 คิดเป็น ร้อยละ 26.63 และในปี พ.ศ. 2552 เพิ่มเป็นร้อยละ 28.79 แสดงให้เห็นว่า ประชาชนทุกช่วงอายุ ประสบปัญหาเกี่ยวกับโรคอ้วนและอ้วนลงพุง เหมือนกัน



หากพิจารณาเกี่ยวกับการเกิดโรคในกลุ่มเมตาบอลิก 4 กลุ่มโรค ได้แก่ อ้วน/ลงพุง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง จะพบว่ามีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน แต่มีสาเหตุหนึ่งที่เป็นร่วมกันคือ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อทำการพิจารณาโดยละเอียดแล้วจะพบว่า ปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และความเครียด จะส่งผลสำคัญทำให้เกิดภาวะอ้วน / อ้วนลงพุง เป็นอันดับแรกก่อน แล้วก็จะส่งผลต่อโรคร้ายตามมา ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง หากสามารถตัดปัญหาตั้งแต่กระบวนการแรก คือ พฤติกรรมด้านสุขภาพได้แล้ว ก็จะทำให้ปัญหาอื่นๆ ที่จะตามมาลดลงได้เป็นอย่างมาก นำไปสู่การเพิ่มโอกาสในการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนต่อไป

กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีแนวคิดที่หลากหลาย ซึ่งถูกนำเสนอด้วยนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และกลุ่มนักจิตวิทยา ทั้งนี้ อังศิรินทร์ อินทรกำแหง ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อเป็นข้อเสนอแนะให้กับบุคคลในการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน คือ พฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ประกอบด้วย Self - efficacy คือ การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ Self-regulation คือ การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และ Self-care คือ การดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นการบูรณาการทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ในการอธิบายพฤติกรรมดังกล่าว โดยเชื่อว่า หากบุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพ 3Self แล้ว จะส่งผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ เช่น พฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย การดูแลรักษาตนเองจากโรคภัยไข้เจ็บเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต การดูแลความเครียด และภาวะทางด้านสุขภาพอื่นๆ เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น (อังศิรินทร์ อินทรกำแหง, 2552; 2553) พร้อมกันนี้ยังได้นำเสนอถึงกระบวนการบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง PROMISE Model ซึ่งเป็นการผสมผสานแนวคิดทั้งทางด้านจิตวิทยา การปรับพฤติกรรม การจัดการเรียนรู้และเทคนิคการบริหารจัดการโครงการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อใช้ในการบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกระบวนการดังกล่าวได้ถูกนำมาใช้ในการบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 – 2554 ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร และได้ผลในภาพรวมพบว่า หน่วยงานต่างๆ ประกอบด้วย โรงพยาบาลของทั้งภาครัฐและเอกชน สถานศึกษาโรงเรียน มหาวิทยาลัย องค์กรไม่หวังผลกำไร ที่ได้ส่งทีมงานให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้น ต่างประสบความสำเร็จในการจัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และบริหารโครงการตามแนวทาง PROMISE Model มีผลให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดความพึงพอใจ และเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่ดีขึ้น เช่น มีค่า BMI ต่ำลง มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง มีค่าระดับไขมันในเลือดลง เป็นต้น และในปีงบประมาณ 2554 นี้ ทาง สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนคริน



นทรวิโรฒ ยังคงได้รับความไว้วางใจจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ให้ขยายผลในการดำเนินการโดยใช้แนวทาง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยการบริหารจัดการโครงการตามแนวทาง PROMISE Model ให้กับทีมงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครที่ป่วย หรือเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก 4 กลุ่ม ได้แก่ อ้วน/ลงพุง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ภายใต้การบริหารโครงการของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ตลอดจนเป็นการพัฒนาทักษะในการบริหารจัดการ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการสร้างเครือข่ายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคณะทำงาน โครงการของสถานพยาบาลแต่ละแห่งที่ได้เข้าร่วมโครงการ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อประเมินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับทุนสนับสนุนการดำเนินงานจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2554 จำนวน 30 โครงการ ตามกรอบแนวคิด CIPP Model, Logic Model และ 360 Degree Feedback ในช่วงระหว่างดำเนินโครงการ

2) เพื่อศึกษาอิทธิพลของการบริหารจัดการโครงการตามหลัก PROMISE Model ปัจจัยบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า และปัจจัยกระบวนการ ที่ส่งผลต่อผลผลิตของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ หัวหน้าโครงการ และผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ ในช่วงระหว่างดำเนินโครงการ

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

4) เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้เข้าร่วมโครงการที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 3Self และตัวชี้วัดทางชีวเคมีของแต่ละโครงการ เช่น ค่า BMI ค่าระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาล



ในเลือด ค่าความดันโลหิต หลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ในช่วงสิ้นสุดการดำเนินโครงการ

5) เพื่อศึกษาถึงเหตุปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อความสำเร็จและอุปสรรค ต่อการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ในช่วงสิ้นสุดการดำเนินโครงการ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

กลุ่มเป้าหมายที่ได้เข้าร่วมโครงการครั้งนี้ได้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ซึ่งได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับพฤติกรรมตนเอง และการดูแลสุขภาพของตนเอง ที่ดีขึ้นหลังจากเข้าร่วมโครงการอันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ เช่น การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ตลอดจนทำให้กลุ่มเป้าหมายได้เกิดการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดด้านชีวเคมีอื่นๆ เช่น ค่า BMI ค่าความดันโลหิต ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่าระดับไขมันในเลือด ที่ดีขึ้นหลังจากได้เข้าร่วมโครงการ

นอกจากนี้ยังทำให้คณะทำงานของแต่ละโครงการได้เกิดการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ กระบวนการทำงานด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกันภายใต้การเป็นพี่เลี้ยงของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อันจะก่อให้เกิดความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไป ตลอดจนทำให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร เป็นที่รู้จักของบุคคลทั่วไปเพิ่มมากขึ้นในบทบาทผู้นำด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนไทย

หน่วยงานที่นำผลการวิจัยเชิงประเมินไปใช้

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



ขอบเขตการศึกษา

1) หน่วยงานที่ดำเนินการกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิก ได้แก่ สถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครที่ได้รับงบประมาณจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ให้ไปดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ด้วยการนำหลักการบริหารจัดการโครงการตามแนวทาง PROMISE Model ภายใต้งานนิเทศและประเมินโครงการของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ในปี พ.ศ. 2554 จำนวน 15 หน่วยงาน รวมทั้งสิ้น 30 โครงการ ได้แก่ ได้แก่ 1.โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช (2 โครงการ) 2.สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (2 โครงการ) 3.โรงพยาบาลรามาชิปดี (6 โครงการ) 4.โรงพยาบาลตำรวจ (5 โครงการ) 5.โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า (ส่ง 2 โครงการ) 6.โรงพยาบาลโรงานยาสูบ (2 โครงการ) 7. โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ (1 โครงการ) 8. โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ (2 โครงการ) 9.โรงพยาบาลเลิดสิน (ส่ง 3 โครงการ) 10.สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ (1โครงการ) 11.โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี (1โครงการ) 12. วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล (1 โครงการ) 13. โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ (1 โครงการ) 14.โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพ 15.โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี (1 โครงการ) ซึ่งแต่ละโครงการจะดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการอย่างน้อย 3 คน ตลอดจนมีที่ปรึกษาที่เป็นนักวิชาการในสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยดำเนินการกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับกลุ่มเป้าหมายเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มอย่างน้อย 5 ครั้งในช่วงระยะเวลา 4-7 เดือน ตามข้อกำหนดของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ให้ได้ผลตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ในข้อเสนอโครงการของแต่ละโครงการที่สอดคล้องกับบริบทและปัญหาสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

2) กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ คนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครซึ่งเป็นผู้ป่วยหรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก 4 โรคหลัก ได้แก่ อ้วน/ลงพุง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้เข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและได้รับงบประมาณจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ในปีงบประมาณ 2554 จำนวน 30 โครงการ รวมผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และตัวบ่งชี้ทางชีวเคมี เช่น BMI ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต รอบเอว เป็นต้น ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ทั้งสิ้น 3,579 คน

3) กลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูลระหว่างเข้าร่วมโครงการ จะถูกประเมินตามแนวคิดการประเมินแบบชิปโมเดล (CIPP Model) โลจิกโมเดล (Logic Model) และการประเมินโครงการแบบ 360 องศา (360 Degree feedback) และเพื่อให้ได้ตัวแทนสำคัญ (Key Information) ในการให้ข้อมูลที่



รอบด้าน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการประเมินระหว่างโครงการแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

3.1) กลุ่มหัวหน้าโครงการ ได้แก่ ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าโครงการให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก PROMISE Model ที่ได้รับการฝึกอบรมจาก สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์เพื่อไปบริหารและจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ในปีงบประมาณ 2554 จำนวน 30 โครงการๆ ละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน ทำหน้าที่ในการตอบแบบประเมินโครงการทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

3.2) กลุ่มผู้บังคับบัญชา ได้แก่ หัวหน้างานโดยตรงของหัวหน้าโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2554 จำนวน 30 โครงการๆ ละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน ทำหน้าที่ให้ข้อมูลตามแบบประเมินโครงการทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

3.3) กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินโครงการจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2554 จากจำนวน 30 โครงการๆ ละ 4 คน รวมทั้งสิ้น 120 คน ทำหน้าที่ให้ข้อมูลตามแบบประเมินโครงการทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

4) ขอบเขตด้านเนื้อหาในการประเมิน การประเมินครั้งนี้ได้กำหนดกรอบแนวคิดในการประเมินตามซิปโมเดล (CIPP Model) ของ สตัฟเฟิลบีมและชินคฟิลด์ (Stufflebeam & Shinkfield, 2007) และโลจิกโมเดล (Logic Model) ของแพนคราท์ซ (Pankratz, 2008) ซึ่งมีขอบเขตการประเมินด้านเนื้อหาดังนี้

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

4.2) ปัจจัยนำเข้า (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 การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ 3Self ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย ความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การบันทึกสมุดสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง การบรรลุตามเป้าหมายของโครงการ การสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพ การเพิ่มขึ้นของทักษะการบริหาร โครงการสุขภาพของคณะทำงาน ตลอดจนผู้บังคับบัญชามีความพึงพอใจ การสร้างชื่อเสียงให้หน่วยงาน การสร้างประโยชน์ให้กับชุมชนรอบข้าง

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

4.5 ผลลัพธ์ระยะยาว (Result) ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อหน่วยงาน ความพึงพอใจของผู้บริหารต่อโครงการและการให้บริการหน่วยงาน ได้รับการยอมรับจากผู้รับบริการ ความต้องการของผู้รับบริการที่จะเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่หน่วยงานสถานพยาบาลจัดให้อีกในโอกาสต่อไป และความต้องการของหน่วยงานที่จะดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

การเก็บรวบรวมข้อมูลผลการประเมินโครงการครั้งนี้ได้นำเทคนิคทั้งในเชิงปริมาณและในเชิงคุณภาพมาใช้ เครื่องมือสำหรับการประเมินประกอบด้วย

1) แบบสอบถามสำหรับประเมินโครงการ (Questionnaire) เป็นแบบสอบถามมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ จริ่งมาก (คะแนน = 4) จริ่ง (คะแนน = 3) จริ่งบ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) ใช้สำหรับการประเมินโครงการตามชิปโมเดล (CIPP Model) ได้แก่ สอบถามบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตจากโครงการ โดยมีกลุ่มเป้าหมายในการตอบคือ กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชา และกลุ่มตัวแทนผู้เข้าร่วมโครงการ ใช้สอบถามระหว่างกรณีศึกษาและติดตามโครงการ



2) แบบสัมภาษณ์สำหรับประเมินโครงการ (Interview Guide) เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างตามซีพีโมเดล (CIPP Model) ได้แก่ สอบถามบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตจากโครงการ เพื่อสอบถามความคิดเห็นในเชิงลึกที่มีต่อการจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีกลุ่มเป้าหมายในการตอบคือ กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชา และกลุ่มตัวแทนผู้เข้าร่วมโครงการ ใช้สัมภาษณ์ระหว่างกรณีศึกษา ติดตามโครงการ

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

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

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

ตัวชี้วัดความสำเร็จของการประเมินโครงการ

1) ตัวชี้วัดในเชิงปริมาณ ได้แก่

1.1) กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชา และกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีความคิดเห็นต่อการประเมินโครงการด้านบริบททั่วไป (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Output) และความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการอยู่ในระดับมากขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการ

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

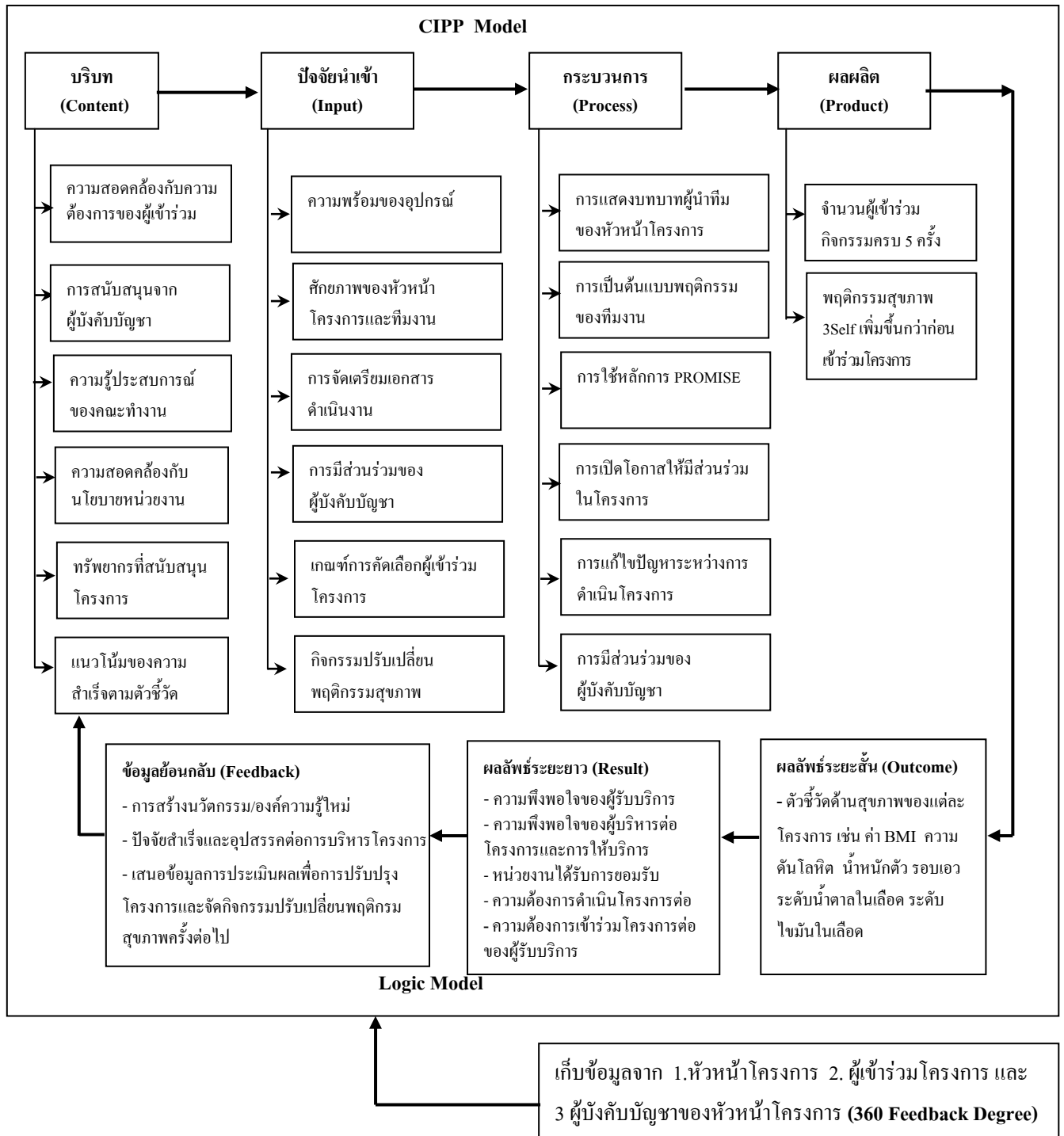
1.3) ผู้เข้าร่วมโครงการมากกว่าร้อยละ 70 เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และตัวชี้วัดด้านชีวเคมี เช่น BMI ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต รอบเอว ในทิศทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ



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



กรอบแนวคิดในการประเมินผลโครงการ



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประยุกต์จาก ซิปโมเดล (CIPP Model) โลจิกโมเดล (Logic Model) และ 360 Feedback Degree



กรอบการดำเนินโครงการบริหารจัดการและประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
ของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครประจำปีงบประมาณ 2554



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดการบริหารจัดการและดำเนินโครงการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ตามหลัก PROMISE ของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร



นิยามปฏิบัติการ

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

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

3) กลุ่มเสี่ยง หมายถึง ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีป่วยหรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก 4 โรคหลัก ได้แก่ อ้วน/ลงพุง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง ที่ผ่านการประเมินตามแบบคัดกรองความเสี่ยงของ สปสช. ปีงบประมาณ 2554 และได้รับการประเมินจากสถานพยาบาลผู้ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมว่าเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดโรคเรื้อรัง ที่เป็นผลมาจากพฤติกรรมสุขภาพไม่ดีที่รุนแรงตามมา พร้อมทั้งสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จากสถานพยาบาลเครือข่ายของ สปสช. รวมอย่างน้อย 5 ครั้ง ในช่วง 4- 7 เดือนที่มีการจัดกิจกรรมโครงการ

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



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

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

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

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



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

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

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

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

7.2) บริหารจัดการโครงการด้วยหลักการบริหารตามผลสัมฤทธิ์ของงาน (Result based management) การที่คณะทำงานโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้บริหารจัดการโครงการซึ่งมีเป้าหมายร่วมกันอย่างแท้จริง เพื่อให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้เป็นสำคัญ พยายามที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการจัดกิจกรรมอย่างรวดเร็ว



7.3) การมองโลกแง่ดี (Optimism) หมายถึง การที่คณะทำงานโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความเชื่อว่าปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการจัดกิจกรรมสามารถที่จะแก้ไขได้เป็นเรื่องที่ทำหาย เชื่อมั่นว่าผู้เข้าร่วมโครงการมีศักยภาพที่เพียงพอในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง เชื่อมั่นว่าเพื่อนร่วมงานมีความสามารถในการจัดกิจกรรม

7.4) การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง การที่คณะทำงานโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้พยายามที่จะหารูปแบบการจัดกิจกรรมแบบใหม่เพื่อกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดความสนใจที่จะร่วมทำกิจกรรม คณะทำงานพยายามที่จะสร้างสัมพันธภาพด้วยวิธีการต่างๆ กับผู้เข้าร่วมโครงการเป็นอย่างดีเพื่อเป็นการจูงใจให้อยากเข้าร่วมกิจกรรม

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

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



กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .938 และจากกลุ่มหัวหน้าโครงการ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .924

สมมติฐานการวิจัย / การประเมินโครงการ

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

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

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

4) การบริหารจัดการโครงการตามหลัก PROMISE ปัจจัยบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า และปัจจัยกระบวนการ มีอิทธิพลต่อ และสามารถร่วมกันทำนาย ผลผลิตของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ หัวหน้าโครงการ และผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ

5) ทำให้ทราบถึงถึงเหตุปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อความสำเร็จและอุปสรรค ต่อการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ตามที่สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ให้ดำเนินการบริหารจัดการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนในกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2554 โดยมีบทบาทและหน้าที่หลักคือ 1. บริหารงบประมาณ 2. จัดการฝึกอบรมให้คณะทำงานของแต่ละโครงการในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อเพิ่มองค์ความรู้และทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ตามแนวทาง PROMISE Model และ 3. กำกับติดตามและประเมินผลโครงการทั้งในระยะก่อน ระหว่าง และหลังสิ้นสุดโครงการ และในบทนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรม คณะทำงานจึงได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นการทบทวนองค์ความรู้สำคัญเกี่ยวกับ

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

PROMISE Model และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เพื่อที่จะได้นำองค์ความรู้ดังกล่าวมาใช้ในการบริหารจัดการโครงการตามภารกิจหลักที่ได้รับมอบหมายให้มีเพียงตรงด้านเนื้อหา และในเชิงวิชาการมากที่สุด และมุ่งหวังให้เกิดความมั่นใจกับผู้ที่ได้อ่านรายงานการประเมินผลการดำเนินงานครั้งนี้เกิดความมั่นใจว่าการบริหารจัดการและประเมินโครงการในภาพรวมเป็นไปตามหลักวิชาการที่เหมาะสมมากที่สุด รายละเอียดมีดังนี้



1. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของคนไทย

ก่อนที่สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จะเริ่มดำเนินการบริหารจัดการ โครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อกำกับ ดูแล และให้ข้อเสนอแนะ ประเมินโครงการ เพื่อให้สถานบริการแต่ละแห่งสามารถจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง PROMISE Model เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเมตาบอลิก (Metabolic) 4 กลุ่มโรค ได้แก่ อ้วน/ล่งฟูง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง ได้ทำการศึกษาถึงสภาพการณ์ปัจจุบันของกลุ่มโรคดังกล่าวในประเทศไทย เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้น มีรายละเอียดดังนี้

1.1 สถานการณ์โรคอ้วน/ล่งฟูง

ตามที่ พญ.ชนิกา ตู้จินดา (สำนักข่าว สสส., 2553) ได้กล่าวถึงเรื่องโรคอ้วนไว้ว่า ปัจจุบัน (พ.ศ. 2553) โรคอ้วนได้ลุกลามถึงในเด็กและวัยรุ่น พบว่าประชากรวัยเรียนระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาว่า 5 ล้านคน มีปัญหาโรคอ้วน โดยมีนักเรียนระดับประถมศึกษาทั่วประเทศมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์เพียงร้อยละ 10 แต่นักเรียนระดับประถมศึกษาในเขตเมืองกลับมีน้ำหนักเกินเกณฑ์ถึงร้อยละ 15.4 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่านักเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาหรือโรงเรียนในเครือสาธิต เป็นโรคอ้วนสูงถึงร้อยละ 25.9 - 31.5 รองลงมา เช่น โรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน พบเด็กอ้วนร้อยละ 25.7 - 28.1 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ ร้อยละ 23.3 - 27.4 และโรงเรียนสังกัดกรุงเทพฯ พบอัตราโรคอ้วนในเด็กร้อยละ 11.2 -14.6 และยังพบปัญหาโรคอ้วนในเด็กอนุบาล ประมาณร้อยละ 19 ซึ่งในอนาคตเด็กเหล่านี้จะเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็งและโรคเรื้อรังต่าง ๆ เพิ่มขึ้น

สำหรับข้อมูลใน ปี พ.ศ. 2553 ของ กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า คนไทยเป็นโรคอ้วนอยู่ในระดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 24.8826 มีน้ำหนักเกินหรือตัวมคิดเป็นร้อยละ 18.9074 และมีโรคอ้วนในระดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 7.6825 รายละเอียดดังภาพประกอบ 3



ประจำปี พศ 2553

| สภาวะอ้วน | Percent(%) |
|------------------|------------|
| น้ำหนักน้อย/ผอม | 6.1033 |
| น้ำหนักปกติ | 42.4242 |
| น้ำหนักเกิน/ท่วม | 18.9074 |
| อ้วนระดับ 1 | 24.8826 |
| อ้วนระดับ 2 | 7.6825 |

ภาพประกอบ 3 สถิติน้ำหนักประชาชนในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553

ที่มา กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (2553)

หากมองย้อนกลับไปในปี พ.ศ. 2551 พบว่า มีประชาชนโรคอ้วนในระดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 26.6254 และในปี พ.ศ. 2552 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28.7926 ดังภาพประกอบ 4

ประจำปี พศ 2552

| สภาวะอ้วน | Percent(%) |
|------------------|------------|
| น้ำหนักน้อย/ผอม | 4.7766 |
| น้ำหนักปกติ | 39.2747 |
| น้ำหนักเกิน/ท่วม | 19.1508 |
| อ้วนระดับ 1 | 28.7926 |
| อ้วนระดับ 2 | 8.0053 |

ประจำปี พศ 2551

| สภาวะอ้วน | Percent(%) |
|------------------|------------|
| น้ำหนักน้อย/ผอม | 2.7864 |
| น้ำหนักปกติ | 32.8173 |
| น้ำหนักเกิน/ท่วม | 23.5294 |
| อ้วนระดับ 1 | 26.6254 |
| อ้วนระดับ 2 | 14.2415 |

ภาพประกอบ 4 สถิติน้ำหนักประชาชนในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2551 - 2552

ที่มา กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (2553)

จากข้อมูลดังกล่าว พิจารณาเห็นว่า อัตราการอ้วนในประเทศไทย ยังคงอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง โดยเฉพาะในกลุ่มคนที่มีอายุมาก หรือ ในกลุ่มวัยทำงาน ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ซึ่งพบว่า ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2551 – 2553 นั้น เป็นข้อมูลสะสม 3 ปี พบว่า เพศชายที่มีอายุระหว่าง 23 – 50 ปี วัยทำงาน อ้วนในระดับ 1 มากถึงร้อยละ 35.3061 ในเพศหญิงก็ไม่น้อยเช่นกัน พบว่าอ้วนในระดับ 1 มากถึงร้อยละ 19.15.6



ตาม กลุ่มอายุ ตั้งแต่ 23 - 50 ปี เพศชาย ข้อมูล 3 ปี

| สภาวะอ้วน | Percent(%) |
|------------------|------------|
| น้ำหนักน้อย/ผอม | 2.4322 |
| น้ำหนักปกติ | 29.0926 |
| น้ำหนักเกิน/ท้วม | 23.6670 |
| อ้วนระดับ 1 | 35.3601 |
| อ้วนระดับ 2 | 8.8868 |

ตาม กลุ่มอายุ ตั้งแต่ 23 - 50 ปี เพศหญิง ข้อมูล 3 ปี

| สภาวะอ้วน | Percent(%) |
|------------------|------------|
| น้ำหนักน้อย/ผอม | 7.1314 |
| น้ำหนักปกติ | 49.2388 |
| น้ำหนักเกิน/ท้วม | 16.7468 |
| อ้วนระดับ 1 | 19.1506 |
| อ้วนระดับ 2 | 7.7324 |

ภาพประกอบ 5 สถิตินำหนักประชาชนเพศชายและหญิงวัยทำงานในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2551 - 2553
ที่มา กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (2553)

1.2 โรคเบาหวาน

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก รวมทั้งประเทศไทยสถานการณ์เบาหวานปัจจุบันมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (international diabetes federation :IDF) ได้รายงานสถานการณ์ผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกแล้ว 285 ล้านคนและได้ประมาณการว่าจะมีจำนวนผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกเพิ่มมากกว่า 435 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 หากไม่มีการดำเนินการในการป้องกันและควบคุมที่มีประสิทธิภาพ สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2552 ประมาณ 7,019 คน หรือ ประมาณวันละ 19 คน และในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2542 – 2552) พบคนไทยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 4.02 เท่า เฉพาะ ปี พ.ศ. 2552 มีผู้ที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคเบาหวาน 558,156 ครั้ง หรือประมาณวันละ 1,529 ครั้ง หรือคิดเป็นผู้ที่นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยโรคเบาหวานชั่วโมงละ 64 ครั้ง และจากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของคนไทย (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540 เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ 3 ปี พ.ศ.2546 – 2547 พบความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.4 เป็นร้อยละ 6.9 สำหรับครั้งล่าสุด (ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552) พบอัตราความชุกโรคเบาหวานเท่าเดิม คือ ร้อยละ 6.9 โดยคาดว่าคนไทยวัย 15 ปีขึ้นไป ประมาณ 3.46 ล้านคนกำลังเผชิญกับโรคเบาหวาน เมื่อแยกการกระจายความชุกออกเป็นรายภาค พบเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ กรุงเทพฯ , ภาคกลาง , ตะวันออกเฉียงเหนือ , ภาคเหนือ และ ภาคใต้ (ความชุก ร้อยละ 9.2 , 7.6 , 7.0 , 5.7 และ 5.0 ตามลำดับ) เบาหวานเป็น



สาเหตุทำให้เกิดการป่วยและตายก่อนวัยอันสมควร จากภาวะแทรกซ้อนต่อตา ไต ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือดสมอง แต่ทั้งนี้การสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของคนไทย ครั้งที่ 4 พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ที่เป็นเบาหวานไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานมาก่อน ส่วนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นเบาหวาน ร้อยละ 3.3 ไม่ได้ได้รับการรักษา และผู้ที่ได้รับการรักษามีเพียง ร้อยละ 28.5 ที่คุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ น้อยกว่า 126 มิลลิกรัม ต่อเดซิลิตรได้ ฉะนั้นการค้นหาผู้ที่เป็นเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ยังไม่มีอาการ การลดปัจจัยเสี่ยงและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจึงเป็นมาตรการที่จะช่วยลดและชะลอการเกิดโรคและผลกระทบดังกล่าว เบาหวานมีสาเหตุหลายปัจจัยเสี่ยงร่วมกันที่สามารถป้องกันได้ ตามที่องค์การอนามัยโลกประกาศไว้ว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 80 สามารถป้องกันได้ (วิชัย เอกพลากร, 2553)

1.3 โรคความดันโลหิตสูง

สำหรับคนไทย ข้อมูลจาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2550 คนไทยส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคดังนี้ โรคหัวใจและหลอดเลือด ป่วย 567,825 คน เสียชีวิต 34,833 คน โรคความดันโลหิตสูง ป่วย 446,506 คน เสียชีวิต 2,293 คน และ โรคมะเร็งปวย 75,033 คน เสียชีวิต 53,575 คน จากรายงานของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (ข่าวสารเพื่อมวลชน, 2554: Online) พบว่าปัจจุบันคนทั่วโลกเป็นความดันโลหิตสูง 1.5 พันล้านคน และเสียชีวิตจากความดันโลหิตสูงถึง 7 ล้านคนต่อปี ส่วนสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทย สำรวจโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็น 3.8 เท่า ในรอบ 10 ปี (พ.ศ. 2543 - 2552) นับว่าเป็นสัญญาณอันตราย ซึ่งทุกท่านควรตระหนักเพราะโรคนี้ เมื่อป่วยเริ่มแรกจะไม่แสดงอาการ และหากไม่ตรวจสุขภาพหรือไม่ทราบค่าความดันของตนเองแล้วเมื่อป่วยก็จะไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคนี้และแถมด้วยโรคแทรกซ้อนตามมา ซึ่งอาการเตือนว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงคือ วัดความดันโลหิตสูงกว่าค่าปกติ คือ ตั้งแต่ 120 / 80 มิลลิเมตรปรอท ถ้าตัวเลขความดันโลหิตขณะที่พักมีค่าสูงกว่า 120 / 80 - 139 / 89 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเสี่ยงให้สงสัยว่าอาจมีภาวะความดันโลหิตสูง อาการเตือนของโรค คือ ปวดมึนท้ายทอย วิงเวียน ปวดศีรษะตุบๆ หากเป็นมานานหรือความดันโลหิตสูงมากๆอาจมีอาการเลือดกำเดาไหล ตามัว ใจสั่น มือเท้าชา เมื่อเกิดอาการผิดปกติ ควรรีบไปพบแพทย์เพื่อจะได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และทันท่วงที แต่ผู้ที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป ควรตรวจวัดความดันโลหิตทุกๆปี โรคนี้เกิดจากสาเหตุหลายๆอย่าง ซึ่งแยกได้ 2 ประเภทดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค คือ กรรมพันธุ์ , อายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ซึ่งปรับเปลี่ยนไม่ได้
2. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ คือ พฤติกรรมการกินอาหารที่มีรส เค็ม หวาน มัน รับประทานผักผลไม้ไม่พอ, ขาดการออกกำลังกาย, เครียด, สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่ง



ส่งผลให้เกิดน้ำหนักเกิน , อ้วน , ความผิดปกติของโรคไขมันในเลือด , ภาวะเบาหวาน , ถ้าลดปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จะมีผลในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจหลอดเลือดและโรคเบาหวานได้ เมื่อทราบปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคแล้วก็ลด ละ เลิก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกัน เพื่อสุขภาพของท่านจะได้มีชีวิตยืนยาว หากสงสัยว่าจะป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ควรรีบไปพบแพทย์ ใส่ใจสุขภาพสัปดาห์ชีวิตจะยืนยาว ด้วยความปรารถนาดีจาก สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น

นพ.มานิต ชีระตันติกานนท์ อธิบดีกรมควบคุมโรค ได้ให้สัมภาษณ์กับ หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์ -- อังคารที่ 17 พฤษภาคม 2554 โดยกล่าวว่า ปัจจุบันคนทั่วโลกป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.5 พันล้านคน และเสียชีวิตจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 7 ล้านคนต่อปี สำหรับประเทศไทยสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง จากการสำรวจของสำนัคนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขระหว่าง พ.ศ. 2543-2552 พบว่าในรอบ 10 ปี มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 3.8 เท่า และยังพบอีกว่าคนที่อายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นโรคความดันโลหิตสูง 11.5 ล้านคนความชุกของโรคในกลุ่มนี้ เท่ากับร้อยละ 21.4 ในขณะที่ความชุกของโรคสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 55.9 อยู่ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ทั้งผู้หญิงและผู้ชายมีความเสี่ยงต่อการโรคความดันโลหิตสูงพอ ๆ กัน และจากข้อมูลปี 2552 พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่นอนรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุข 981 คน ต่อประชากร 1 แสนคน เมื่อแยกตามรายภาคพบว่าภาคเหนือมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อประชากรสูงที่สุด 1,225 คน รองลงมาคือภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) พบ 1,211 คน ตามด้วยภาคใต้พบ 1,019 คน และน้อยที่สุดคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบ 664 คน ภาวะความดันโลหิตสูง" เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่มีอาการให้หายขาดเป็นเพศฆาตเงียบที่มีการระบาดทั่วโลกส่วนมากจะไม่แสดงอาการเตือน เนื่องจากการดำเนินของโรคจะค่อยเป็นค่อยไปและใช้เวลานาน ในช่วงแรกจะไม่แสดงอาการใด ๆ แต่มักตรวจพบโดยบังเอิญขณะที่ไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาจากปัญหาอื่น ผู้เป็นโรคส่วนใหญ่มักไม่รู้ตัวว่าเป็นหรือกว่าจะรู้ว่าเป็นบางรายที่มีอาการเตือน เช่นปวดมึนท้ายทอยวิงเวียน ปวดศีรษะตบ ๆ หากเป็นมานานหรือมีความดันโลหิตสูงมาก ๆ อาจมีอาการเลือดกำเดาไหล ตามัว ใจสั่นมือเท้าชา เมื่อเกิดอาการผิดปกติดังกล่าวต้องรีบไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาอย่างถูกต้องและทันท่วงที

เมื่อทำการพิจารณาในเชิงสถิติเกี่ยวกับ จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2548- 2552 ซึ่งทำการสำรวจโดย กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ก็จะพบว่า อัตราการตายด้วยโรคความดันเลือดสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง เป็นอันดับที่ 4 มีอัตราการตายในปี พ.ศ. 2552 มากถึง ร้อยละ 24.26 รองจากโรคมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด อุบัติเหตุและการเป็นพิษ และโรคหัวใจ ดังภาพประกอบ 6



| สาเหตุการตาย Causes of Death | 2548(2005) | | 2549(2006) | | 2550(2007) | | 2551(2008) | | 2552(2009) | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|
| | จำนวน Number | อัตรา Rate | จำนวน Number | อัตรา Rate | จำนวน Number | อัตรา Rate | จำนวน Number | อัตรา Rate | จำนวน Number | อัตรา Rate |
| รวม (Total) | 306,374 | 635.7 | 301,127 | 624.6 | 303,255 | 624.0 | 307,327 | 628.5 | 303,016 | 620.76 |
| มะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด (C00-D48) Malignant neoplasms, all forms | 50,622 | 81.4 | 52,062 | 83.1 | 53,434 | 84.0 | 55,403 | 87.6 | 56,058 | 88.34 |
| อุบัติเหตุและการเป็นพิษ (V01-V90,W00-W90,X00-X50) Accident and poisonings | 35,818 | 57.6 | 37,433 | 59.8 | 35,661 | 56.7 | 34,851 | 55.1 | 35,304 | 55.63 |
| โรคหัวใจ (I05-I09,I20-I25,I26-I28,I30-I52) Disease of the heart | 17,530 | 28.2 | 17,775 | 28.4 | 18,452 | 29.3 | 18,820 | 29.8 | 18,375 | 28.06 |
| ความดันเลือดสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง (I10-I15,I60-I69) Hypertension and cerebrovascular disease. | 18,171 | 29.2 | 16,284 | 24.4 | 15,286 | 24.3 | 15,506 | 24.7 | 15,648 | 24.66 |

ภาพประกอบ 6 จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2548- 2552
ที่มา: กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (2552)

1.4 โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ ที่คนส่วนใหญ่ เรียกว่า โรคอัมพาต (Stroke / cerebrovascular disease) หมายถึง ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบตัน หรือแตก จนเกิดการทำลายหรือตายของเนื้อสมอง ทำให้สมองสูญเสียการควบคุมการทำงานของอวัยวะในร่างกาย อาการที่เกิดขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่ขาดเลือดไปเลี้ยง และความรุนแรงขึ้นอยู่กับการทำลายเนื้อสมอง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้รายงานถึงสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง ว่า ปี 2548 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก แต่ละปี 5.7 ล้านคน และองค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization) คาดการณ์ว่า ในปี 2558 จะมีคนเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 6.5 ล้านคน ซึ่งโรคนี้นับเป็นสาเหตุการตาย อันดับ 2 ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 5 ในประชาชนที่มีอายุ 15-59 ปี และพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ที่ทนทุกข์ทรมานจากโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและน้อย

สำหรับในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 -2547 พบว่าโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่อง หลังจากนั้น ในปี พ.ศ.2548-2551 มีแนวโน้มการเสียชีวิตจากโรคนี้นี้จะลดตัวลงลง สำหรับในปี 2552 พบคนไทยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 13,353 คน เฉลี่ยวันละ 36 คน หรือประมาณ 3 คน ในทุกๆ 2 ชั่วโมง และในปัจจุบันมีผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณ 751,350 คน และในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2542 – 2552) พบผู้ป่วยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ (ไม่รวม กรุงเทพฯ) ด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2.45 เท่า และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง และเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราผู้ป่วยในต่อแสนประชากรด้วยโรคหลอดเลือดสมองใหญ่รายภาคของประเทศไทย เรียงจาก



มากเป็นน้อย พบดังนี้ ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) และภาคเหนือ พบสูงใกล้เคียงกัน ตามด้วยภาคใต้ ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบน้อยที่สุด สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พบดังตารางภาพประกอบ 7 - 8

| ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ | ความชุก (ร้อยละ) การสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 3 (พ.ศ.2546-47) | | ความชุก (ร้อยละ) การสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 4 (พ.ศ.2551-52) | |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------|------|
| | ชาย | หญิง | ชาย | หญิง |
| ความดันโลหิตสูง | 23.3 | 20.9 | 21.5 | 21.3 |
| การสูบบุหรี่เป็นประจำ | 45.9 | 2.3 | 38.7 | 2.1 |
| ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (TC \geq 240mg/dl) | 13.7 | 17.1 | 16.7 | 21.4 |
| กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ | 20.7 | 24.2 | 16.8 | 20.2 |
| ภาวะอ้วน (BMI \geq 25kg/m ²) | 22.5 | 34.4 | 28.4 | 40.7 |
| ภาวะอ้วนลงพุง(รอบเอวชาย \geq 90 cm, รอบเอวหญิง \geq 80 cm) | 15.4 | 36.1 | 18.6 | 45 |
| กินผักและผลไม้เพียงพอ (\geq 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) | 20 | 24 | 16.9 | 18.5 |
| เบาหวาน | 6.4 | 7 | 6 | 7.7 |
| การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป) | 16.6 | 2.1 | 13.2 | 1.6 |

ภาพประกอบ 7 ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ปรับเปลี่ยนได้แยกตามเพศ
ที่มา : สำนักงานเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค (2552)

จากภาพตาราง จะเห็นว่า คนไทยมีแนวโน้มของ ภาวะอ้วน (BMI \geq 25kg/m²) ภาวะอ้วนลงพุง(รอบเอวชาย \geq 90 cm, รอบเอวหญิง \geq 80 cm) ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (TC \geq 240mg/dl) เพิ่มขึ้นทั้งเพศชายและเพศหญิง , กินผักและผลไม้เพียงพอ (\geq 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) ลดลงทั้งเพศชายและเพศหญิง ความชุกเรื่องภาวะความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะเพศหญิง ในเพศชายลดลง

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

ภาพประกอบ 8 ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ปรับเปลี่ยนได้แยกตามรายภาค
ที่มา : สำนักงานเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค (2552)



จากภาพประกอบข้างต้น จะเห็นว่า ความชุกของปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ เมื่อแยกออกเป็นรายภาคของประเทศไทยแล้ว พบว่า ทั้งความชุกในเรื่อง ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ($TC \geq 200 \text{mg/dl}$) ภาวะอ้วน ($BMI \geq 25 \text{kg/m}^2$) ภาวะอ้วนลงพุง และ เบาหวาน พบความชุกมากที่สุด คือที่ กรุงเทพมหานคร รองลงมา คือ ภาคกลาง ส่วนการสูบบุหรี่เป็นประจำและ กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ มีความชุกมากที่สุด ในภาคใต้ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์(ระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป) มีความชุกสูงสุดทางภาคเหนือ สำหรับการกินผักและผลไม้เพียงพอ (≥ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) น้อยที่สุด คือ ภาคกลาง

นอกจากนี้ การสำรวจของ นพ. มัชฌิ์ สามเสน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา ในปี พ.ศ. 2551 (หนังสือพิมพ์บ้านเมือง, 2551: Online) เปิดเผยว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย โดยเฉพาะผู้สูงอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป ซึ่งประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง โดยประเทศแถบเอเชีย อาทิ จีนและญี่ปุ่น พบเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจ สำหรับประเทศไทยพบว่ามีอัตราการเกิดโรค 690 คนต่อประชากร 1 แสนคน จากสถิติดังกล่าว ประมาณได้ว่า มีผู้ป่วยโรคนี้ในประเทศไทยเป็นจำนวน 496,800 คน และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต โดยโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันพบได้ประมาณ 70% และโรคหลอดเลือดสมองแตก พบได้ 30% ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด สาเหตุสำคัญเกิดจากความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ความเครียด ขาดการออกกำลังกาย และผู้ป่วยที่รับประทานยาห้ามการแข็งตัวของเลือดหรือเป็นโรคที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการทางระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน อาจมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอาการร่วมกัน เช่น อ่อนแรงครึ่งซีก เดินเซ พูดลำบาก กลืนลำบาก ตามองไม่เห็น หรือมองเห็นภาพซ้อน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกนั้น อาจมีอาการปวดศีรษะเฉียบพลัน อาเจียน ในรายที่มีอาการรุนแรง อาจมีอาการซึม หมดสติและอาจเสียชีวิตได้ สำหรับการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ในปัจจุบันทำได้โดยการให้ยาหรือการผ่าตัด สิ่งที่สำคัญคือผู้ป่วยจะต้องรีบไปพบแพทย์โดยด่วนที่สุดภายใน 3-6 ชั่วโมง เพราะถ้ามาพบแพทย์เร็วก็จะลดความพิการได้ เนื่องจากในช่วง 3-7 วันแรกของการเจ็บป่วยเป็นระยะวิกฤติที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรืออยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด ทั้งนี้ วิธีการป้องกันตนเองที่สำคัญคือ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควบคุมน้ำหนัก งดสูบบุหรี่และงดดื่มเหล้า ตรวจสอบสุขภาพประจำปีเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง ในกรณีที่มีปัจจัยเสี่ยงหรือผู้ที่เป็นโรคนี้อยู่แล้ว ต้องรักษาและพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ห้ามหยุดยาเองโดยเด็ดขาด

จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข ปี 2552 (สำรวจ 6 ปีครั้ง) ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ในประชากรไทย



และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลในปี 2552 พบว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 176,342 คน หรือคิดเป็น 3 คน ในทุก 2 ชั่วโมง และเมื่อพิจารณาข้อมูลสถานการณ์ อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จากสถิติสาธารณสุขของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ ปี 2547 – 2549 สรุปได้ว่า แนวโน้มภาระโรคหลอดเลือดสมองในคนไทยเพิ่มขึ้นตามลำดับ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จากอัตราป่วยทั่วประเทศ 152.59 ต่อประชากร 100,000คน เพิ่มขึ้นเป็น 277.67 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2552 และยังมีแนวโน้มเหมือนกันเมื่อพิจารณา แยกรายภาค โดยพบว่า ภาคเหนือ, ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.) และกรุงเทพมหานคร มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า ค่าเฉลี่ยของทั้งประเทศ

| ปี พ.ศ. / ภาค | อัตราการป่วย | | | | | |
|-----------------------|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | ๒๕๔๗ | ๒๕๔๘ | ๒๕๔๙ | ๒๕๕๐ | ๒๕๕๑ | ๒๕๕๒ |
| ทั่วประเทศ | ๑๕๒.๕๙ | ๑๕๗.๑๙ | ๑๗๕.๒๕ | ๑๘๙.๙๖ | ๑๙๘.๔๕ | ๒๗๗.๖๗ |
| กรุงเทพ | - | - | ๔๘.๔๘ | - | - | ๓๖๓.๖๔ |
| ภาคเหนือ | ๒๐๘.๘๐ | ๒๐๗.๖๔ | ๒๑๖.๒๒ | ๒๔๒.๑๒ | ๒๕๕.๕๑ | ๓๑๙.๓๒ |
| ภาคกลาง | ๒๕๑.๕๘ | ๒๓๖.๗๒ | ๒๓๘.๕๖ | ๒๖๐.๙๓ | ๒๗๔.๖๖ | ๓๒๕.๔๑ |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | ๑๐๘.๔๑ | ๑๐๕.๓๔ | ๑๒๙.๔๖ | ๑๓๔.๒๑ | ๑๔๓.๒๒ | ๒๐๘.๔๕ |
| ภาคใต้ | ๑๗๔.๗๔ | ๑๘๐.๙๘ | ๒๐๓.๙๖ | ๒๓๑.๘๑ | ๒๓๕.๓๙ | ๒๔๙.๗๓ |

ภาพประกอบ 9 แสดงอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากร 100,000 คน ทั่วประเทศ

และจำแนกตามภาค ปี พ.ศ.2547 - 2552

ที่มา: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2552)

การพิจารณาถึงความรุนแรงและความสำคัญของปัญหาของโรคหลอดเลือดสมองนั้น นอกจากจะต้องคำนึงถึงอัตราป่วยและอัตราตายตามข้อมูลข้างต้นแล้ว โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life years : DALYs) ที่สำคัญของประเทศ โดยพบว่าในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียอันดับ 3 ในผู้ชายรองจากโรคเอดส์และอุบัติเหตุการจราจร และอันดับ 2 ในผู้หญิงรองจากโรคเอดส์ เนื่องมาจากผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองนั้นมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ ไม่มากก็น้อย และต้องใช้ชีวิตอย่างพิการตลอดช่วงชีวิตที่เหลือ ซึ่งความพิการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังสามารถต่อครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติอีกด้วย นอกจากนี้ได้มีการคำนวณค่าใช้จ่ายสำหรับโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ต้นทุนทางตรงสำหรับการรับบริการในกรณีเป็นผู้ป่วยใน 1,589.78 บาทต่อวันนอน และสำหรับการรับบริการเป็นผู้ป่วยนอก เท่ากับ 1,010.22 บาทต่อครั้ง และยังมีค่าเสีย



โอกาส (indirect cost) เนื่องจากการขาดงาน และความพิการ อยู่ที่ 101,681.2 บาท และความสูญเสียอันเนื่องมาจากการเสียชีวิต คิดเป็น 15,766.66 บาท ดังนั้น ต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยจากการเจ็บป่วยเท่ากับ 126,665.93 บาทต่อคนต่อปี ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นทำให้เกิดภาระต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว จำนวนมาก และหากผู้ป่วยไม่สามารถรับภาระดังกล่าวได้ ภาครัฐจะต้องเข้ามารับภาระดังกล่าว ทำให้รัฐต้องสูญเสียรายได้จำนวนมากในการดูแล รักษาผู้ป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นจึงสามารถกล่าวได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและประเทศชาติโดยรวม (ศิลารัตน์ อภิญญา และ นิตยา พันธุ์เวทย์, 2552)

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเทคนิคการพัฒนาสุขภาพ

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

2.1 แนวคิดการปรับพฤติกรรมตามหลักพฤติกรรมศาสตร์

การปรับพฤติกรรมตามหลักพฤติกรรมศาสตร์เป็นกลวิธีที่นำหลักการแห่งพฤติกรรม (Behavior principles) มาประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบโดยใช้หลักการเรียนรู้ตามทฤษฎีต่าง ๆ เช่น ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำมาใช้ในการปรับพฤติกรรม โดยทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant conditioning theory) พัฒนาโดยนักจิตวิทยาชาวอเมริกันชื่อ สกินเนอร์ (B.F Skinner) มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลสืบเนื่องมาจากการปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลจะแปรเปลี่ยนไปเนื่องมาจากผลที่ได้รับ (Consequence) ที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมนั้น และผลสืบเนื่องที่ได้รับว่ามี 2 ประเภท คือ 1) ผลสืบเนื่องที่เป็นการเสริมแรง (Reinforce) ผลที่ได้รับทำให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำอยู่นั้นมีอัตราการกระทำเพิ่มขึ้น และ 2) ผลสืบเนื่องที่เป็นการลงโทษ (Punisher) ผลที่ได้รับซึ่งส่งผลให้พฤติกรรมที่บุคคลกระทำนั้นยุติลง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549: 32) การปรับพฤติกรรมจึงเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมที่ค่อนข้างใหม่สำหรับประเทศไทยในช่วงเริ่มแรก ใช้เป็นกลวิธีการรักษาหรือเรียกว่า พฤติกรรมบำบัดสำหรับผู้ที่มีการผิดปกติโดยนักจิตวิทยาเป็นผู้ให้การบำบัด แต่ต่อมามีการนำมาใช้และเผยแพร่กันอย่างจริงจังในงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไป เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีปกติสุข จากหลักฐานเอกสารที่ปรากฏ พบว่าการปรับพฤติกรรมในประเทศไทย เริ่มเกิดขึ้นเมื่อ ปี พ.ศ.2517 โดยเป็นปริญญานิพนธ์ของนิสิตบัณฑิตศึกษา ภาควิชาจิตวิทยา



บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 3 ราย และในปี พ.ศ.2523 เป็นการศึกษาค้นคว้าด้านการปรับพฤติกรรมและเผยแพร่ให้เป็นที่รู้จักกันโดย สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.1.1 ความเชื่อพื้นฐานตามหลักพฤติกรรมศาสตร์

นักปรับพฤติกรรมตามแนวทางพฤติกรรมศาสตร์ มีความเชื่อพื้นฐานในการดำเนินการปรับพฤติกรรม 2 ประการ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) คือ

1. พฤติกรรมปกติกับพฤติกรรมผิดปกติ พัฒนามาจากหลักการเดียวกัน คือจากหลักการเรียนรู้ แต่ทั้งนี้ต้องไม่รวมถึงพฤติกรรมที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายและระบบประสาท

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

2.1.2 คุณสมบัติของกระบวนการปรับพฤติกรรม

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

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

2. การปรับพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้การตีตรา หลีกเลี่ยงการจัดประเภทบุคคล และการใช้คำบางคำ เช่น “อปกติ” ทั้งนี้เพราะการตีตราและการจัดประเภทบุคคล อาจจะมีประโยชน์ในเชิงการบริหารและการสื่อสาร และอาจช่วยแนะว่าตัวแปรใดที่ควรพิจารณาในระหว่างการประเมินพฤติกรรม แต่การ ตีตราและการจัดประเภทบุคคลไม่เป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์พฤติกรรมมากนัก ตรงกันข้ามการตีตราบุคคลอาจจะเป็นการทำลายบุคคล (คนที่ถูกตีตราว่าเป็นคนอย่างไร อาจจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมไม่เป็นปกติเช่นนั้นก็ได้ เช่น คนที่ถูกตีตราว่าเป็นคนอ้วนแล้วพฤติกรรมของเขาอาจเปลี่ยนแปลงไปอ้วนมากยิ่งขึ้นก็ได้) นอกจากนี้ การตีตราหรือการจัดประเภทบุคคล



อาจจะทำให้นักปรับพฤติกรรมมองข้ามพฤติกรรมที่เป็นแบบฉบับของบุคคลนั้น คำว่า “อุปคติ” “เบี่ยงเบน” และคำว่า “ความเจ็บป่วยทางจิต” คำเหล่านี้เป็นภาวะสันนิษฐาน (construct) ซึ่งบุคคลในแต่ละวัฒนธรรมให้นิยามไม่ตรงกันพฤติกรรมอย่างหนึ่งอาจถือว่าเป็น พฤติกรรมอุปคติในสังคมหนึ่ง แต่อาจเป็นพฤติกรรมปกติในอีกสังคมหนึ่งก็ได้ เช่น เด็กพูดโต้แย้งผู้ใหญ่ในสังคมตะวันตกถือว่าเป็นพฤติกรรมปกติ เป็นการกล้าแสดงออก แต่ในสังคมไทยส่วนใหญ่ยังไม่ยอมรับอาจถือว่าเป็น พฤติกรรมที่ขาดสัมมาคารวะเป็นสิ่งที่ไม่ควรประพฤติ

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

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

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

2.1.3 ความหมายของการปรับพฤติกรรม

ระยะแรกนักวิชาการส่วนใหญ่จะให้ความหมายของการปรับพฤติกรรมบนพื้นฐานการเรียนรู้ ดังเช่น ความหมายของการปรับพฤติกรรม ตามที่ ชัยพร วิชชาวุธ และ ชีระพร อุวรรณ โณ (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2552 อ้างอิงจาก ไม่ปรากฏผู้แต่ง, 2552) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การปรับพฤติกรรมเป็นการประยุกต์หลักการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ส่วน มิคุลัส (Mikulas, 1978:2) ได้ให้ความหมายของการปรับพฤติกรรมไว้ว่า การปรับพฤติกรรม คือ การ



ประยุกต์หลักการพฤติกรรมที่ได้จากการทดลองเพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรม ซึ่งก็คือคล้ายๆ กับความหมายที่ คาลิช (Kalish, 1981 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549: 3) ให้ไว้ว่าการปรับพฤติกรรม หมายถึง การนำเอาหลักพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้อย่างเป็นระบบในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม วอลป์ (Wolpe, 1969) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการใช้ผลที่ได้จากการทดลอง หลักการเรียนรู้ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่ไม่เหมาะสมให้เหมาะสมขึ้น โอเลรี่และวิลสัน (O'leary & Wilson, 1987) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้และข้อค้นพบจากจิตวิทยาการทดลอง เพื่อใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์

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

2.1.4 หลักการแห่งพฤติกรรม

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

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

2.1.5 การปรับพฤติกรรมในปัจจุบัน

การปรับพฤติกรรมมีประวัติความเป็นมาอันยาวนานบนพื้นฐานของหลายแนวคิด หลังจากปี ค.ศ. 1970 ความนิยมเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ ได้รับความนิยมนลดลง ทั้งนี้ นักปรับพฤติกรรมจะมีปัญหาเกี่ยวกับการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง จนทำให้ดูเหมือนไม่ครอบคลุมพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ประกอบกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาบางพฤติกรรม ทฤษฎีการเรียนรู้การวางเงื่อนไขไม่สามารถอธิบายหรือจัดวางเงื่อนไขให้



สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น พฤติกรรมภายในซึ่งประกอบด้วยความคิด ความรู้สึก เป็นต้น ด้วยเหตุนี้จึงเป็นโอกาสให้นักจิตวิทยาในกลุ่มปัญญานิยมเข้ามามีส่วนในการพัฒนาเทคนิคการปรับพฤติกรรม ซึ่งผู้นำของนักจิตวิทยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Albert Bandura เป็นผู้ที่เสนอแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ซึ่งแนวคิดในกลุ่มนี้ได้รับความนิยมอย่างมากในช่วงทศวรรษที่ 1980 และได้มีการพัฒนาเทคนิคการปรับพฤติกรรมต่างๆ มากมาย นอกจากนี้ปัจจุบันยังได้มีการนำเอาแนวคิดของการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเข้ามาใช้ในการพัฒนาด้วย ซึ่งรู้จักกันในนามของการป้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback) (ประทีป จินฉิ่ง, 2540)

สามารถสรุปได้ว่า ในการปรับพฤติกรรมของบุคคล ควรคำนึงถึงลักษณะวิธีการดังต่อไปนี้

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

จำเป็นต้องคำนึงถึงข้อดีและข้อจำกัด ตลอดจนเกณฑ์การใช้เทคนิคเหล่านั้นให้รอบคอบด้วย

8. การปรับพฤติกรรมจะเน้นการใช้วิธีการทางบวกมากกว่าวิธีการลงโทษ
9. วิธีการปรับพฤติกรรมสามารถใช้ได้อย่างเหมาะสมตามลักษณะปัญหาของแต่ละบุคคล

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

ข้อควรคำนึงในการปรับพฤติกรรมทั้งนี้การปรับพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ทำได้ยากและต้องอาศัยเวลา เทคนิคที่เหมาะสม พฤติกรรมที่อาจจะปรับได้ เช่น เป็นพฤติกรรมที่เพิ่งเกิดขึ้นปัจจุบัน เป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหาไม่รุนแรง และก็เป็นเฉพาะบางคนเท่านั้นที่จะสามารถปรับพฤติกรรมได้ และการนำไปใช้ก็ต้องระมัดระวังอย่างมาก ดังต่อไปนี้

1. สิทธิของบุคคล
2. ในการปรับพฤติกรรม ผู้ใช้หรือให้บริการปรับพฤติกรรมจะต้องระลึกเสมอว่า ตนเองมีความรู้ในเรื่องการปรับพฤติกรรมดีพอหรือยัง การนำเทคนิคต่างๆ ไปใช้ จะต้องเตรียมรับกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นอย่างไร



3. จะต้องคำนึงว่าการปรับพฤติกรรมนิยมที่จะเลือกใช้เทคนิคการเสริมแรงหรือปรับเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรม หรือเพิ่มพฤติกรรมซึ่งอาจเกิดปัญหาต่างๆ ปัญหาทางอารมณ์ตามมาได้
4. ผู้ปรับพฤติกรรมควรคำนึงถึงประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้ถูกปรับพฤติกรรมหรือผู้รับบริการปรับพฤติกรรมเพื่ออยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข
5. การนำการปรับพฤติกรรมไปใช้ควรนำไปพัฒนาพฤติกรรมที่พึงประสงค์กับสังคมและคำนึงถึงเรื่องจริยธรรมเป็นสิ่งสำคัญ

2.1.6 ตัวอย่างเทคนิคการปรับพฤติกรรม

การปรับพฤติกรรมตามหลักพฤติกรรมศาสตร์ที่มีการประยุกต์ใช้แนวคิดที่หลากหลายเข้าด้วยกันมีนักวิชาการนำไปใช้ในการปรับพฤติกรรมหลายท่าน ยกตัวอย่างเช่น งานปรับพฤติกรรมของ จุฑารัตน์ กิตติเชมากร (จุฑารัตน์ กิตติเชมากร, 2550) ที่ได้ใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายในกรณีวิเคราะห์รายบุคคล (Single case) จุดประสงค์เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการออกกำลังให้เพิ่มขึ้นจนสม่ำเสมอ โดยเริ่มจากพฤติกรรมที่จะศึกษา ว่าควรจะทำหนดนิยามของพฤติกรรมเป้าหมายให้ชัดเจนก่อน ในที่นี้เราจะศึกษาเรื่องของการออกกำลังกาย โดยนิยาม การออกกำลังกาย ว่า การเคลื่อนไหวร่างกายให้มีจังหวะเหมาะสม เป็นการฝึกซ้อมให้ร่างกายแทบทุกส่วนได้มีความคล่องว่องไว พร้อมกับการได้แรงงานด้วย ได้แก่ การว่ายน้ำ โดยวัดจากเวลาที่ว่ายน้ำ ตั้งแต่ 30 นาทีขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง และการวิ่ง โดยวัดจากการวิ่งตั้งแต่ 30 นาทีอย่างต่อเนื่อง เป็นประจำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เราจะใช้ออกกำลังกายในช่วงเวลา หลังเลิกงาน คือ เวลา 18.00 – 21.00 น. ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ของสัปดาห์ โดยสถานที่ที่ใช้คือ สระว่ายน้ำในบริเวณหมู่บ้านที่พักอาศัย และบริเวณรอบๆหมู่บ้าน สวนสาธารณะ จากนั้นก็จะ เริ่มการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม ใช้การสังเกตแบบเข้าไปมีส่วนร่วม (Participated observation) โดยการบันทึกแบบความถี่ (Frequency recording) การสังเกตและบันทึกพฤติกรรม เป็นการบันทึกจำนวนครั้งของการเกิดพฤติกรรมเป้าหมายในช่วงเวลาที่กำหนด ในกรณีศึกษานี้เป็นการสังเกตความถี่ (จำนวนครั้ง) ในการออกกำลังกาย ซึ่งกำหนดวันและเวลาในการออกกำลังกาย ในการเก็บข้อมูลโดยการบันทึกจำนวนครั้งของการออกกำลังกายโดยจะต้องเก็บอย่างต่อเนื่อง (Continuous assessment) โดยดูจากความสม่ำเสมอของพฤติกรรม ซึ่งเก็บเป็นฐานข้อมูลเบื้องต้น (Baseline) เพื่อดูแนวโน้มของพฤติกรรม ความสม่ำเสมอของการเกิดพฤติกรรม (Stability of performance) โดยข้อมูลในช่วงนี้ สามารถนำมาอธิบายการเกิดพฤติกรรม และสามารถนำข้อมูลมาทำนายการเกิดพฤติกรรมในอนาคต ซึ่งนำมาเขียนกราฟเพื่อให้เกิดความชัดเจนเมื่อเราพิจารณาข้อมูลแล้วพฤติกรรมการออกกำลังกาย (พฤติกรรมที่พึงประสงค์) มีแนวโน้มที่จะลดลงซึ่งจุดประสงค์ ในการปรับพฤติกรรมครั้งนี้เราต้องการเพิ่มพฤติกรรมการออกกำลังกาย ให้เพิ่มขึ้นจนคงที่สม่ำเสมอจากนั้น จึงออกแบบโปรแกรมในการปรับพฤติกรรมเลือกเทคนิคในการปรับ



พฤติกรรม ที่จะนำมาใช้ให้เหมาะสมและควรคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลตามลักษณะของปัญหา เมื่อพิจารณาแล้วว่า ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ถูกสังเกตเหมาะกับการให้การเสริมแรงประเภทใด จึงจะสามารถมีอิทธิพลต่อการเพิ่มพฤติกรรมเป้าหมายได้ เนื่องจากผู้ถูกสังเกตและผู้สังเกตเป็นคนใกล้ชิดและสามารถอยู่ร่วมกันในช่วงเวลาที่กำหนด จากการศึกษาลักษณะนิสัยในระดับหนึ่ง พบว่า ไม่ว่าผู้ถูกสังเกตจะทำกิจกรรมอะไรก็ตาม เขาจะมีความมั่นใจและกล้าที่จะทำกิจกรรมนั้น โดยจะต้องมีเพื่อนร่วมทำกิจกรรมนั้นๆ ผู้ถูกสังเกตจะมีสีหน้าดีใจ แสดงอาการดีใจด้วยการยิ้ม แสดงท่าทาง เมื่อมีคนชื่นชม และเข้าใจและสนใจในสิ่งที่เขาทำ หรือในเรื่องที่เขาเล่าประกอบอยู่ ดังนั้นผู้สังเกตจึงวางแผนว่าจะใช้เทคนิคใดในการเพิ่มพฤติกรรมเป้าหมายโดยตัดสินใจว่าเลือกจะใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมด้วยการเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) โดยใช้การเสริมแรงทางสังคม (Social reinforcement) โดยการเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) หมายถึง การเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมเป้าหมายอันเป็นผลเนื่องมาจากการได้รับสิ่งเร้าบางอย่างหลังจากที่บุคคลแสดงพฤติกรรมเป้าหมายแล้ว และการเสริมแรงทางสังคม (Social reinforcement) หมายถึง การแสดงออกโดยใช้คำพูดหรือท่าทางกับบุคคลหลังจากที่บุคคลแสดงพฤติกรรมแล้วอันมีผลทำให้บุคคลนั้น แสดงพฤติกรรมเป้าหมายเพิ่มขึ้นหรือทำให้มีพฤติกรรม การออกกำลังกายเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ ก่อนที่จะเสนอเงื่อนไข ผู้สังเกตก็พยายามให้ข้อมูล และกล่าวเสนอชี้แนะ ในเรื่องของการออกกำลังกาย ว่ามีประโยชน์ เพื่อสุขภาพกายและจิตใจ และในเรื่องของเวลาในการออกกำลังนั้น สามารถทำได้หลังเลิกงาน และวันที่ไม่มีเรียน เมื่อผู้สังเกตเลือกเทคนิคโดยใช้การเสริมแรงทางสังคม นั่นก็คือ ผู้สังเกตเสนอเงื่อนไขว่า จะไปร่วมทำกิจกรรม คือ การออกกำลังกับผู้ถูกสังเกต และเขาก็ยินดีและเขาก็เริ่มสนใจกับเงื่อนไข หลังจากนั้น เราจะเริ่มดำเนินการตามโปรแกรม เราจะไปออกกำลังกายตามโปรแกรมที่เราวางแผนเอาไว้ข้างต้น เพราะพอถึงวันและเวลาที่กำหนดเราก็รู้ว่าวันนี้จะต้องไปว่ายน้ำ หรือไม่ถ้าวันไหนอากาศไม่เอื้ออำนวย เช่น เรื่องของอากาศหนาว เป็นต้น เราก็จะออกกำลังกายโดยการวิ่งรอบ ๆ หมู่บ้าน ซึ่งหลังจากออกกำลังกายทุกๆ ครั้ง คือ หลังจากอาบน้ำแต่งตัวเสร็จ ควรพูดคุยกับผู้รับ การปรับพฤติกรรมในเรื่องที่เกี่ยวกับการออกกำลังกาย บางก็ให้คำชมที่เขาสามารถทำกิจกรรมที่เราร่วมกันกำหนดขึ้นมาได้อย่างมีความสุข ซึ่งระหว่างการพูดคุย หรือมีคำชมต่าง ๆ กับความรู้สึก ยินดี กับกิจกรรมที่เราทำ ซึ่งในแต่ละครั้งของการออกกำลังกาย ผู้ถูกสังเกตเองก็มีความกระตือรือร้นขึ้นและขอให้มาออกกำลังกายเป็นเพื่อนอีกในครั้งต่อไป ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เขาเองก็เต็มใจและอยากที่จะทำกิจกรรมนั้นจริง ๆ คำชมทุกๆ ครั้งหลังจากออกกำลังกายทันที นั่นก็คือ ตัวเสริมแรงทางสังคม (Social reinforcers) ในกรณีนี้ผู้สังเกตไปเป็นเพื่อนไปออกกำลังกาย และให้คำชื่นชม (เช่น คุณสดชื่นดี แจ่มใส คล่องตัวขึ้นนะ เห็นไม่ออกกำลังกายทำให้รู้สึกสดชื่น คุณ



นะ) การยิ้ม แสดงท่าทางที่ภูมิใจ แสดงความรู้สึกรักกับการที่เขาก่อร่างร่างกาย ฯลฯ ซึ่งการออกกำลังกายตามโปรแกรมเพื่อสุขภาพนี้ มีอุปสรรคอยู่ที่สภาพอากาศ และเวลาที่จำกัด

ข้อควรสังเกต ตัวเสริมแรงที่ใช้ได้ผลสำเร็จ เนื่องจากลักษณะของผู้ถูกสังเกตเองต้องการอยู่แล้ว ซึ่งสังเกตได้จากความกระตือรือร้น หลังจากที่เขาได้รับคำชมเชยว่า เมื่อออกกำลังกายแล้วทำให้ดูสดชื่น และเมื่อมีคนให้ความสนใจเกี่ยวกับการออกกำลังกาย เขาก็จะแนะนำและชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย และผลกรรมที่เขาได้รับคือ ร่างกายมีความคล่องแคล่วขึ้น การทำงานได้นานขึ้น เหนื่อยช้าลง แจ่มใส สดชื่น อารมณ์ดี ฯลฯ และผู้ถูกปรับพฤติกรรมเป็นคนที่ยกเพื่อนไปออกกำลังกายอีกในครั้งต่อไป ซึ่งจะเห็นว่า การปรับพฤติกรรมในกรณีนี้ ผู้ถูกสังเกต ก็ยังคงต้องอาศัยการเสริมแรง คือ การมีเพื่อนไปออกกกำลังกายทุกครั้ง และการให้ความสนใจหาข่าวสารใหม่เล็กๆน้อยๆมาเล่าให้ฟัง ฯ

ส่วนปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น ระหว่างการดำเนินการตามแผน ก็จะเป็นในในเรื่องของเวลา ซึ่งถ้าวันไหนเราออกจากที่ทำงานช้ากว่าปกติ ก็จะทำให้ออกกำลังกายได้น้อยลงแต่ก็จะพยายามออกกำลังกายให้ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งในเรื่องของภูมิอากาศ ในช่วงที่ให้การเสริมแรงนั้น เป็นช่วงเวลาที่มียามอากาศหนาวสลับอากาศร้อน ทำให้การออกกำลังกายโดยการว่ายน้ำ สลับกับการวิ่งรอบ ๆ หมู่บ้านแทน และสิ่งหนึ่งที่เกิดจากหลังการออกกำลังกายคือทำให้รับประทานอาหารในช่วงดึก ซึ่งมีผลทำให้หนักขึ้น

สรุปได้ว่า หลักการปรับพฤติกรรมตามแนวทางพฤติกรรมศาสตร์เป็นวิธีการปรับพฤติกรรมที่มาจากพื้นฐานทางความเชื่อที่ว่า การอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยหรือสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง แต่การอธิบายจะต้องนำแนวคิดที่หลากหลายมาบูรณาการกันเพื่อทำให้การอธิบายพฤติกรรมมีความสมบูรณ์มากที่สุด ในการปรับพฤติกรรมของบุคคลก็เช่นเดียวกัน ไม่สามารถที่จะนำวิธีการใด หลักการ อย่างใดอย่างหนึ่งมาใช้ได้จะต้องมีการบูรณาการแนวคิด วิธีการ ให้เหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มที่จะทำการปรับพฤติกรรม ตลอดจนทำความเข้าใจเกี่ยวกับบริบทรอบข้างของกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้เข้าใจก่อนเริ่มดำเนินการปรับพฤติกรรม

2.2 ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change theory)

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change theory) หรือขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่เป็นแนวหลักในการอธิบายลำดับขั้นตอนของการปรับพฤติกรรมของกลุ่มเยาวชนและประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ดำเนินการ โดยหน่วยงาน เป็นทฤษฎีของ Prochaska และ DiClemente (1983) ที่มีโครงสร้างขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงเป็นหัวใจหลักในการอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง ไม่ใช่เป็นเพียงเหตุการณ์หนึ่งๆ เท่านั้น ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจึงเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่าง



ต่อเนื่อง เริ่มจากขั้นที่ไม่สนใจปัญหาไปจนถึงขั้นลงมือปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขไปสู่พฤติกรรมใหม่ (คาร์นี สืบจากดี, 2552) ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ นับเป็นโครงสร้างหนึ่งของรูปแบบทฤษฎีโธเรทิกอล (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) ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ จะขอล่าวถึงเฉพาะขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเท่านั้น

เริ่มต้น โพรชากาและ ดิคลีเมนเท่ (Prochaska & DiClemente, 1983) ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการศึกษาผู้ป่วยติดยาสูบ และได้มีการประยุกต์ทฤษฎีดังกล่าวเพื่อการค้าปริกษาแนะแนวเพื่อการเลิกยาสูบ ซึ่งได้ผลสำเร็จเป็นอย่างดี ต่อมานักวิจัยจึงได้นำทฤษฎี Stage of Change ไปประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมที่มีปัญหาอื่นๆ เช่น การคิดแอลกอฮอล์ เป็นต้น หรือแม้แต่การส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การฝึกสติ การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ เป็นต้น (Horneffer-Ginter, 2008: 352)

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

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

2. ขั้นลังเลใจ (Contemplation) เป็นขั้นที่บุคคลมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะเวลาอันใกล้นี้ มีความตระหนักถึงข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ก็ยังคงกังวลกับข้อเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยเช่นกัน การชั่งน้ำหนักระหว่างการลงทุนกับกำไรที่จะได้



เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาจทำให้เกิดความลังเลใจอย่างมากจนทำให้บุคคลต้องติดอยู่ในขั้นนี้เป็นเวลานาน เหมือนกับการผัดวันประกันพรุ่ง (Behavioral procrastination) จึงยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงในทันที ในขั้นนี้ควรมีการพูดคุยถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมเก่าและใหม่ เปิดโอกาสให้ได้ชั่งน้ำหนัก และอาจมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องได้ด้วย

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

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

4.1 การสูบบุหรี่ - การลดจำนวนบุหรี่ที่สูบ หรือการเปลี่ยนมาสูบบุหรี่ที่มีทาร์และนิโคตินต่ำ ถือว่าเป็นขั้นลงมือปฏิบัติ แต่ในปัจจุบันนี้มีข้อสรุปเป็นมติว่า การหยุดสูบบุหรี่เท่านั้นที่ถือว่าเป็นขั้นลงมือปฏิบัติ

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

5. ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) เป็นขั้นที่บุคคลกระทำพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่องเกินกว่า 6 เดือน โดยที่ยังคงทำกิจกรรมที่เป็นการป้องกันการกลับไปเสพยาของตนต่อไป แม้จะไม่เข้มข้นเท่ากับในขั้นลงมือปฏิบัติก็ตาม ในขั้นนี้ตัวกระตุ้นเร้าต่างๆ จะลดอิทธิพลลงและมีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถเปลี่ยนแปลงได้ต่อไปเพิ่มขึ้น ระยะนี้ถือว่าเป็นการสร้างความมั่นคงของพฤติกรรมจนกลายเป็นนิสัยใหม่ โดยที่บุคคลจะต้องทำพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์นี้ได้อย่างสม่ำเสมอ เหมือนกับว่ามันเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน โดยไม่จำเป็นต้องเตรียมตัวไว้ล่วงหน้าอีกแล้ว บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้ควรมีการป้องกันการกลับไปเสพยา โดยการดำเนินชีวิตที่สมดุลอย่างมี



คุณค่า มีการจัดการกับชีวิตประจำวันได้ดี บริหารเวลาอย่างเหมาะสม ดูแลสุขภาพตนเอง และอื่นๆ อาจมีคำถามว่า “..นานเท่าไรสิ่งที่กระทำจะกลายเป็นนิสัยใหม่ได้..” ทั้งนี้ขึ้นกับการกระทำนั้นเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอะไร ถ้าหากพฤติกรรมใหม่เป็นการใช้ประตูเปิด-ปิดอัตโนมัติ ก็น่าที่จะกลายเป็นนิสัยใหม่ได้ใน 2-3 วัน ถ้าพฤติกรรมใหม่นั้นเป็นการใช้ไหมขัดฟันทุกวันก็อาจต้องใช้เวลา 6-8 สัปดาห์ที่จะทำให้กลายเป็นนิสัยได้ และถ้าหากพฤติกรรมใหม่คือการเอาชนะภาวะเสพติดให้ได้ เช่นการเลิกสูบบุหรี่ ก็ต้องใช้เวลาเป็นปีๆ กว่าที่จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาด

6. การกลับไปมีปัญหซ้ำ (Relapse) คือการที่บุคคลนั้นถอยกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิมก่อนที่จะเปลี่ยนแปลงอีก โดยที่บุคคลจะนำพาตนเองไปสู่สถานการณ์เสี่ยง การปล่อยให้ตนเองมีภาวะอารมณ์จิตใจที่แปรปรวน ไม่สามารถจัดการกับความอยากได้ ประมาทเลินเล่อ จนพลังพลาดกลับไปมีพฤติกรรมเดิมบ้างหรือกลับไปมีปัญหซ้ำหรือเสพยาอย่างเต็มตัว หากบุคคลมีการกลับไปเสพยาควรจะต้องดึงเขากลับเข้าสู่เส้นทางของการเปลี่ยนพฤติกรรมให้เร็วที่สุด มีการให้กำลังใจ ให้การเสริมแรง มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา มีการสรุปบทเรียนเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำอีก

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

2.2.1 งานวิจัยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ในประเทศไทย มีงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่มากนัก



ตัวอย่างงานวิจัย เช่น พิสมัย จารุชวลิต (2538) ศึกษาประสิทธิผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงมีครรภ์ซึ่งประยุกต์มาจากทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยจัดกิจกรรมสุขศึกษาอย่างเป็นระบบให้ สอดคล้องกับกระบวนการความคิดของบุคคลนั้นๆ กลุ่มตัวอย่าง คือหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 124 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 62 คน กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 62 คน ได้จัดกิจกรรมตามโปรแกรม ที่กำหนดไว้ในกลุ่มทดลองเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ และการป้องกันโรคเอดส์ ทักษะคิดต่อการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคเอดส์และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การจัดโปรแกรมทางสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการนำแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาใช้ จำแนกกลุ่มเป้าหมาย และกำหนดกิจกรรมสุขศึกษามีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในทางที่ดีขึ้น

สำหรับในต่างประเทศ มีงานวิจัยทางด้านสุขภาพหลายเรื่องที่เกี่ยวข้องใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งในภาพรวมพบว่าทฤษฎีนี้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลายประเภท เช่น พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ พฤติกรรมการเลิกเสพยาโคเคอิน พฤติกรรมการลดน้ำหนัก พฤติกรรมการลดอาหารไขมัน พฤติกรรมทางเพศที่ถูกต้อง พฤติกรรมการใช้ครีมกันแดด พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมตรวจเต้านม พฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา และพฤติกรรมการพบแพทย์ เป็นต้น โดยมีการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ที่หลากหลาย ซึ่งผลการศึกษาล้วนพบว่ามีประสิทธิผลของทฤษฎีดังกล่าว (Lenio, 2552; Zimmermam, Olsen, & Bosworth, 2000; Basta, reece, & Wilson, 2008; Woody, DeCristofaro, & Carlton, 2008) ตัวอย่างงานวิจัยเช่น การศึกษาเพื่อทดสอบประสิทธิผลของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ติดยาที่ฉีดยาในหลอดเลือด (Intravenous drug users: IDU's) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงของการแพร่เชื้อเอชไอวี (Lenio, 2552) ผลการศึกษาพบว่า ทฤษฎีนี้มีประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานกับผู้ติดยาที่ฉีดยาในหลอดเลือดในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้วิจัยได้เสนอแนะว่า การแยกผู้ติดยาที่ฉีดยาในหลอดเลือดซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ต้องทำงานด้วยออกเป็นระดับขั้นตามทฤษฎี ทำให้พยาบาลมีความเข้าใจแรงจูงใจของพวกเขามากขึ้น รวมทั้งสามารถใช้ระดับขั้นในการประเมินว่า กระบวนการทางสังคมและสิ่งแวดล้อมใดบ้างที่มีผลกระทบต่อพวกเขา ณ เวลานั้น ตัวอย่างเช่น ถ้าพบว่าผู้ป่วยที่ติดยาต้องการรักษาด้วยยาและไม่มีความตั้งใจหรือความพยายามที่จะเลิกใช้ยา (ขั้นไม่สนใจปัญหา) พยาบาลก็จะไม่ให้การรักษาดูแล แต่จะมุ่งเน้นไปที่พฤติกรรมอื่นแทน

3. ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมียุทธศาสตร์หลายทฤษฎี ซึ่งในบทนี้ขอเสนอทฤษฎีที่ใช้กันแพร่หลาย ได้แก่ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) แนวคิดเกี่ยวกับความ



เชื่ออำนาจภายใน-นอกตนด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม (Social support) (บั้งอร ฉางทรัพย์, 2549: 27-36) และทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรม การปฏิบัติของมนุษย์ในเรื่องของสุขภาพอนามัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้จะคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกัพฤติกรรมของบุคคล โดยที่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น โดยบุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม การได้รับการเอาใจใส่สนใจและอื่นๆ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526: 171)

โรเซนสต็อก ฮอคบวม คีเกลส์ และลิเวนทอล (Rosenstock; Hochbaum; Kegeles; & Leventhal, 1950 อ้างใน สมบูรณ์ ขอสกุล และ สรวงศ์ภูณัณ ดวงคำสวัสดิ์, 2535) เป็นบุคคลกลุ่มแรกที่ได้ทำการศึกษาและนำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการอธิบายปัญหาสาธารณสุข ซึ่งแนวคิดในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีสถานะชีวิตของ เคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin, 1951 อ้างใน สมบูรณ์ ขอสกุล และ สรวงศ์ภูณัณ ดวงคำสวัสดิ์, 2535) โดยนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมที่บุคคลเข้าใจ หรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และหลีกเลี่ยงในสิ่งที่ตนไม่พึงปรารถนา ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยอธิบายพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974: 330 อ้างใน บั้งอร ฉางทรัพย์, 2549) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะต้องมีความเชื่อว่าเรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเป็นโรค โดยไม่มีอุปสรรค เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บป่วยและความอาย เป็นต้น

ทั้งนี้แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคได้มีการศึกษาและงานวิจัยเป็นจำนวนมาก ทั้งนักสังคมวิทยาและนักจิตวิทยาสังคม ในรูปแบบการศึกษาเรื่องปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม ทักษะการรับรู้บุคคล ความสัมพันธ์ของการตอบสนองของบุคคลกับปัจจัยด้านอื่นๆ โดยมีกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมที่ทำงานในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขในประเทศสหรัฐอเมริกา มีความสนใจว่าทำไมบุคคลจึงหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค เช่น การรับรู้ภูมิคุ้มกันโรค หรือการตรวจสุขภาพและศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีจุดมุ่งหมายของสังคม (Lewinian theory of goal setting) ซึ่งเป็นทฤษฎีสถานะพลังงานของเลวิน ซึ่งตั้งสมมุติฐานไว้ว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมตามอิทธิพล 2 ปัจจัย คือ 1) การคำนึงถึงคุณค่าของสิ่งที่เป็เป้าหมายเฉพาะ 2) การคาดคะเนเกี่ยวกับการปฏิบัติที่จะ



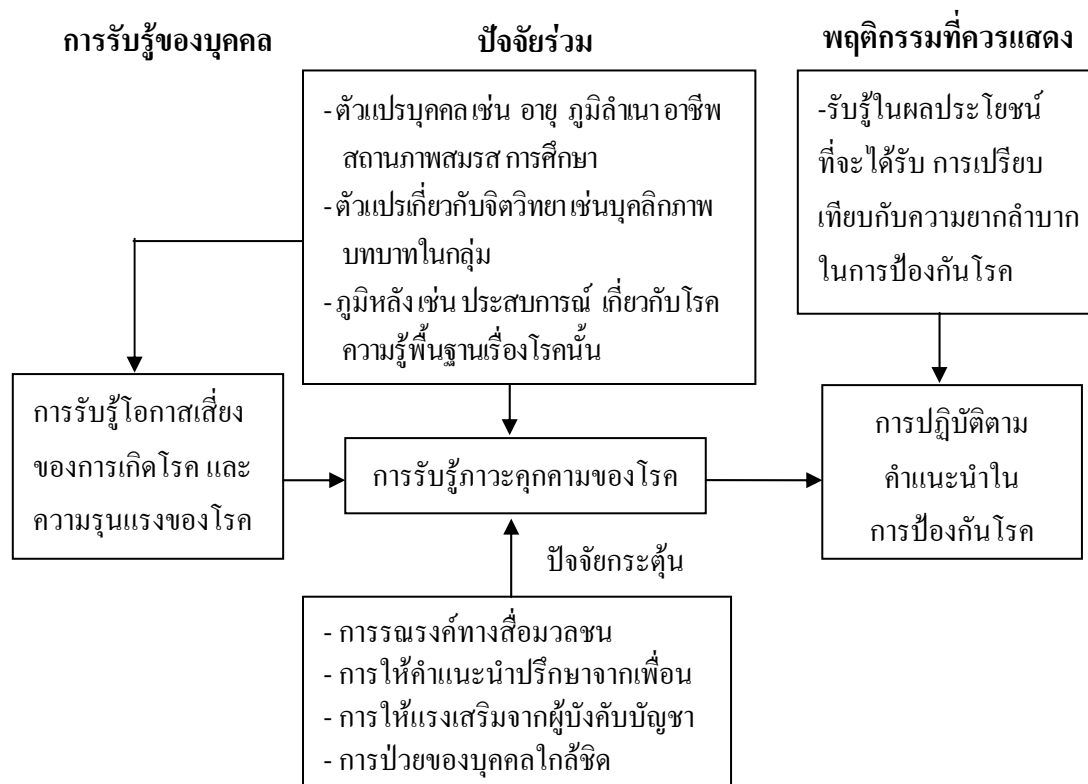
ดำเนินไปสู่เป้าหมายนั้นๆ นั่นคือบุคคลจะแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพ ตรงเท่าที่ การปฏิบัตินั้นๆ มีค่าบวกและมีค่ามากกว่า ความยากลำบากในการปฏิบัติ โดยบุคคลจะต้องรู้สึก ว่าโรคคุกคามตนคือตนสามารถป่วยเป็นโรคนั้นได้ หรือโรคนี้มีความรุนแรงและตนเองมีพลังต่อต้าน โรคได้ กล่าวได้ว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันการโรคเมื่อมีองค์ประกอบดังนี้ (Becker; & Maiman, 1975: 3-24)

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take action) เป็นความพร้อมด้านจิตใจของบุคคลที่ จะมีพฤติกรรมป้องกันการโรค ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยการตัดสินใจจากการรับรู้สภาวะ คุกคามของโรค ซึ่งก็ขึ้นกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค

2. การคาดคะเนของบุคคลต่อการมีพฤติกรรม ถึงความสะดวกและความเป็นไปได้ในทาง ปฏิบัติ และผลที่จะได้รับเพื่อลดความรุนแรงของโรค ซึ่งก็คือ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติและ การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน ซึ่งบุคคลพิจารณาไตร่ตรองจากหลายปัจจัย

3. ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติ อาจเป็นปัจจัยกระตุ้นจากภายนอก เช่น อาการเจ็บป่วย ต่างๆ หรือเป็นปัจจัยด้านการรับรู้ เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

กล่าวคือความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้ถึงความพร้อม และความเป็นไปได้ใน การมีพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการป้องกันโรค ร่วมกับปัจจัยร่วมภายในและปัจจัยชัก นำจากภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติ ดังภาพประกอบ 10



ภาพประกอบ 10 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

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



3.2 แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน – นอกคนด้านสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ มีวิวัฒนาการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) สร้างขึ้นโดยนักจิตวิทยาชาวอเมริกาชื่อ รอตเตอร์ (Rotter, 1966: 1-25 อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และสวิง สุวรรณ, 2532) โดยกล่าวว่า พฤติกรรมของมนุษย์เกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และอธิบายถึงความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนว่าเกิดเป็นขั้นตอน ตามการคาดหวังกจากพฤติกรรมที่กระทำ โดยเขาได้กล่าวไว้ 2 ลักษณะคือ บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน หมายความว่า บุคคลนั้นเชื่อหรือรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนว่าเป็นผลมาจากการกระทำหรือจากความสามารถของตน ส่วนบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน หมายความว่า บุคคลนั้นเชื่อหรือรับรู้เหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น โชคเคราะห์ ความบังเอิญ หรืออิทธิพลของผู้อื่นบันดาลให้เป็นไป ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยหรือด้านสุขภาพ เป็นอีกมโนทัศน์หนึ่งที่สามารถอธิบายพฤติกรรมร่วมมือของบุคคลในการมีพฤติกรรมแสวงหาความรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรค บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน มักเชื่อว่า การมีสุขภาพดีเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง เพราะฉะนั้นจึงมีพฤติกรรมอนามัยไปในทิศทางบวก กล่าวคือ จะเป็นบุคคลที่สนใจ เอาใจใส่ต่อสุขภาพเป็นอย่างดี ขวนขวายแสวงหาความรู้อยู่เสมอ รู้จักบริการด้านสุขภาพอนามัย ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างมีเหตุผล ซึ่งตรงข้ามกับบุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตน ซึ่งมักเชื่อว่าการจะมีสุขภาพดีหรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับโชคเคราะห์ และชะตากรรม เพราะฉะนั้นจึงเป็นบุคคลที่เฉื่อยชา ไม่กระตือรือร้น และไม่สนใจใฝ่หาความรู้ จะแสดงพฤติกรรมอนามัยในการป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม (Strickland, 1978: 1192-1211)

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) สรุปว่าส่วนที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายในตนทางสุขภาพ และค่านิยมสุขภาพ จะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ ส่วนซินด์เลอร์ – เวอร์เนท และไวส์ (Zindler-Wernet; & Weiss, 1987: 160-179) ศึกษาพบว่าพฤติกรรมป้องกันโรคสามารถทำนายได้ด้วยความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ (บังอร ฉางทรัพย์, 2549)

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



ความสัมพันธ์กับลำดับการเกิด ขนาดครอบครัว และชนชั้นทางสังคม นอกจากนี้คาร์เมน (Carment, 1974: 45-60) พบว่า วัฒนธรรมและประเพณีมีส่วนเกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคน จนองฆจง เฟ็งจาด (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนและปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการศึกษา ได้นำแบบวัดของกรรณิการ์ กัณธรักษา ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคน เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ โดยใช้แบบสอบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพหลายมิติของวอลส์ตันและคนอื่นๆ ด้านละ 6 ข้อ พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และนำแบบวัดของ กรรณิการ์ กัณธรักษา มาดัดแปลงใช้ในหญิงอาชีพพิเศษ พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจผู้อื่นไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่พบว่าความเชื่ออำนาจความบังเอิญมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนทรรศนีย์ วงศ์บา (2537: 63) ทำการศึกษาในกลุ่มทหารเกณฑ์ ถ่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช ถ่ายสมเด็จพระเอกาทศรถ และถ่ายสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ พิษณุโลก จำนวน 300 คน พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

จากงานเอกสารและวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนำเสนอข้างต้นเห็นว่าความเชื่ออำนาจภายใน - นอกคนด้านสุขภาพเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะพฤติกรรมทางด้านการป้องกันโรคเป็นอย่างมาก แนวคิดนี้นับได้ว่ามีประโยชน์ต่อการปรับพฤติกรรมกลุ่มเป็นอย่างยิ่ง ในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในครั้งนี้ทางสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ได้ถ่ายทอดองค์ความรู้นี้ไปยังกลุ่มผู้จัดกิจกรรมทั้ง 30 โครงการ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้เข้าร่วมโครงการและเป็นการสนับสนุนให้การดำเนินโครงการประสบความสำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้

3.3 การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

สมบูรณ์ ขอสกุล และสรงศ์กัญญ์ ดวงคำสวัสดิ์ (2535: 43) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับ การสนับสนุนทางสังคมได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นกลุ่มคน จึงเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี การสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

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



เฮาส์ (House, 1981) ได้แบ่งการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

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

3.3.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคม

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

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



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

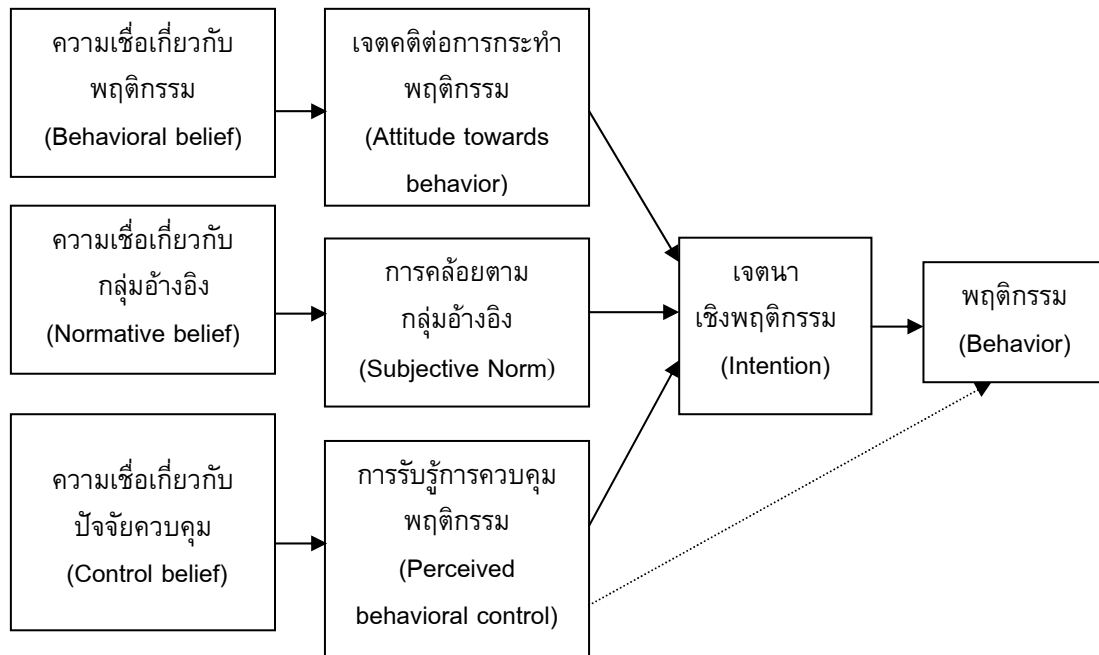
จะเห็นได้ว่า มีรายงานการศึกษามากมายที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อสุขภาพ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพอนามัยของบุคคล โดยที่อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น นอกจากนี้การได้รับบริการจากแพทย์/พยาบาลสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้มากกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนน้อย ผลจากการขาดการสนับสนุนทางสังคมทำให้สภาวะจิตใจของบุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้มีผลกระทบต่อการผลิตฮอร์โมนของร่างกายและในที่สุดทำให้ภูมิคุ้มกันต้านทานลดลง จึงทำให้เกิดโรคได้ง่ายและเจ็บป่วยบ่อยและมีอัตราตายสูงกว่าบุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

3.4 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

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



พฤติกรรมต่างๆ (Ajzen, 1991: 181 – 183; Ajzen, 2002: 1) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนแสดง ดังภาพประกอบ 11



ภาพประกอบ 11 โครงสร้างของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Ajzen, 2002: 1)

3.4.1 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับพฤติกรรมสุขภาพ

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



4. การบริหารจัดการและการประเมินโครงการ ตาม CIPP Model

การบริหาร (Administration) มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน “Administatrae” หมายถึงช่วยเหลือ (Assist) หรืออำนวยความสะดวก (Direct) และความหมายดั้งเดิมของคำว่า Administer หมายถึงการติดตามดูแลสิ่งต่าง ๆ ส่วน การจัดการ (Management) นิยมใช้ในภาคเอกชนหรือภาคธุรกิจซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งเพื่อมุ่งแสวงหากำไร (Profits) หรือกำไรสูงสุด (Maximum profits) สำหรับผลประโยชน์ที่จะตกแก่สาธารณะถือเป็นวัตถุประสงค์รองหรือเป็นผลพลอยได้ (By product) เมื่อเป็นเช่นนี้ จึงแตกต่างจากวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งหน่วยงานภาครัฐที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้บริการสาธารณะทั้งหลาย (Public services) แก่ประชาชน การบริหารภาครัฐทุกวันนี้หรืออาจเรียกว่าการบริหารจัดการ (Management administration) เกี่ยวข้องกับภาคธุรกิจมากขึ้น เช่น การนำแนวคิดผู้บริหารสูงสุด (Chief Executive Officer) หรือ ซีอีโอ (CEO) 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) ประสานงาน (Coordinating) 10) การรายงาน (Reporting) และ 11) การงบประมาณ (Budgeting) เป็นการนำ “กระบวนการบริหาร” หรือ “ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการบริหาร” ที่เรียกว่า แฟมส์-โพสคอร์บ (PAMS-POSDCoRB) แต่ละตัวมาเป็นแนวทางดำเนินงาน นอกจากนี้ การบริหารยังหมายถึง การดำเนินงาน หรือการปฏิบัติงานใด ๆ ของหน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับคน สิ่งของ และหน่วยงาน โดยครอบคลุมเรื่องต่าง ๆ เช่น (1) การบริหารคน (Man) (2) การบริหารเงิน (Money) (3) การบริหารวัสดุอุปกรณ์ (Material) (4) การบริหารงานทั่วไป (Management) (5) การบริหารการให้บริการประชาชน (Market) (6) การบริหารคุณธรรม (Morality) (7) การบริหารข้อมูลข่าวสาร (Message) (8) การบริหารเวลา (Minute) และ (9) และการบริหารการวัดผล (Measurement) เช่นนี้ เป็นการนำ “ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการบริหาร” ที่เรียกว่า 9M นั่นเอง (วิรัช วิรัชนิภาวรรณ, 2551)

สรุปได้ว่า การบริหารจัดการมีแนวคิดมาจากธรรมชาติของบุคคลและสังคมซึ่งจะต้องอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม โดยจะต้องมีผู้นำกลุ่มและมีแนวทางดำเนินงานหรือวิธีการควบคุมดูแลกันภายในกลุ่มเพื่อให้เกิดความสุขและความสงบเรียบร้อย ซึ่งอาจเรียกว่า ประธานหรือผู้บริหารจัดการโครงการ โดยมีจุดเน้นแตกต่างกันไปบ้าง ที่ครอบคลุมถึง การดำเนินงาน การปฏิบัติงาน แนวทาง



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

4.1 การประเมินโครงการตามรูปแบบ CIPP Model

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

4.1.1 หลักการของการประเมินตามรูปแบบ CIPP

รูปแบบการประเมินแบบ CIPP มีขึ้นเพื่อให้ผู้บริการรับรู้ข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินและปรับปรุงโครงการ และทำให้การใช้ทรัพยากร เวลา และเทคโนโลยี ตอบสนองต่อความต้องการ ได้รับผลประโยชน์ด้วยความเหมาะสมและเที่ยงธรรม ด้วยรูปแบบของ CIPP เอื้อต่อการปรับปรุงโครงการและเป็นหลักการที่เป็นประชาธิปไตย ดังนั้นผู้ประเมินและผู้รับบริการสามารถที่จะ ดำเนินการดังนี้

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

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



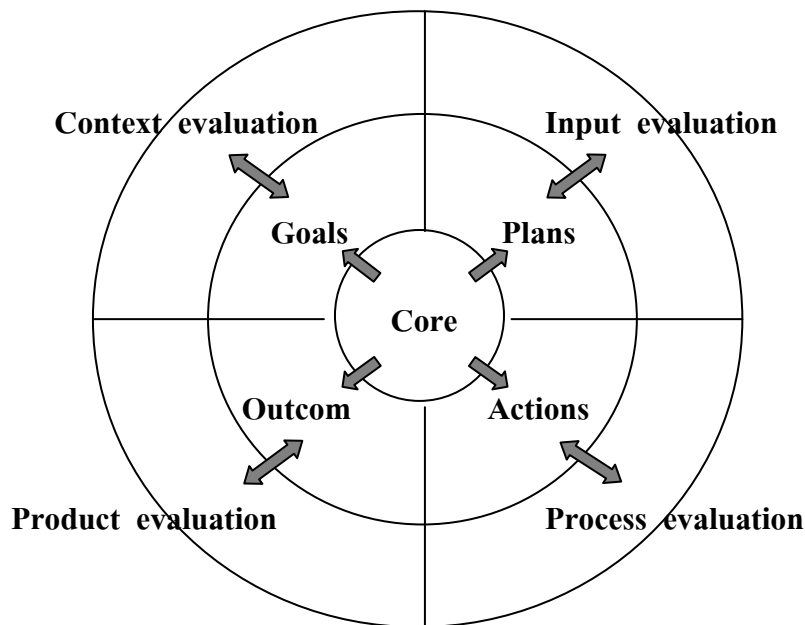
องค์ประกอบหลักของการประเมินแบบ CIPP คือ “คุณค่า” ซึ่งถูกกำหนดจากกลุ่มคนหรือสังคมนั้นๆ ระบบนี้จะทำให้ผู้ประเมินและผู้รับบริการสามารถบ่งชี้และเข้าใจคุณค่าที่ใช้เป็นรากฐานสำคัญของการประเมินในเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้ ดังนั้นการประเมินทั้ง 4 ประเภท จะมีคุณค่า เป็นแกนกลาง ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินกับโครงการได้ดังนี้

1. การกำหนดเป้าหมาย เป็นตัวตั้งคำถามของการประเมินทางบริบท การประเมินทางบริบท ก็จะเป็นตัวจัดหาข้อมูลเพื่อพิสูจน์และปรับปรุงเป้าหมายที่กำหนด

2. การปรับปรุงแผนดำเนินการ เป็นตัวตั้งคำถามของการประเมินข้อมูลป้อนเข้า การประเมินข้อมูลป้อนเข้าก็จะเป็นสิ่งที่ใช้ตัดสินใจดำเนินการและทิศทาง เพื่อแผนดำเนินการมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. การปฏิบัติตามโครงการ เป็นตัวตั้งคำถามของการประเมินกระบวนการ การประเมินกระบวนการก็จะเป็นสิ่งที่ตัดสินใจกิจกรรมต่าง ๆ และให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อปรับปรุง การปฏิบัติของบุคลากร

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



ภาพประกอบ 12 องค์ประกอบหลักของการประเมินตามรูปแบบ CIPP (Stufflebeam & Shinkfield, 2007: 333)

4.1.2 องค์ประกอบของรูปแบบการประเมินแบบ CIPP



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

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

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

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

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

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



กระบวนการ ตามหลักความสัมพันธ์ การปฏิบัติใช้จริง ทุน และเศรษฐศาสตร์ ซึ่งการประเมินข้อมูล ป้อนเข้าจะนำมาใช้เพื่อเลือกแหล่งสนับสนุน กลยุทธ์การแก้ไขปัญหา และการจัดรูปแบบ กระบวนการ กล่าวคือ เพื่อจัดโครงสร้างการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินการ จัดสรรงบประมาณ และเวลาของการทำกิจกรรมในโครงการ และเป็นพื้นฐานให้กับการตัดสินใจเรื่องการบรรลุเป้าหมาย

3. การประเมินกระบวนการ (Process evaluation: P) เป็นการประเมิน เพื่อตรวจสอบ ว่า โครงการได้ดำเนินไปตามกระบวนการที่กำหนดไว้ได้ตามวัตถุประสงค์หรือไม่ หาข้อบกพร่อง ของการดำเนินโครงการ ที่จะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา แก้ไข ปรับปรุง ให้การดำเนินการในช่วง ต่อไปมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เป็นประโยชน์อย่างมากต่อการค้นหาจุดเด่นหรือจุดแข็ง (Strengths) และจุดด้อย (Weakness) ของนโยบาย/แผนงาน/โครงการ ซึ่งมักจะไม่สามารถศึกษาได้ภายหลังจาก การสิ้นสุดโครงการแล้ว มีบทบาทในการปรับปรุงการดำเนินงานโครงการฝึกอบรมโดยตรง เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ไปยังผู้ดำเนินการฝึกอบรม และหากพบว่ามีปัญหาอุปสรรคจะ ได้ปรับปรุงแก้ไขได้ ซึ่งการประเมินกระบวนการจะช่วยทำให้บรรลุเป้าหมายและเกิดการ เปลี่ยนแปลงการจัดรูปแบบและกระบวนการของโครงการ โดยส่งผลต่อการควบคุมและเก็บบันทึก ข้อมูลของขั้นตอนการดำเนินการจริง และนำมาใช้ตีความเป็นผลสรุปต่อไป

4. การประเมินผลผลิต (Product evaluation: P) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิตที่ เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการ หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้ รวมทั้งพิจารณาในประเด็นของการ ขยาย เลิก ขยาย หรือปรับเปลี่ยนโครงการ แต่การประเมินผลแบบนี้มิได้ให้ความสนใจต่อเรื่อง ผลกระทบ (Impact) และผลลัพธ์ (Outcomes) ของนโยบาย / แผน / โครงการเท่าที่ควร การประเมิน ลักษณะนี้เป็นการประเมินผลที่เกิดขึ้น โดยเทียบกับวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่กำหนด เป็นการวัด และแปลความหมายเกี่ยวกับการบรรลุถึงวัตถุประสงค์ ดังนั้นการประเมินผลผลิตจึงมีจุดประสงค์ เพื่อรวบรวมคำอธิบายและคำตัดสินของผลงานที่ออกมา และเชื่อมโยงผลนั้นเข้ากับ จุดประสงค์ เนื้อหา ปัจจัยป้อน และกระบวนการ และเพื่อตีความข้อดี คุณค่า ความสำคัญของแผนการประเมิน สำหรับการประเมินผลผลิต ทำได้โดยรวบรวมความคิดเห็นจากผู้ให้การสนับสนุนและวัดผลงานทั้ง ทางด้านคุณภาพและปริมาณ ซึ่งการประเมินนี้จะถูกใช้ปัจจัยในการดำเนินการต่อ ยกเลิก หรือ ปรับปรุงโครงการ และแสดงถึงผลกระทบทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ เปรียบเทียบกับแผนที่วางไว้ด้วย

ตัวอย่างการจำแนกประเภทตัวชี้วัดวัดตามรูปแบบการประเมินแบบ CIPP ซึ่งพิจารณาจาก ลักษณะของสิ่งที่ได้รับการประเมิน 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
 - 3.4 ภาวะผู้นำในโครงการ
4. ตัวชี้วัดผลผลิต (Product) พิจารณาได้จากสิ่งต่าง ๆ ดังนี้
 - 4.1 อัตราการมีงานทำของประชาชนที่ยากจน
 - 4.2 รายได้ของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ
 - 4.3 ความพึงพอใจของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ
5. ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcomes) พิจารณาได้จากสิ่งต่าง ๆ ดังนี้
 - 5.1 คุณภาพชีวิตของตนเอง และครอบครัวตามเกณฑ์มาตรฐาน
 - 5.2 การไม่อพยพย้ายถิ่น
 - 5.3 การมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน
6. ตัวชี้วัดผลกระทบ (Impact) พิจารณาได้จากสิ่งต่าง ๆ ดังนี้
 - 6.1 ผลกระทบทางบวก / เป็นผลที่คาดหวังจากการมีโครงการ
 - 6.2 ผลกระทบทางลบ / เป็นผลที่ไม่คาดหวังจากโครงการ

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

สารสนเทศ

| | | | |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| สูง | ตัดสินใจเพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขเพียงบางสิ่ง (Homeostasis) แต่ยังรักษาสภาพเดิมๆ ไว้ได้ เพียงแต่เปลี่ยนเพื่อยกระดับคุณภาพ | ตัดสินใจเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างสิ้นเชิง (Metamorphisism) ต้องได้รับข้อมูลมากพอที่จะมั่นใจเปลี่ยนโครงสร้างทั้งระบบ แต่เกิดขึ้นค่อนข้างยาก | |
| ต่ำ | ตัดสินใจเพื่อปรับปรุงและพัฒนา (Incrementalism) มุ่งหวังให้เกิดการพัฒนาแต่มีข้อมูลน้อย อาจอาศัยข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญเพิ่มเติมประกอบการตัดสินใจ | ตัดสินใจเพื่อดูแลและโอกาสของการเปลี่ยนแปลง (Neomobilism) โดยอาศัยแนวคิดใหม่มาทดลองใช้ก่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างสูง | |
| | น้อย | ระดับการเปลี่ยนแปลง | มาก |

ภาพประกอบ 13 สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ ตามการประเมินแบบ CIPP



5) การประเมินโครงการแบบ 360 องศา และ Logic Model

การประเมินโครงการหรือการประเมินผลการดำเนินงานแบบ 360 องศา เป็นการประเมินที่เน้นความโปร่งใส นำมาใช้เพื่อลดความเอนเอียงของการประเมินจากหัวหน้างานฝ่ายเดียว โดยบุคคลที่มีบทบาทในการประเมินผลงานของผู้ปฏิบัติงาน แบบ 360 องศา ได้แก่ ผู้บังคับบัญชา โดยตรง ผู้ใต้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงานที่อยู่ในระดับเดียวกัน การประเมินตนเอง และการประเมินโดยผู้ให้บริการ นับได้ว่าเป็นกลยุทธ์ขององค์กรต่าง ๆ ในการบริหารงานและการประเมินโครงการของภาครัฐ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาประสิทธิผลการปฏิบัติงาน เพื่อเน้นการพัฒนากิจกรรม ทักษะ ความสามารถเฉพาะ ที่จะส่งผลกระทบต่อเป้าสู่ความสำเร็จขององค์กร โดยกระบวนการประเมินผลงานแบบ 360 องศา แบ่งได้เป็น 5 ขั้นตอน (คณัย เทียนพุม, 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 ได้มีนักวิชาการและผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดดังกล่าวพอสรุปได้จากแนวคิดของนักวิชาการได้ว่า บรูทุสและเดเรเยส (Brutus. & Derayeh, 2002) ทำการศึกษาพบว่า องค์กรธุรกิจส่วนใหญ่ในประเทศแคนาดามากถึงร้อยละ 73 มีการใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา เพื่อวัตถุประสงค์การพัฒนา เช่นเดียวกับผลการศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างองค์กรในประเทศสหราชอาณาจักร (Mabey, 2001) และกลุ่มตัวอย่าง 43 องค์กรระดับโลกในสหรัฐอเมริกาของ (Rogers, Rogers, & Metlay 2002) ที่ต่างพบว่า ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา นิยมใช้เพื่อวัตถุประสงค์การพัฒนาเป็นสำคัญ นอกจากนี้ การศึกษาของซีซทีส (Zentis, 2007) ยังได้รายงานไว้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีระดับความพึงพอใจต่อการใช้งานระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา เพื่อวัตถุประสงค์การพัฒนาสูงกว่าการใช้งานระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา เพื่อการตัดสินใจเชิงบุคลากร (Zentis, 2007)

สำหรับประเทศไทยนั้น ผลการศึกษาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการประเมินให้ผลสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่ว่า องค์กรไทยที่มีการประยุกต์ใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360



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

5.1 กลุ่มเป้าหมายในการใช้ระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา

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

สรุปได้ว่า การประเมินโครงการตามแนวทาง 360 องศาจึงจำเป็นที่จะต้องดำเนินการเก็บข้อมูลจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องจะทำให้ได้ข้อมูลที่สามรถอธิบายความสำเร็จและเป็นข้อมูลย้อนกลับได้ ในการประเมินโครงการครั้งนี้ได้รูปแบบดังกล่าวมาใช้ในการประเมินโดยทำการประเมินจากหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกลุ่ม



ผู้บังคับบัญชา จะทำให้ได้ข้อมูลย้อนกลับและข้อสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินและบริหารจัดการ โครงการครั้งต่อไป

5.2 ประโยชน์ของระบบข้อมูลย้อนกลับแบบ 360 องศา

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

5.3) แนวคิดการประเมินแบบ Logic Model

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



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

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

โดยแพนคราท์ซ (Pankratz, 2008) ได้สรุปมิติการวัดความสำเร็จตามรูปแบบโลจิกไว้ดังนี้

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

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

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

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

6) แนวคิด 3 Self ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การมีภาวะทางด้านสุขภาพที่ดีย่อมเป็นที่ต้องการของทุกคน ทั้งนี้แนวทางสำคัญที่จะทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีนั้นมีหลากหลาย โดยเฉพาะแนวทางสำคัญ คือ การเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมทางด้าน



สุขภาพที่เหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวันในสังคมที่มีความเร่งรีบ ดังเช่นสังคมเมือง ทางสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒนำโดย รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อเป็นข้อเสนอแนะให้กับบุคคลในการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน คือ พฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ประกอบด้วย Self – efficacy คือ การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ Self-regulation คือ การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และ Self-care คือ การดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นการบูรณาการทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาและสังคมวิทยาในการอธิบายพฤติกรรมดังกล่าว โดยเชื่อว่า หากบุคคลเกิดหรือมีพฤติกรรมสุขภาพ 3Self แล้ว จะส่งผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ เช่น พฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย การดูแลรักษาตนเองจากโรคร้ายไข้เจ็บเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต การดูแลความเครียด และภาวะทางด้านสุขภาพอื่นๆ เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น (อังศินันท์ อินทรกำแหง. 2552; 2553) รายละเอียดพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self มีดังนี้

6.1 Self – efficacy หรือการรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

6.1.1 ความหมาย

การรับรู้ความสามารถของตน มีรากศัพท์มาจากภาษาอังกฤษ คำว่า Perceived Self-Efficacy หรือ นิยมเรียกกันสั้นๆ ว่า Self-Efficacy นักวิชาการในประเทศไทยส่วนใหญ่โดยเฉพาะทางด้านจิตวิทยาและพฤติกรรมศาสตร์ มีความเห็นเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เรียกว่า การรับรู้ความสามารถของตน แบนดูรา (Bandura. 1986: 391) วูด และล็อก (Wood, Robert & Locke. 1987: 1013-1014) ได้ให้คำจำกัดความในลักษณะที่คล้ายกันว่า เป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการระบบและกระทำพฤติกรรม เพื่อให้ได้ผลการปฏิบัติตามแบบที่กำหนดไว้ เป็นความเชื่อในความสามารถแต่ละบุคคลว่าตนมีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ ความเชื่อในความสามารถเกิดจากองค์ประกอบของคุณลักษณะต่างๆ เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดความเชื่อและความสามารถในการเข้าใจ การคิดแปลงเกี่ยวกับการสร้างและความสามารถในการควบคุมตนเอง นอกจากนี้ สตรีคแลนด์ (Strickland, 1997: 108) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยสรุปได้ว่าเป็นความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถที่จะเรียนรู้ หรือกระทำพฤติกรรมตามความสามารถที่มีอยู่ซึ่งไม่เหมือนกับที่เราจะทำอะไร เป็นการประเมินทักษะและความสามารถของบุคคลออกมาเป็นการกระทำตามระดับความสามารถที่มีอยู่ เป็นกระบวนการรู้คิด (Cognitive process) ที่บุคคลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถของตนเป็นตัวคั่นกลาง (Mediator) ที่สำคัญระหว่างความรู้หรือทักษะของบุคคลและแสดงพฤติกรรมที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ ดังนั้นการรับรู้ความสามารถของตนจึงเป็น



แนวคิดเกี่ยวกับตนเองของบุคคลในเรื่องความสามารถที่จะปฏิบัติในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะมากกว่าเป็นการประเมินตนเองในภาพรวมทั่วไป(Global self-evaluation) (Bandura, 1977: 243)

ลีฟคอร์ท (Lefcourt, 1966: 206-207) ร็อตเตอร์ (Rotter, 1966: 119) อธิบายในการทำงานเดียวกันว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน หมายถึง การที่บุคคลที่รับรู้เหตุการณ์ต่างๆ ทั้งที่เป็นเหตุการณ์ทางบวกและทางลบ เป็นผลที่เกิดจากการกระทำของตนเอง และตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นได้ ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองจะรับรู้ว่าเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง และการกระทำของตน เช่นเดียวกับ โรบิน และ สตีเวน (Robin & Steven, 1999: 51) ได้กล่าวสรุปว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการเชื่อว่าความคิดของตนเองเป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมทุกอย่าง ที่จะช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาของตนเองที่เกิดขึ้นได้ คนที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถในด้านใดด้านหนึ่งที่สูง จะสามารถแก้ไขปัญหาในเรื่องที่เกี่ยวข้องได้สูงเช่นเดียวกัน เช่นเดียวกับ โซโลมอน และโอเบอร์แลนเดอร์ (Solmon & Oberlander, 1974: 119 – 123) ให้ความหมายว่าเป็นความเชื่อและการรับรู้ผล ตลอดจนความต้องการควบคุมผลที่จะเกิด โดยพิจารณาว่าผลดังกล่าวเกิดจากทักษะความสามารถและความพยายามของตนเอง สอดคล้องกับ คาซดิน (Kazdin, 1980: 248-9) ที่อธิบายว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง พฤติกรรมต่างๆ ที่บุคคลกระทำโดยไตร่ตรองไว้แล้วเพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือผลกรรมตามที่ตนเองต้องการ โดยที่บุคคลจะต้องเลือกเป้าหมายและดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น การควบคุมตนเองยังหมายถึงสถานการณ์ที่บุคคลใช้วิธีการหรือขั้นตอนใดๆ ที่เฉพาะเจาะจงเพื่อควบคุมพฤติกรรมของตนเอง

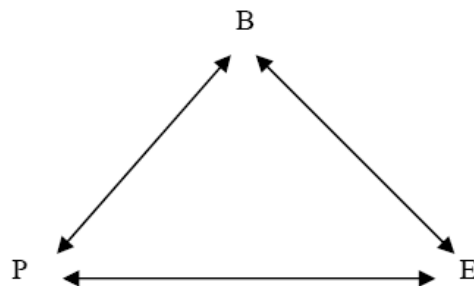
แนวคิดเกี่ยวกับความหมาย และขอบเขตของการรับรู้ความสามารถของตนเองข้างต้นโดยสรุปแล้ว หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อและรับรู้ว่าเป็นผลที่เกิดขึ้นทั้งในเชิงบวกและเชิงลบล้วนแต่มาจากพฤติกรรมของตนเอง เชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะทำกิจกรรมบางอย่างได้ ประสบความสำเร็จหากมีความตั้งใจจริง หากมองในประเด็นด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก็สามารถอธิบายได้ว่า เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลที่มีต่อตนเองว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอ มีศักยภาพที่เพียงพอในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

6.1.2 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นแนวคิดสำคัญแนวคิดหนึ่งที่มาจากทฤษฎีการรู้คิดเชิงสังคม (Social cognitive theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1986: 24) มีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคลบุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าคน 2 คนนี้มี การรับรู้ความสามารถของตนเองต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็



อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน แบนดูรา มีความเห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถของตนเองในสภาวะนั้นๆ นั่นคือถ้าเรารู้ว่าเรามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่รู้ว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทนอดสาหัส ไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการรู้คิดเชิงสังคมเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบ 3 ชนิด ซึ่งเป็นตัวกำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) ได้แก่พฤติกรรม การรู้คิดและปัจจัยส่วนบุคคล และอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจแสดงได้ดังแผนภาพต่อไปนี้



B = พฤติกรรม (Behavior)

P = การรู้คิดและปัจจัยส่วนบุคคล (Cognitive and other personal factors)

E = อิทธิพลของสภาพแวดล้อม (Environment influences)

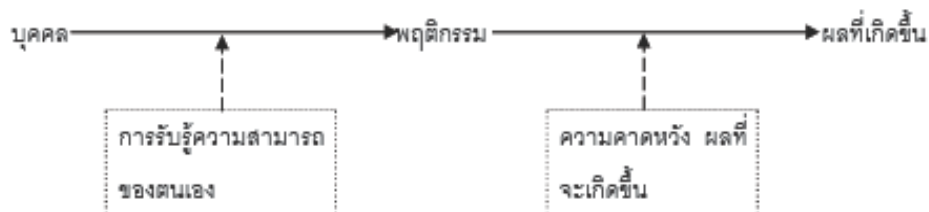
ภาพประกอบ 14 แบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างตัวกำหนด 3 ชนิด ที่มีอิทธิพลเชิงเหตุ-ผลซึ่งกันและกันที่มา: แบนดูรา (Bandura, 1986: 24)

ทฤษฎีการรู้คิดเชิงสังคมเชื่อว่าตัวแปรสำคัญในการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมของบุคคล มีอยู่ 2 ประเภท คือ การรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy) และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Outcome expectation) กล่าวคือ การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าสามารถจะทำงานได้ในระดับใดขณะที่ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเป็นการตัดสินใจว่าผลลัพธ์ใดจะเกิดขึ้นหลังจากได้กระทำพฤติกรรมนั้นไปแล้ว แบนดูราเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนมีผลต่อการกระทำของบุคคล โดยอธิบายว่าบุคคล 2 คน อาจมีความสามารถไม่ต่างกันแต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้โดยที่บุคคลได้สนับสนุนปัจจัยเกี่ยวกับการกระทำหน้าที่เชิงจิตสังคมของกลไกของบุคคล (Personal agency) ซึ่งไม่มีสิ่งใดสำคัญกว่าความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของบุคคล (Personal efficacy) ดังนั้นการรับรู้ความสามารถของตน (Perceived self-efficacy) จึงเป็นความเชื่อในความสามารถของบุคคลที่จะจัดการและกระทำด้วย



แนวทางที่จะทำให้บรรลุความสำเร็จโดยอาศัยสถานการณ์ที่คาดหวัง ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถ (Efficacy beliefs) ได้มีอิทธิพลต่อบุคคลทั้งในด้านความคิด ความรู้สึก การจูงใจตนเอง และการกระทำ ข้อค้นพบที่ได้จากการทดสอบเชิงสาเหตุจำนวนมากได้สนับสนุนว่าความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถได้แปรผันอย่างเป็นระบบและคงเส้นคงวาในการสนับสนุนการจูงใจและการบรรลุความสำเร็จ (Bandura, 1995: 3; citing Bandura, 1992)

แบนดูรา (Bandura, 1986: 393-396) ได้กล่าวถึงบทบาทและอิทธิพลของการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองว่า การคาดการณ์เกี่ยวกับการกระทำในอนาคตนั้นทำได้ไม่ง่ายนัก เพราะความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการได้แสดงบทบาทในฐานะตัวกำหนดที่ใกล้ชิดชุดหนึ่งเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินชีวิต แบบแผนการคิด และปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น ภายใต้สภาพการณ์ที่ได้รับการดำเนิน โดยที่ความเชื่อในความสามารถของตนเองจะสนับสนุนการทำหน้าที่ของสภาพทางจิตสังคมดังกล่าวให้ดำเนินไปอย่างมีคุณภาพได้หลายวิธี คือ (1) การเลือกกระทำพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความสามารถของตนเองเพื่อให้มีโอกาสประสบความสำเร็จแต่ควรประเมินตนเองสูงกว่าความสามารถที่จะทำได้เพียงเล็กน้อยเพื่อให้ได้ทำกิจกรรมที่ยากพอเหมาะและท้าทายความสามารถ (2) การใช้ความพยายามและความอดทนในการกระทำพฤติกรรม บุคคลที่ตัดสินใจว่าตนเองมีความพยายามมากจะมีความพยายามสูงและอดทนต่ออุปสรรค (3) แบบการคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูงเมื่อเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรคจะกระตุ้นให้ตนเองใช้ความพยายามมากขึ้น แตกต่างจากบุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำจะมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ในด้านลบ เช่น เกิดความเครียดกระวนกระวาย และกระทำพฤติกรรมอย่างไม่เต็มความสามารถส่งผลให้มีแนวโน้มที่จะล้มเหลวมากขึ้น แบนดูรา ได้เสนอภาพแสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของ ตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ดังภาพประกอบ 15



ภาพประกอบ 15 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้น เป็นการตัดสินใจว่า ผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว แต่จะต้องระวังความเข้าใจผิดเกี่ยวกับความหมายของ



คำว่าผลที่เกิดขึ้น ผลที่เกิดขึ้นในที่นี้จะหมายถึง ผลกรรมของการกระทำพฤติกรรมเท่านั้น มิได้หมายถึงผลที่แสดงการกระทำพฤติกรรม เพราะว่าผลที่แสดงถึงการกระทำพฤติกรรมนั้นจะพิจารณาว่าพฤติกรรมนั้นสามารถทำได้ตามการตัดสินใจความสามารถของตนเองหรือไม่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้มีผลต่อการตัดสินใจ ที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ (วิลลาตักณย์ ชั่ววัลลี, 2538: 97-98; อ้างอิงจาก Bandura, 1986) ซึ่งจะเห็นได้ดังภาพประกอบ 16

ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น

| | | สูง | ต่ำ |
|---------------------------------|-----|----------------------|---------------------------|
| การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง | สูง | มีแนวโน้มที่จะแน่นอน | มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ |
| | ต่ำ | มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ | มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน |

ภาพประกอบ 16 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

สำหรับอิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของคนที่ต่อพฤติกรรมนั้น แบนดูรา (Bandura, 1986: 393 - 395) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อบุคคล ดังนี้

1. การเลือกกระทำพฤติกรรม (Choice Behavior) ในชีวิตประจำวันบุคคลจะต้องตัดสินใจอยู่ตลอดเวลาว่าเขาจะกระทำพฤติกรรมใด นานแค่ไหน และในสภาพการณ์ใดบ้าง ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง บุคคลมีแนวโน้มจะหลีกเลี่ยงงาน หรือสถานการณ์ที่เขาเชื่อว่าเกินความสามารถของตนเอง แต่ในขณะที่เดียวกันบุคคลก็เลือกที่จะทำงานนั้นถ้าเขาเชื่อว่าเขามีความสามารถเพียงพอที่จะทำงานนั้นได้สำเร็จ แต่การที่บุคคลรับรู้ความสามารถของตนสูงเกินจริงมักจะประสบความล้มเหลวในการทำงาน ทำให้เกิดภาวะการเครียด ส่วนบุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ ก็มักจะขาดความพยายาม และความมุ่งมั่นในการทำงาน

2. การใช้ความพยายามและความมุ่งมั่นในการทำงาน (Effort Expenditure and Persistence) การรับรู้ความสามารถของบุคคลเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลต้องใช้ความพยายามมากเท่าไร และจะใช้ความมุ่งมั่นเผชิญกับอุปสรรค หรือประสบการณ์ที่ไม่พึงพอใจนานแค่ไหนในการเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ บุคคลที่รู้ว่าตนมีความสามารถสูงจะมีความกระตือรือร้นและใช้ความพยายาม ความมุ่งมั่นในการทำงานนานกว่าบุคคลที่รับรู้ความสามารถต่ำ และการที่บุคคลใช้ความพยายาม และมุ่งมั่นในการทำงานอย่างเต็มที่ตลอดเวลา บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จสูง



3. กระบวนการคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ (Thought Patterns and Emotional Reactions) การตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลจะมีอิทธิพลต่อกระบวนการคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ของบุคคลในระหว่างที่กระทำพฤติกรรม และมีผลต่อการจัดการกับสภาพแวดล้อมใน ภายหน้าของ เขาบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูงจะมีความพยายามและเอาใจใส่ใน การกระทำพฤติกรรม เมื่อพบปัญหาหรืออุปสรรคบุคคลจะยิ่งใช้ความพยายามมากขึ้น ส่วนบุคคลที่ รับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำจะมีแนวโน้มที่จะมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อตนเองในทางลบ เช่น ไม่มีความสุข รู้สึก หวาดหวั่น มีความเครียดสูง และจะแสดงพฤติกรรมไม่เต็มความสามารถ ซึ่งยังเป็น การทำให้บุคคล ล้มเหลวในการกระทำพฤติกรรมมากขึ้น

4. เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลของการกระทำมากกว่าเป็นการทำนายพฤติกรรม (Humans as Producers Rather than Simply Foretellers of Behavior) บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง สูง ส่วนใหญ่จะเป็นคนที่กระทำพฤติกรรมด้วยความพยายาม และยอมรับผลที่เกิดจาก การกระทำ พฤติกรรมของตนเอง จะเลือกการกระทำที่มีความท้าทาย และใช้ความพยายามอย่างมากเพื่อให้การ กระทำบรรลุเป้าหมาย ถึงแม้ว่าในบางครั้งการกระทำนั้นจะล้มเหลวบ้างก็ตาม ก็จะไม่ถอดใจและไม่ อ้างว่าเป็นเรื่องของโชคชะตา แต่เขาจะให้เหตุผลของความล้มเหลวที่เกิดขึ้นว่า เป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริม ประสบความสำเร็จต่อไป แตกต่างจากบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำมักจะเป็นคนที่ ไม่ค่อยกระทำพฤติกรรม จะรอให้ความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการกระทำเป็นไปตามความเชื่อ หรือคำทำนาย มักจะหลีกเลี่ยงการกระทำที่มีลักษณะยากๆ ขาดความพยายาม มีความทะเยอทะยาน ต่ำ และมีความเครียดสูง เป็นต้น

นอกจากนี้ นักวิชาการชาวไทย วิลาศลักษณ์ ชั่ววลี (2543: 29-30) ได้อธิบายถึงผลของการ รับรู้ความสามารถของตนเอง โดยกล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นสิ่งกำหนดในเรื่อง ต่อไปนี้

1. กระบวนการรู้คิด (Cognitive process) การรับรู้ความสามารถของตนมีผลกระทบต่อแบบ แผนการคิดที่สามารถส่งเสริมหรือบั่นทอนผลการปฏิบัติงานได้บุคคลจะตีความสถานการณ์ใน อนาคตอย่างไรก็ขึ้นอยู่กับว่าเขามีความเชื่อในความสามารถของตนเองอย่างไร คนที่เชื่อว่าตนเองมี ความสามารถสูงจะมองสถานการณ์ที่เขาพบว่าเป็น โอกาส เขาจะมองภาพความสำเร็จและให้เป็นสิ่ง นำทางการกระทำของเขา ส่วนคนที่ตัดสินใจว่าคุณมีความสามารถจะตีความสถานการณ์ที่ไม่ แน่แน่นอนว่าเป็นความเสี่ยง และมีแนวโน้มจะมองเห็นภาพความล้มเหลวอยู่ในอนาคต การคิดในทาง ลบของผู้ที่รู้สึกว่าตนมีความสามารถจะทำลายแรงจูงใจในตนเองและทำลายการปฏิบัติงานด้วย เพราะเป็นการยากที่บุคคลจะประสบความสำเร็จ ถ้ายังสงสัยในความสามารถของตนอยู่

2. กระบวนการจูงใจ (Motivation process) ความสามารถที่จะจูงใจตนเองและกระทำตามที่ ตั้งเป้าหมายจะมีพื้นฐานมาจากกระบวนการคิด ขณะที่คิดคาดการณ์ในอนาคตจะทำให้เกิดแรงจูงใจ



และการควบคุมการกระทำของตนเองได้ กล่าวคือสิ่งที่คิดเอาไว้ล่วงหน้าจะถูกเปลี่ยนให้เป็นสิ่งจริงใจ และการกระทำซึ่งจะถูกควบคุมด้วยกระบวนการกำกับตนเอง แรงจูงใจส่วนใหญ่ของมนุษย์เกิดจากการคิด และความเชื่อในความสามารถของตนก็จะมีบทบาทสำคัญในการคิดที่เป็นพื้นฐานของแรงจูงใจ บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองและตั้งเป้าหมายไว้สูงจะมีแรงจูงใจในการกระทำและจะปฏิบัติงานได้ดีกว่าคนที่สงสัยในความสามารถของตนเอง

3. กระบวนการด้านความรู้สึก (Affective process) การรับรู้ความสามารถของตนสามารถมีผลกระทบต่อประสบการณ์ทางอารมณ์โดยผ่านการควบคุมตนเองทางด้านการคิด การกระทำและความรู้สึก ในด้านการคิด ความเชื่อในความสามารถของตนมีอิทธิพลต่อความสนใจและการตีความเหตุการณ์ในชีวิตที่อาจให้ความรู้สึกในทางบวกหรือทางลบได้ และมีผลต่อการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะควบคุมความคิดทางลบที่เกิดขึ้นได้หรือไม่ด้วย ด้านการกระทำ การรับรู้ความสามารถของตนจะจัดการกับสภาวะทางอารมณ์โดยการส่งเสริมการกระทำที่มีประสิทธิผลเพื่อเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในลักษณะที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ได้ ส่วนด้านความรู้สึกจะเกี่ยวข้องกับการรับรู้ว่าคุณสามารถทำให้สภาวะทางอารมณ์ของคุณที่ไม่ดีให้ดีขึ้นได้หรือไม่ กระบวนการเลือก (Selection process) บุคคลมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงกิจกรรมและสภาพการณ์ที่เขาเชื่อว่ายากเกินความสามารถของเขา และบุคคลจะกระทำกิจกรรมและเลือกสิ่งแวดล้อมที่เขาแน่ใจว่ามีความสามารถที่จะจัดการได้ ผู้ที่ยังมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะเลือกกิจกรรมที่ยังมีความท้าทาย

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

1. **ความสามารถของบุคคล** เนื่องจากความสำเร็จจากการกระทำเป็นประสบการณ์ที่บุคคลได้รับโดยตรง และเป็นข้อมูลที่มีความเที่ยงตรงสูง การที่บุคคลได้รับความสำเร็จจากการทำงานซ้ำกันหลายๆ ครั้ง ทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองมากยิ่งขึ้น ถึงแม้ว่าในบางครั้งจะประสบความล้มเหลวบ้าง แต่ก็ไม่มีผลมากนัก เพราะบุคคลจะมองว่าความล้มเหลวที่เกิดมาจากสาเหตุอื่นๆ

2. **การได้เห็นตัวแบบประสบความสำเร็จ (Vicarious Experience)** การรับรู้ความสามารถของบุคคลส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลจากการได้เห็นผู้อื่นประสบความสำเร็จ การได้เห็นบุคคลอื่นกระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแล้วประสบความสำเร็จ จะทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น หากแต่ว่าบุคคลจะต้องมีความสามารถในการทำกิจกรรมนั้นได้เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ถ้ามีความตั้งใจและความพยายาม เขาจะสามารถทำงานนั้นได้และประสบความสำเร็จเช่นเดียวกันการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จ (Vicarious experience) ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถอาจเปลี่ยนแปลงได้จากการถ่ายทอดความสามารถและ



การเปรียบเทียบกับความสำเร็จของผู้อื่น การสังเกตเห็นคนอื่นแสดงพฤติกรรมที่ซบซนแล้ว ได้รับความสำเร็จ โดยเฉพาะบุคคลนั้นมีลักษณะใกล้เคียงกับผู้สังเกตจะพัฒนาการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะทำงานได้สำเร็จเช่นเดียวกันหากมีความพยายามและไม่ย่อท้อ

การประเมินความสามารถส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ทางอ้อมโดยเห็นที่การประสบความสำเร็จของตัวแบบ ดังนั้น ตัวแบบจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญอีกชนิดหนึ่งที่สนับสนุนการรับรู้ความสามารถได้ ความสามารถส่วนบุคคลจะตัดสินใจขึ้นในกิจกรรมที่มีสิ่งชี้แนะอย่างเป็นทางการและมีอิสระเพียงพอ แต่กิจกรรมดังกล่าวยังมีไม่มากเท่าที่ควร ดังนั้น คนเราจึงมักประเมินความสามารถของตนเองจากความสำเร็จของคนอื่น สำหรับการเปรียบเทียบเชิงอ้างอิงกับคนอื่นนั้นมีรูปแบบแตกต่างกันตามลักษณะกิจกรรม ในกิจกรรมปกติบรรทัดฐานเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติของกลุ่มที่เป็นตัวแทนได้เป็นเครื่องกำหนดจุดยืนในความสัมพันธ์ของคนเรา ผลกระทบของการเปรียบเทียบเชิงบรรทัดฐานต่อการประเมินความสามารถของตนเองได้มีข้อบ่งชี้จากการผลจากการวิจัยที่สนับสนุนเป็นอย่างดี กล่าวคือ บุคคลที่ได้รับข้อมูลย้อนกลับอย่างไม่ถูกต้องว่าตนเองประสบความสำเร็จอยู่ในระดับสูงหรืออันดับต่ำตามบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่มีสถานภาพใกล้เคียงกัน จะมีความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถสูงขึ้นด้วยการกระทำที่ดีเยี่ยมซึ่งได้รับการยืนยันจากบรรทัดฐานที่ต่ำของบรรทัดฐานของกลุ่ม ทั้งนี้ ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถจะลดลงได้เช่นกันด้วยมาตรฐานที่ต่ำของบรรทัดฐานในกลุ่มอ้างอิงบ่อยครั้งในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เราเปรียบเทียบตนเองจากความสัมพันธ์กับสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เช่น เพื่อนร่วมชั้น เพื่อนร่วมแข่งขัน หรือคนในเหตุการณ์อื่นๆ ที่มีส่วนร่วมในความมานะพยายามบากบั่นคล้ายคลึงกัน ในความสัมพันธ์ที่คนได้เป็นผู้เหนือกว่าหรือการเป็นผู้แข่งขันได้ยกระดับความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถ แต่ถ้ามีผู้อื่นทำได้ดีกว่า จะทำให้ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถลดลง

ด้วยเหตุนี้การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองจึงเปลี่ยนแปลงได้ตามความฉลาดของคนในการรู้จักเลือกเปรียบเทียบกับผู้อื่นการที่ประสบผลสำเร็จในการพัฒนาบุคคลให้มีการพัฒนาบุคคลให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง นอกจากการกระตุ้นให้มีการประเมินตนเองในทางบวกแล้ว ยังต้องรู้จักการจัดสถานการณ์สำหรับตนเองให้มีโอกาสได้รับความสำเร็จและหลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในสถานการณ์ที่ขาดความพร้อมซึ่งตนเองเคยล้มเหลวอยู่หลายครั้ง นอกจากนั้น ควรกระตุ้นให้บุคคลประเมินความสำเร็จของตนเอง (Self-improvement) มากกว่าการประเมินโดยการเปรียบเทียบกับผู้อื่นเบนดูราได้กล่าวไว้ว่า ตัวแบบมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล 3 ด้านด้วยกัน คือ

1. ช่วยให้บุคคลเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ๆ หรือทักษะใหม่ๆ ซึ่งจากผลของตัวแบบในลักษณะนี้เองทำให้เราสามารถนำเอาวิธีการเสนอตัวแบบไปสร้างพฤติกรรมใหม่ๆ ให้กับบุคคลที่ยังไม่เคยกระทำพฤติกรรมดังกล่าวนั้น เพื่อจะได้เป็นประโยชน์ต่อเขาทั้งในปัจจุบันและอนาคต



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

3. ช่วยให้ผู้พฤติกรรมที่เคยได้รับการเรียนรู้มาแล้วได้มีโอกาสแสดงออก หรือถ้าเคยแสดงออกแล้วแต่ไม่ค่อยได้แสดงออก ให้แสดงออกเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผลของตัวแบบในลักษณะเช่นนี้จะทำหน้าที่เป็นสัญญาณกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2549: 255) ได้อธิบายว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมการเรียนรู้และการเก็บจำแบบดูราได้กล่าวไว้ชัดเจนว่า การที่คนเราจะเรียนรู้ได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความตั้งใจของผู้สังเกตที่จะสังเกตตัวแบบ และความสามารถในการเก็บจำสิ่งที่สังเกตได้ ดังนั้นผู้ที่วางแผนในการใช้ตัวแบบนั้น ควรจะแน่ใจได้ว่าตนเองได้พยายามสร้างเงื่อนไขให้เกิดการส่งเสริมความตั้งใจและการเก็บจำของผู้สังเกต ซึ่งตัวแบบที่ใช้ วิธีการเสนอตัวแบบ ตลอดจนลักษณะของผู้ที่จะให้สังเกตตัวแบบนั้นควรจะได้รับพิจารณาถึงลักษณะของตัวแบบ การที่จะบอกว่าใครควรจะเป็นตัวแบบนั้น ต้องขึ้นอยู่กับลักษณะของพฤติกรรมที่ต้องการจะบำบัด ลักษณะของผู้สังเกต และปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของพฤติกรรมและลักษณะของผู้สังเกตอีกด้วย แต่อย่างไรก็ตาม มีหลักการในการเลือกตัวแบบอย่างกว้างๆ ดังต่อไปนี้

1. ตัวแบบควรมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตทั้งในด้าน เพศ เชื้อชาติ และทัศนคติ ซึ่งการที่ตัวแบบมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตนั้น จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจได้ว่า พฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกนั้นเหมาะสม และสามารถทำได้ เพราะบุคคลคนนั้นมีลักษณะคล้ายคลึงกับตน ซึ่งจะทำให้เขาเกิดความรู้สึกว่าเขาเองก็น่าจะทำได้เช่นกัน

2. ตัวแบบควรจะเป็นผู้มีชื่อเสียงในสายตาของผู้สังเกต แต่ถ้ามีชื่อเสียงมากเกินไปก็จะทำให้เขามีความรู้สึกว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบกระทำนั้นเป็นสิ่งที่ไม่น่าจะเป็นจริงสำหรับเขาได้

3. ระดับของความสามารถของตัวแบบนั้น ควรจะมีระดับที่ใกล้เคียงกับผู้สังเกต เพราะถ้าใช้ตัวแบบที่มีความสามารถสูงมาก ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตคิดว่าเขาไม่น่าจะทำตามได้ทำให้เขาปฏิเสธที่จะทำตามตัวแบบนั้น ซึ่งทางที่ดีที่สุดควรเลือกตัวแบบที่มีความสามารถสูงกว่าผู้ที่สังเกตเพียงเล็กน้อย หรือเริ่มจากสภาพที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกต แล้วค่อยๆ เพิ่มความสามารถขึ้นไป

4. ตัวแบบนั้นควรมีลักษณะที่เป็นกันเองและอบอุ่น



5. ตัวแบบเมื่อแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับการเสริมแรง จะทำให้ได้รับความสนใจจากผู้สังเกตมากขึ้น

ลักษณะของการเสนอตัวแบบมีวิธีการเสนอตัวแบบอยู่หลายวิธีด้วยกัน ได้แก่

1. เสนอตัวแบบที่เป็นชีวิตจริงหรือตัวแบบสัญลักษณ์ ซึ่งการเสนอตัวแบบที่เป็นชีวิตจริงนั้นมีข้อดีตรงที่ น่าสนใจมากกว่าตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ในการรับรู้ของคนบางคน อีกทั้งสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมการแสดงออกได้ตามสภาพการณ์ แต่จุดอ่อนของการเสนอตัวแบบที่เป็นชีวิตจริงอยู่ที่ค่อนข้างจะเสี่ยงไปตรงที่ไม่สามารถทำนายหรือควบคุมได้อย่างที่ต้องการ ด้วยเหตุนี้เองทำให้ผู้บำบัดพฤติกรรมจำนวนมากชอบที่จะใช้ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์มากกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรูปแบบของ फिल्म แถบภาพ แถบเสียง การ์ตูน หรือข้อเขียน การจะเสนอในรูปแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของพฤติกรรมและการนำไปใช้

2. ตัวแบบภายใน การเสนอตัวแบบภายใน เป็นการให้บุคคลจินตนาการตัวแบบแสดงพฤติกรรม

3. การเสนอตัวแบบหลายๆ ตัว จะช่วยทำให้การเสนอตัวแบบมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากผู้สังเกตจะพบว่า มีตัวแบบบางตัวมีลักษณะคล้ายกับตน ตลอดจนทำให้ได้เรียนรู้การแสดงพฤติกรรมหลายๆ อย่าง ทำให้ผู้สังเกตมีความยึดหยุ่นมากขึ้นในการแสดงออกในหลายๆ สภาพการณ์

4. การเสนอตัวแบบที่แสดงถึงความสามารถในการแก้ปัญหาได้เป็นอย่างดีกับตัวแบบที่ค่อยๆ แสดงถึงการเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหา ซึ่งตัวแบบที่ค่อยๆ แสดงถึงการเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหานั้น ก็จะต้องเริ่มจากการแสดงว่าเขาขาดทักษะบางอย่าง และมีความรู้สึบางอย่างที่ทำให้เขาไม่สามารถที่จะแสดงพฤติกรรมออกมาได้ จากนั้นตัวแบบก็จะพูดถึงความรู้สึกของตนและขั้นตอนในการแก้ปัญหา พร้อมๆ กับพฤติกรรมของเขาที่เริ่มจะดีขึ้น

5. การเสนอตัวแบบแบบค่อยๆ แสดงออกทีละขั้นตอน วิธีการเสนอแบบนี้เหมาะที่จะใช้กับการแสดงถึงพฤติกรรมหรือการกระทำที่ซับซ้อน การเสนอตัวแบบแบบค่อยๆ แสดงออกทีละขั้นตอนนั้น จะแบ่งทักษะออกมาเป็นทักษะย่อยๆ แล้วเสนอไปที่ละทักษะ ซึ่งผู้สังเกตจะต้องทำตามตัวแบบเสียก่อนจึงจะค่อยเสนอตัวแบบที่แสดงทักษะในลำดับต่อไป

6. การใช้การสอน การใช้สอนควรจะได้รับพิจารณาใช้ร่วมกับการเสนอตัวแบบ การเริ่มต้นการสอนนั้นควรจะอธิบายให้ผู้สังเกตเห็นตัวแบบกระทำอะไร และบอกผู้สังเกตว่าเราหวังที่จะเห็นเขาแสดงตามตัวแบบที่เขาจะดูนั้น ซึ่งการบอกเช่นนี้จะทำให้ผู้สังเกตให้ความสนใจต่อตัวแบบมากยิ่งขึ้น

7. การให้ผู้สังเกตสรุปถึงลักษณะของพฤติกรรมของตัวแบบที่เขาสังเกตซึ่งจะทำให้ผู้สังเกตสามารถเรียนรู้และเก็บจำลักษณะของตัวแบบได้ดียิ่งขึ้น



8) การชักจูง เมื่อสังเกตตัวแบบได้แล้ว การที่จะทำให้การเรียนรู้จากการลอกเลียนแบบนั้นได้ผลดีขึ้น ควรให้ผู้สังเกตได้มีโอกาสชักจูง ซึ่งการชักจูงสามารถทำได้ 2 ลักษณะคือ ชักจูงในใจนั้นคือคิดถึงลักษณะของพฤติกรรมที่จะต้องแสดงออกในลักษณะต่างๆ กับการชักจูงโดยการลงแสดงออก ซึ่งการชักจูงทั้ง 2 ลักษณะนี้จะทำให้ผู้ที่สังเกตจำได้ดีขึ้นและเมื่อถึงเวลาแสดงออกก็จะแสดงออกได้ง่ายขึ้น

9. สิ่งสำคัญอีกหนึ่งประการที่จะต้องพิจารณาคือ สภาพการณ์ที่จะเสนอตัวแบบ ควรเป็นสภาพการณ์ที่สามารถลดการรบกวนจากสิ่งรบกวนนอกได้เป็นอย่างดี

3. การพูดชักจูงจากผู้อื่น (Verbal Persuasion) การที่ผู้อื่นใช้คำพูดชักจูงให้บุคคลเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งได้สำเร็จ จะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ มากขึ้น ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ ให้สำเร็จ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคคลที่ชักจูงด้วย บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการพูดชักจูงให้ผู้อื่นคล้อยตามนั้นจะต้องเป็นบุคคลที่ผู้ถูกชักจูงให้ความเชื่อถือ ไว้วางใจและมีความสำคัญต่อตัวเขา เช่น พ่อ แม่ ครู เพื่อน หรือบุคคลที่มีอิทธิพลต่อเขา เป็นต้น

การพูดชักจูง (Verbal persuasion) เมื่อคนเราต้องต่อสู้กับความยากลำบาก การรับรู้ความสามารถจะรักษาไว้ได้ง่ายหากมีคนอื่นที่มีความสำคัญต่อตนเอง (Significant others) ได้ให้ความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถ แม้ว่าการพูดชักจูงจากผู้อื่นเพียงอย่างเดียวมีข้อจำกัดในการสร้างการรับรู้ความสามารถให้เข้มแข็ง แต่การพูดชักจูงจากผู้อื่นก็อาจส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงในบุคคลได้ถ้าประเมินในแง่บวกตามขอบเขตที่เป็นจริง การยกย่องที่ไม่เป็นจริงทำให้คนเกิดความลังเลอย่างรวดเร็วเมื่อผิดหวังจากความพยายาม คนที่ชักจูงด้วยคำพูดว่ามีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในงานที่ได้รับมอบหมาย มีแนวโน้มจะใช้ความพยายามมากขึ้นเพื่อก้าวไปสู่ความสำเร็จ ความเชื่อเกี่ยวกับการยืนยันของตนเอง (Self-affirming) ได้สนับสนุนการพัฒนาทักษะและการรับรู้ความสามารถของบุคคล ดังนั้น คุณลักษณะเกี่ยวกับความสามารถที่ได้จากการชักจูงจากผู้อื่น จะมีผลต่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถเมื่อใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลได้รับประสบการณ์ ความสำเร็จ บุคคลที่ได้รับการกล่าวถึงว่าความสามารถมีแนวโน้มจะหลีกเลี่ยงงานที่ท้าทายซึ่งจะบ่มเพาะศักยภาพของตนเองและหยุดชะงักอย่างรวดเร็วเมื่อเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคโดยการทำกิจกรรมให้ช้าลงและลดแรงจูงใจที่จะทำงาน อย่างไรก็ตาม ในการสร้างความเชื่อที่ไม่เป็นจริงเกี่ยวกับความสามารถของบุคคล ได้ลดความน่าเชื่อถือของผู้ชักจูงและล้มเหลวในการสนับสนุนการรับรู้ความสามารถของบุคคล

4. สภาพทางกาย (Physiological State) เป็นปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจความสามารถของบุคคล การรับรู้ความสามารถของบุคคลจะสูงหรือต่ำ ส่วนหนึ่งมาจาก



สภาวะทางกายของเขาเอง กล่าวคือ ในสภาวะที่ร่างกายเกิดการตื่นตัว เช่น เครียด วิตกกังวล ตื่นเต้น อ่อนเพลีย เมื่อยล้า หรืออยู่ในสภาพการณ์ที่ถูกคุก ถูกว่ากล่าวตักเตือน หรือในสภาวะที่ร่างกายถูก กระตุ้นมากๆ มักจะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมได้ไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลรับรู้ ความสามารถของตนเองต่ำ การตัดสินใจความสามารถส่วนหนึ่งมาจากข้อมูลการแสดงผลของภาวะ ทางสรีระและภาวะทางอารมณ์ ที่เกิดจากการตีความปฏิกิริยาที่ดึงเครียดว่าเป็นสัญญาณของความ อ่อนแอที่จะมีผลทางลบต่อการปฏิบัติหน้าที่ โดยเฉพาะกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานที่เข้มข้นและ ททรหดอดทน คนจะตัดสินใจความเหนื่อยล้าอาการปวด และความเจ็บปวดว่าเป็นสัญญาณของภาวะทาง สรีระที่อ่อนล้า ส่วนอารมณ์ (Mood) ที่มีผลกระทบต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของบุคคล เช่น เดียวกัน กล่าวคือ อารมณ์ทางบวกจะส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตน ขณะที่อารมณ์ทาง ลบเช่น ผิดหวัง เสียใจ จะให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง

ตัวบ่งชี้ทางสรีระมีความสัมพันธ์สูงกับความสมบูรณ์ของร่างกาย การปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ และการเผชิญกับความเครียด บุคคลที่ประเมินภาวะทางสรีระอย่างดึงเครียด หรือประเมิน สถานการณ์ที่แสดงถึงความอ่อนแอในการปฏิบัติหน้าที่ อาจเป็นเพราะการกระตุ้นเร้าอย่างสูงที่ทำให้ เกิดความอ่อนล้าในการกระทำ บุคคลที่มีความโน้มเอียงในการคาดหวังว่าจะได้รับความสำเร็จถ้า ไม่ถูกรบกวนด้วยการกระตุ้นเร้าที่ไม่พึงปรารถนา ปฏิกิริยาความเครียดที่มีต่อการไม่มีความสามารถ ในการควบคุมได้ก่อให้เกิดความเครียดต่อไปโดยการกระตุ้นเร้าตนเองล่วงหน้าด้วยความคิดที่ไม่พึง พอใจเกี่ยวกับความไม่เหมาะสมและปฏิกิริยาความเครียด บุคคลสามารถปลุกเร้าตนเองให้รู้สึกเศร้า มากขึ้นเพื่อจะได้ไม่ต้องทำในสิ่งที่รู้สึกกลัว การขจัดปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่คุกคามอยู่ภายในทำได้ โดยการได้รับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จเพื่อเพิ่มความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถสูงขึ้น ใน กิจกรรมที่ต้องใช้พลังและความทรหดอดทน บุคคลที่มีความอ่อนล้า หายใจหอบ รู้สึกปวดและมีความ ทุกข์ทรมานจะแสดงถึงการไม่มีความสามารถทางร่างกาย ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงความเชื่อ

เกี่ยวกับความสามารถจึงสามารถทำได้โดยการยกระดับสถานะทางสรีระ การลด ความเครียด ลดอารมณ์ทางลบ และการตีความที่ถูกต้อง เกี่ยวกับภาวะทางสรีระ บุคคลที่รับรู้ ความสามารถของตนเองในระดับสูงจะพิจารณาภาวะ การกระตุ้นเร้าความรู้สึกว่าเป็นสิ่งเอื้ออำนวย ทางพลังงานให้กับการปฏิบัติหน้าที่ ตรงกันข้ามกับบุคคลที่สงสัยในตนเองจะมองการกระตุ้นเร้าว่า เป็นสิ่งที่ทำให้อ่อนล้า ดังนั้น ตัวบ่งชี้ทางสรีระเกี่ยวกับความสามารถจึงแสดงบทบาทที่มีอิทธิพล อย่างยิ่งในการทำหน้าที่ทางสุขภาพและในกิจกรรมที่ต้องการการใช้กำลังและความแข็งแกร่งของ ร่างกายแม้ว่าภาวะทางสรีระและอารมณ์เป็นรูปแบบหนึ่งของแหล่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ความสามารถของตนก็ตาม แต่ข้อมูลที่ถูกถ่ายทอดโดยภาวะทางสรีระและปฏิกิริยาที่ไม่ได้ตัดสินใจ ความสามารถของบุคคลด้วยตัวเอง เนื่องจากข้อมูลได้มีผลกระทบต่อการรับรู้ความสามารถของตน โดยผ่านกระบวนการรู้คิด



ปัจจัยต่างๆ ซึ่งรวมทั้งการประเมินทางปัญญาของแหล่งกระตุ้นเร้า และแนวโน้มที่จะก่อรูปเป็นความคิด ได้มีผลกระทบต่อสิ่งที่ทำให้เกิดสภาพทางสรีระ ดังนั้น การวินิจฉัยเพื่อสันนิษฐานเกี่ยวกับการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ที่จะเพิ่มหรือลดการกระทำจึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในกระบวนการรู้คิดเกี่ยวกับข้อมูลทางสรีระที่จะมีอิทธิพลต่อความสามารถของตนสรุปได้ว่า ภาวะทางสรีระและอารมณ์ที่เกิดจากการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าเข้มแข็งหรืออ่อนแอในการปฏิบัติหน้าที่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน การยอมรับและไว้วางใจกันและการเปิดโอกาสให้แสดงความสามารถจะกระตุ้นให้บุคคลมีอารมณ์ที่มั่นคง รู้สึกได้รับการสนับสนุนจากบุคคลที่อยู่รอบข้าง อันจะส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถที่สูงขึ้น

ทั้งนี้ การรับรู้ความสามารถของตนอาจได้รับอิทธิพลจากแหล่งข้อมูลอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายแหล่งผสมผสานกันก็ได้ โดยข้อมูลเหล่านี้ได้ผ่านกระบวนการรู้คิดเกี่ยวกับข้อมูลด้านความสามารถเพื่อเป็นความคิดที่สะท้อนออกมา ดังนั้น ความชัดเจนจะเกิดขึ้นจากข้อมูลถ่ายทอดเหตุการณ์ที่เป็นประสบการณ์และข้อมูลที่ได้เลือกสรรการให้นำหนักความสำคัญ และการผสมผสานเข้ากับการตัดสินใจความสามารถของตนเอง กลุ่มปัจจัยซึ่งรวมทั้งปัจจัยระดับบุคคล สังคม และสถานการณ์เฉพาะได้ส่งผลต่อประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความสามารถโดยผ่านการตีความตัวอย่างเช่น พฤติกรรมที่จะเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถได้นั้นขึ้นอยู่กับความรู้เดิมเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง การรับรู้ความยากของงาน ปริมาณความพยายามที่จะต้องใช้ ภาวะทางสรีระและอารมณ์ในขณะนั้น ปริมาณการช่วยเหลือจากภายนอกที่จะได้รับและสภาพของการณ์ที่จะกระทำ อิทธิพลในรูปแบบต่างๆ เหล่านี้ได้เชื่อมโยงกับกลุ่มของปัจจัยซึ่งมีความสำคัญในฐานะเป็นตัวบ่งชี้สาเหตุในการประเมินการรับรู้ความสามารถของบุคคล (Lee & Bobko, 1994)

6.1.3 การวัดการรับรู้ความสามารถของตน

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

1. ระดับ (Level) การรับรู้ความสามารถของตนเองจะเปลี่ยนแปลงไปตามระดับความยาก (Magnitude) ของงาน ดังเช่น เพิ่มมากขึ้นเมื่อจำเป็นต้องแก้ปัญหาทางคณิตศาสตร์
2. หลักการทั่วไป (Generality) เกี่ยวกับการเปลี่ยนความเชื่อในการรับรู้ความสามารถของตนเองเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนไป ดังเช่น ความแตกต่างของเนื้อหาวิชาที่เรียน
3. ความมั่นใจ (Strength) วัดได้จากระดับความแน่ใจที่บุคคลนั้นจะสามารถกระทำงานที่ได้รับมอบหมายให้ทำได้



ลัสต์ ซีลัช และเซาเวอส์ (Lust, Celuch; & Showers, 1993: 1426-1434) ได้เปรียบเทียบแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการใช้เครื่องบดอย่างปลอดภัย โดยวัดทั้งก่อนและหลังการทดลองเพื่อหาความเที่ยงตรงของแบบวัด 4 ลักษณะ คือ

1. วัดระดับความยาก (Magnitude) เป็นการถามกลุ่มตัวอย่างว่าจะสามารถกระทำพฤติกรรมต่างๆ เมื่อมีระดับความยากเพิ่มขึ้นได้หรือไม่ ข้อคำถามเป็นแบบการเล่าเรื่องย่อๆ แล้วให้ ผู้ตอบตอบว่า “ใช่” / “ไม่ใช่” ถ้าตอบไม่ใช่ให้ “0” และตอบใช่ให้ “1” คะแนน ถ้ายังมีคะแนนรวมสูงแสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง

2. วัดความมั่นใจ (Strength) เป็นการถามกลุ่มตัวอย่างว่ามีความมั่นใจที่จะกระทำพฤติกรรมเมื่อระดับความยากที่สัมพันธ์กับงานเพิ่มขึ้น โดยประเมินความมั่นใจจาก ไม่มี ความมั่นใจ (0 คะแนน) ถึง มีความมั่นใจมากที่สุด (10 คะแนน) หรือใช้หลักความน่าจะเป็นจาก 0% ถึง 100% การวัดความมั่นใจสามารถวิเคราะห์ได้หลายทาง

3. วัดแบบผสม เป็นการวัดทั้งความมั่นใจและระดับความยากของงาน โดยใช้ข้อคำถามเดียวกันแต่แยกช่องคำตอบเป็น 2 ช่อง (ช่องหนึ่งเป็นแบบตอบ ใช่/ไม่ใช่ และอีกช่องหนึ่งเป็นแบบร้อยละ) แต่ในครั้งนี้เป็นารรวมคะแนนความมั่นใจทุกข้อคำถามที่ผู้ตอบตอบว่า “ใช่” เป็นระดับความยาก

4. การวัดแบบอื่นๆ ที่ไม่ได้ระบุความยาก ซึ่งต่างจากมิติของความยากและความมั่นใจของเบนดูรา โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert) ผลการวิจัยพบว่า แบบวัดความมั่นใจมีความสัมพันธ์สูงกับแบบวัดระดับความยากและแบบผสม ส่วนแบบวัดระดับความยากสัมพันธ์กับแบบผสมในระดับที่น้อยกว่า ส่วนการวัดแบบอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับมิติต่างๆ ของเบนดูราในระดับที่แตกต่างกันมาก

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

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

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



3. วัดแบบผสม เป็นการวัดทั้งความมั่นใจและระดับความยากของงาน ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่ นิยมใช้ ข้อคำถามเดียวกันแต่แยกช่องคำตอบเป็น 2 ช่อง ช่องหนึ่งเป็นแบบตอบใช่/ไม่ใช่ และอีก ช่องเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า หรือเป็นแบบร้อยละ หรือวัดอีกแบบหนึ่ง โดยวัดการรับรู้ ความสามารถของตนเองทั้งระดับความยากและความมั่นใจ โดยพิจารณาในระดับเดียวกัน เช่น จาก ข้อคำถามให้ประเมินจาก “ฉันไม่สามารถทำได้” (0 คะแนน) ถึง “ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถทำได้มากที่สุด” (100คะแนน) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ แบนดูรา (Bandura, 1986) มากที่สุด

4. วัดแบบผสมโดยแปลงคะแนนความมั่นใจให้เป็นคะแนนมาตรฐานซี (Z-score)

5. วัดความมั่นใจ โดยใช้ข้อคำถามเดียวเกี่ยวกับงานที่กำหนด แล้วให้ผู้ตอบประเมินค่า ระดับความมั่นใจของตนเอง

ผลการวิจัยพบว่า แบบวัดแบบผสมทั้งแบบที่ 3 และ 4 มีความเที่ยงตรงเชิงเอกนัย (Convergent Validity) และความเที่ยงตรงเชิงทำนาย (Predictive Validity) สูงที่สุด และพบว่า แบบ วัดความมั่นใจโดยใช้คำถามข้อเดียว มีความเที่ยงตรงเชิงเอกนัย และความเที่ยงตรงเชิงทำนายต่ำ ที่สุดและแบบวัดทั้ง 5 ลักษณะสัมพันธ์กันเชิงบวก มีค่าเท่ากับ .62

มอน (Mone, 1994: 516-529) ได้เปรียบเทียบความเที่ยงตรงของแบบวัดการรับรู้ ความสามารถของตนเอง เพื่อใช้ในการทำนายผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและการกระทำพฤติกรรม ทางการศึกษา โดยเห็นด้วยกับแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986) ที่เชื่อว่า การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง เป็นการตัดสินความสามารถของตนเองว่าจะสามารถกระทำพฤติกรรมต่างๆ ได้ในระดับ ใด และยังมีบางส่วนที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรม โดยได้ แบ่ง ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

1. การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านกระบวนการ (Process Self-Efficacy) เป็นการ ตัดสินความสามารถของตนเองว่าจะกระทำพฤติกรรมเกี่ยวกับการเรียนได้ในระดับใด ประกอบด้วย การจำ(Memorization) ความตั้งใจในการเรียน (Class Concentration) ความเข้าใจ (Understanding) การอธิบายเนื้อหา (Explaining Concepts) การวิเคราะห์เนื้อหา (Discriminating Concepts) และการ จดบันทึกตามคำบรรยาย Note-taking

2. การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านผลลัพธ์ (Outcome Self-Efficacy) เป็นความ คาดหวังว่าจะเกิดผลกรรมใดจากการกระทำพฤติกรรมของตน ซึ่งได้แก่ ความตั้งใจในการสอบ (Exam Concentration) เป็นต้น ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองด้านผลลัพธ์มี ความเที่ยงตรงในการทำนายเป้าหมาย และการกระทำของบุคคลมากกว่าการรับรู้ความสามารถของ ตนเองด้านกระบวนการ

แบนดูรา; และคณะ (Bandura & et al., 1985) ได้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินการรับรู้ ความสามารถของตน โดยเชื่อว่าสถานการณ์ที่แตกต่างกันอาจจะกระตุ้นความวิตกกังวล หรือความ



แนวคิดดังกล่าว เห็นได้ว่า ในการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นสามารถที่จะประยุกต์แนวคิดของนักวิชาการที่ได้เสนอถึงโครงสร้าง หลักการของระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองแล้วนำมาประยุกต์ใช้สร้างแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าได้ ในการศึกษาครั้งนี้ก็เช่นเดียวกัน ได้ทำการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

6.1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตน

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

สำหรับในประเทศไทยพบว่า มีงานวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) จำนวนมากที่ได้ทำการประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ดังเช่น การวิจัยของ วราภรณ์ กุประดิษฐ์ (2551) ซึ่งเป็นการวิจัยในระดับปริญญาเอก ที่ได้ทำการพัฒนาโปรแกรม การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองและการควบคุมตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชน วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยคือเพื่อสร้างหลักสูตรและศึกษาประสิทธิผลของการใช้หลักสูตรว่าจะสามารถพัฒนาพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชนได้หรือไม่ ซึ่งการประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในโปรแกรมการพัฒนาคือ การให้เยาวชนกลุ่มตัวอย่างได้เห็นตัวแบบที่ประสบความสำเร็จจากผู้อื่น เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ว่าเยาวชนเองก็สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านการหลีกเลี่ยงยาเสพติดได้ โดยผู้ที่ประสบความสำเร็จซึ่งมาเป็นแบบอย่างนั้นเป็นบุคคลที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ยังใช้กิจกรรมการให้กำลังใจด้วยการร้องเพลง การสอนตนเอง และการเล่นเกม Walk rally แบบแผนในการทดลองแบ่งนักเรียนออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองจำนวน 31 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 31 คน จัดฝึกอบรม 3 วัน ระยะเวลาในการฝึกอบรม 18 ชั่วโมง และติดตามผลการฝึกอบรม 1 เดือน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า เยาวชนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและการควบคุมตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดหลังการฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเยาวชนกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด และเจตคติทางลบต่อการใช้สารเสพติดหลังการฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การนำแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะการใช้ตัวแบบ (Modeling) นั้นมีผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคลได้ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ นิรันดา ไชยพาน (2552) ที่ได้ทำการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการเลิกสูบบุหรี่



ของนักเรียนชายระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 – 6 จำนวน 36 คน แบบแผนการทดลองเป็นแบบ One – Group pretest posttest โปรแกรมดังกล่าวได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมาใช้ กิจกรรมหลักในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคือการให้นักเรียนได้มีโอกาสบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของตนเองด้วยสมุดบันทึกพฤติกรรม โปรแกรมดังกล่าวจัดกิจกรรมทั้งสิ้น มีรายละเอียดประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1 การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าร่วมโปรแกรม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้นักเรียนเข้าใจถึงกระบวนการดำเนินกิจกรรม ทบทวนการสูบบุหรี่ของตนเองและความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่พร้อมทั้งทราบถึงผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ สัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องสารพิษในบุหรี่ สัปดาห์ที่ 3-4 ให้นักเรียนนำประสบการณ์ที่ดีจากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จมาอธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้ตัวแบบประสบความสำเร็จเพื่อเป็นการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนผ่านตัวแบบที่นักเรียนได้เลือกมา สัปดาห์ที่ 5 – 6 ให้นักเรียนได้วางแผนในการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง สัปดาห์ที่ 7 – 8 ให้นักเรียนรายงานความก้าวหน้าในการเลิกสูบบุหรี่พร้อมกับรายงานถึงปัญหาอุปสรรค ตลอดจนนักวิจัยได้ให้กำลังใจกับนักเรียนในการเลิกสูบบุหรี่ ผลการวิจัยพบว่า สัดส่วนการการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนเพิ่มมากขึ้นตามลำดับขั้นตอนของทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เมื่อสิ้นสุดลำดับขั้นที่ 1 มีนักเรียนตั้งใจและตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่เพียงร้อยละ 3.2 เพิ่มเป็นร้อยละ 12.9 ในลำดับขั้นที่ 2 ระวังงั้งใจ และเริ่มหยุดสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 3.2 เพิ่มเป็นร้อยละ 29.0 และหยุดสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 9.7 ในลำดับขั้นที่ 3 ระวังงั้งใจพร้อมจะปฏิบัติ การประเมินพฤติกรรมในสัปดาห์ที่ 12 เมื่อจบลำดับขั้นที่ 5 ระวังงั้งใจซึ่งพฤติกรรม พบว่า นักเรียนหยุดสูบบุหรี่ร้อยละ 22.6 และลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบลงร้อยละ 32.3 และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 16 พบว่า นักเรียนหยุดสูบบุหรี่ทันทีร้อยละ 90.3 ผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นได้ชัดเจนว่า การที่นักเรียนมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้นมีผลทำให้หยุดสูบบุหรี่ได้ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทิศทางที่ดีขึ้นได้ เช่นเดียวกับการวิจัยของ นฤมล เวชจักรเวร (2552) ที่ได้ทำการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการเพื่อป้องกันความเสี่ยงทางสรีรวิทยาต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โปรแกรมดังกล่าวได้ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม กิจกรรมจัดทั้งสิ้นจำนวน 12 ครั้ง ลักษณะของกิจกรรมในภาพรวมจะเป็นการให้กลุ่มตัวอย่างได้มาร่วมทำกิจกรรมกลุ่มและได้ร่วมกันฝึกกิจกรรมการเลือกรับประทานอาหาร การทำอาหารเพื่อรับประทานเอง การทำสมุดบันทึกสุขภาพเพื่อเตือนตนเอง การคู่วิธีโอตัวแบบพฤติกรรมของผู้ที่ประสบความสำเร็จ รวมทั้งได้อภิปรายร่วมกันภายในกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้เป็นเพศหญิงวัยก่อนหมดประจำเดือน อายุระหว่าง 30 – 45 ปี มีวิชาชีพครู จากโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานการศึกษาเอกชน 2 แห่ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 33 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 37 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความ



คาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความเสี่ยงทางสรีรวิทยาต่อการเกิดโรคหัวใจเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มมีส่วนสำคัญในการช่วยเสริมการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนด้านการเลือกรับประทานอาหาร โภชนาการได้ เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ เจตจันทร์ ล้วนเนตรเงิน (2551) ที่ได้ทำการศึกษาผลของฝึกรวมการพัฒนาการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง และเสริมสร้างทัศนคติต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ที่มีต่อการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง ทัศนคติ และความตั้งใจหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ของนักเรียนหญิง ชุดกิจกรรมการฝึกรวมดังกล่าวได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดของ แบนดูรา (Bandura) เข้ามาใช้ ลักษณะของกิจกรรมโดยส่วนใหญ่แล้ว จะให้นักเรียนกลุ่มทดลองได้ร่วมกันอภิปรายถึงผลเสียของการไม่รักนวลสงวนตัว โดยผู้วิจัยจะคอยให้คำแนะนำและให้กำลังใจ อยู่ตลอดเวลา และยกตัวอย่างให้เห็นถึงตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในชีวิตเพื่อให้นักเรียนเกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถทำได้เช่นเดียวกับตัวแบบ ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนหญิงที่เข้าร่วมการฝึกรวม มีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองต่อการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ มีทัศนคติต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ และมีความตั้งใจหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ สูงกว่าก่อนฝึกรวม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Casual Relationship) ก็พบว่าได้มีการนำตัวแปรการเรียนรู้ความสามารถของตนเองมาศึกษาในฐานะเป็นตัวแปรเชิงสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ ดังเช่นงานวิจัยของ คารินทร์ ฤกษ์ชัย (2550) ที่ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร กรอบแนวคิดในการวิจัยและการเลือกตัวแปรต่างๆ ประยุกต์มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง ร่วมกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 625 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ตัวแปรการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .346 การวิจัยดังกล่าวยังให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพขึ้นในองค์กร โดยสามารถประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้ความสามารถของตนเองเข้ามาใช้โดยเฉพาะการประยุกต์เทคนิคตัวแบบจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ เสาวภา ทองงาม (2551) ที่ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มี



ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของวัยรุ่นหญิงในกรุงเทพมหานคร กรอบแนวคิดในการวิจัย และการเลือกตัวแปรเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนพัฒนาจากแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura) ร่วมกับแนวคิดแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตพื้นที่การศึกษากรุงเทพมหานครเขต 3 จำนวน 508 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า ผลการวิเคราะห์หือทธิพลของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุน ด้วยการวิเคราะห์ค่าไคสแควร์ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกายสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 14.70 ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า สิ่งสำคัญที่จะทำให้นักเรียนหญิงเกิดพฤติกรรมออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุนได้นั้น การส่งเสริมและการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นสิ่งที่สำคัญมากและควรจะได้รับ การสนับสนุน

สำหรับผลการวิจัยในต่างประเทศก็พบว่า มีนักวิจัยได้นำแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังเช่น ผลการวิจัยของเชนและเยท (Chen & Yeh, 2005) ที่ได้พัฒนาโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่โดยใช้ Internet Assisted Instruction (IAI) มาช่วยให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ โปรแกรมดังกล่าวได้ประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเข้ามาใช้ เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาจำนวน 77 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ 6 สัปดาห์ ร่วมกับ IAI กลุ่มควบคุมไม่ได้รับอะไรเลย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม IAI ซึ่งได้ประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเข้าไปใช้ โปรแกรมดังกล่าวจะมีกระบวนการให้กำลังใจผ่านเว็บไซต์ การบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และแสดงให้เห็นถึงพัฒนาในการเลิกสูบบุหรี่ตลอดจนมีตัวแบบที่ประสบความสำเร็จให้เห็นอยู่ตลอดเวลา ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้นและลดจำนวนการสูบบุหรี่ลงได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับ คิม นาม และซี (Kim, Nam & See, 2004) ที่ได้ทำการศึกษาการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้านการเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งได้ทำการพัฒนาโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่สำหรับเยาวชนเกาหลี กิจกรรมการปรับพฤติกรรมดังกล่าวได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 43 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 22 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 21 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 9 ครั้ง ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง การจัดการกับความเครียด การ



แก้ไขในสิ่งที่ผิด การหาประสบการณ์จากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ การให้กำลังใจระหว่างการร่วมกิจกรรม หลังจากสิ้นสุดโปรแกรมแล้วพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับนิโคตินในปีสภาวะลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กิจกรรมส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้

นอกจากนี้ยังพบว่า แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองยังถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการควบคุมพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่ง ทำการศึกษาโดย สิทธาทาน และคาวานาก (Sitharthan & Kavanagh, 1991) ที่ได้นำแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองมาเป็นส่วนสำคัญในการประยุกต์ในโปรแกรมควบคุมการดื่ม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นเพศชาย จำนวน 40 คน เพศหญิง จำนวน 20 คน ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมพบว่า มีการลดลงของการดื่มแอลกอฮอล์ และยังพบว่าการลดลงต่อไปจนถึงระยะติดตามผลภายหลังการเข้าโปรแกรม 6 เดือน ซึ่ง สิทธาทาน และคาวานาก ได้อธิบายว่า การที่กลุ่มตัวอย่างสามารถลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ลงได้นั้นเป็นเพราะว่า การได้รับทราบถึงความสำเร็จจากตัวแบบ และประเมินตนเองได้ว่าก็สามารถทำได้ คนที่มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองสามารถที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมได้

ผลการวิจัยของ เบอร์แมน (Berman, 2004) พัฒนาชุดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความสามารถทางกายภาพและสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ การพัฒนาชุดกิจกรรมดังกล่าวได้ผสมผสานแนวคิดหลายอย่าง หนึ่งในนั้นคือ แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ จำนวน 122 คน แนวทางในการชุดกิจกรรมที่ได้นำแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองมาใช้ก็คือ การใช้ตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างและประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพกายและจิตมากระตุ้นการรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่มทดลอง ประกอบกับการให้กำลังใจ การพูดจูงใจจากผู้วิจัยเป็นระยะๆ ระหว่างการทำกิจกรรม ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถทางกายภาพและสุขภาพจิตของกลุ่มเป้าหมายเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ นอกจากนี้ ดู บุษ (Do, Bios, 2002: 386) ได้ศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกายแรง จูงใจของตนเอง (Self – Motivation) และน้ำหนักของร่างกายว่าปัจจัยใดเป็นปัจจัยร่วมทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย แบบแอโรบิกเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ในหญิงที่มีอาชีพต้องทำงานนั่งอยู่กับโต๊ะ จำนวน 58 คน จากการศึกษาพบว่ามีเพียงการรับรู้ความสามารถของตนเองเท่านั้นที่สามารถทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นการรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมออกกำลังกายของบุคคล

6.2 Self – regulation หรือ การกำกับตนเอง

6.2.1 ความหมาย



การกำกับตนเอง (Self regulation) เป็นกระบวนการของบุคคลที่แสดงออกซึ่งความพยายามที่จะสั่งการให้ตัวเองปฏิบัติกิจกรรมบางสิ่ง บางอย่างให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ตามความต้องการ ความพยายามดังกล่าวนี้เป็นการขัดแย้งกับสภาพปกติของบุคคลที่เป็นอยู่ สอดคล้องกับ ชุงค์ และซิมเมอร์แมน (Schunk; & Zimmerman, 1994: 75) กล่าวไว้ว่าการกำกับตนเองคือกระบวนการที่จะปฏิบัติกิจกรรมและสนับสนุนความคิด พฤติกรรม และความรู้สึกเพื่อให้ได้มาซึ่งเป้าหมายของการเรียนรู้ทักษะต่างๆ โดยมีแรงจูงใจ และกระทำด้วยตนเอง เช่นเดียวกับ บอมาสเตอร์ และคณะ (Baumeister, Heathertom; & Tice, 1994: 6) ได้ให้ความหมายของการกำกับตนเองไว้ว่า การกำกับตนเองเป็นความพยายามของบุคคลที่จะเปลี่ยนแปลงการตอบสนองของตนเอง ซึ่งการตอบสนองที่ได้มานี้อาจประกอบด้วย การกระทำความคิด ความรู้สึก ความต้องการ และการปฏิบัติ บุคคลจะตอบสนองสิ่งเร้าด้วยวิธีการที่แน่นอนแต่การกำกับตนเองเป็นการขัดแย้งกับวิธีการตอบสนองปกติ เป็นการตอบสนองเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ พินทริชและดีกรูท (Pintrich; & De-Groot, 1990: 33) กล่าวไว้ว่า การกำกับตนเองในการเรียนหมายถึง การที่ผู้เรียนมีกลวิธีการคิดของตนเองที่จะวางแผน เตือนและปรับความคิดของตนเอง มีการจัดการและควบคุมความพยายามของตนเอง รวมทั้งการใช้กลวิธีทางปัญญา เช่นเดียวกับ ซิมเมอร์แมน (Zimmerman, 1998: 1) กล่าวว่า การกำกับตนเอง (Self - regulation) เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งเป้าหมายสำหรับตนเอง บันทึกพฤติกรรมตนเอง และคิดกลวิธีให้บรรลุเป้าหมายด้วยตนเอง บุคคลจะเป็นผู้ควบคุมกระบวนการนี้ด้วยตนเอง ชุงค์ (Schunk, 1994: 76 - 79) ได้เสนอว่า การกำกับตนเอง (Self-regulation) ประกอบด้วยกระบวนการย่อย 3 กระบวนการ ดังนี้ การสังเกตตนเอง (Self - observation) การตัดสินตนเอง (Self - judgment) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self - reaction)

ตามแนวคิดของ มาสเตอร์ (Master, 1987) อธิบายว่า การกำกับตนเอง เป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการทำให้เกิดการคงอยู่ของพฤติกรรม ทั้งพฤติกรรมที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ เช่น ความคิด ความรู้สึกต่างๆ และพฤติกรรมที่เห็นได้ การกำกับตนเองจะทำให้บุคคลมีความรู้สึกดีกับตนเองที่มีความสามารถ และยังทำให้เกิดการมองโลกในแง่ดีอีกเพราะเชื่อว่าสิ่งต่างๆ เกิดขึ้นเพราะตนเอง ซึ่งเทคนิคการกำกับตนเองเหมาะสำหรับผู้ที่มิสติปัญญาดี จากแนวคิดดังกล่าวอาจสรุปได้ว่าการกำกับตนเอง หมายถึง การแสดงออกถึงการกระทำในสังเกต พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายและวางแผนในการกระทำที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อาจกระทำด้วยการจัดบันทึกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง กระตุ้นเตือนตนเองให้กระทำอย่างต่อเนื่องให้บรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดีตามที่ตนเองได้ตั้งเป้าหมายไว้ อาจประกอบด้วยกลวิธีต่างๆ ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การวางแผน การดำเนินการติดตามผล ทั้งในด้านพฤติกรรม ด้านความรู้ ความเข้าใจ และด้านแรงจูงใจของตนเอง เพื่อให้บรรลุถึงสิ่งที่มุ่งหวังได้ด้วยตนเอง



6.2.2 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ซิมเมอร์แมน (Zimmerman, 1989: 329) ได้อธิบายการกำกับตนเองตามแนวคิดของธอร์เซน และมาโชนี (Thorsen; & Machoney) ว่าการกำกับตนเองเกี่ยวข้องกับอิทธิพลของความแตกต่างของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากสภาพแวดล้อมโดยทันที กับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากสภาพแวดล้อมในภายหลังที่มีต่อพฤติกรรมของมนุษย์ แต่คำนิยามของซิมเมอร์แมน จะเน้นที่นักเรียนจะแสดงพฤติกรรมอย่างไรภายใต้เงื่อนไขการใช้กลวิธีการกำกับตนเองในการเรียนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งสันนิษฐานว่าแรงจูงใจของผู้เรียนจะคงอยู่ถ้ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองเมื่อทำงานที่เฉพาะเจาะจง ดังนั้นการอธิบายการใช้กลวิธีของนักเรียนว่าเป็นการกำกับตนเอง บุคคลจะต้องรู้เป้าหมายทางการเรียน และการรับรู้ความสามารถของผู้เรียนเสียก่อน ยกตัวอย่างเช่นบุคคลไม่สามารถอธิบายได้ว่า การที่นักเรียนออกไปตีพิมพ์ภาพหลังจากอ่านหนังสือหรือทำการบ้านเสร็จ โดยไม่รู้จุดประสงค์ ว่าทำไมเขาจึงใช้กลวิธีนี้ (เช่น เพื่อที่จะสร้างแรงจูงใจให้ตนเอง) และไม่รู้การรับรู้ความสามารถของเขาเมื่อใช้กลวิธีนี้ (เช่นความสามารถในการทำการบ้านได้เสร็จและถูกต้องมากขึ้น)

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

1. กลวิธีกำกับตนเองในการเรียน หมายถึง วิธีการที่นักเรียนใช้กำกับการได้มาซึ่งความรู้หรือทักษะต่างๆของผู้เรียน รวมทั้งวิธีการต่างๆ เช่น การรวบรวม หรือการถ่ายโอนความรู้ การให้รางวัลต่อความสำเร็จ หรือลงโทษต่อความล้มเหลวของตนเอง การค้นคว้าหาความรู้ การท่องจำหรือการใช้เครื่องช่วยจำ

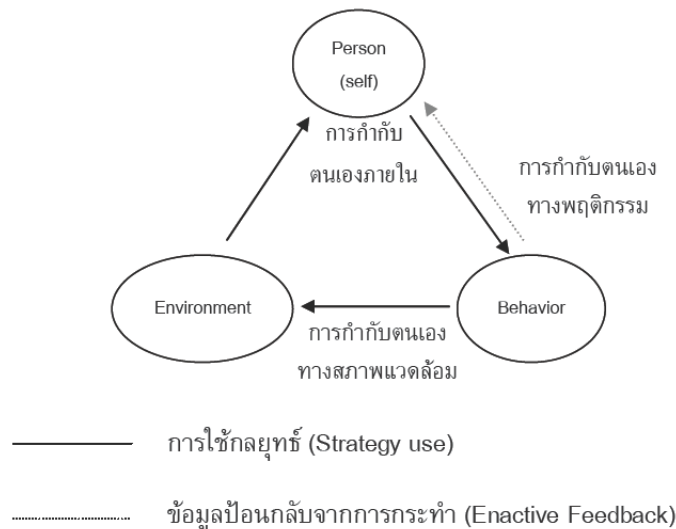
2. การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการ หรือดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

3. เป้าหมายทางการเรียน เช่น เกรด คำนิยามทางสังคม หรือโอกาสในการทำงานหลังจากสำเร็จการศึกษา จะเป็นองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุความสำเร็จ

แบนดูรา (ปณิตา นิรมล, 2546: 13; อ้างอิงจาก Bandura, 1986) ให้ข้อควรระวังว่าแม้ทั้ง 3 องค์ประกอบทำหน้าที่กำหนด ซึ่งกันละกัน ก็ไม่ได้หมายความว่า องค์ประกอบทั้ง 3 นั้นจะมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกัน อิทธิพลทางสภาพแวดล้อมอาจจะมีอิทธิพลมากกว่าองค์ประกอบทางพฤติกรรม หรือองค์ประกอบส่วนบุคคลในทางบริบท เช่น ในโรงเรียนที่มีโครงสร้างหลักสูตรมาก หรือมีข้อจำกัดในการปฏิบัติในห้องเรียน อาจไม่มีความคล่องตัวในการกำกับตนเอง ในทางกลับกัน ในโรงเรียนที่มีกฎเกณฑ์บังคับน้อย องค์ประกอบทางด้านส่วนบุคคล



หรือพฤติกรรมอาจมีผลต่อการกำกับตนเองมากกว่า การกำกับตนเองในการเรียนจะเกิดขึ้นเมื่อนักเรียนสามารถใช้กระบวนการส่วนบุคคลในการที่จะกำกับพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมในการเรียน เช่นเดียวกับ ซิมเมอร์แมน (Zimmerman, 1989: 330) ได้กล่าวไว้คล้ายกับ แบนคูรา ว่าการกำกับตนเองมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุอยู่ 3 ประการ คือ บุคคล สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม การเรียนรู้โดยการกำกับตนเองมิได้เกิดจากกระบวนการภายในเพียงอย่างเดียว แต่ได้รับอิทธิพลจากเหตุการณ์ในสิ่งแวดล้อม และเหตุการณ์ในด้านพฤติกรรมด้วย และขณะเดียวกันปัจจัยด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมต่างก็มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน (Reciprocal) ดังภาพประกอบ



ภาพประกอบ 17 การวิเคราะห์อิทธิพลซึ่งกันและกันระหว่างปัจจัยของการกำกับตนเองด้านบุคคล สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม (Zimmerman, 1989)

ซิมเมอร์แมน (Zimmerman, 1989) กล่าวว่า กลวิธีทั่วไป 3 ประเภท ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการส่วนบุคคล ซึ่งเป็นกลวิธีที่สร้างขึ้นเพื่อควบคุมพฤติกรรม สภาพแวดล้อม หรือกระบวนการภายในได้แก่

1. การกำกับตนเองด้านพฤติกรรม เป็นการเรียนรู้ในอดีตของนักเรียนโดยใช้กลวิธีการประเมินตนเอง (เช่น การตรวจการบ้านคณิตศาสตร์) จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับความถูกต้อง และการตรวจจะต่อเนื่องกันไปจนได้รับข้อมูลป้อนกลับจากการกระทำ ในการอธิบายการกำหนดซึ่งกันและกัน ความเป็นเหตุเป็นผลก็คือ การริเริ่มส่วนบุคคลโดยการสนับสนุนการใช้กลวิธี และการกำกับตนเอง ในการกระทำจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง จะทำให้มีความพยายามที่จะใช้วิธีการกำกับตนเอง เพื่อที่จะให้ได้มาซึ่งความรู้และทักษะในรูปวงจรการให้ข้อมูลป้อนกลับ

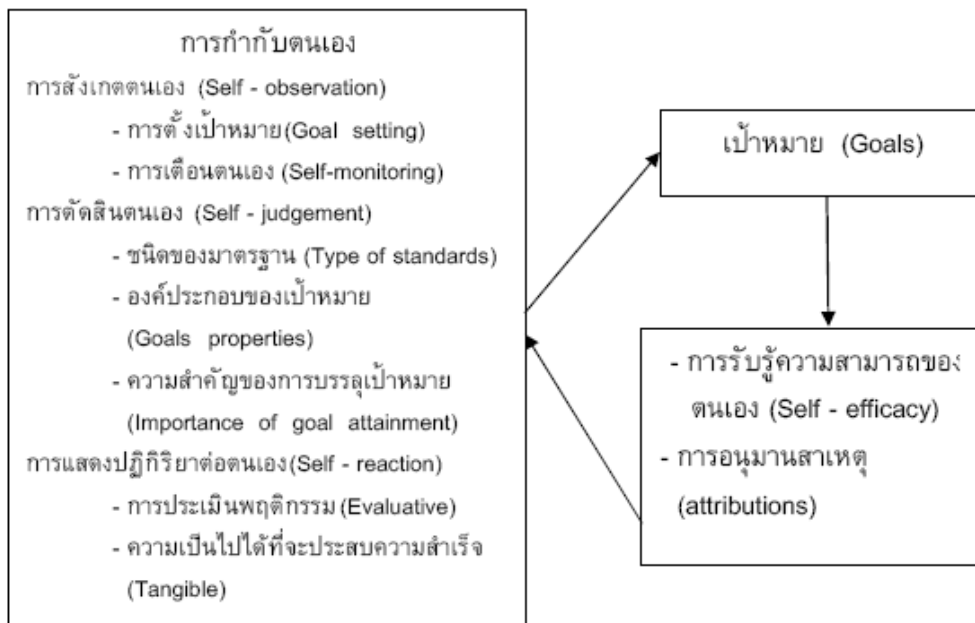
2. การกำกับตนเองด้านสภาพแวดล้อม เป็นการที่นักเรียนจะใช้กลวิธีการจัดกระทำกับสิ่งแวดล้อม (เช่น จัดสถานที่เรียนให้เงียบเพื่อทำการบ้านให้เสร็จ อาจเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบด้านพฤติกรรมเช่น การทำให้ไม่มีเสียงอึกทัก จัดแสงไฟให้เหมาะสม และจัดสถานที่เรียน) การที่จะ



ใช้โครงสร้างทางสภาพแวดล้อมอย่างต่อเนื่องอาจจะขึ้นอยู่กับ การรับรู้ประสิทธิภาพภายใน การช่วย การเรียนรู้ ซึ่งอาจนำไปสู่การกำหนดซึ่งกันและกัน โดยวงจรข้อมูลป้อนกลับทางสภาพแวดล้อม แม้ว่ากลวิธีในการเรียนรู้สามารถที่จะเริ่มจากสภาพแวดล้อม (เช่นการสอน) ตามหลักการนี้ นักเรียน อาจไม่กำกับตนเองนอกจากพวกเขาจะอยู่ภายใต้กระบวนการส่วนบุคคล (เช่นการตั้งเป้าหมาย การรับรู้ความสามารถของตนเอง)

3. การกำกับตนเองภายใน เป็นกระบวนการภายในส่วนบุคคลมีผลกระทบซึ่งกันและกัน เช่นเดียวกัน นักทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคมมีความสนใจเป็นพิเศษต่อผลกระทบของกระบวนการ รู้คิดของตน (Metacognition) ที่มีต่อกระบวนการส่วนบุคคลอื่นๆ เช่นความรู้พื้นฐาน หรือลักษณะ ความรู้สึกนึกคิด เช่น วิธีการขยายเชื่อมโยง (Elaboration) ยกตัวอย่างเช่น กลวิธีเชื่อมโยงในการสร้าง ความสัมพันธ์ระหว่างคำว่า “Pan” ในภาษาสเปน ซึ่งมีความหมายเหมือนกับคำว่า “bread” ใน ภาษาอังกฤษ เช่นประโยค Bread is cooked in pan. จะทำให้นักเรียนสามารถขยายเชื่อมโยงความรู้ โดยอาศัยพื้นฐานภาษาสเปนได้

ซังค์ (Schunk, 1994: 76 - 79) การกำกับตนเอง (Self-regulation) ประกอบด้วย กระบวนการย่อย 3 กระบวนการ ดังนี้ การสังเกตตนเอง (Self - observation) การตัดสินตนเอง (Self - judgement) และ การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self - reaction) สามารถเสนอเป็นแผนภาพ ได้ดัง ภาพประกอบ 18 ดังนี้



ภาพประกอบ 18 กระบวนการย่อยในการกำกับตนเอง (Schunk, 1994).

ภาพประกอบข้างต้น พบว่าการสังเกตตนเอง (Self - observation) การสังเกตตนเอง ประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ประการ ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) หมายถึง การกำหนด



พฤติกรรมเป้าหมายหรือกำหนดเกณฑ์ในการแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลงและ การเตือนตนเอง (Self - monitoring) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลสังเกตและบันทึกพฤติกรรม เป้าหมายที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ตนเองกระทำ ทั้งนี้ในระยะแรกของการกำกับตนเอง (Self - regulation) เป็นระยะของการเลือกเป้าหมายก่อนที่บุคคลจะสามารถกำกับพฤติกรรมของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลจะต้องเลือกเป้าหมายและต้องคิดว่าอะไรที่เขาตั้งใจจะกระทำ การตั้ง เป้าหมายเป็นกระบวนการที่สำคัญ ซึ่งจะมีแปรที่มาเกี่ยวข้องด้วยคือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self - efficacy) การตั้งเป้าหมายต้องเหมาะสมกับระดับความสามารถของบุคคลนั้น จึงจะมีโอกาสบรรลุเป้าหมายได้มาก นอกจากนี้ขณะที่บุคคลกระทำพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ ก็จะต้องมีการเตือนตนเองโดยการบันทึกพฤติกรรมของตนไว้ด้วย

การตัดสินตนเอง (Self - judgment)เป็นการเปรียบเทียบผลที่ได้รับจากการกระทำกับเป้าหมาย การตัดสินตนเอง(Self - judgment) ขึ้นอยู่กับ ชนิดของมาตรฐาน (Type of standards) องค์ประกอบของเป้าหมาย (Goals properties) และความสำคัญของการบรรลุเป้าหมาย (Importance of goal attainment)

การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self - reaction) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ประกอบด้วย การประเมินพฤติกรรม (Evaluative) และความเป็นไปได้ที่จะประสบความสำเร็จ (Tangible) การประเมินเกี่ยวข้องกับความเชื่อของนักเรียนเกี่ยวกับความสำเร็จของตน และความเป็นไปได้ที่จะประสบความสำเร็จ (Tangible) จะมีผลต่อการจูงใจให้เกิดพฤติกรรมการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง เป็นการกำกับพฤติกรรมของตนเองว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไรเมื่อได้รับผลที่กระทำไว้แล้ว และจะแก้ไขพฤติกรรมของตนเองอย่างไรเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เมื่อการกระทำบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ บุคคลก็จะเสริมแรงตนเอง (Self - reinforcement) การเสริมแรงตนเอง (Self - reinforcement) เป็นกระบวนการที่บุคคลกระทำเพื่อ การเพิ่มและคงอยู่ของพฤติกรรม ของตนเอง จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social learning theory) การเสริมแรงทำหน้าที่เป็นตัวจูงใจการใช้เงื่อนไขการให้รางวัลตนเองขึ้นกับระดับของการแสดงออกของแต่ละคน

กระบวนการในการกำกับตนเอง (Processes of self-regulation) พบว่าในกลุ่มนักทฤษฎีปัญญาสังคมกล่าวถึงกระบวนการย่อยในการกำกับตนเอง (Sub process in self-regulation) ประกอบด้วย 3 กระบวนการย่อย ดังต่อไปนี้ แบนดูรา (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550: 54 – 57; อ้างอิงจาก Bandura, 1986)

1. กระบวนการสังเกตตนเอง (Self observation) บุคคลจะไม่มีอิทธิพลใด ๆ ต่อการกระทำของตนเองถ้าเขาไม่สนใจว่าเขากำลังทำอะไรอยู่ ดังนั้นจุดเริ่มต้นสำคัญของการกำกับตนเอง คือ



บุคคลต้องรู้ว่า กำลังทำอะไรอยู่เพราะความสำเร็จของการกำกับตนเองนั้นส่วนหนึ่งมาจากความชัดเจน ความสม่ำเสมอ และความแม่นยำของการสังเกตและบันทึกตนเอง ในกระบวนการสังเกตนั้นแบบคูรา ได้เสนอว่า ควรมิต่าง ๆ ในการพิจารณาอยู่ด้วยกัน 4 ด้าน คือ ด้านการกระทำ ซึ่งผู้สังเกตตัวเอง ควรจะตัดสินใจว่าควรสังเกตตนเอง ในมิติใดของการกระทำของตนซึ่งมิติต่างๆของพฤติกรรมที่ควรพิจารณาทำการสังเกตได้แก่ มิติด้านคุณภาพ อัตราความเร็วปริมาณ ความริเริ่มความสามารถในการเข้าสังคม จริยธรรมและการเบี่ยงเบน ทั้งนี้การที่จะเลือกสังเกตที่ มิติใดของพฤติกรรมนั้นขึ้นอยู่กับเป้าหมายของผู้สังเกต และลักษณะของพฤติกรรมเป็นหลัก เช่น ถ้าต้องการสังเกตการวิ่งของนักกีฬา ก็คงต้องทำการสังเกตในมิติของความเร็ว หรือถ้าจะสังเกตว่า หลังการฝึกทักษะทางสังคมแล้ว การปฏิสัมพันธ์กับสังคมเป็นเช่นใด ก็อาจสังเกตในมิติของความสามารถในการเข้าสังคม เป็นต้น นอกจากด้านของการกระทำแล้ว ยังมีด้านของความสม่ำเสมอ ความใกล้เคียง และความถูกต้องอีกด้วย

การสังเกตตัวเองนั้นทำหน้าที่อย่างน้อยที่สุด 2 ประการ คือเป็นตัวให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการกำหนดมาตรฐานของการกระทำ ที่มีความเป็นไปได้จริง และประเมินความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่กระทำอยู่ แต่การที่คนเราจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่ก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆอย่าง อย่างเช่นการวินิจฉัยตนเองซึ่งมักจะพบว่าคนเราไม่ค่อยจะตระหนักกับสิ่งที่ตนเองกระทำเป็นนิสัย การสังเกตตนเองจะทำให้บุคคลสามารถวินิจฉัยได้ว่าในเงื่อนไขใด ควรทำพฤติกรรมใด การวินิจฉัยตนเองนั้นจะนำไปสู่การตัดสินใจว่าพฤติกรรมใดควรจะเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้การจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่ ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านการจูงใจตนเองเนื่องจากพบว่าบางครั้งการสังเกตตนเองก็นำไปสู่การเพิ่มของพฤติกรรม การลดพฤติกรรมและบางครั้งก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นเลย ดังนั้นก็น่าจะขึ้นอยู่กับปัจจัยของตนเองด้วย ซึ่งแบบคูรา กล่าวว่า การที่คนเราจะเกิดแรงจูงใจของตนเองนั้นน่าจะขึ้นอยู่กับปัจจัยดังภาพประกอบ 19



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

ภาพประกอบ 19 กระบวนการกำกับตนเองตามแนวทางทฤษฎีปัญญาสังคม (สม โภชน์ เอี่ยมสุภายิต, 2550)

1.1 ช่วงเวลาระหว่างการเกิดพฤติกรรมและการบันทึกพฤติกรรมตนเองแบบดูรา พบว่า ถ้าช่วงเวลาระหว่างการเกิดพฤติกรรม และการบันทึกพฤติกรรมนั้นสั้น ก็ย่อมจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมได้ดีขึ้น การที่คนเราให้ความสนใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับการกระทำอย่างทันทีทันใดก็จะทำให้เกิดความรู้สึกต่างๆ ซึ่งอาจจะเป็นความรู้สึกพอใจหรือไม่พอใจก็จะส่งผลให้คนเรตัดสินใจว่าควรที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองหรือไม่ อย่างเช่นความต้องการลดความอ้วน การบันทึกจำนวนแคลอรีของอาหารที่รับประทานแต่ละมื้ออย่างทันทีทันใด จะส่งผลทำให้พฤติกรรมรับประทานอาหารอย่างระมัดระวังเกิดขึ้นได้ดีกว่าบันทึกในตอนก่อนนอนของแต่ละวัน

1.2 การให้ข้อมูลป้อนกลับ ข้อมูลป้อนกลับนี้จากการสังเกตตนเอง ซึ่งข้อมูลป้อนกลับที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้น ควรจะเป็นข้อมูลป้อนกลับที่มีความชัดเจนว่าพฤติกรรมเป้าหมายนั้นได้ก้าวหน้าไปแค่ไหนแล้ว เพราะถ้าข้อมูลป้อนกลับนั้นคลุมเครือก็ย่อมจะไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม



1.3 ระดับของแรงจูงใจ คนที่มีแรงจูงใจสูงก็จะมีแนวโน้มที่จะตั้งพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเองและประเมินความก้าวหน้าดังกล่าวด้วยตนเอง ก็จะทำให้การสังเกตตนเองมีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมของบุคคลมากกว่าการที่บุคคลขาดแรงจูงใจในการพัฒนาตนเอง

1.4 คุณค่าของพฤติกรรมที่สังเกต แน่นอนถ้าพฤติกรรมที่สังเกตนั้นมีคุณค่ามาก ปฏิบัติการตอบสนองย่อมสูง เมื่อได้เห็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกตตนเอง จึงจะนำไปสู่การตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ถ้าพฤติกรรมนั้นไม่มีคุณค่าบุคคลก็ย่อมจะไม่สนใจมากนักต่อการพัฒนาพฤติกรรมดังกล่าว

1.5 การเน้นความสำเร็จหรือความล้มเหลว พฤติกรรมและการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองจะเปลี่ยนแปลง ถ้าการเปลี่ยนแปลงนั้นนำไปสู่การได้รับรางวัล การเน้นการสังเกตความสำเร็จของการแสดงพฤติกรรม จะทำให้เกิดการเพิ่มพฤติกรรมที่ปรารถนามากกว่าการจะไปสังเกตความล้มเหลวของการแสดงพฤติกรรม

1.6 ระดับความสามารถในการควบคุม พฤติกรรมที่สังเกตนั้น ถ้าบุคคลรับรู้ว่ายู่ในความสามารถที่จะควบคุมได้ ก็จะมีโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงได้ดีกว่าพฤติกรรมที่บุคคลมีความรู้สึกว่าไม่สามารถจะควบคุมได้

2. กระบวนการการตัดสินใจ (Judgment process) ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตตนเองจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองไม่มากนักถ้าปราศจากการตัดสินใจและข้อมูลดังกล่าวเป็นที่พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ โดยอาศัยมาตรฐานส่วนบุคคลที่ได้มาจากการถูกสอนโดยตรง การประเมินปฏิบัติการตอบสนองของสังคมต่อพฤติกรรมนั้น ๆ และจากการสังเกตตัวเอง แบบดูราวให้ความสำคัญอย่างมากต่อการถ่ายทอดมาตรฐานจากกระบวนการของตัวแบบนอกจากการตัดสินใจที่ต้องอาศัยมาตรฐานส่วนบุคคลแล้ว ปัจจัยอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจ คือ การเปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิงทางสังคมที่ประกอบด้วย การเปรียบเทียบกับบรรทัดฐานของสังคม การเปรียบเทียบทางสังคม การเปรียบเทียบกับตนเองและการเปรียบเทียบกับกลุ่มกระบวนการตัดสินใจ จะไม่ส่งผลใดๆ ต่อบุคคล ถ้าพฤติกรรมที่ตัดสินใจนั้นยังไม่มีคุณค่าพอแก่ความสนใจของบุคคล แต่ถ้าพฤติกรรมนั้นมีคุณค่าการประเมินตนเอง ก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลทันที แต่อย่างไรก็ตาม การที่บุคคลจะสนองตอบอย่างไรต่อกระบวนการตัดสินใจนั้น ก็ย่อมขึ้นอยู่กับการอนุมานสาเหตุในการกระทำ บุคคลจะรู้สึกภูมิใจ ถ้าการประเมินความสำเร็จของการกระทำมาจากความสามารถและการกระทำของเขา และจะรู้สึกไม่พึงพอใจเท่าใดนัก ถ้าการกระทำนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอก

3. ปฏิกริยาต่อตนเอง (Self-reaction) การพัฒนามาตรฐานในการประเมินและทักษะในการตัดสินใจนั้น จะนำไปสู่ปฏิกริยาต่อตนเอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจในการที่จะนำไปสู่ทางบวกทั้งในแง่ของผลที่ได้ เป็นสิ่งของที่จับต้องได้ หรือในแง่ของความพึงพอใจในตนเอง ส่วนมาตรฐานภายใน



บุคคลก็จะทำหน้าที่เป็นตัวเกณฑ์ที่จะทำให้บุคคลคงระดับการแสดงออก อีกทั้งเป็นตัวจูงใจให้บุคคลกระทำพฤติกรรมไปสู่มาตรฐานดังกล่าวด้วยจากที่กล่าวมา จะสรุปได้ว่า กระบวนการกำกับตนเอง เป็นกระบวนการส่วนบุคคลที่นักเรียนจะต้องมีการดำเนินการด้วยตนเอง ตั้งแต่ขั้นตอนแรก คือ การสังเกตตนเอง ถึงสิ่งที่ตนเองกำลังกระทำอยู่ การตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองกำลังกระทำอยู่ว่าเป็นไปในทิศทางใด และได้มาตรฐานตามที่ตั้งใจไว้หรือไม่ ควรเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดบ้าง และกระบวนการสุดท้ายคือปฏิบัติต่อตนเอง คือการประเมินพฤติกรรมของตนเอง ว่ามีความพอใจต่อพฤติกรรมของตนเองหรือไม่ ซึ่งจะส่งผลต่อการคงระดับของการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ

สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมตนเองนั้นพบว่า (Zimmerman, 1998: 329-339) สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการกำกับตนเองมี 3 ด้าน คือ

1. อิทธิพลส่วนบุคคล (Personal Influence) ประกอบด้วยการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ซึ่งขึ้นอยู่กับ อิทธิพลส่วนบุคคล เช่น ความรู้เกี่ยวกับสิ่งที่กำลังทำการกำกับตนเอง อาจจะรู้เกี่ยวกับผลดี ผลเสียที่กำลังจะเกิดขึ้นหากไม่ยอมทำการกำกับตนเองหรือปล่อยให้ไป ตามสภาพแวดล้อม

2. กระบวนการรู้คิดของตนเอง การใช้กลวิธีการกำกับตนเอง ไม่เพียงขึ้นอยู่กับความรู้ในแต่ละกลวิธี แต่ยังขึ้นอยู่กับกระบวนการรู้คิดของตนเอง และผลกรรมที่ได้รับจากการปฏิบัติ ในระดับทั่วไปของการกำกับตนเอง การวิเคราะห์งานหรือการวางแผน (Planning) ได้ถูกเสนอขึ้นมาเพื่ออธิบายกระบวนการตัดสินใจสำหรับเลือกกลวิธีการกำกับตนเอง การวางแผนเกิดขึ้นบนพื้นฐานของงาน สภาพแวดล้อม ความรู้เชิงเนื้อหา ความรู้ในการกำกับตนเอง เป้าหมายการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึก และผลกรรมในระดับเฉพาะเจาะจงของการกำกับตนเอง กระบวนการควบคุมพฤติกรรม (Behavior Control) นำมาซึ่งความสนใจ การกระทำ ความคงทน และการควบคุมการตอบสนองต่อกลวิธี และที่ไม่ใช่กลวิธี ในสภาพแวดล้อมที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้กำกับตนเอง กลวิธีการวางแผนจะนำไปสู่ความพยายาม การควบคุม การเรียนรู้และจะมีผลซึ่งกันและกัน โดยข้อมูลป้อนกลับจากความพยายามเหล่านั้น

3. ความรู้สึก มีอิทธิพลต่อการกำกับตนเอง เช่นมีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าความวิตกกังวลจะไปขัดขวางกระบวนการรู้คิดของตนเอง โดยเฉพาะกระบวนการควบคุมพฤติกรรม (Kuhl, 1982; citing Zimmerman, 1989) ได้พัฒนามาตรวัดการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งก็คือความสามารถของบุคคล จะทำให้เกิดการกระทำที่ตั้งใจให้เกิดขึ้น มาตรวัดการประเมินค่าตนเองสร้างขึ้นมาเพื่อประเมินการกำหนดการใช้กระบวนการด้านแรงจูงใจอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อที่จะป้องกันกระบวนการที่ตั้งใจจากภาวะภายใน

นอกจากนี้ แบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่าปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการกำกับตนเองดังนี้



1. ประโยชน์ส่วนตัว (Personal benefits) เมื่อใดที่บุคคลมีการกำกับตนเอง แล้วจะได้รับประโยชน์ต่อตัวเอง เขาจะยึดมั่นต่อการกำกับตนเอง จึงทำให้การกำกับตนเองคงอยู่ได้
 2. รางวัลทางสังคม (Social reward) เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมกำกับตนเองแล้วบุคคลในสังคมให้การยกย่อง สรรเสริญ ให้การยอมรับ หรือให้รางวัลทางสังคมเหล่านี้ จะมีส่วนช่วยให้กระบวนการกำกับตนเองคงอยู่ได้
 3. การสนับสนุนจากตัวแบบ (Modeling supports) บุคคลที่มีมาตรฐานในการกำกับตนเอง เช่น การพูดไพเราะ หากได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คนอื่น ๆ รอบด้านล้วนแต่มีการพูดจาไพเราะด้วยกัน คนที่พูดจาไพเราะเหล่านี้ล้วนมีส่วนช่วยเป็นต้นแบบที่จะสนับสนุนซึ่งกันและกัน
 4. ปรักิิริยาทางลบจากผู้อื่น (Negative sanction) บุคคลที่พัฒนามาตรฐานในการกำกับตนเองขึ้นมาแล้ว หากภายหลังให้รางวัลกับตนเอง ต่อพฤติกรรมที่ต่ำกว่ามาตรฐาน ก็จะทำให้บุคคลในสังคมแสดงปรักิิริยาทางลบต่อตัวเอง จะส่งผลให้บุคคลย้อนกลับไปใช้มาตรฐานเดิมของเขาอีก
 5. การสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อม (Contextual punishment) บุคคลที่อยู่ในสภาพแวดล้อมซึ่งในอดีตเคยส่งเสริมให้เขากำกับตนเองในระดับหนึ่ง ย่อมมีโอกาสกำกับตนเองด้วยมาตรฐานนั้นอีก บุคคลเช่นนี้มีแนวโน้มจะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่มีอิทธิพลที่ทำให้ตนต้องลดมาตรฐานลงไป
 6. การลงโทษตนเอง (Self – inflicted punishment) เป็นหนทางที่จะช่วยให้บุคคล ลดความไม่สบายใจเมื่อกระทำผิดมาตรฐานของตนเอง และในหลาย ๆ กรณีจะเป็นการลดปรักิิริยาทางลบจากผู้อื่นได้ การลงโทษตนเองนั้นบางครั้งก็เป็นการกระทำที่ได้รับการชมเชยจากผู้อื่น
- แบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่าโครงสร้างของสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ (Structure of the Learning Context) เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการกำกับตนเองในการเรียน การเรียนรู้ของมนุษย์จะยังคงอยู่ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมทางสังคม การเปลี่ยนงานเพื่อเพิ่มระดับความยากหรือการเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางการศึกษาจากที่ที่มีเสียงดัง ไปสู่ที่เงียบจะมีอิทธิพลต่อการกำกับตนเองในการเรียน มีงานวิจัยที่พบว่าการตัดสินใจความรู้ความสามารถนักเรียนมีผลทางตรงจากความยากของงานที่ทำอิทธิพลด้านสภาพแวดล้อมที่อธิบายข้างต้น ทำให้เห็นว่ามีผลกระทบซึ่งกันและกันกับอิทธิพลส่วนบุคคล จะไปกำกับพฤติกรรม เมื่อผู้เรียนมีการกำกับตนเองอิทธิพลด้านส่วนบุคคล และอิทธิพลด้านพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ นักเรียนที่มีการกำกับตนเองจะเข้าใจผลกระทบของสภาพแวดล้อมที่มีต่อตนเองระหว่างการได้มาซึ่งความรู้ และรู้ว่าจะพัฒนา สภาพแวดล้อมโดยใช้กลวิธีต่างๆ ซิมเมอร์แมน และมาร์ตินเนซ-พอนส์ (Zimmerman; & Martinez – Pons, 1986, 1988) พบว่านักเรียนที่กำกับตนเองจะใช้กลวิธีจัดสภาพแวดล้อมการขอความช่วยเหลือทางสังคมของครู การค้นหาข้อมูลจากห้องสมุด การทบทวนข้อมูล เพราะว่าอิทธิพลด้านสภาพแวดล้อม อิทธิพลส่วนบุคคล และอิทธิพลด้านสังคมจะส่งผลซึ่งกันและกัน เราสามารถสอน หรือชี้แนะให้นักเรียนเป็นผู้กำกับตนเองโดยใช้กลวิธีอย่างมีประสิทธิภาพ และโดยการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง



นักเรียนที่ใช้กลวิธีการกำกับตนเองในการเรียนจะทำให้เขาเพิ่มการควบคุมด้านส่วนบุคคล พฤติกรรม และสภาพแวดล้อม

6.2.3 การวัดการกำกับตนเอง

การตรวจสอบแนวคิดเกี่ยวกับการวัดการกำกับตนเอง พบว่ามีนักวิชาการได้พัฒนาแบบวัด กระบวนการวัด และหลักการสำคัญไว้จำนวนหนึ่ง ดังเช่น งานวิจัยในประเทศไทยที่ได้ทำการวัดการกำกับตนเองในด้านพฤติกรรมสุขภาพ ในงานวิจัยของ จินตนา มะโนน้อม (2552) ได้ทำการวัดการกำกับตนเองด้วยการแบบสังเกต โดยให้ผู้ตอบได้รายงานตามสภาพความเป็นจริงในตัวชี้วัดที่ต้องการวัด เช่น

| เป้าหมายการ ออกกำลังกายด้วยยางยืด | สัปดาห์ที่ 1 | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|
| |  | 1.การบริหารกลุ่มกล้ามเนื้อทั่วปี จำนวน 15 ครั้ง ในแต่ละท่า จำนวน 2 รอบ | | | |
| 1.การบริหารกลุ่มกล้ามเนื้อเฉพาะส่วน จำนวน 15 ครั้งใน แต่ละท่า จำนวน 2 รอบ | | | | | |
| | 3.ระยะเวลาในการออกกำลังกาย 30 นาที | | | | |
| | วันที่ | วันที่ | วันที่ | วันที่ | วันที่ |
| | | | | | |
| 1.ชีพจรขณะพัก | | | | | |
| 2.ระยะเวลาในการออกกำลังกาย (นาที) | | | | | |
| 3.การบริหารกลุ่มกล้ามเนื้อทั่วปี | | | | | |
| จำนวนครั้ง | | | | | |
| จำนวนรอบที่ทำ | | | | | |

นอกจากนี้พบว่า มวกร ชรรมาวิริทธิ์ (2549) สงกรานต์ กลั่นดั่ง (2548) และ ซึ่งได้ทำการวัดการกำกับตนเองด้วยแบบสอบถามแบบมาตรฐานประมาณค่าเหมือนกัน มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับมากกว่า .70 ทุกฉบับ ลักษณะของข้อคำถาม เช่น “ฉันสามารถที่จะนำตัวเองให้หลีกเลี่ยงจากอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเองได้” และ “ฉันออกกำลังกายได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้” นอกจากนี้ในงานวิจัยต่างประเทศพบว่า โชว ฮียูน (Cho-Hee Yoon, 2009) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการคิดด้านวิทยาศาสตร์ของนักเรียนที่มีพรสวรรค์ทางด้านวิทยาศาสตร์จากโรงเรียนมัธยมต้นในประเทศเกาหลี ตัวแปรเชิงสาเหตุหนึ่งที่ทำการศึกษาคือ การกำกับตนเองในการเรียนรู้ การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการวัดการกำกับตนเองในการเรียนรู้ด้วยแบบสอบถามแบบมาตรฐานประมาณค่า 7 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .78 ลักษณะของข้อคำถาม เช่น ฉันสามารถอ่านหนังสือเล่มเดียวได้จนเกิดความเข้าใจ นอกจากนี้ยังได้ทำการวิเคราะห์เส้นอิทธิพลของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีต่อการคิดด้านวิทยาศาสตร์ ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis)



ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรการเรียนรู้แบบกำกับตนเองส่งผลต่อการคิดด้านวิทยาศาสตร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบว่า มอลพาส (Malpass, 1999) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการกำกับตนเอง การกำหนดเป้าหมาย การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความวิตกกังวลกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนคณิตศาสตร์ ซึ่งการศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยม จำนวน 144 คน ในการวัดการกำกับตนเองนั้น ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .89 เช่นเดียวกับ ฟินทริช โรวเซอร์ และดีกรูท (Pintrich Roeser; & De-Groot, 1994) ที่ได้ทำการวัดการกำกับตนเองด้านการเรียนรู้ ของนักเรียนวัยรุ่นตอนต้น (เกรด 7) ที่มาจากโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นใน Midwest จำนวน 100 คน มีอายุเฉลี่ย 12.3 ปี โดยทำการวัดด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .88 มีลักษณะของข้อคำถาม เช่น “ฉันตรวจสอบงานของฉันเพื่อให้แน่ใจว่าทำได้ถูกต้องหรือไม่” และ “ฉันจดบันทึกสรุปเนื้อหาที่อ่านเพิ่มเติม ในแบบที่ฉันเข้าใจง่ายเพื่อเก็บไว้อ่านทบทวนบทเรียนก่อนสอบ” งานวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การวัดการกำกับตนเอง สามารถที่จะทำการวัดได้ด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับได้ และการวิจัยครั้งนี้ก็ได้ทำการวัดด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับเช่นเดียวกัน

6.2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำกับตนเอง

มีการนำแนวคิดเกี่ยวกับการกำกับตนเอง (Regulation) มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยเชิงทดลองเพื่อนำมาพัฒนาชุดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ ในทิศทางที่ดีขึ้น รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดทางด้านชีวเคมีไปในทิศทางที่ดีขึ้น ดังเช่นในงานวิจัยของ มวกร ธรรมาวิริทธิ์ (2549) ได้ทำการศึกษาผลของการเดินเร็วที่มีต่อการลดระดับโคเลสเตอรอลรวม และแอลดีแอล และการเพิ่มเอชดีแอล โคเลสเตอรอลในเลือด โดยใช้คู่มือการกำกับตนเองในการเดินเร็ว ซึ่งเนื้อหาของโปรแกรมการทดลองคือ คู่มือการกำกับตนเองในการเดินเร็ว นั้น เนื้อหาประกอบด้วยระยะเวลา ชีพจรก่อนเดิน ขณะเดิน หลังการเดิน จำนวนครั้งในการเดินแต่ละสัปดาห์ และบันทึกความรู้สึกและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกาย และประเมินผลจากสิ่งที่บันทึก ซึ่งตัวเลขในแบบบันทึกจะเป็นตัวกระตุ้นพฤติกรรมอย่างหนึ่ง เพราะว่าตัวเลขที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้จะมีส่วนทำให้ผู้ทำการบันทึกเกิดความรู้สึกไม่ดีกับตนเองส่งผลทำให้เกิดความพยายามที่จะทำให้สำเร็จ สำหรับผู้ที่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายนั้นจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีกำลังใจที่จะปฏิบัติต่อไปหรือนำหนักที่คงที่หรือค่อยๆ ลดลงในแต่ละสัปดาห์ ก็จะเป็นแรงเสริมในการเดินเร็วอย่างหนึ่งด้วย ส่วนการบันทึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจในแต่ละครั้ง ก็จะทำให้กลุ่มตัวอย่างได้เกิดการทบทวนและเปรียบเทียบผลดีผลเสียที่เกิดขึ้น ทั้งนี้หลังจากที่เสร็จสิ้นโปรแกรม 8 สัปดาห์ ดังกล่าวแล้ว พบว่า หลังจากใช้โปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อการเดินเร็วใน



กลุ่มทดลอง ระดับโคเลสเตอรอลรวม และแอลดีแอล-โคเลสเตอรอลในเลือดลดลง และระดับเอชดีแอล-คอเลสเตอรอลเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการใช้เทคนิคการกำกับตนเอง โดยการให้กลุ่มเป้าหมายทำการบันทึกสุขภาพของตนเองสามารถที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในทิศทางที่ดีขึ้นได้ เพราะทำให้ผู้ที่ทำการบันทึกเห็นถึงผลของการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนเกิดการตระหนักในความสำคัญของสุขภาพได้ เช่นเดียวกับ สงกรานต์ กลั่นด้วง (2548) ที่ได้วิจัยโดยการประยุกต์ใช้เทคนิค The “Take PRIDE” Program ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ชุดกิจกรรมดังกล่าวได้ประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเองเข้ามาใช้โดยใช้เทคนิคการบันทึกสมุดสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การบันทึกเกี่ยวกับการกิน การออกกำลังกาย และการควบคุมสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตลอดจนมีการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย เน้นการจัดกิจกรรมมากกว่าการบรรยาย เวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมมีความยืดหยุ่นได้มากพอสมควร แต่มีการกำหนดเวลาสิ้นสุดของกิจกรรมเพื่อไม่ให้ผู้เข้าร่วมรู้สึกเกิดความเบื่อหน่าย มีการให้คำชมเชยจากเจ้าหน้าที่ มีการเพิ่มเป้าหมายด้วยของรางวัลหรือการประกาศให้คนอื่น ๆ ได้รับทราบถึงความสำเร็จของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ ผลการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการกำกับตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ จินตนา มะโนน้อม (2552) ที่ได้ทำการศึกษาถึงผลของการกำกับตนเองโดยการออกกำลังกายด้วยยางยืดและการควบคุมอาหารที่มีต่อการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน อำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด โดยชุดกิจกรรมดังกล่าวได้นำแนวคิดการกำกับตนเองเข้ามาใช้ โดยมี 3 ขั้นตอนสำคัญได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้แนะนำตัวและร่วมกันทำกิจกรรมสัมพันธ์ ขั้นตอนที่ 2 ระยะเวลาดำเนินการ โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน การสร้างความมั่นใจในตนเอง ร่วมกันสรุปปัญหาของตนเองและกลุ่ม กระบวนการกำกับตนเองเริ่มต้นจาก การเตือนตนเองโดยให้กลุ่มได้วิเคราะห์ปัญหาและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การออกกำลังกายด้วยยางยืด ทำการประเมินผลจากการกำกับตนเอง การเสริมแรงด้วยการชมเชยจากผู้วิจัย และขั้นตอนที่ 3 การปิดกลุ่ม โดยให้หัวหน้ากลุ่มเป็นผู้สรุปผลที่เกิดขึ้นและถอดบทเรียนที่ได้รับร่วมกัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยยางยืด และมีพฤติกรรมควบคุมอาหารดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีน้ำหนักตัว ระดับเปอร์เซ็นต์ไขมัน และรอบเอวน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศก็พบเช่นเดียวกันว่า มีการนำแนวคิดการกำกับตนเองมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น จาคิก (Jakici, 2003) ได้ทำการศึกษาเรื่องการ



ออกกั๊งกายเพื่อศึกษาโรคอ้วน ผลการศึกษาพบว่า การออกกั๊งกายเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการควบคุมน้ำหนักซึ่งอาจจะมากกว่าการเลือกรับประทานอาหาร เพราะว่า การออกกั๊งกายจะมีประสิทธิภาพในการควบคุมน้ำหนัก เมื่อควบคุมพลังงานจากสารอาหารที่รับประทานเข้าไปด้วย ในการวิจัยดังกล่าว ได้ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ประยุกต์มาจากแนวคิดการกั๊งกับตนเอง โดยให้แพทย์ทำการกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่มีโรคอ้วนให้เริ่มออกกั๊งกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ (วันละ 30 นาที ใน 5 วัน ต่อสัปดาห์) โดยที่แพทย์จะเป็นส่วนหนึ่งในการกั๊งกับพฤติกรรมด้วยการโทรศัพท์ไปสอบถามถึงการออกกั๊งกายของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบกับการให้ทำบันทึกสุขภาพเพื่อเป็นการเตือนตนเอง มีการเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินตามสภาพจริง ทั้งนี้เป็นเพราะว่าการออกกั๊งกายในระดับนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้จากภายนอก ผลการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมน้ำหนักได้ และสามารถควบคุมน้ำหนักในระยะยาวต่อไปด้วยการออกกั๊งกาย 300 นาทีต่อสัปดาห์ (วันละ 60 นาที ใน 5 วันต่อสัปดาห์) ผลการทดลองดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการการควบคุมตนเองทั้งจากภายในและภายนอกสามารถที่จะทำให้นักคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ และความสำเร็จที่ได้รับทราบนั้นจะเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้เกิดการเพิ่มพฤติกรรม

6.3 Self-care หรือ การดูแลตัวเอง

6.3.1 ความหมาย

การดูแลตนเองเป็นแนวคิดสำคัญทางด้านสุขภาพหนึ่งที่ใช้ในการอธิบายถึงพฤติกรรมของปัจเจกในการตรวจสอบ ดูแลสุขภาพของตนเองให้อยู่ในภาวะที่เหมาะสม ทั้งนี้พบว่า นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายที่แตกต่างกันออกไป เลวิน (Gantz, 1990; citing Levin, 1976) ให้มุมมองของการดูแลตนเองว่าเป็นกระบวนการในการทำหน้าที่ของบุคคลนั้นๆ เกี่ยวกับสุขภาพ และบุคคลจะได้ประโยชน์จากการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค และการรักษา การดูแลตนเองถือเป็นความสมัครใจเป็นข้อจำกัดของตนเอง ไม่มีการบังคับเป็นความหลากหลายของพฤติกรรม เกี่ยวพันอย่างต่อเนื่อง หรืออาจเฉพาะช่วงเวลาหนึ่งๆ และเป็นกระบวนการตัดสินใจที่เกี่ยวกับการได้สังเกตตัวเอง การตระหนักในอาการและอาการแสดง การพิจารณาถึงความรุนแรง รวมถึงการมีทางเลือกและการประเมินแนวทางการรักษา โดยในมุมมองของดังกล่าว เห็นว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำเฉพาะบุคคล โดยใช้ความสามารถและการตัดสินใจของตนเองเพื่อบรรลุถึงภาวะสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดของ โรมเดอร์ (Health Canada, 2004; citing Romeder et al., 1990) โดยเน้นที่เป็นการตัดสินใจและการกระทำโดยตัวบุคคลที่มีความสนใจในสุขภาพของตนเอง เป็นวิธีแรกของบุคคลในการแก้ปัญหาสุขภาพ และการดูแลตนเองถือเป็นหนึ่งในกลยุทธ์ของการเข้าถึงภาวะสุขภาพที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง บุคคลมีแหล่งประโยชน์สำหรับการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและการแก้ไขปัญหาของตนเอง 5 แหล่งด้วยกัน คือ ตัวบุคคล สมาชิกในครอบครัวหรือ



เพื่อน บุคลากรทางด้านสุขภาพ ข้อมูลข่าวสารต่างๆ และ สิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับ แนวคิดของ นอร์ริส (Norris, 1979) ที่ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้บุคคลและครอบครัว ได้รับการริเริ่ม มีความรับผิดชอบ รวมทั้งได้รับประโยชน์จากการทำหน้าที่ในขณะที่กำลังพัฒนา ความสามารถทางด้านสุขภาพ มุมมองของนอร์ริส อาจสรุปได้ว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำ ร่วมกันระหว่างบุคคลและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

โอเร็ม (Orem, 1995) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่มีการ พึ่งตนเอง เป็นความสามารถที่มาจากประสบการณ์เกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อมและการถ่ายทอด ความคิดต่อๆ กันมา เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของบุคคลเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และ ความ เป็นอยู่ที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับ เพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติ กิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่มและกระทำในแนวทางของตนเองเพื่อดำรงชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความ เป็นอยู่อันดีของตนไว้ มีแบบแผนและเป้าหมายตลอดจนความต่อเนื่อง และเมื่อใดที่ดูแลตนเองอย่าง ถูกต้องครบถ้วนก็จะทำให้การดูแลตนเองมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดิล, บราวน์ แคมบรอน และรา โคฟสกี (Dill, Brown, Ciambrone & Rakowski, 1995) ได้ทำการศึกษาวิจัยโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุเกี่ยวกับทัศนคติและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุแสดงความ คิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองว่าหมายถึง ปฏิบัติการตอบสนองต่ออาการแสดงออกทางร่างกาย โดยอาศัยประสบการณ์ที่สะสมมาตลอดชีวิตของตน มีการสังเกตอาการแสดงออกของร่างกาย จากนั้นจึงมีการตีความหมายของอาการแสดง และมีการแสวงหาการรักษาทั้งทางวิทยาศาสตร์ สุขภาพและสังคมจิตวิทยา ทั้งนี้มีผู้สูงอายุได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า การตระหนักถึง การเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุร่วมกับประสบการณ์ในการใช้ชีวิตที่ผ่านมา จึงเกิดพฤติกรรมที่แสดง ให้เห็นถึงความเอาใจใส่ตนเอง (Berman; & Iris, 1998)ขณะที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1988) ให้ความหมายของการดูแลตนเองในภาพที่กว้างขึ้น โดยครอบคลุมทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชน กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน ภายใต้เป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน โรคควบคุมอาการเจ็บป่วย และฟื้นฟูสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้เป็นผลมาจากการได้รับความรู้รายงานการศึกษาเรื่องวิถีชีวิตและการดูแล ตนเองของผู้สูงอายุในชนบทแห่งหนึ่งในเขตภาคใต้ ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ ต้องการสะท้อนมุมมองของผู้สูงอายุต่อการดูแลตนเองและการดำเนินชีวิตในชุมชนพบว่าผู้สูงอายุ ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเอง คือ เป็นการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงเพื่อให้สามารถทำงานได้ และไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ชนิษฐา นาคะ, 2542)

แนวคิดดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดก็ได้ ตามที่บุคคลได้เริ่มปฏิบัติด้วยตนเอง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อดำรงรักษาชีวิต ภาวะความมีสุขภาพและ ความเป็นอยู่ที่ดีของตน เป็นการกระทำอย่างมีแบบแผน เป็นขั้นตอน มีความต่อเนื่อง และเมื่อมีการ



กระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้ร่างกาย จิตใจและพัฒนาคำเนินชีวิตของบุคคลนั้นไปถึงเป้าหมายของแต่ละบุคคล

6.3.2 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การตรวจสอบเอกสารพบว่า แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ได้มีนักวิชาการในสายงานการพยาบาลได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ในเชิงพฤติกรรม ดังเช่น โอเร็ม (Orem, 1991) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองว่า เป็นพฤติกรรมที่มุ่งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action and goal oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ พอจะสรุปได้ดังนี้ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ และระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ และจำแนกพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมี 3 ลักษณะ คือ

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

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

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



สำหรับนักวิชาการของไทย ได้ศึกษาเสนอแนวคิดในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2523: 10-14) โดยกล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำโดยจงใจมีเป้าหมายมีระบบระเบียบ ขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการ ไปถึงจุดสูงสุดของแต่ละบุคคล โดยมีผู้นำเสนอลำดับขั้นของการดูแลตนเองโดยแบ่งเป็น 3 ขั้นดังนี้ (จารุพรรณ ผลโภค, 2535: 27-28)

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป เป็นการดูแลตนเองในสภาวะปกติเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน หรือเป็นการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการตามกระบวนการของชีวิต ดำรงรักษาโครงสร้างหน้าที่ของตนเองในเรื่องอากาศ น้ำ อาหาร การขับถ่ายของเสีย การทำกิจกรรม การพักผ่อนการอยู่ลำพัง การมีส่วนร่วมในสังคมและการป้องกันอันตรายของชีวิต

2. การดูแลตนเองตามพัฒนาการ เป็นการดูแลตนเองเพื่อสนับสนุนและดำรงไว้ซึ่งพัฒนาการในแต่ละขั้นตอนของชีวิตให้ดำเนินไปอย่างเหมาะสม รวมทั้งเหตุการณ์ที่อาจมีผลกระทบในทางลบต่อกระบวนการพัฒนาการ นับตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา วัยทารก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ ซึ่งได้แก่การรักษาสมดุลของโครงสร้างของร่างกายและจิตใจ ให้เกิดวุฒิภาวะที่สมบูรณ์และการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันอันตรายจากสิ่งแวดล้อมที่อาจมีผลกระทบต่อการพัฒนาการของมนุษย์

3. การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพหรือภาวะเจ็บป่วย เป็นการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาและขจัดอาการที่เบี่ยงเบนไปจากสุขภาพ อันอาจมีผลกระทบถึงจิตใจ อารมณ์ เป็นการช่วยควบคุมพยาธิสภาพของโรคมิให้ลุกลาม ตลอดจนการแพร่กระจายของโรคไปสู่ผู้อื่น บุคคลจึงต้องปรับพฤติกรรมใหม่ให้สามารถเข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงและการดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติ สุข กิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อมีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพแบ่งได้ 6 ประการ คือ (1) การแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์เมื่อมีพยาธิสภาพหรือได้รับสิ่งที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพ (2) ตระหนักถึงและติดตามผลของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น (3) การปฏิบัติตามคำสั่งในการวินิจฉัยโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันความพิการหรือความบกพร่องของหน้าที่ร่างกาย (4) ตระหนักถึงและติดตามหรือควบคุมความไม่สบาย หรือผลที่เป็นอันตรายที่เกิดจากการรักษาพยาบาล (5) ปรับความรู้สึกลึกซึ้งนึกคิดของตนเองและภาพลักษณ์ของตนเองให้เหมาะสม โดยการยอมรับสถานะทางสุขภาพและความจำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองตามแบบแผนที่เป็นคำสั่งเฉพาะ (6) เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ การวินิจฉัย การรักษาในลักษณะที่ส่งเสริมพัฒนาการของบุคลิกภาพต่อไป

เช่นเดียวกับ มัลลิกา มัติโก (2530: 10-14) ได้แบ่งการดูแลสุขภาพออกเป็น 2 ประเภท คือ การดูแลสุขภาพตนเองในขณะปกติ และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

1. การดูแลสุขภาพตนเองในขณะปกติ เป็นพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองให้มีความแข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง มีความเกี่ยวข้องกับการ



ส่งเสริมสุขภาพ พยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่างๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การไม่ดื่มสุรา การกินวิตามินต่างๆ เป็นต้น และเกี่ยวข้องกับ การป้องกันโรค คือพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งหวังที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือเกิดโรคต่างๆ การตรวจสุขภาพประจำปี การรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค เป็นต้น

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย เมื่อบุคคลรับรู้หรือตระหนักว่าตนเองเจ็บป่วยซึ่งอาจตัดสินใจด้วยตนเอง จากครอบครัว หรือจากเครือข่ายสังคม จากนั้นก็ประเมินผลเกี่ยวกับอาการผิดปกติตลอดจนกระทำสิ่งใดๆ ลงไป เพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกติ เช่น การรักษาอาการผิดปกติด้วยตนเอง หรือแสวงหาคำแนะนำหรือการรักษาจากบุคคลอื่น

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

1. การพัฒนาการรู้จักตนเองการรู้จักตนเอง (Self-awareness) เป็นกระบวนการพิจารณาและประเมินตนเองเกี่ยวกับการที่บุคคลรับรู้ รู้สึกต่อตนเอง ทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก ค่านิยม จุดเด่นจุดด้อยและความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตนเอง รวมทั้งต้องมีความรู้จักตนเองในด้านความรู้สึกและความขัดแย้งต่างๆ สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นสิ่งไม่น่าพอใจ พร้อมทั้งจะสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์นั้นๆ ได้ โดยกิจกรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาการรู้จักตนเอง ดังนี้

1.1 การทำให้ค่านิยมกระจ่างชัด (Values clarification) ค่านิยมเป็นความคิดและมโนคติที่บุคคลยึดถือ และมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล การทำให้ค่านิยมกระจ่างชัดจึงเป็นการรู้จักตนเองเกี่ยวกับค่านิยมที่ยึดถืออยู่ ซึ่งจะช่วยให้ไม่เกิดปัญหาเมื่อผู้อื่นตัดสินใจอะไรที่ขัดกับค่านิยมของตนเอง

1.2 การประเมินทักษะการเผชิญปัญหา (Assessment of coping skills) เป็นการทำความเข้าใจตนเองเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาของตนเองและเหตุผลที่เลือกวิธีนั้นๆ ซึ่งการเรียนรู้แบบแผนการเผชิญปัญหา รวมถึงความมุ่งมั่นของบุคคลที่จะพยายามหาวิธีการเผชิญปัญหาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสภาพจิตใจดี และสามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 การรับความรู้สึก (Awareness of feeling) เป็นการรู้จักตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่อัดอั้นอยู่ในใจ การพัฒนาการรับรู้ความรู้สึกของตนเอง อาจจะทำโดยการฝึกใช้คำพูด แสดงความรู้สึกของตนเองในระหว่างการสนทนาในชีวิตประจำวัน



1.4 การรับรู้แบบแผนการคิดและการกระทำ (Awareness thought and action pattern) เป็นการรู้จักตนเองในการดำรงชีวิต ซึ่งมีความสำคัญเพราะบุคคลจะแสดงพฤติกรรมในแบบแผนที่สอดคล้องกับความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับตนเอง บุคคลจะประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลวในกิจกรรมขึ้นอยู่กับความเชื่อในความสามารถของตนเอง และความเชื่อในควมมีคุณค่าของกิจกรรมที่มีผลต่อชีวิตของตน

2. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นกระบวนการทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างบุคคล เป็นพฤติกรรมที่ใช้ในการแสวงหาความรู้ลึก เป็นระบบการทำงานที่รวมถึงการใช้ภาษา ท่าทางหรือสัญลักษณ์ที่จะนำไปสู่การเข้าใจความหมาย รวมทั้งเป็นวิธีส่งสารรับสารและทำความเข้าใจ เพื่อความสะดวกในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

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

4. การเผชิญปัญหา เป็นกระบวนการที่เป็นความพยายามของบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา เพื่อคงไว้ซึ่งดุลยภาพของตนเอง

5. การสนับสนุนทางสังคม เป็นกลุ่มคนที่มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีจุดหมายโดยมีการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ อารมณ์ และมีการช่วยเหลือด้านวัตถุ แรงงาน และข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่บุคคลใช้เผชิญกับความเครียด เพราะแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดความเครียด

6. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นกิจกรรมที่บุคคลทำตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองนับถือ ซึ่งศาสนาต่างมีคำสอนเพื่อแนวทางในการปฏิบัติ และเป็นหลักในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขของบุคคล รวมทั้งเป็นแบบอย่าง กฎเกณฑ์และต้นกำเนิดของขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยม วัฒนธรรม ที่ก่อให้เกิดความสงบสุขในการอยู่ร่วมกัน

การดูแลตนเองด้านพฤติกรรมการป้องกันโรค: การตรวจสอบเอกสารพบว่าเกี่ยวกับการดูแลตนเองทางด้านการป้องกันโรคพบว่า สุริยาภรณ์ อินทรภิมย์ (2549) ได้ทำการศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่า การให้ความหมายของการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังมีสองนัย คือ การใส่ใจดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และการพึ่งพาตนเองรวมทั้งการแสวงหาการช่วยเหลือ การใส่ใจดูแลด้านร่างกายและจิตใจเกิดจากการตระหนักต่อการเปลี่ยนแปลงจากภาวะสูงวัย โดยมีการปฏิบัติกิจกรรมดังนี้ การสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย การเลือกบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการผสมผสานคำ



สอนของพุทธศาสนาในการดำเนินชีวิตส่วนความหมายของการพึ่งพาตนเองและการแสวงหาการช่วยเหลือ เกิดจากการยอมรับสภาพของการอยู่เพียงลำพัง และการรับรู้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เมื่อไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ผู้สูงอายุจะแสวงหาการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดหรือเพื่อนบ้าน การจัดการในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพัง ประกอบด้วย 5 ประเด็น คือ การปรับเปลี่ยนการออกกำลังกาย การจัดการด้านอาหาร การจัดการความเครียด “ทำใจ” การจัดการด้านเศรษฐกิจ “ใช้จ่ายแต่พอควร” และ การวางแผนจัดการกับชีวิตในอนาคต “เตรียมพร้อมให้กับตัวเอง” ส่วนของปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพัง คือ ข้อจำกัดการทำหน้าที่ของร่างกายจากโรคเรื้อรัง และการขาดแคลนทรัพยากรเกื้อหนุนส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพผลการศึกษาค้นคว้านี้ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ต่อการดูแลตนเอง และการจัดการในชีวิตประจำวันจากมุมมองของผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพัง ข้อมูลดังกล่าวมีประโยชน์ต่อทีมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุ คงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่า การป้องกันโรคนั้นสามารถจำแนกพฤติกรรมได้ออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และการตรวจสุขภาพประจำปี (สิริพร กาญจนประโชติ, 2546)

1. การออกกำลังกายคนที่ขาดการออกกำลังกายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจพอ ๆ กับคนที่มีความดันโลหิตสูง การหันมาออกกำลังกาย แม้เพียงพอประมาณจะเกิดประโยชน์อย่างมหาศาล โดยประโยชน์ของการออกกำลังกายสามารถสรุปได้ดังนี้คือ (สำนักข่าวแห่งชาติ, 2548.) - ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ความอ้วน ระดับคลอเรสเตอรอลสูง เบาหวานและภาวะเครียด - เพิ่มหรือคงระดับความแข็งแรง ความทนทาน และเพิ่มระดับพลังงานของร่างกาย - ปรับปรุงรูปร่าง และเพิ่มความรู้สึกของการมีความสุขดี- ช่วยให้หลับสบายขึ้น - ทราบปริมาณอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการ - เพิ่มความกระฉับกระเฉง ซึ่งนำไปสู่การทำงานที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น - เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก

ข้อเสนอแนะในการออกกำลังกายอย่างง่าย ๆ เช่น การวิ่งเหยาะ ๆ การเดินเร็ว การขี่จักรยาน หรือการว่ายน้ำ ช่วยให้หัวใจแข็งแรงขึ้น ควรใช้เวลาในการออกกำลังกายประมาณ 30 นาที 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ การออกกำลังกาย เช่น การเดิน การทำความสะอาดบ้าน การทำสวนหรือการเดินรำ ก็เป็นประโยชน์ ถ้าทำอย่างสม่ำเสมอ หากกิจกรรมใดก็ได้ที่ทำให้ร่างกายได้เคลื่อนไหว

2. การรับประทานอาหารปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ออกตราสัญลักษณ์ “อาหารรักสุขภาพหัวใจ” เพื่อแสดงว่าอาหารชนิดนี้มีใยอาหารสูง หรือเกลือไม่มากหรือปริมาณน้ำตาลไม่มาก หรือมีชนิดของกรดไขมันในสัดส่วนที่เหมาะสม เมื่อบริโภคในปริมาณที่ให้พลังงานเหมาะสม จะไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ และหลอดเลือด โดยกลุ่มอาหารที่รับพิจารณาออกตรารับรองใน



ระยะแรกกำหนดเป็น 6 กลุ่มดังนี้ กลุ่มที่ 1 ธัญชาติและผลิตภัณฑ์ กลุ่มที่ 2 อาหารทะเล เนื้อสัตว์ และผลิตภัณฑ์ กลุ่มที่ 3 นม และผลิตภัณฑ์ กลุ่มที่ 4 น้ำมัน และไขมัน กลุ่มที่ 5 ถั่ว และผลิตภัณฑ์ กลุ่มที่ 6 น้ำดื่ม

โภชนบัญญัติ 9 ประการ เพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย 1. กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดูแลน้ำหนักตัวอยู่เสมอ 2. กินข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้ง เป็นบางมื้อ 3. กินพืชผักให้มาก และกินผลไม้เป็นประจำ 4. กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่ว เมล็ดแห้ง เป็นประจำ 5. ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย 6. กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร 7. หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัด และเค็มจัด 8. กินอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน 9. งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

การดูแลตนเองในเรื่องภาวะโภชนาการเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญเพื่อป้องกันการทรุดโทรมเร็วเกินไปของร่างกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสมมีความสำคัญต่อสุขภาพ รวมทั้งลดความเสี่ยงของโรคต่างๆ ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหัวใจ มะเร็ง ความดันโลหิตสูง และเบาหวานผู้สูงอายุควรบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ในแต่ละวัน ควรแบ่งอาหารเป็นวันละ 5-6 มื้อ เพื่อแก้ไขปัญหาร่องแ่นท้องมากหลังรับประทานอาหาร โดยให้อาหารมื้อเที่ยงเป็นอาหารหลัก และเพิ่มมื้อสายและบ่ายควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย ลดไม่จัด ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซและท้องอืดได้ง่าย ลดการบริโภคไขมันให้น้อยลงโดยเฉพาะไขมันที่มีกรดอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูง ไม่ควรรับประทานน้ำตาลทรายมากเกินไป เพราะจะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานหรือภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงได้ง่าย รับประทานอาหารที่ให้สารอาหารโปรตีนอย่างเพียงพอ บริโภคผักและผลไม้เป็นประจำเพื่อให้ได้วิตามินและเกลือแร่ (กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา, 2542: 25)

ในกระบวนการดูดอาหารทั้ง 6 ชนิด น้ำเป็นสิ่งจำเป็นที่สุด เพราะถ้าขาดแล้วจะเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว น้ำมีอยู่ในร่างกายถึงร้อยละ 60 ของน้ำหนักตัว น้ำมีหน้าที่เป็นตัวทำละลาย ละลายสารต่างๆ ภายในร่างกาย ช่วยพาอาหารไหลเวียนไปยังส่วนต่างๆ ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้วหรือประมาณ 1,500 -2,000 ซี.ซี. อาจได้น้ำหรือเครื่องดื่มอื่นๆ ที่มีประโยชน์แทนได้ เช่น น้ำผลไม้ นมสด ควรดื่มน้ำแอลกอฮอล์ ชาและกาแฟ เพราะนอกจากนอนหลับยากแล้ว กาแฟยังทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้น ถ้าดื่มน้ำปริมาณมาก (บริบูรณ์ พรพิบูรณ์, 2535: 95)

3. การขจัดความเครียด มุลินธิหมอชาวบ้าน (2549) ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ของความเครียดกับความดันโลหิตสูงว่า กลไกความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตสูงกับความเครียดเฉียบพลัน ผ่านการกระตุ้นมาจากระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้การเต้นของหัวใจเร็วขึ้น และความดันโลหิตสูงขึ้นความเครียด คือสภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้าจากภายนอก (รูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส) และภายใน (สิ่งที่ใจนึกคิด) มากระทบ ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ จนเสียดสมดุกล่อให้เกิดการปรับตัวเพื่อจัดการกับสิ่งเร้าต่างๆ ส่วนความหมายของปัจจัยทางจิตใจสังคมที่มีผลต่อโรคหลอดเลือด



เลือดหัวใจ หมายถึง ความเครียดในชีวิตเรื้อรัง ได้แก่ ความเครียดในการทำงาน ความเครียดในหน้าที่การงาน ความไม่สมดุลระหว่างความพยายามกับรางวัลที่ได้รับความเครียดในชีวิตสมรสและในครอบครัว เป็นต้น ความซึมเศร้าและกังวล บุคลิกภาพ ความมั่งงายผู้อื่น และความโกรธ สถานะทางสังคม เศรษฐกิจ การสนับสนุนทางสังคม การโคดเคี้ยวทางสังคม

พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยและมีแนวทางปฏิบัติแตกต่างกัน โดยมีอิทธิพลจากองค์ประกอบ 5 ประการ ดังนี้ (วณิตา กองแก้ว, 2549:40-41; อ้างอิงจาก ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2534: 171-185)

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา เป็นองค์ประกอบที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคล ได้แก่ ภาวะ ภาวะความต้องการ ความสนใจ การตั้งใจ การเรียนรู้ ค่านิยม ความสามารถ เป็นต้น
2. องค์ประกอบทางด้านสังคม และวัฒนธรรม เป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการปลูกฝังพัฒนาแนวคิด ความเชื่อและการปฏิบัติต่างๆ ตั้งแต่แรกเริ่มของชีวิต ได้แก่ ครอบครัว สังคม เป็นต้น
3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับรายได้ และค่าใช้จ่ายของประชาชนและประเทศ ทั้งนี้เพราะความเพียงพอและความทั่วถึงของการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจำเป็นต้องใช้เงินมาเกี่ยวข้อง รวมไปถึงการไปรับบริการดังกล่าวของประชาชน ก็ขึ้นอยู่กับเศรษฐกิจของประชาชนด้วยเช่นกัน
4. องค์ประกอบทางการศึกษาเป็นองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของบุคคลเป็นอย่างมาก เพราะความรู้จะเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติ หากมีความรู้มาก ก็จะมีโอกาสเลือกปฏิบัติได้ถูกต้องดีกว่าบุคคลที่มีความรู้น้อย
5. องค์ประกอบทางการเมือง เป็นองค์ประกอบที่มีผลทางอ้อม แต่มีความสำคัญมาก เพราะการเมืองจะเป็นผู้นำกำหนดนโยบายทางด้านบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการเงินและบุคลากรด้วย

6.3.3 การวัดการดูแลตนเอง

ในการวิจัยเชิงปริมาณได้มีนักวิจัยทำการวัดตัวแปรการดูแลตนเองด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating) ด้วยโครงสร้างทางทฤษฎีที่แตกต่างกันออกไป ดังเช่น งานวิจัยของ วิภาวัน ปัญญาเริน(2552) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของ ผู้สูงอายุชาวไทยเชื้อสายจีนในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา ได้ทำการวัดตัวแปรพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยเชื้อสายจีน โดยอาศัยแนวคิดการดูแลตนเองของ 3 โครงสร้าง ได้แก่ การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย ด้านรับประทานอาหาร และการดูแลสุขภาพจิต ทำการวัดด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ลักษณะของข้อคำถามเช่น “ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก เช่น ข้าวโพด ถั่ว ผัก ผลไม้ต่างๆ” และ ข้อคำถามเชิงลบ “ท่านรับประทานอาหารรสจัดๆเช่น เผ็ดจัด หวานจัด เค็มจัด”



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

6.3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง

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



ให้โปรแกรมสุขศึกษา 4 สัปดาห์ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การดูแลตนเองและอาการปวดดีขึ้นกว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ระดับอาการปวดลดลงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จูดีพร คัมภีรานนท์ (2549) ได้ทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลชลประทาน ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การควบคุมน้ำหนัก การหลีกเลี่ยง แรงกดบริเวณข้อเข่า การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และมีภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระดับความเจ็บปวด องศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา และเวลาในการขึ้นบันไดดีกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญระดับสถิติและภายหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมี พฤติกรรม การควบคุมน้ำหนัก การหลีกเลี่ยงแรงกดบริเวณข้อเข่า การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา และมีภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขาดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ระดับสถิติ

7. การบริหารโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง PROMISE Model

การบริหารโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลักษณะเฉพาะที่แตกต่างไปจากการบริหารจัดการโครงการโดยทั่วไป เพราะนอกจากจะต้องอาศัยความเต็มใจ สมัครใจ และความ ร่วมมือของผู้เข้าร่วมโครงการเป็นอย่างดีแล้ว ยังต้องอาศัยเทคนิคทางด้านจิตวิทยาที่เหมาะสมเพื่อ ประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการโครงการในภาพรวม รวมทั้งสามารถนำมาเป็นส่วนหนึ่งในการจัด กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเอกสารและ วรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางในการบริหารจัดการโครงการตามหลัก PROMISE Model มี รายละเอียดดังนี้

7.1 การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement: P)

7.1.1 ความหมาย และแนวคิดของการเสริมแรงทางบวก

นักวิชาการได้ให้ความหมายในแง่มุมต่างๆ ดังเช่น ประทีป จินจี่ (2540) อธิบายว่า การเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcement) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลแสดงพฤติกรรมแล้ว ได้รับผลกรรมบางอย่างตามหลังการแสดงผลพฤติกรรมนั้นแล้วมีผลทำให้ความถี่ของการเกิด พฤติกรรมนั้นเพิ่มขึ้นหรือเกิดคงที่สม่ำเสมอ ซึ่งผลกรรมที่ให้ตามหลังพฤติกรรมนั้นเรียกว่า ตัว



เสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcer) และได้อธิบายถึงหลักของการเสริมแรงทางบวกตามแนวคิดดังกล่าวว่าหลักการให้การเสริมแรงทางบวกอย่างมีประสิทธิภาพนั้นมีหลักการต่างๆ ไป ดังนี้

1. การเสริมแรงทางบวกจะต้องให้หลังจากการเกิดพฤติกรรมเป้าหมายเท่านั้น การให้การชมเชยหรือให้สิ่งของก่อนการเกิดพฤติกรรมไม่ถือว่าเป็นการเสริมแรง

2. การเสริมแรงจะต้องกระทำทันทีที่พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น การเสริมแรงต่อพฤติกรรมเป้าหมายอย่างทันทีนั้น จะทำให้ผู้ที่ได้รับการเสริมแรงเกิดการเรียนรู้ได้ดีที่สุดว่าควรจะแสดงพฤติกรรมอะไร

3. การเสริมแรงควรจะให้อย่างสม่ำเสมอ นั่นคือควรให้การเสริมแรงทุกครั้ง หรือแทบทุกครั้งที่เกิดพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น ไม่ควรขึ้นอยู่กับอารมณ์ของผู้ดำเนินการปรับพฤติกรรม การให้การเสริมแรงไม่สม่ำเสมอ ทำให้การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมเกิดขึ้นได้น้อยมาก

4. ควรมีการบอกถึงเงื่อนไขการให้การเสริมแรง นั่นคือ ควรจะมีการบอกผู้ที่ถูกปรับพฤติกรรมว่าเขาควรจะแสดงพฤติกรรมอะไรในสถานการณ์ใด แล้วจะได้รับอะไรเป็นการเสริมแรง

5. ตัวเสริมแรงนั้นควรจะมีปริมาณพอเหมาะที่จะเสริมแรงพฤติกรรมโดยไม่ก่อให้เกิดการหมดสภาพการเป็นตัวเสริมแรง นั่นคือ บางครั้งถ้าให้ตัวเสริมแรงมากเกินไปก็อาจทำให้เกิดการหมดสภาพการเป็นตัวเสริมแรงได้ โดยเฉพาะตัวเสริมแรงประเภทตัวเสริมแรงปฐมภูมิ แต่ก็ไม่ควรจะให้น้อยเกินไปจนไม่มีพลังพอที่จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา

6. ตัวเสริมแรงนั้นจะต้องเลือกให้เหมาะกับแต่ละบุคคล เนื่องจากคนเรามีความแตกต่างกัน ดังนั้นตัวเสริมแรงของแต่ละคนจึงอาจไม่เหมือนกัน อีกทั้งในบางโอกาสตัวเสริมแรงที่เคยเสริมแรงคนๆ หนึ่งอาจจะไม่เสริมแรงคนๆ หนึ่งในเวลาต่อมาก็ได้

7. ถ้าเป็นไปได้ควรใช้ตัวเสริมแรงที่มีอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้น เช่น การใช้กิจกรรมที่ชอบทำมากที่สุด หรือการเสริมแรงทางสังคม เป็นต้น

8. ควรมีการใช้ตัวแบบหรือการชี้แนะควบคู่ไปกับการเสริมแรงด้วย เนื่องจากจะทำให้บุคคลได้เรียนรู้ได้เร็วขึ้นว่าควรจะกระทำพฤติกรรมเช่นใดจึงจะได้รับการเสริมแรง

9. ควรมีการวางแผนการใช้ตารางการเสริมแรง หรือยืดเวลาการเสริมแรง เมื่อพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอแล้ว ควรจะมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการเสริมแรงเสียใหม่ให้เป็นการใช้ตารางการเสริมแรงแทน หรืออาจจะใช้การยืดเวลาการเสริมแรงก็ได้ เพราะจะทำให้พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นคงอยู่ได้นานขึ้นแม้ว่าจะไม่ได้รับการเสริมแรงอีกเลยในอนาคตก็ตาม

ประเภทของตัวเสริมแรงทางบวก ตัวเสริมแรงทางบวก แบ่งได้เป็น 5 ชนิด (Rimm; & Master, 1979) ได้แก่ 1. ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของ 2. ตัวเสริมแรงทางสังคม 3. ตัวเสริมแรงที่เป็นกิจกรรม 4. ตัวเสริมแรงด้วยเบี้ยยอรรถกร 5. ตัวเสริมแรงภายใน การเสริมแรง เป็นวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเสริมแรงทางสังคมและการเสริมแรงด้วย



เบียร์รรถร เมื่อ พิจารณาในคุณสมบัติการเสริมแรงทางสังคมสามารถใช้ได้ง่ายซึ่งทุกคนสามารถใช้ได้เนื่องจากเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมมนุษย์อยู่แล้ว และเกิดขึ้นตามธรรมชาติในชีวิตประจำวันของมนุษย์ ดังนั้นการใช้การเสริมแรงทางสังคมจึงเป็นการประหยัดอย่างมาก เพราะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ส่วนคุณสมบัติของการเสริมแรงด้วยเบียร์รรถรนั้น เป็นวิธีที่ไม่ก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ การที่เบียร์รรถร สามารถนำไปแลกกับตัวเสริมแรงอื่นๆ เช่น ขนม อุปกรณ์การเรียนและสิทธิพิเศษต่างๆ ฯลฯ ได้มากกว่า 1 ตัว จึงทำให้ตัวของมันเองมีคุณสมบัติเป็นตัวเสริมแรงแผ่ขยาย (Generalized Reinforces) และมีประสิทธิภาพในการเป็นตัวเสริมแรงอย่างมาก (สม โทชน์ เอี่ยมสุภานิต, 2536:104)

การเสริมแรงทางสังคม : นอกจากนี้ ประทีป จินน์ (2540) ยังได้อธิบายถึงการเสริมแรงทางบวกที่เป็นการเสริมแรงทางสังคมว่า (Social reinforcers) เป็นการเสริมแรงทางบวกอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นการแสดงออกโดยใช้คำพูดหรือท่าทางกับบุคคลหลังจากที่บุคคลแสดงพฤติกรรมเป้าหมายแล้ว อันมีผลทำให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมเป้าหมายเพิ่มขึ้นประเภทของการเสริมแรงทางสังคมอาจแบ่งเป็น

1. การใช้คำพูด โดยการชมเชย ยกย่อง
2. การใช้ลักษณะท่าทางโดยการยิ้ม พยักหน้า แตะตัวโดยการกอด ให้ความสนใจการยอมรับความคิดเห็น ฯลฯ

หลักในการใช้การเสริมแรงทางสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ

1. ต้องชมต่อหน้า
2. ต้องชมทันที
3. การชมนั้นจะต้องบอกว่าผู้ที่ถูกชมนั้นมีพฤติกรรมอะไรที่ดี โดยบอกให้ชัดเจน
4. การชมนั้นจะต้องบอกว่าคุณมีความรู้สึกที่ดีอย่างไรต่อการที่ผู้ที่ถูกชมแสดงพฤติกรรมที่ดีและการแสดงพฤติกรรมเช่นนั้นจะช่วยให้เขาดีขึ้นได้อย่างไร

5. หลังจากพูดชมและหยุดชั่วขณะหนึ่งแล้ว ควรใช้การแสดงชื่นชมทางสีหน้าเพื่อให้ผู้ถูกชมมีความรู้สึกว่าคุณมีความรู้สึกดีอย่างไร

6. กระตุ้นให้ผู้ที่ถูกชมนั้นแสดงพฤติกรรมที่ดีนั้นเพิ่มมากขึ้นอีก
7. จับมือ หรือแตะตัวผู้ที่ถูกชมให้เขามีความรู้สึกว่าคุณสนับสนุนเขา

ข้อดีของเทคนิคการเสริมแรงทางสังคม

1. ตัวเสริมแรงทางสังคมเป็นตัวเสริมแรงที่ไม่ต้องสร้าง ไม่ต้องจัดเตรียม และไม่ต้องไปหามาจากที่อื่น สามารถให้ตัวเสริมแรงได้ทันทีอย่างง่ายดายและสะดวก

2. ตัวเสริมแรงทางสังคม เป็นตัวเสริมแรงที่ทุกคนต้องการอยู่เรื่อยๆ จึงคงสภาพเป็นตัวเสริมแรงได้นานกว่าตัวเสริมแรงปฐมภูมิ



3. ตัวเสริมแรงทางสังคม ใช้เวลาในการให้ตัวเสริมแรงน้อย และไม่รบกวนพฤติกรรมที่กำลังกระทำอยู่รวมทั้งไม่รบกวนผู้อื่น จึงสามารถให้ตัวเสริมแรงได้ตลอดเวลา

4. ตัวเสริมแรงทางสังคมมีลักษณะเป็นตัวเสริมแรงแผ่ขยาย จึงสามารถใช้ร่วมกับตัวเสริมแรงอย่างอื่น เช่น อาหารและสิ่งเสพได้อย่างอื่น เพื่อให้ตัวเสริมแรงทางสังคมมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งเมื่อทำการถอดถอนตัวเสริมแรงร่วมออกไป ก็ยังคงทำให้ตัวเสริมแรงทางสังคมมีสภาพเป็นตัวเสริมแรงและมีต่อพฤติกรรมตลอดไป

ข้อควรระวังในการใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคม

1. เทคนิคการเสริมแรงทางสังคม เป็นเทคนิคที่ใช้ตัวเสริมแรงที่ต้องวางเงื่อนไขไม่ใช่ตัวเสริมแรงตามธรรมชาติ ถ้าคนที่ไม่มีการเรียนรู้มาก่อนอาจจะไม่ทราบว่า ตัวเสริมแรงทางสังคมที่ให้เป็นตัวเสริมแรง

2. เมื่อให้ตัวเสริมแรงทางสังคม ผู้ให้ตัวเสริมแรงจะต้องสามารถทำให้ผู้รับตัวเสริมแรงรับรู้ ว่า พฤติกรรมที่ทำการให้การเสริมแรง ในบางกรณีแม้ว่าครูจะเสริมแรงนักเรียนด้วยคำชม แต่นักเรียนอาจรับรู้ว่าการพูดของครูคือการประชดประชัน จึงทำให้การเสริมแรงของครูไม่ได้ผล ดังนั้น ถ้าจะใช้เทคนิคการเสริมแรงทางสังคมชมเชยนักเรียน ครูจะต้องใช้น้ำเสียงท่าทางต่างๆ ประกอบเพื่อให้นักเรียนเข้าใจว่าครูชมเชยจริงๆ ไม่ใช่การพูดประชดประชัน

การเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกร: เบี้ยอรรถกร (Token Economy) เป็นสัญลักษณ์หรือรูปแบบหลายอย่างอาจอยู่ในรูปของคะแนน เบี้ย ดาว คุปอง แสตมป์ เป็นต้น ซึ่งผู้ที่ได้รับสามารถนำไปแลกสิ่งต่างๆ ได้ตามต้องการของแต่ละบุคคลภายใต้อำนาจการแลกเปลี่ยนของแต่ละชนิด มิคุลาส (Mikulas, 1978: 89-94) กล่าวว่า การเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกรเป็นการให้แรงเสริมทางบวกวิธีหนึ่งจัดเป็นลักษณะหนึ่ง ของการให้แรงเสริม ที่เรียกว่า “สัญญาที่ตกลงกันไว้” (Contingency Contracting) ซึ่งสัญญาที่ตกลงกันไว้จะมีลักษณะที่ชัดเจนและทำให้ทุกคนเกิดความเข้าใจเป็นอย่างดีซึ่งทำให้บุคคลเกิดความคาดหวังในผลของพฤติกรรมที่แตกต่างกัน นักปรับพฤติกรรมจะเป็นผู้ทำข้อตกลงต่างๆ กับผู้ที่เกี่ยวข้อง และใช้เบี้ยเป็นตัวเสริมแรง เรียกว่า “เบี้ยอรรถกร” ดังนั้น การให้การเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกร จึงประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 เป็นขั้นตอนที่ผู้เกี่ยวข้องจะมาทำสัญญาร่วมกันเกี่ยวกับปริมาณ และคุณภาพของพฤติกรรมที่จะได้รับเบี้ย ส่วนขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นตอนที่ผู้รับการปรับ

มอริส (Morris, 1985:55) ได้เสนอว่าลักษณะของเบี้ย (Token) ที่จะให้เป็นสิ่งเสริมแรงในโปรแกรมการปรับพฤติกรรมควรมีลักษณะดังต่อไปนี้ มองเห็นได้จับต้องได้และนับได้ เก็บไว้ได้โดยไม่เสื่อมคุณภาพ นำไปแลกสิ่งที่ต้องการได้ และไม่สามารถได้รับจากแหล่งอื่น นอกจากรับจากครูหรือผู้วิจัยแต่ต้องอยู่ในโปรแกรมนั้นๆ เช่นเดียวกับ สม โภชน์ เอี่ยมสุภานิต (2536) กล่าวว่าเบี้ยอรรถกรเป็นตัวเสริมแรงที่มีประสิทธิภาพในการรักษาระดับหรือเพิ่มพฤติกรรมได้มากกว่าตัว



เสริมแรงอื่นๆ เนื่องจากมีอำนาจในการแผ่ขยาย (Generalized Reinforces) สามารถนำไปแลกเปลี่ยนตัวเสริมแรงได้มากกว่า 1 อย่าง ซึ่งทำให้ไม่หมดสภาพการเป็นตัวเสริมแรงเหมือนกับตัวเสริมแรงอื่นๆ นอกจากนี้เบ็ยอร์รกรยังสามารถใช้เป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมเป้าหมายกับตัวเสริมแรงอื่นๆ เช่น เชื่อมโยงกับอาหารที่เด็กชอบหรือกิจกรรมที่เด็กสนใจเป็นต้นและสามารถให้ได้ทันทีหลังจากพฤติกรรมเกิดขึ้นไม่ขัดขวางกิจกรรมที่กำลังดำเนินอยู่และใช้ได้กับทุกคนรวมทั้งการทดลองกับกลุ่มใหญ่ๆ แม้ว่าแต่ละคนจะชอบต่างกันก็ตามแต่ก็สามารถนำไปแลกเปลี่ยนของตนเองที่ต้องการได้ เนื่องจากมีสิ่งของให้แลกเปลี่ยนหลายอย่างและยังสามารถให้เบ็ยอร์รกรได้ตามจำนวนพฤติกรรม

แอลลอนและแอซริน (Ayllon; & Azrin, 1968: 61) ได้เสนอแนะถึงการนำเบ็ยอร์รกรไปใช้ในกรณีดังต่อไปนี้คือ

1. ตัวเสริมแรงบวกชนิดอื่น เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ มีจำนวนน้อยหรือหาได้ยาก
2. ตัวเสริมแรงบวกชนิดอื่นที่ไม่สามารถให้ได้ทันทีทันใดหลังจากพฤติกรรมเกิดขึ้น เพราะจะไปขัดขวางกิจกรรมที่กำลังดำเนินอยู่ ตัวเสริมแรงพวกนี้ ได้แก่ อาหาร หรือกิจกรรมบางอย่าง เช่น การได้ไปเที่ยว การได้เล่นเกม การได้พักผ่อน เป็นต้น หรือในกรณีของคนกลุ่มใหญ่ที่ต้องให้ตัวเสริมแรงบวกหลายชนิด ในการตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคลซึ่งอาจก่อให้เกิดความยุ่งยากในการให้การเสริมแรง เพื่อลดปัญหาเหล่านั้น ควรใช้เบ็ยอร์รกรเป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมกับตัวเสริมแรงชนิดนั้น
3. ถ้าการเสริมสร้างพฤติกรรมที่ต้องใช้ระยะเวลานาน เบ็ยอร์รกรก็อาจนำมาใช้เพื่อจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมได้นาน
4. ตัวเสริมแรงชนิดอื่นๆ นั้น เมื่อให้การเสริมแรงไประยะหนึ่งแล้วอาจจะหมดประสิทธิภาพในการเป็นตัวเสริมแรงได้
5. มีความต้องการให้เบ็ยอร์รกรเป็นสัญญาณเตือนว่าจะได้รับการเสริมแรงเมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรม

แคซดิน (Kazdin, 1977: 39-45; citing Christophersen; & others, 1972) ได้เสนอแนะข้อดีของเบ็ยอร์รกรไว้ดังนี้

1. สามารถคงไว้ซึ่งอัตราการแสดงพฤติกรรมในระดับสูงกว่าการใช้แรงเสริมอื่นๆ เช่น การยอมรับ คำชมเชย หรือการให้ทำกิจกรรมที่ชอบ
2. สามารถให้ได้ทันทีที่บุคคลแสดงพฤติกรรมที่ต้องการ โดยไม่ขัดขวางหรือรบกวนพฤติกรรมนั้น
3. ไม่หมดสภาพการมีประสิทธิภาพในการเสริมแรงเพราะสามารถแลกเปลี่ยนเป็นสิ่งของหรือกิจกรรมที่ต้องการได้มากมาย



4. เป็นแรงเสริมชนิดเดียวที่สามารถเสริมแรงบุคคลที่มีความต้องการและพึงพอใจต่างกัน

5. สามารถนำติดตัวไปง่ายและจำนวนของเบี้ยอรรถกรจะแสดงถึงอัตราของการแสดงพฤติกรรมด้วย

6. ง่ายต่อการให้และสามารถให้อย่างยุติธรรม

7. สามารถใช้กับสถานที่ที่บ้านได้ เช่น เด็กๆ จะได้รับเบี้ยทุกวันเพื่อรักษาพฤติกรรมหรืออาจได้รับเบี้ยสำหรับรางวัลเล็กๆ น้อยๆ ประจำวัน เช่น อนุญาตให้เข้านอนได้ครึ่งชั่วโมง และได้รับรางวัลใหญ่ในเวลาอื่นๆ นอกเหนือจากนั้น

ข้อจำกัดของการเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกร แคชดิน (Kazdin, 1977: 45) ได้เสนอข้อจำกัดของการเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกรไว้ดังต่อไปนี้ คือ

1. การให้เบี้ยอรรถกรมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการแสดงพฤติกรรมที่พึงปรารถนา ฉะนั้นบุคคลจึงเรียนรู้ว่าเบี้ยอรรถกรเป็นสัญญาณที่แสดงให้ทราบว่าพฤติกรรมนั้นได้รับการเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกร เมื่อถึงเวลาต้องงดให้เบี้ยอรรถกรพฤติกรรมนั้นจึงลดลง ถ้าต้องการให้อัตราการแสดงพฤติกรรมนี้ยังคงเดิม จึงต้องใช้แรงเสริมตัวอื่นที่มีคุณค่า เช่น เกรด เงิน และคำชมเชยมาแทนเบี้ยอรรถกรหรืออาจใช้สถานการณ์ที่มีอยู่ตามธรรมชาติ เช่น สิทธิพิเศษ กิจกรรม และแรงเสริมทางสังคมแทนได้

2. มีปัญหาในการเก็บรักษาเบี้ย บางคนอาจได้เบี้ยมาโดยไม่ถูกต้อง เช่น ขโมยของจากเพื่อนแทนที่จะแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ซึ่งทำให้เบี้ยอรรถกรมีประสิทธิภาพน้อยลง วิธีป้องกันการขโมยทำได้โดยการให้เบี้ยอรรถกรที่แตกต่างกันสำหรับแต่ละบุคคล ส่วนการทำเบี้ยหายก็ให้ผู้แสดงพฤติกรรม

แคชดิน (Kazdin, 1977 : 47) กล่าวถึงขั้นตอนในการเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกรไว้ดังนี้คือ

1. กำหนดพฤติกรรมที่เป็นจุดประสงค์พร้อมทั้งนิยามลักษณะของพฤติกรรมไว้ชัดเจนและวิธีการวัดลักษณะพฤติกรรมนั้น

2. เลือกวิธีการที่ทดลองที่สามารถประเมินผลการเสริมแรงได้

3. เลือกสิ่งที่จะนำมาใช้เป็นเบี้ย เลือกตัวเสริมแรงที่จะนำมาแลกเปลี่ยนและกำหนดอัตราแลกเปลี่ยนที่แน่นอน

แคชดิน (Kazdin, 1977 : 51) กล่าวถึงการให้เบี้ยอรรถกรไว้ว่า เบี้ยอรรถกรเป็นสิ่งที่ใช้เป็นตัวกลาง สำหรับการแลกเปลี่ยน สิ่งนิยามใช้เป็นเบี้ยมีหลายชนิด เช่น ไม้ ตั๋ว ดาว คะแนน ความถี่ของเครื่องนับครั้ง การเจาะรูกระดาษแข็ง เหรียญที่ผลิตเอง ฯ การเลือกสิ่งต่างๆ ดังกล่าวขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมลักษณะของปัญหาและกลุ่มตัวอย่างซึ่งต้องคำนึงถึงดังต่อไปนี้

1. เบี้ยต้องมีลักษณะพิเศษยากต่อการปลอมแปลง

2. สะดวกในการใช้พกติดตัวได้ง่าย



3. มีลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลเพื่อมิให้เกิดการขโมยหรือแลกเปลี่ยนพร้อมทั้งสะดวกในการให้และการตรวจสอบจำนวนพฤติกรรมและสิ่งแลกเปลี่ยนที่แต่ละคนพึงพอใจ

7.1.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมแรงทางบวก

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

ครอกเก็ต (Crockett, 1994) ได้ศึกษาผลการฝึกทักษะพฤติกรรมกล้าแสดงออกต่อระดับความเครียดและความชัดเจนในการกล้าแสดงออกของพยาบาลในประเทศไต้หวัน เป็นการศึกษาเชิงทดลองโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลอาสาสมัครจำนวน 60 คน ที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไป (จำนวนเตียง 2000 เตียง) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองให้การฝึกทักษะพฤติกรรมกล้าแสดงออก ส่วนกลุ่มควบคุมให้ความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์สำหรับผู้ช่วยผลการศึกษา พบว่า 1. กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมกล้าแสดงออกและความสามารถในการ



พิจารณาความเครียดในระดับต่ำ 2. หลังสิ้นสุดการฝึกอบรม กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมกล้าแสดงออกสูงกว่ากลุ่มควบคุม และ 3. กลุ่มทดลองมีระดับความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีความคงทนในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์จากการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า การฝึกการกล้าแสดงออกสามารถช่วยปรับปรุงระดับพฤติกรรมกล้าแสดงออกให้สูงขึ้น และสามารถช่วยลดระดับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับพยาบาลในประเทศไทยได้หวั่น

แซนซ์ (Sanz, 1993) ได้ศึกษาการใช้การเสริมแรงทางสังคมกับเด็กที่มีอาการดาวน์ซินโดรมจำนวน 18 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการเสริมแรงทางกายและวาจา จะมีทักษะการช่วยตัวเอง ทักษะทางสังคม และทักษะทางภาษาสูงกว่ากลุ่มที่ใช้การเสริมแรงทางวาจาอย่างเดียว เช่นเดียวกับฮาร์ท และคณะ (Hart and other, 1968) ได้ศึกษาวิธีการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กในโรงเรียนอนุบาลแห่งหนึ่งโดยใช้การเสริมแรงทางสังคม ผู้รับการทดลองเป็นเด็กหญิงอายุ 5 ปี ซึ่งแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวคือ ปากร้ายและใช้คำพูดสบประมาท (Verbally Insulting) ผู้วิจัยแก้ไขให้เขามีพฤติกรรมการเล่นกับเพื่อนเพิ่มขึ้น โดยครูให้ความสนใจอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งให้ของเล่นที่ต้องการด้วยเมื่อเขาเล่นร่วมกับเพื่อน ในขณะที่เดียวกันครูไม่ให้ความสนใจเมื่อเขาแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวลดลงและพฤติกรรมการเล่นกับเด็กอื่นเพิ่มขึ้น

7.2 การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result Based Management – RBM: R)

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

7.2.1 ความเป็นมาการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์

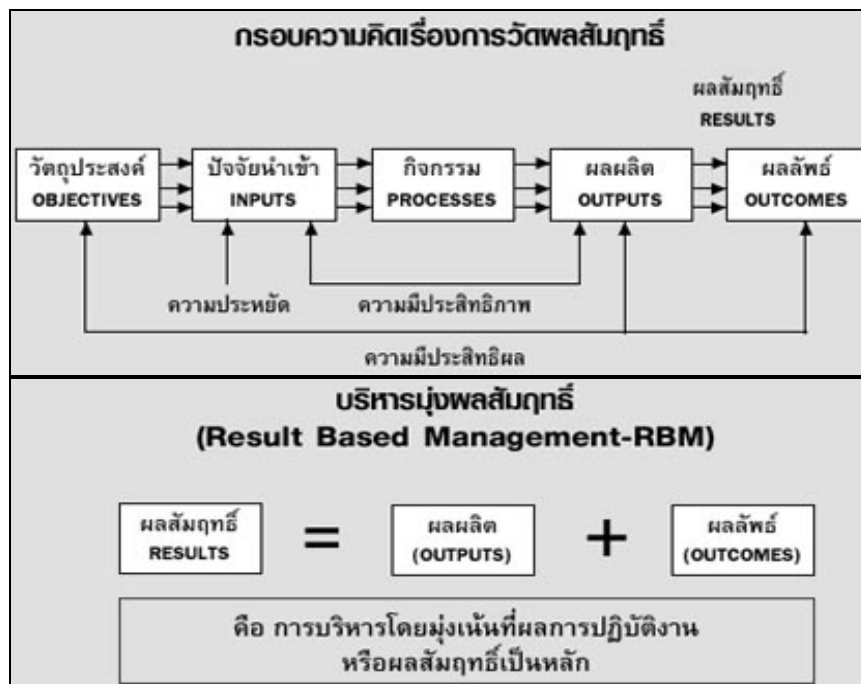
จากแนวคิดของการบริหารจัดการแนวใหม่ (New management) ที่มุ่งเน้นการให้ความสำคัญต่อ ความประหยัด (Economy) ใช้ต้นทุนหรือทรัพยากรการผลิตอย่างเหมาะสม และมีความคุ้มค่าที่สุด



ประสิทธิภาพ (Efficiency) ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานให้ได้ผลงานในระดับที่สูงกว่าปัจจัยนำเข้า และประสิทธิผล (Effectiveness) ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

7.2.3 ความหมายการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์

การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result Based Management) คือ วิธีการบริหารที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์หรือผลการปฏิบัติงานเป็นหลัก โดยมีการวัดผลการปฏิบัติงานด้วยตัวชี้วัดอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ทำให้ผู้บริหารทราบผลความก้าวหน้าของการดำเนินงานเป็นระยะ ๆ แลแก้ไขปัญหาได้ทันท่วงทีเป็นการควบคุมทิศทางดำเนินงานให้มุ่งสู่วิสัยทัศน์ฯ ของหน่วยงาน



ภาพประกอบ 20 แสดงกรอบความคิดในการวัดผลสัมฤทธิ์ของงาน

(สำนักงานข้าราชการพลเรือน, 2541)

จากภาพประกอบ 20 ผลการปฏิบัติงาน ที่วัดจาก ผลผลิต (Outputs) นั้นหมายถึง งานบริการ 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) บ้านหลังดังกล่าวน่า



อยู่ มีอากาศยานถ่ายเทได้สะดวก (Outcomes) หรือ การซ่อมถนนได้ 5 กิโลเมตรเป็น ผลผลิต (Outputs) ถนนสายนั้นทำให้ประชาชนได้รับความสะดวกในการเดินทางถือเป็นผลลัพธ์ (Outcomes)

7.2.4 ลักษณะของการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์

ลักษณะของการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์เกี่ยวข้องกับทุกกระบวนการของการบริหาร (PDCA) ได้แก่ Plan มีวัตถุประสงค์ หรือ เป้าหมายที่ชัดเจน (ต้องการทราบว่าผลสัมฤทธิ์คืออะไร), Do มีการปฏิบัติงานที่มุ่งให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามแผนที่วางไว้หรือไม่, Check มีการตรวจสอบว่าปฏิบัติได้ผลสัมฤทธิ์ตามที่วางแผนไว้หรือไม่ และ Act ปรับปรุงแก้ไขให้ได้ผลสัมฤทธิ์ตามแผน

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

กำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (Key Performance Indicators – KPIs)

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (KPI) แสดงถึง ค่าที่วัดจากผลการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริงเพื่อแสดงความคืบหน้าของการบรรลุผลตามปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จ (CSF) โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และถือเป็นเครื่องวัดผลงานที่ต้องสัมพันธ์กับ CSF และจะต้องวัดได้ในเชิงตัวเลข วัตถุประสงค์ของตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (KPI) คือสามารถวัดผลการปฏิบัติงานหลักตามมาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ และสามารถแสดงแนวโน้มของข้อมูลสำหรับการพัฒนาและปรับปรุงงาน นอกจากนี้ เกณฑ์การกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (KPI) ตามหลัก SMART ประกอบด้วย

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

เกณฑ์มาตรฐานของตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (KPI) คือ

1. ประสิทธิภาพ (Effectiveness) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ กับเป้าหมายหรือ วัตถุประสงค์ที่กำหนด แบ่งเป็น



1.1 ประสิทธิภาพเชิงต้นทุน เป็นการวัดความคุ้มค่าจากการลงทุน โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ กับ 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

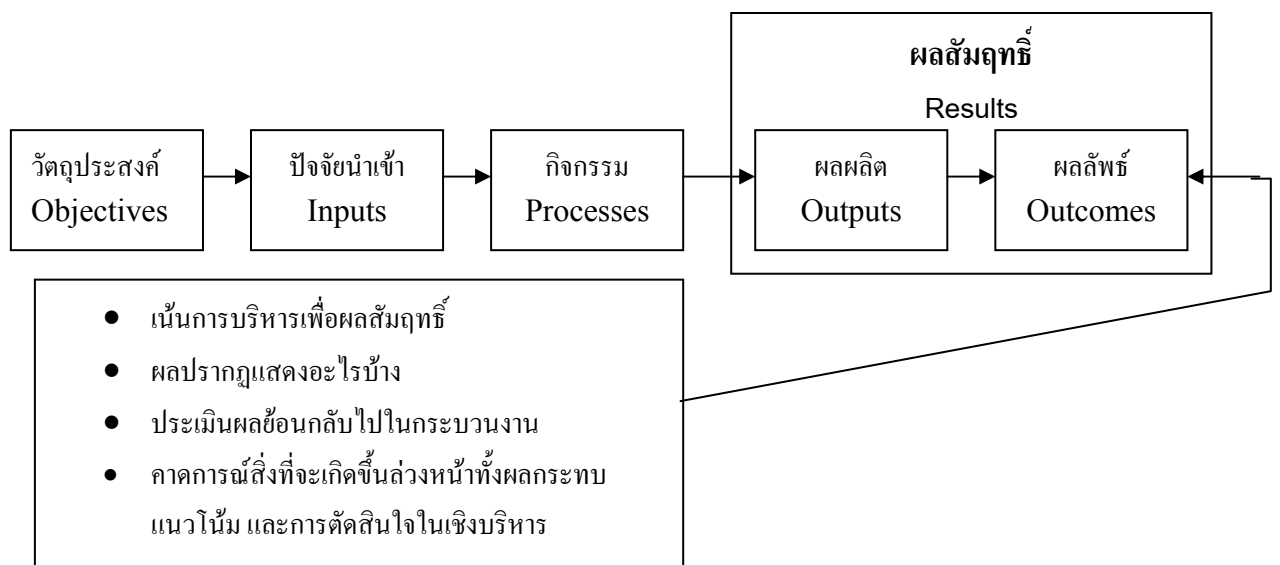
2.2 วัดจากแรงงาน เช่น วัดจากจำนวนเจ้าหน้าที่ หรือเวลาที่ใช้ผลิต

3. ความประหยัด (Economy) เช่น ร้อยละของต้นทุนที่ลดลง

4. คุณภาพ (Quality) วัดความถูกต้อง ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

5. ความสามารถในการให้บริการได้ตามเวลาที่กำหนด (Timeliness) เช่น ร้อยละของผู้ประกอบการที่ได้รับเอกสารการจดทะเบียนภายในเวลามาตรฐาน

การวิเคราะห์ผล เป็นการพิจารณาผลการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริงเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด แล้วประเมินย้อนกลับเข้าไปในกระบวนการทำงานขององค์กร เพื่อคาดหมายถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้า ผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นและแนวโน้มการตัดสินใจในเชิงบริหาร



ภาพประกอบ 21 สรุปองค์ประกอบในการวัดผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงาน

(สำนักงานข้าราชการพลเรือน, 2541)

สรุปได้ว่า ในการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการใด ๆ หลักสำคัญยิ่งที่ผู้ดำเนินการต้องใช้ตามวงจร PDCA แล้วคือ การกำหนดตัวชี้วัดของกิจกรรมและโครงการไว้อย่างชัดเจน สามารถวัดได้ และตัวชี้วัดหลักที่สำคัญมีอยู่เพียงไม่กี่ตัวและเป็นตัวชี้วัดที่ประเมินได้ว่าโครงการมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลก็คือ ตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ ที่มีจะวัดที่ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้นดัง



โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในครั้งนี้ จะใช้ตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ ผลผลิตวัดจาก ร้อยละของจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ ตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ วัดจาก ร้อยละของจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการที่มีผลการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และผลการเปลี่ยนแปลงทางสภาพร่างกาย และผลการเปลี่ยนแปลงของผลเลือดหรือทางเคมีชีวในร่างกายไปในทางที่ดีขึ้น

7.3 การมองโลกแง่ดี (Optimism: O)

7.3.1 ความหมาย และแนวคิดเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี

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

1. ความคงทนถาวรของเหตุการณ์ว่าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นแบบชั่วคราวหรือถาวร
2. ความเป็นตนเอง ซึ่งเป็นรูปแบบการอธิบายตนเอง ที่บุคคลเชื่อว่าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเพราะตนเองหรือบุคคลอื่น
3. ความครอบคลุมของเหตุการณ์ว่าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเฉพาะบุคคลหรือเกิดกับบุคคลทั่วไป

กรมสุขภาพจิต (2544: 2) ได้ให้ความหมายของการมองโลกในแง่ดีว่า หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข เช่นเดียวกับ ประเวศ วะสี (2541: 12-15) ให้ความหมายของการมองโลกในแง่ดีว่า หมายถึง การมองโลกแบบทวิลักษณ์ คือ การคิดการมอง 2 ด้าน นั่นคือ การมองลักษณะของสิ่งต่างๆ ทั้งด้านที่เป็นคุณและด้านที่เป็นโทษ การมองโลกในแง่ดีนั้นเป็นการมองสิ่งต่างๆ ในด้านที่เป็นคุณ ว.วชิรเมธีภิกขุ (2545: 1) ได้ให้ความหมายของการมองโลกในแง่ดีว่า หมายถึง การรู้จักมองหาแง่ดี แง่งาม แง่ที่เป็นคุณซุกซ่อนแทรกซึมอยู่ในงาน ปัญหา อุปสรรค บุคคล เหตุการณ์ในคำวิพากษ์วิจารณ์ดิฉินนินทา บริภาษอื่นๆ อันไม่เจริญโศกประสาทที่ผ่านเข้ามาในชีวิตแต่ละวันแล้วน้อมนำมาปรับความคิดจิตใจ ตลอดจนพฤติกรรมและการทำงานของตนเองให้แวววาวพรายพรายขึ้นมาในทางที่สร้างสรรค์ชีวิตจากความหมายของการมองโลกในแง่ดีสรุปได้ว่า การมองโลกในแง่ดี หมายถึงการที่บุคคลมองสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในทางบวก เห็นว่าทุกสิ่งทุกอย่างไม่ได้เลวร้ายและมีทางแก้ไขได้ สามารถปรับตัวตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้เหมาะสม มีความสามารถในการต่อสู้อุปสรรคโดยไม่ย่อท้อหรือเลียงหนี และเป็นผู้ที่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดย



บุคคลจะมีรูปแบบการอธิบายให้เหตุผลตนเองเป็น 3 มิติ คือ 1. ความคงทนถาวรของเหตุการณ์ว่า เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นแบบชั่วคราวหรือถาวร

2. ความเป็นตนเอง ซึ่งเป็นรูปแบบการอธิบายตนเอง ที่บุคคลเชื่อว่าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น เพราะตนเองหรือบุคคลอื่น

3. ความครอบคลุมของเหตุการณ์ว่าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเฉพาะบุคคลหรือเกิดกับบุคคลทั่วไป

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมองโลกในแง่ดี : โกลแมน (ออร์พินทร์ ชูชม, 2544: 43; อ้างอิงจาก Goleman, 1995: 97-101) ได้กำหนดให้การมองโลกในแง่ดีเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในการ จูงใจตนเอง คนที่มองโลกในแง่ดีจะเห็นว่าทุกสิ่งทุกอย่างไม่ได้เลวร้าย มีพลัง โอกาสที่จะพลิกผัน สถานการณ์ที่เลวร้ายให้กลับคืนดีได้ จึงสามารถจูงใจตนเองได้ แมกเกรเกอร์ (สุมาลี พัวชู, 2547: 28; อ้างอิงจาก Douglas McGrigor) ได้ศึกษาวิจัยพฤติกรรมการทำงานของมนุษย์และสร้างทฤษฎี เอกซ์ ทฤษฎีวาย มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1960 ซึ่งทฤษฎีของแมกเกรเกอร์นี้ เป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยพฤติกรรม ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชากับผู้ใต้บังคับบัญชา ซึ่งทฤษฎีเอกซ์ และทฤษฎีวายเน้น ความสำคัญของเจตคติและความเชื่อของผู้บริหารต่อผู้ใต้บังคับบัญชา ว่ามีอิทธิพลต่อรูปแบบการ บริหารงานหรือการสร้างแรงจูงใจในการทำงานให้แก่ลูกน้อง ซึ่งผู้บริหารที่มองมนุษย์แบบทฤษฎี เอกซ์ คือมองมนุษย์ในแง่ไม่ดีหรือมองในแง่ลบ สำหรับทฤษฎีวายจะมองมนุษย์ในแง่ดีหรือมองในแง่บวก ซีลิกแมน (Seligman, 2006: 40-51) อธิบายการมองโลกในแง่ดีว่า เป็นลักษณะทาง บุคลิกภาพทางด้านปัญญา บุคคลคนที่มองโลกในแง่ดี มีรูปแบบของการให้เหตุผลต่อเหตุการณ์ เลวร้ายว่าเกิดขึ้นเฉพาะสถานการณ์นั้น หรือมองว่าสถานการณ์ร้ายนั้นเป็นเรื่องของโชคร้าย หรือมี คนนำมาสู่ตน ไม่หมกมุ่นกับความพ่ายแพ้ แต่จะเผชิญหน้ากับสถานการณ์ร้ายด้วยการยอมรับ และ ทำความพ่ายแพ้ด้วยการมีความพยายามมากขึ้น และให้เหตุผลต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต ว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากสาเหตุภายในตนเอง มักเกิดขึ้นสม่ำเสมอ และจะครอบคลุมถึงเหตุการณ์ต่างๆ ด้วย ส่วนบุคคลที่มองโลกในแง่ร้าย มีรูปแบบของการให้เหตุผลต่อสถานการณ์เลวร้ายว่ามีความ คงทนอยู่อย่างสม่ำเสมอ และมีผลต่อทุกเรื่องที่เขาทำ และมองว่าความผิดพลาดมีสาเหตุมาจาก ตนเอง และอธิบายเหตุการณ์ที่ดีว่าไม่ยั่งยืน เป็นสิ่งชั่วคราว เกิดจากปัจจัยภายนอก และเกิดขึ้นเฉพาะ กรณี

ซีลิกแมน (Seligman, 2006: 40-51) ได้เสนอรูปแบบการอธิบายตนเอง (Explanatory Style) ซึ่งเป็นตัวแปรทางบุคลิกภาพด้านปัญญา เป็นผลมาจากนิสัยของบุคคลในการที่จะอธิบายสาเหตุของ เหตุการณ์เลวร้ายที่เกิดขึ้นกับตนเอง ในสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคลจากการบรรยาย ตนเองสามารถบ่งบอกได้ว่าบุคคลนั้นมีมุมมองชีวิตในลักษณะไหน เป็นการมองโลกในแง่ดี หรือ



การมองโลกในแง่ร้าย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 มิติ ดังนี้

1. มิติความคงทนถาวร (Permanence) เป็นรูปแบบการอธิบายตนเองโดยบุคคลมีความเชื่อว่าสาเหตุของเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้น เป็นสาเหตุที่เกิดขึ้นถาวร (Permanence) หรือเป็นสาเหตุที่เกิดขึ้นชั่วคราว (Temporary) ลักษณะการอธิบายในรูปแบบความเชื่อว่าเป็นเรื่องกาลเวลาว่ามีความคงทนถาวรหรือไม่ ซึ่งจะแตกต่างกันระหว่างคนที่มองโลกในแง่ดีและมองโลกในแง่ร้ายตามลักษณะเหตุการณ์ดังต่อไปนี้

เหตุการณ์ที่ดี : คนที่มองโลกในแง่ดีจะเชื่อว่าสิ่งที่ดีๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองมาจากสาเหตุที่คงทนถาวร เช่น คุณลักษณะและความสามารถ แต่คนที่มองโลกในแง่ร้ายจะเชื่อว่าสิ่งที่ดีๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้น เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นชั่วคราว เช่น สภาวะอารมณ์และความพยายาม ดังนั้น บุคคลกลุ่มที่มองโลกในแง่ร้ายอาจจะล้มเลิกเมื่อประสบความสำเร็จ เนื่องจากเชื่อว่าความสำเร็จเป็นเรื่องของความบังเอิญ

เหตุการณ์ที่ไม่ดี : คนที่มองโลกในแง่ดีจะเชื่อว่าสาเหตุที่เกิดขึ้นไม่ดีกับตนเองนั้น เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นชั่วคราว ทำให้บุคคลกลุ่มนี้ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค แต่คนที่มองโลกในแง่ร้ายจะยอมแพ้ต่ออุปสรรคได้อย่างง่ายดายเพราะเชื่อว่าสิ่งที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตนเองนั้นจะเกิดขึ้นถาวรตลอดไป

2. ความเป็นตนเอง (Personalization) เป็นรูปแบบการอธิบายตนเองที่บุคคลเชื่อว่าสาเหตุของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นเกิดมาจากตนเอง (Internal) หรือเกิดมาจากสาเหตุภายนอก (External) หรือบุคคลอื่น โดยที่ลักษณะการอธิบายสาเหตุของเหตุการณ์ต่างๆ ตามมิตินี้จะแตกต่างกันระหว่างคนที่มองโลกในแง่ดี และคนที่มองโลกในแง่ร้าย ดังต่อไปนี้

เหตุการณ์ที่ดี : คนที่มองโลกในแง่ดีจะเชื่อว่าตนเองเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ที่ดี แต่คนที่มองโลกในแง่ร้ายจะเชื่อว่าเหตุการณ์ที่ดีเกิดจากคนอื่นหรือสถานการณ์อื่น

เหตุการณ์ที่ไม่ดี : คนที่มองโลกในแง่ดีจะเชื่อว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่ดีกับตนเองนั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากบุคคลอื่นหรือสถานการณ์ภายนอก เพื่อให้บุคคลนั้นจะได้สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง แต่คนที่มองโลกในแง่ร้ายจะตำหนิตนเองว่าสาเหตุที่เกิดขึ้นนั้นมาจากตนเอง ดังนั้นเมื่อประสบความสำเร็จแล้วจะก่อให้เกิดความรู้สึกดีต่อคุณค่าในตนเอง

3. มิติความครอบคลุม (Pervasiveness) เป็นรูปแบบการอธิบายตนเองที่บุคคลเชื่อว่าสาเหตุของสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นมีความเฉพาะ (Specific) หรือเป็นสิ่งที่สากลทั่วไป (Universal) โดยที่ลักษณะการอธิบายสาเหตุของเหตุการณ์ต่างๆ ตามมิตินี้จะแตกต่างกันระหว่างคนที่มองโลกในแง่ดี และคนที่มองโลกในแง่ร้ายดังต่อไปนี้



เหตุการณ์ที่ดี : คนที่มองโลกในแง่ดีจะเชื่อว่าสิ่งที่ดีๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นสิ่งสากลทั่วไป แต่คนที่มองโลกในแง่ร้ายจะเชื่อว่าสิ่งที่ดีๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้น มีสาเหตุที่เกิดขึ้นจากปัจจัยที่มีความเฉพาะ

เหตุการณ์ที่ไม่ดี : คนที่มองโลกในแง่ดีจะเชื่อว่าสิ่งที่ไม่ดีร้ายๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นเป็นสาเหตุที่เกิดขึ้นเฉพาะกับเหตุการณ์นั้นเท่านั้น แต่คนที่มองโลกในแง่ร้ายจะเชื่อว่าสิ่งที่ไม่ดีร้ายๆ ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสาเหตุที่สากลทั่วไปเกิดขึ้นทุกโอกาส

จากการศึกษาวิจัยของซีลิกแมน (Seligman, 2006: 125-129) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบการอธิบายตนเองเพื่อการมองโลกในแง่ดี มีดังนี้

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

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

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



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

เซลิกันแมน (Seligman, 2006: 93-167) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการมองโลกในแง่ดีว่า

1. ทำให้มีสุขภาพจิตดี ลดภาวะซึมเศร้าและโรคประสาท คนที่มองโลกในแง่ดีจะอธิบายเหตุการณ์ที่เลวร้ายในลักษณะที่ตรงกันข้าม ทำให้บุคคลเหล่านี้ไม่รู้สึกล้มเหลว ท้อแท้หรือหดหู่น เช่นเดียวกับการศึกษาของดีโบลา บาลด์วิน (Debora R. Baldwin, 2009: online) ได้ทำการศึกษาการมองโลกในแง่ดีและความเครียด จากมุมมองของนักศึกษาฝึกงานที่อาศัยอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่านักศึกษาที่มองโลกในแง่ดีและนักศึกษาที่มองโลกในแง่ร้ายมีความเครียดที่สังเกตได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักศึกษาที่มองโลกในแง่ดีมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดที่สังเกตเห็นได้ต่ากว่านักศึกษาที่มองโลกในแง่ร้าย ดังนั้นผู้ที่มึลักษณะการมองโลกในแง่ดีจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มึลักษณะการมองโลกในแง่ร้าย

2. ทำให้มีสุขภาพกายแข็งแรง ในคนปกติจะมีการดูแลสุขภาพที่ดี ในคนที่มึภาวะเจ็บป่วยนั้นอาการเจ็บป่วยจะทุเลาได้เร็วกว่าคนที่มองโลกในแง่ร้าย รูปแบบการอธิบายตนเองเพื่อการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อที่ว่า สุขภาพดีสามารถควบคุมได้ เช่น การควบคุมและการส่งเสริม อีกทั้งได้มีการศึกษาเปรียบเทียบในผู้ป่วยที่เป็นโรคร้ายแรง โรคเรื้อรังหรือในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ก็พบว่าผู้ป่วยที่มีรูปแบบการอธิบายตนเองในลักษณะการมองโลกในแง่ดีจะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีรูปแบบการอธิบายตนเองในลักษณะการมองโลกในแง่ร้าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเคเวอร์และคณะ (Caver et al., 1993: 375-390) พบว่าจากการศึกษาในหญิง 70 คนที่เป็นมะเร็งเต้านมในระยะแรกโดยมีการรายงานตนเองในเรื่องอารมณ์ความสุข ใน 4 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด 1 วัน และหลังจากนั้น 3, 6 และ 12 เดือน พบว่า ในหญิงที่มีรูปแบบการอธิบายตนเองในลักษณะการมองโลกในแง่ดีมีความสุข สามารถปรับตัวได้ดีกว่า และมีอาการปวด ซึมเศร้าน้อยกว่าหญิงที่มีรูปแบบการอธิบายตนเองในลักษณะการมองโลกในแง่ร้ายหรือในงานวิจัยของสไคน์เนอร์และเคเวอร์ (Scheier and Carver, 1986: 13-18) ที่ศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ และงานวิจัยของเทนนินและแอฟเฟลค (Affleck and Tennen and Affleck, 1987: 377-393) ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรัง ก็พบว่า ผู้ที่มีรูปแบบการอธิบายตนเองในลักษณะ



การมองโลกในแง่ดีมีการยอมรับและมีอาการเจ็บปวดน้อยกว่าผู้ที่มีการอธิบายตนเองในลักษณะการมองโลกในแง่ร้ายเช่นกัน

3. ทำให้มีความสำเร็จในการทำงาน การเรียน และกีฬา มากกว่าคนที่มองโลกในแง่ร้ายซึ่งจากการศึกษาโครงสร้างของการประสบความสำเร็จกับการป้องกันการมองโลกในแง่ร้ายของมาร์ติน และคนอื่นๆ (Martin et al., 2001: 583 - 610) พบว่า การมองโลกในแง่ดีทำให้เกิดความสำเร็จในการปรับตัวสูงและมีความสัมพันธ์กับเกรดเฉลี่ยด้วย

4. ทำให้มีสัมพันธภาพกับคนอื่น ได้ดีกว่าคนที่มองโลกในแง่ร้าย เนื่องจากคนที่มองโลกในแง่ดีให้อภัยในความผิดของผู้อื่นและพร้อมสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่นขึ้นมา

7.3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมองโลกในแง่ดี

งานวิจัยในประเทศไทยได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดีพบว่า สุริย์พร ไชยฤกษ์ (2550: 96-108) ได้ทำการศึกษาปัจจัยบางประการที่ส่งผลต่อการมองโลกในแง่ดีของนักเรียน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระระดับนักเรียน ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ลักษณะมุ่งอนาคต และการอบรมเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผล และตัวแปรอิสระระดับห้องเรียน ได้แก่ บรรยากาศในชั้นเรียน และการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญกับการมองโลกในแง่ดี และค้นหาตัวแปรอิสระระดับนักเรียนและตัวแปรอิสระระดับห้องเรียนที่ส่งผลต่อการมองโลกในแง่ดี ซึ่งมีรูปแบบการวิเคราะห์ 2 ระดับ ได้แก่ ระดับนักเรียน และระดับห้องเรียน ผลการวิจัยพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรอิสระระดับนักเรียน ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ลักษณะมุ่งอนาคต และการอบรมเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผลกับการมองโลกในแง่ดี มีค่าเท่ากับ 0.662 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรอิสระระดับห้องเรียน ได้แก่ บรรยากาศในชั้นเรียน และการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญกับการมองโลกในแง่ดี มีค่าเท่ากับ 0.50 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรอิสระระดับนักเรียน ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ลักษณะมุ่งอนาคต และการอบรมเลี้ยงดูแบบใช้เหตุผลส่งผลต่อการมองโลกในแง่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และตัวแปรอิสระระดับห้องเรียน ได้แก่ บรรยากาศในชั้นเรียน และการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ไม่ส่งผลต่อการมองโลกในแง่ดี แต่ส่งผลต่อค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของการเห็นคุณค่าในตนเองที่ส่งผลต่อการมองโลกในแง่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้ งานวิจัยในต่างประเทศให้ความสนใจที่จะทำการศึกษาในตัวแปรดังกล่าว เช่น คาทิ ไฮโนเนน และคณะ (Kati Heinonen et al., 2005) ได้ทำการศึกษาระยะเวลา 21 ปีเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองในวัยรุ่นตอนต้นและวัยรุ่นตอนปลาย เพื่อพยากรณ์รูปแบบการอธิบายตนเองเพื่อการมองโลกในแง่ดีและการมองโลกในแง่ร้ายในผู้ใหญ่ของประเทศฟินแลนด์ ผลการวิจัยพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการอธิบายตนเองเพื่อการมองโลกในแง่ดีและการมองโลกในแง่ร้ายในวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทาง



สถิติ สอดคล้องกับ ชาง (Chang, 2001: 332-345) ศึกษาความแตกต่างในด้านวัฒนธรรมของผู้ที่มองโลกในแง่ดีกับผู้ที่มีมองโลกในแง่ร้าย และการเผชิญปัญหา พบว่า ชาวอเมริกันเอเชียมีระดับการมองโลกในแง่ร้ายมากกว่าชาวอเมริกันผิวขาว ชาวอเมริกันเอเชียมีการหลีกเลี่ยงปัญหาและกลวิธีการหลีกเลี่ยงนี้ทางสังคมมากกว่าชาวอเมริกันผิวขาว ต่อมาปี 1998 แซง ได้ศึกษาเพิ่มเติมถึงอิทธิพลของการมองโลกในแง่ดีกับการประเมินการเผชิญปัญหาและการปรับตัวด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจพบว่า ในด้านการประเมินเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความกดดัน มีความสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ดี การเผชิญปัญหา และการปรับตัว ผู้ที่มีมองโลกในแง่ดีกับผู้ที่มีมองโลกในแง่ร้ายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการประเมินเหตุการณ์ การเผชิญปัญหา และการปรับตัว นอกจากนี้ เชียร์ และคณะ (Scheier et al., 1994: 1063-1078) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มใหญ่จำนวน 4,309 คน เพื่อตรวจสอบการมองโลกในแง่ดีเพื่ออธิบายภาวะสุขภาพและการปรับตัวเมื่อควบคุมการเห็นคุณค่าในตนเอง ผลการวิจัยพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ดี ซีลิทกแมน (Seligman, 2006: 85-86) ศึกษารูปแบบการอธิบายตนเองเกี่ยวกับเด็กที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า พบว่า เด็กผู้หญิงมีความซึมเศร้าน้อยกว่าเด็กผู้ชาย และเด็กผู้หญิงมีรูปแบบการอธิบายตนเองในลักษณะการมองโลกในแง่ดีมากกว่าเด็กผู้ชาย และเด็กชายมีลักษณะที่เปราะบางกับเหตุการณ์ที่เลวร้าย และยังพบว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกในเด็กผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย อีกทั้งการมองโลกในแง่ดียังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลยุทธ์การให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แอน มาคิกากาส และคณะ (Anne Makikangas et al., 2004: 556-575) ได้ศึกษาข้อมูลจากลูกจ้างเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง รูปแบบการอธิบายเพื่อการมองโลกในแง่ดีและภาวะสุขภาพ ซึ่งมีจุดประสงค์ในการติดตามข้อมูลจากลูกจ้างชาวฟินแลนด์จำนวน 426 คน ภายในระยะเวลา 1 ปี จุดประสงค์ข้อแรกคือ เพื่อสำรวจตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและการมองโลกในแง่ดี จุดประสงค์ข้อสองคือ เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างบุคลิกภาพ ภาวะทางจิตใจและลักษณะอาการทางร่างกาย ผลของการวิเคราะห์ห้่องค์ประกอบ(Confirmatory Factor Analysis: CFA) พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองและการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กันสูง เมื่อวิเคราะห์ในช่วงเวลาที่เปลี่ยนไป (ช่วงเวลาที่ 1, $r = .90$, ช่วงเวลาที่ 2, $r = .87$) และผลของความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างบุคลิกภาพ ภาวะทางจิตใจและลักษณะอาการทางร่างกาย โดยใช้การวิเคราะห์ Structural Equation Modeling (SEM) พบว่า เมื่อช่วงเวลาเปลี่ยนไปผู้ที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบยึดหยุ่น ทำให้ระดับภาวะจิตใจลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าในช่วงเวลาที่ 1 ผู้ที่มีลักษณะอาการทางร่างกายในระดับสูงจะสามารถทำนายภาวะทางจิตใจในช่วงเวลาที่ 2 ได้ในระดับสูงเช่นกัน

7.4 แรงจูงใจ (Motivation: M)

7.4.1 ความหมาย และแนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจ



แรงจูงใจ (Motive) เป็นคำที่ได้ความหมายมาจากคำภาษาละตินที่ว่า mover ซึ่งหมายถึง"เคลื่อนไหว (Move) " ดังนั้น คำว่าแรงจูงใจจึงมีการให้ความหมายไว้ต่าง ๆ กันดังนี้จากความหมายนี้จะเห็นได้ว่า แรงจูงใจจะเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการ คือ

1. เป็นกลไกที่ไปกระตุ้นพลังของร่างกายให้เกิดการกระทำ
2. เป็นแรงบังคับให้กับพลังของร่างกายที่จะกระทำอย่างมีทิศทาง

แรงจูงใจหมายถึงพลังภายในของแต่ละบุคคลที่ถูกกระตุ้น โดยบุคคลหรือสภาพแวดล้อมให้แสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งออกมาเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ตนเองต้องการหรือมีผู้ทำการชักจูงกำหนดการจูงใจ (motivation) เป็นเงื่อนไขของการได้รับการกระตุ้น โดยความหมาย ดังนี้คือ แรงจูงใจ หรือการจูงใจ เกิดจากความต้องการของมนุษย์ที่จะดำรงชีวิตอยู่ หรือเพื่อสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น การจูงใจอาจเกิดจากสภาพแวดล้อมภายนอกเป็นสิ่งเร้า ปัจจัยต่าง ๆ ที่นำมาอาจจะเป็นเครื่องล่อ รางวัลการลงโทษ การทำให้เกิดการตื่นตัว รวมทั้งทำให้เกิดความคาดหวัง หรืออาจเกิดจากความต้องการและแรงขับภายในตัวบุคคลได้ กล่าวอีกนัยคือเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมตามที่ตนเองปรารถนาในการเรียนการสอนก็เช่นกัน หากผู้เรียนมีแรงจูงใจจากการจูงใจของผู้สอนแล้วจะก่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพต่อผู้เรียนนั้น

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

ประเภทของแรงจูงใจในแนวทางเดียวกัน 2 ประเภท คือ

1. แรงจูงใจภายใน (Intensive Motivation) เป็นแรงจูงใจที่มาจากภายในตัวบุคคล เป็นแรงขับที่ทำให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมโดยไม่หวังรางวัลหรือแรงเสริมจากภายนอก เพราะเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความสนใจของผู้แสดงพฤติกรรม มองเห็นคุณค่าในตัวเอง มีความสุขหรือพึงพอใจในสิ่งนั้นซึ่งความรู้สึกมีความสุขนั้นเองที่เป็นรางวัลหรือสิ่งตอบแทนที่เขาได้รับ เช่น การเล่นเกม การร้องเพลงในห้องน้ำ การเก็บรักษาไดอารี่ส่วนตัว เป็นต้น

2. แรงจูงใจภายนอก (Extensive Motivation) เป็นแรงจูงใจที่ได้รับอิทธิพลจากภายนอกจูงใจให้เกิดพฤติกรรมเป็นความต้องการที่จะปฏิบัติเพื่อให้ได้รับสิ่งตอบแทน หรือรางวัลหรือหลีกเลี่ยง



จากผลที่ไม่พึงปรารถนา แรงจูงใจเหล่านี้ เช่น แรงเสริมชนิดต่าง ๆ ตั้งแต่คำติชมรางวัลที่เป็นสิ่งของ เงิน ตัวแปรต่าง ๆ ที่มาจากบุคคล ลักษณะของเหตุการณ์ สิ่งแวดล้อมภายนอก เป็นต้น(อารี พันธุ์ณี, 2546: 270; สุรางค์ โคว์ตระกูล, 2544: 169)

นงลักษณ์ ไหว้พรหม (2547) แบ่งประเภทของแรงจูงใจอย่างกว้างๆ ได้ 3 ประเภทคือ

1. แรงจูงใจทางด้านร่างกาย (Physiological) เป็นแรงจูงใจที่ติดตัวมาแต่กำเนิดมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดำรงชีวิต เช่น ความหิว ความกระหายน้ำ ความต้องการทางเพศ เป็นต้น

2. แรงจูงใจทั่วไปที่ไม่ใช่การเรียนรู้ หรือแรงจูงใจทั่วไป (Unlearned or General Motives) เป็นแรงจูงใจที่ไม่ได้เกิดขึ้นเพราะการเรียนรู้และไม่ใช้เกิดขึ้นเพราะความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เป็นความต้องการส่วนบุคคล เช่น ความต้องการเคลื่อนไหว และทำกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดจนความอยากรู้อยากเห็น ความกลัว ความต้องการความรักใคร่เอ็นดู เป็นต้น

3. แรงจูงใจทางสังคม (Social Motives) เป็นแรงจูงใจที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ ไม่ใช่ติดตัวมาแต่กำเนิด แต่เกิดขึ้นเพราะการที่บุคคลได้เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมด้วยเหตุที่คนเป็นสัตว์สังคม ดังนั้น พฤติกรรมส่วนใหญ่จึงได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ สถาบันต่างๆ วัฒนธรรม ค่านิยมความนึกคิด ความเชื่อถือ ขนบธรรมเนียมประเพณี ศาสนา เป็นต้น แรงจูงใจทางสังคม ได้แก่ ความต้องการให้สังคมยอมรับนั่นเอง

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2544: 111 – 113) ได้แบ่งประเภทแรงจูงใจออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. แรงจูงใจทางด้านร่างกาย เป็นแรงผลักดันที่เกิดขึ้นพร้อมกับความต้องการมีชีวิตการดำรงชีวิตไม่จำเป็นต้องอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้แต่อย่างใด แรงจูงใจประเภทนี้ ได้แก่

1.1 ความหิว คนเราต้องการอาหารเข้าสู่ร่างกายเพื่อหล่อเลี้ยงชีวิต

1.2 ความกระหาย เมื่อร่างกายของคนขาดน้ำทำให้เรารู้สึกกล้ามเนื้อแห้งผาก เกิดความต้องการที่จะได้น้ำดื่ม

1.3 ความต้องการทางเพศ ความต้องการด้านนี้จะเริ่มขึ้นเมื่อคนเราเข้าสู่วัยรุ่น และผู้ใหญ่อาจจะลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้นตามลำดับ

1.4 ความต้องการอุณหภูมิที่เหมาะสม สิ่งมีชีวิตจะดำรงชีวิตอยู่ได้ก็ต้องอาศัยอุณหภูมิที่เหมาะสม อุณหภูมิในร่างกายที่ไม่สูงหรือต่ำจนเกินไป

1.5 การหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด แรงขับชนิดนี้เกิดจากความต้องการหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดเพื่อให้ร่างกายเกิดความปลอดภัย

1.6 ความต้องการการพักผ่อน เมื่อร่างกายเกิดความเหน็ดเหนื่อยเนื่องจากการใช้พลังงานออกแรงในการทำงาน เราต้องการนอนหลับและพักผ่อน

1.7 ความต้องการอากาศบริสุทธิ์ที่มีก๊าซออกซิเจน



1.8 ความต้องการขับถ่ายเป็นการขับของเสียออกจากร่างกาย เป็นสิ่งจำเป็น เช่นเดียวกับอาหารและน้ำ

2. แรงจูงใจทางจิตใจและสังคม แรงจูงใจประเภทนี้ค่อนข้างจะสลับซับซ้อน เกิดขึ้นจากสภาพสังคม วัฒนธรรม การเรียนรู้และประสบการณ์ที่บุคคลนั้นได้รับและเป็นสมาชิกอยู่ แบ่งออกได้ดังนี้

2.1 ความต้องการที่เกิดจากสังคม ที่เป็นมรดกตกทอดทางวัฒนธรรมและกลายมาเป็นลักษณะนิสัยประจำตัวของแต่ละคน

2.2 ความต้องการทางสังคมที่เกิดจากการเรียนรู้ เราต้องมีประสบการณ์และการเรียนรู้มาก่อน จึงจะเข้าใจและเลือกปฏิบัติได้

อารี พันธุ์ณี (2546: 271 - 272) ได้ยกตัวอย่างแรงจูงใจทางสังคม เช่น แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ (Achievement Motive) เป็นความปรารถนาของบุคคลที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ดีและประสบความสำเร็จ แรงจูงใจใฝ่สัมพันธ์ เป็นแรงจูงใจที่ทำให้บุคคลปฏิบัติตนให้เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น และแรงจูงใจต่อความนับถือตนเอง (Self - Esteem) เป็นแรงจูงใจที่ปรารถนาในความมีชื่อเสียงและเป็นที่รู้จักของคนทั่วไป

ทฤษฎีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของแมคคลีแลนด์ (McClelland) อารี พันธุ์ณี (2546) ได้อธิบายว่าทฤษฎีนี้เน้นอธิบายการจูงใจของบุคคลที่กระทำการเพื่อให้ได้มาซึ่งความต้องการความสำเร็จมิได้หวังรางวัลตอบแทนจากการกระทำของเขา ซึ่งความต้องการความสำเร็จนี้ในแง่ของการทำงานหมายถึงความต้องการที่จะทำงานให้ดีที่สุดและทำให้สำเร็จผลตามที่ตั้งใจไว้ เมื่อคนทำอะไรสำเร็จได้ก็จะเป็นแรงกระตุ้นให้ทำงานอื่นสำเร็จต่อไป หากองค์การใดมีพนักงานที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์จำนวนมาก ก็จะมีเจริญรุ่งเรืองและเติบโตเร็ว ในช่วงปี ค.ศ. 1940 นักจิตวิทยาชื่อ เดวิด แมคคลีแลนด์ (David I. McClelland) ได้ทำการทดลองโดยใช้แบบทดสอบการรับรู้ของบุคคล (Thematic Apperception Test (TAT)) เพื่อวัดความต้องการของมนุษย์ โดยแบบทดสอบ TAT เป็นเทคนิคการนำเสนอภาพต่าง ๆ แล้วให้บุคคลเขียนเรื่องราวเกี่ยวกับสิ่งที่เขาเห็น จากการศึกษาวิจัยของแมคคลีแลนด์ได้สรุปคุณลักษณะของคนที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูงมีความต้องการ 3 ประการที่ได้จากแบบทดสอบ TAT ซึ่งเขาเชื่อว่าเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะเข้าใจถึงพฤติกรรมของบุคคลได้ดังนี้

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



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

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

จากการศึกษาพบว่าพนักงานที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูงมักต้องการจะทำงานในลักษณะ 3 ประการดังนี้

1. งานที่เปิดโอกาสให้เขารับผิดชอบเฉพาะส่วนของเขา และเขามีอิสระที่จะตัดสินใจและแก้ปัญหาด้วยตนเอง
2. ต้องการงานที่มีระดับยากง่ายพอดี ไม่ง่ายหรือยากจนเกินไปกว่าความสามารถของเขา
3. ต้องการงานที่มีความแน่นอนและต่อเนื่องซึ่งสร้างผลงานได้และทำให้เขามีความก้าวหน้าในงานเพื่อจะพิสูจน์ตนเองถึงความสามารถของเขาได้

ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs theory): นางลักษณะ ไหว้พรหม (2547) อธิบายว่า เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งกำหนดโดยนักจิตวิทยาชื่อมาสโลว์ (Abraham Maslow) เป็นทฤษฎีการจูงใจที่มีการกล่าวขวัญอย่างแพร่หลาย มาสโลว์มองว่าความต้องการของมนุษย์มีลักษณะเป็นลำดับขั้น จากระดับต่ำสุดไปยังระดับสูงสุด เมื่อความต้องการในระดับหนึ่งได้รับการตอบสนองแล้ว มนุษย์ก็จะมีความต้องการอื่นในระดับที่สูงขึ้นต่อไป ลักษณะความต้องการตามหลักการของมาสโลว์ มีดังนี้

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

ขั้นที่ 2 ความต้องการความปลอดภัยและมั่นคง (Security or safety needs) เมื่อมนุษย์สามารถตอบสนองความต้องการทางร่างกายได้แล้ว มนุษย์ก็จะเพิ่มความต้องการในระดับที่สูงขึ้นต่อไป เช่น ความต้องการความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ความต้องการความมั่นคงในชีวิตและหน้าที่การงาน เป็นต้น

ขั้นที่ 3 ความต้องการได้รับความรักและเป็นเจ้าของ (Affiliation or Acceptance needs) เป็นความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งเป็นธรรมชาติอย่างหนึ่งของมนุษย์ เช่น ความต้องการให้



และได้รับซึ่งความรัก ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ ความต้องการได้รับการยอมรับ การต้องการได้รับความชื่นชมจากผู้อื่น เป็นต้น

ขั้นที่ 4 ความต้องการได้รับการยกย่อง (Esteem needs) หรือ ความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นความต้องการการได้รับการยกย่อง นับถือ และสถานะจากสังคม เช่น ความต้องการได้รับความเคารพนับถือ ความต้องการมีความรู้ความสามารถ เป็นต้น

ขั้นที่ 5 ความต้องการบรรลุศักยภาพของตนเองอย่างแท้จริง (Self-actualization) เป็นความต้องการสูงสุดของแต่ละบุคคล เช่น ความต้องการที่จะทำทุกสิ่งทุกอย่างได้สำเร็จ ความต้องการทำทุกอย่างเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง เป็นต้น

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

1. ความคาดหวัง (Expectation) คือ การคาดการณ์ล่วงหน้าถึงผลจากการกระทำของตนเอง ผู้ที่มีแรงจูงใจสูงจะมีความคาดหวังล่วงหน้าถึงผลสำเร็จในงานที่ตนทำ

2. สิ่งล่อใจ (Incentive) คือ ความพึงพอใจที่ได้รับจากการทำงาน เช่น งานที่ตนสนใจงานที่ตนถนัด งานที่ให้ผลตอบแทนสูง หากบุคคลใดพอใจในสิ่งล่อใจจะทำให้บุคคลนั้นเกิดแรงจูงใจสูงด้วย

3. ความอยากรู้ อยากเห็น คือ ความพึงพอใจจากการที่บุคคลกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งกล่าวคือ การที่บุคคลทำสิ่งใดก็หวังเพียงความสุข ความพึงพอใจกับการที่ได้ทำสิ่งนั้นๆ โดยปราศจากการคำนึงถึงผลว่า จะประสบความสำเร็จ หรือประสบความสำเร็จล้มเหลว

ขณะที่ แคลเลอร์ (ฮังใน เบอร์เคน, 2545: 45) ได้กล่าวถึงมิติของแรงจูงใจที่สอดคล้องกับองค์ประกอบของแรงจูงใจตามที่ ฮูทสไตน์ (พิมพ์พัชร พงษ์ตน, 2544: 17; อ้างอิงจาก Hootstein, 1998: 58-59) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของแรงจูงใจในการเรียนไว้ ดังนี้

1. ความสนใจ (Interest) หมายถึง ระดับความอยากรู้ อยากเห็นของผู้เรียนต่อข้อมูลแปลกใหม่

2. ความเกี่ยวข้องสอดคล้อง (Relevance) หมายถึง ความสอดคล้องสัมพันธ์ของเนื้อหาบทเรียนและการสอนที่สนองต่อความต้องการพื้นฐาน ความสนใจ ประสิทธิภาพ และเป้าหมายของผู้เรียน

3. ความคาดหวัง (Expectancy) หมายถึง ความคาดหวังของผู้เรียนที่ได้รับรู้ถึงความสำเร็จในการเข้าร่วมกิจกรรม หรือการทำงานต่างๆ

4. ความพึงพอใจ (Satisfaction) หมายถึง การที่ผู้เรียนได้รับแรงเสริม ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายใน เมื่อได้รับรางวัลจากภายนอก

ส่วน อารี พันธุ์ณี (2546: 282-283) กล่าวว่า ลักษณะของแรงจูงใจของบุคคลมีองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้



1. ธรรมชาติของบุคคลที่มีความแตกต่างกันตามลักษณะที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของแต่ละคน เช่น แรงขับ ความวิตกกังวล
2. สถานการณ์ต่างๆ ในแต่ละสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่ต่างกัน เช่น การแข่งขัน ความร่วมมือ การตั้งเป้าหมาย การตั้งความหวัง
3. ความเข้มข้นของแรงจูงใจขึ้นอยู่กับ การเสริมแรงในทางบวก เช่น รางวัลการยกย่อง ชมเชย เป็นต้น การเสริมแรงทางลบ เช่น การลงโทษ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความสนใจตามความถนัด และความสามารถของบุคคล

7.4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ

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

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

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



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

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

และจากความสำคัญดังกล่าวข้างต้นนี้เอง “การให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง” จึงได้ปรากฏขึ้นมาในฐานะวิธีการเพื่อรองรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทั้งยังสามารถสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการควบคู่กับเป้าหมายของการให้บริการได้เป็นอย่างดี

ความเป็นมาของการให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง: จากการสืบค้นข้อมูล ไม่ปรากฏเอกสารที่เชื่อมโยงถึงประวัติการให้บริการ โดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางโดยตรง แต่พบรากฐานทางความคิดที่มีความหมายใกล้เคียง นั่นคือ “การให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง” ซึ่งเป็นรากฐานการทำงานที่สำคัญของการให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในระยะต่อมา

ผู้ให้กำเนิดการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง นั่นก็คือ คาร์ล โรเจอร์ (Carl R. Rogers) โดยเขาได้รับอิทธิพลทางความคิดสายหนึ่งมาจาก เจสซี ทาฟต์ ซึ่งลูกศิษย์ของ ออตโต แรงค์ (Otto Rank) นักจิตวิทยา โดยแรงค์มีแนวทางการทำงานที่เน้นการเสริมสร้างสิ่งใหม่ๆ ให้กับบุคคลมากกว่า รวมทั้ง เป็นการสร้างให้ผู้รับการบำบัดยอมรับสิ่งที่ตนเองเป็น และมีความรับผิดชอบต่อชีวิตตนเอง โดยที่ผู้ให้การบำบัดทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือที่ไม่มีทัศนคติตัดสิน ไม่ทำตนเป็นผู้เชี่ยวชาญ หรือแสดงบทบาทเหนือผู้รับการบำบัด ในขณะที่อีกสายหนึ่งมาจาก เคิร์ต โกลสไตน์ (Kurt Goldstein) ที่เน้นการทำงานที่ทำให้ผู้รับบริการได้รู้จักตัวตนที่แท้จริง (Self-actualization) ซึ่งถือได้ว่าเป็นเป้าหมายหลักของการบำบัดตามแนวของ โรเจอร์ส การพัฒนาทฤษฎีของ โรเจอร์สสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การให้การปรึกษาแบบไม่นำทาง (Non-directive counseling) ในช่วงปี 1940 นี้ โรเจอร์มีความเห็นทางแตกต่างไปจากการบำบัดแนวทางเดิมที่มองว่า ผู้ให้การบำบัดคือผู้เชี่ยวชาญที่รู้ดีที่สุด โดยการบำบัดของโรเจอร์มุ่งเน้นการสร้างบรรยากาศที่ทำให้เกิดการมองในด้านดีและไม่ชี้นำ



ผู้รับการบำบัด มากกว่าการให้คำแนะนำ ชี้แนะ การกำหนดแนวทาง ชักจูง สอน วินิจฉัย และตีความตามความเห็นของโรเจอร์การบำบัดแบบเดิมเป็นวิธีการที่ไม่มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดการคว่นตัดสิน (prejudice) และมักจะสร้างความผิดพลาดอยู่บ่อยครั้ง การบำบัดแบบไม่นำทางจะเน้นไปที่การให้ความสนใจกับการสะท้อน (Reflecting) และสร้างความชัดเจน (Clarifying) คำพูดและท่าทางการแสดงออกของผู้รับการปรึกษาเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเกิดการตระหนักรู้ความรู้สึกตนเองมากขึ้น

ระยะที่ 2 การบำบัดแบบเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client centered therapy) ในช่วงนี้อยู่ระหว่างปี 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 เมื่อโรเจอร์ เปิดตัวหนังสือ Becoming a person ในปี 1961 ซึ่งนำเสนอแนวคิดของธรรมชาติแห่ง"การเป็นตัวตนที่แท้จริงของตนเอง" อันหมายถึง การเปิดรับประสบการณ์ ความเชื่อมั่นในตนเอง ประเมินประสบการณ์จากกรอบแนวคิดของตนเอง และความปรารถนาที่จะดำรงตนอยู่ในกระบวนการดังกล่าว ในช่วงนี้ โรเจอร์และคณะยังได้ทำงานวิจัยหลายๆเรื่อง เพื่อเสริมขยายแนวคิดของการบำบัดแบบเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางทั้งในด้านกระบวนการและประสิทธิภาพของการบำบัด โรเจอร์สนใจศึกษาว่าบุคคลจะมีพัฒนาการที่ดีขึ้นในระหว่างการบำบัดได้อย่างไร และสัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้การบำบัดเป็นตัวแปรที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพหรือไม่ นอกจากนี้ยังมีการประยุกต์ใช้แนวคิดของเขาในด้านอื่นๆเช่น การสอนแบบเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง กลุ่มเผชิญปัญหา (Encounter group) ฯลฯ

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



ในปี 1940 โรเจอร์ ได้ไปที่เมืองโคลัมบัส มลรัฐโอไฮโอ เพื่อเป็นอาจารย์สอนที่ Ohio State University และช่วงนี้ถือได้ว่าเป็นช่วงที่สองของการพัฒนาทฤษฎีของเขา หลังจากการนำเสนอผลงานของเขาที่ University of Minnesota ในปี 1940 ทำให้เขาตระหนักว่า แนวคิดจิตบำบัดของเขา คือแนวคิดใหม่สำหรับวงการจิตบำบัด โรเจอร์ให้ความสนใจกับการทำให้ผู้รับบริการเกิดความ รับผิดชอบต่อตนเอง และให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การบำบัดกับผู้รับการบำบัดอัน เป็นการสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือที่จะสำรวจความรู้สึก และเสริมสร้างความรับผิดชอบต่อ ชีวิตของผู้รับการบำบัดเอง การสะท้อนความรู้สึกและการสร้างความกระตือรือร้นนำไปสู่ความเข้าใจ ความรู้สึกของผู้รับการบำบัดถือได้ว่าเป็นหัวใจการบำบัดตามแนวคิดของโรเจอร์ ในช่วงเวลานั้น

เป้าหมายของการบำบัด (Therapeutic goals): การบำบัดแบบเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางมี เป้าหมายที่แตกต่างการบำบัดรูปแบบอื่นๆ โดยจะเน้นไปที่การสร้างให้บุคคลมีรู้สึกเป็นอิสระใน ตัวเองมากขึ้น แทนที่จะมุ่งให้ความสำคัญกับปัญหาของบุคคล ในทัศนะของโรเจอร์ (1977) การ บำบัดไม่ใช่แค่การแก้ปัญหานั้น แต่ยังเป็น การช่วยสร้างกระบวนการแห่งความงอกงามในตัวผู้รับ การบำบัดเพื่อที่จะช่วยให้เขาจัดการกับปัญหาที่กำลังประสบอยู่ในปัจจุบันและอนาคตได้เป็น อย่างดีอีกด้วย

โรเจอร์(1961) ได้เขียนไว้ว่า ผู้ที่มาขอรับการบำบัดมักจะถามว่า “ฉันจะค้นพบตัวตนที่ แท้จริงของฉันได้อย่างไร” “ฉันจะเป็นบุคคลที่ฉันปรารถนาจะเป็นได้อย่างไร” “ฉันจะทิ้งตัวตนที่ จอมปลอมและเป็นตัวตนที่แท้จริงของฉันได้อย่างไร” เป้าหมายที่สำคัญของการบำบัด คือการ ช่วย สร้างบรรยากาศที่จะนำไปสู่การช่วยให้บุคคลเป็นที่ใช้ศักยภาพของตนได้อย่างเต็มที่ การที่ผู้รับการ บำบัดจะบรรลุเป้าหมายเช่นว่านั้นได้ เขาต้องทิ้งหน้ากากที่เขาสวมอยู่เสียก่อน หน้ากากที่ถูกสร้าง ขึ้นมาจากการกล่อมเกลามากของสังคม (Socialization). ผู้รับการบำบัดจะต้องตระหนักเสียก่อนว่า เขา สูญเสียความผูกพันตัวตนที่แท้จริงของเขาเพราะความจอมปลอมเหล่านั้นที่เขาใช้อยู่ทุกวัน บรรยากาศที่ปลอดภัยในช่วงเวลาของการบำบัดผู้รับการบำบัดค้นพบว่าจะมีความเป็นไปได้อื่นๆอยู่ อีก เมื่อความจอมปลอมเริ่มจางหายไป ในระหว่างกระบวนการของการบำบัด อะไรเล่าที่จะเกิด ขึ้นกับผู้รับการปรึกษา ซึ่ง โรเจอร์(1961) ได้อธิบายว่า ผู้ที่รู้จักตนเองอย่างถ่องแท้มากขึ้นจะมี ลักษณะ ดังนี้

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

การสนับสนุนให้บุคคลมีคุณลักษณะดังกล่าวถือได้ว่าเป็นเป้าหมายหลักของการบำบัดแบบ ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยคุณลักษณะทั้ง 4 ประการดังกล่าวนี้ จัดได้ว่าเป็นกรอบแนวคิดในการ



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

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

พัฒนาการทางความคิดทางด้านสุขภาพกับการดูแลผู้รับบริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง: อรรถประโยชน์จากการดำเนินงานที่มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นสำคัญของโรเจอร์ ได้เป็นต้นแบบทางความคิดสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนาด้านอื่นๆ ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ดังเช่น ในวงการการศึกษาที่มีการจัดการศึกษาและการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Student-Center) วงการอุตสาหกรรมที่เน้นแรงงานและผู้นำเป็นความสำคัญลำดับแรกในการพัฒนาขององค์กร สาย



การพัฒนาองค์กร การพัฒนางานด้านสาธารณสุข กิจกรรมแบบข้ามวัฒนธรรมและหลากหลายวัฒนธรรม
ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ และในทางการเมืองที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา

นายแพทย์ชื่น เตชามหาชัย (2546) ได้กล่าวถึงการบริหารจัดการงานโรงพยาบาลและงาน
สาธารณสุขที่ได้นำแนวคิดของการดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวม โดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
ไว้อย่างน่าสนใจว่า

“...การดูแลสุขภาพประชาชนก็เช่นกัน องค์ความรู้และเทคโนโลยีเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วมาก
ความรู้ทางเทคนิควิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ความรู้ในการบริหารจัดการ
โครงการส่งเสริมสุขภาพอย่างได้ผล สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรมในพื้นที่
ประสบการณ์ ความรู้ความชำนาญเฉพาะบุคคล ในการบริหารจัดการองค์ความรู้ต่างๆ วัฒนธรรม
องค์กรในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ เหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ต้องมีการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกัน
และกัน โรงพยาบาลก็เช่นกัน โรงพยาบาลเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ เป็นองค์กรที่มีวิสัยทัศน์ พันธ
กิจ ปรัชญา นโยบาย และรูปแบบการนำองค์กรการบริหารจัดการด้านต่างๆ เป็นของตนเอง มีทีม
บุคลากรหลากหลายสาขาที่มีความรู้ความชำนาญต่างๆ จำนวนมาก มาอยู่รวมกัน มีเทคโนโลยีและ
แนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชน ในแบบฉบับของตนเอง ได้รับความเชื่อถือไว้วางใจจาก
คนในชุมชน อยู่ในชุมชน ทราบถึงชีวิตความเป็นอยู่ สังคม วัฒนธรรม จิตใจ อารมณ์ และสภาวะ
สุขภาพของคนในชุมชน เป็นที่พึ่งพาของประชาชนในพื้นที่ มีศักยภาพ และความพร้อมในการดูแล
และเป็นผู้นำด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค
และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งต้องอาศัยเทคโนโลยี ความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์ และความร่วมมือ
ของบุคลากรทุกฝ่าย เป็นทีมสาขาวิชาชีพเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยเน้น
ผู้รับบริการ หรือประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีการพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุม
ประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมาย ทั้งที่เจ็บป่วย และที่ยังมีสุขภาพดี เพื่อลด การเจ็บป่วย ลด
ภาวะแทรกซ้อน และเสริมสร้างสุขภาพ สมรรถภาพในทุกมิติ คำนึงถึงประโยชน์ ความต้องการ และ
ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และประชาชนไม่ใช่การดูแลสุขภาพแบบแยกส่วน เป็นรายโรค ราย
อวัยวะแยกสุขภาพกายออกจากมิติด้านอื่นๆ ที่ประกอบเป็นคนคนนั้น ไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์
จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และความเป็นอยู่การจะดูแลสุขภาพผู้รับบริการให้เกิดการบูรณาการ มีการ
ผสมผสาน โดยคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และมีเครือข่ายขององค์ความรู้ เพื่อการประสานส่งต่อ
การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมีกลยุทธ์ในการดำเนินงาน มีการบริหารจัดการระบบ การดูแล
สุขภาพในลักษณะ ให้เกิดความคล่องตัวสะดวกต่อผู้รับบริการ ได้ข้อมูลต่างๆ ครอบคลุมปัญหาของ
ผู้รับบริการ...”

ดังนั้น จึงพอสรุปหลักการสำคัญของการให้บริการโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางได้ว่า
เป็นการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมอะไรก็ตาม ที่มีเป้าหมายสำคัญอยู่ที่การคำนึงถึงประโยชน์ของกลุ่ม



ผู้ได้รับผลประโยชน์ นั่นก็คือ ประชาชน นักเรียน ผู้รับบริการ ลูกค้า แรงงาน ฯลฯ ได้อย่างตรงตามความต้องการ มีการดำเนินงานที่ใส่ใจต่อกระบวนการมีส่วนร่วม การเสริมพลัง มีการจัดลำดับความสำคัญ มีวางแผนการดำเนินงานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการเป็นลักษณะทำไปปรับปรุงไป และพัฒนาไป เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและเกิดนวัตกรรมในการดูแลและให้บริการใหม่ๆ อยู่ตลอดเวลา

7.6 การเห็นคุณค่าในตัวเอง (Self-esteem: SE)

7.6.1 ความหมาย และแนวคิดเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตัวเอง

นักวิชาการได้ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตัวเอง ไว้ค่อนข้างที่จะหลากหลาย ดังเช่น โรเซนเบิร์ก (ปรารณา ซ้อนแก้ว, 2542 : 11 ; อ้างอิงจาก Rosenberg, 1967) ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองไว้ว่า เป็นความเคารพที่บุคคลมีต่อตนเอง มองเห็นตนเองเป็นคนมีค่า โดยไม่จำเป็นต้องเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นว่า ดีกว่าหรือเลวกว่า และไม่ต้องคิดว่าตนเองเป็นคนเลวเลิศ แต่ควรตระหนักในข้อจำกัดของตนและสามารถคาดหวังได้ว่าจะปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้นได้อย่างไร สอดคล้องกับ มาสโลว์ (Maslow, 1970 : 45) ให้ความหมายการเห็นคุณค่าในตนเองไว้ว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเองและเห็นว่าตนเองมีความเข้มแข็ง มีคุณค่า มีความสามารถ มีความเชี่ยวชาญ ในการกระทำภารกิจต่างๆ คูเปอร์สมิธ (รวีวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล, 2547 : 18 ; อ้างอิงจาก Coopersmith, 1993 : 419) กล่าวถึง คุณค่าในตนเองว่าเป็นการประเมินตนเองของบุคคล และทัศนคติที่มีต่อตนเองในด้านการยอมรับ หรือไม่ยอมรับเกี่ยวกับตนเอง ในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีคุณค่าในตนเอง เช่นเดียวกับ คอนเนย์ โปเดสต้า (Connie, 2001:3) ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเอง คือ การเห็นตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญ รวมถึงการมีความรับผิดชอบในบทบาทของตนเองและผู้อื่น นอกจากนี้ในกลุ่มนักวิชาการชาวไทย ก็พบว่าการให้ความหมายไว้ค่อนข้างแตกต่างกัน ดังเช่น สมพงษ์ จินดารุ่งเรืองรัตน์ (2546 : 12) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเองนั้น เป็นความรู้สึกที่ดี ที่มีต่อตนเองทั้งทางด้านบวกหรือลบ เป็นความรู้สึกว่าตนเองมีค่า หรือเป็นการตัดสินคุณค่าของตนเอง รวมถึงการยอมรับตนเองว่ามีความสำคัญและมีความสามารถในการทำสิ่งต่างๆ ให้ประสบผลสำเร็จ นอกจากนี้ ศศิวิมล บุราณทวีคุณ (2547: 16) ให้ความหมายว่า การเห็นคุณค่าในตนเองนั้น เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถ ประสบความสำเร็จในสิ่งที่ทำ มีความสำคัญ มีคุณค่า มีประโยชน์ต่อสังคม ได้รับการยอมรับ มีความเชื่อมั่นในการกระทำของตนเอง รับรู้คุณค่าตามความเป็นจริง มองโลกในแง่ดี

แนวคิดดังกล่าวข้างต้นอาจสรุปได้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเองนั้น หมายถึง การประเมินตนเองตามความรู้สึกของตน ว่าตนเองเป็นคนที่มีคุณค่า มีความสามารถ มีความสำคัญ มีการประสบผลสำเร็จในการทำงาน รวมทั้งการยอมรับ การเห็นคุณค่าจากคนในสังคมที่มีต่อตน ตลอดจนการมี



เจตคติที่ดีต่อตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งบุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเอง มองตนเองในแง่ดี ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกกับบุคคลอื่นในแง่ดีด้วย

พัฒนาการของการเห็นคุณค่าในตนเอง: การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในจิตใจที่ละเอียดที่ละเอียดอย่างต่อเนื่องกระบวนการนี้เริ่มต้นตั้งแต่วัยทารกและดำเนินไปเรื่อยๆ จนโต บุคคลที่ได้รับการเลี้ยงดูมาอย่างถูกต้องจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับสูง สามารถเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์และเห็นคุณค่าในตนเอง แต่บุคคลที่ได้รับการเลี้ยงดูมาอย่างไม่ถูกต้อง จะมีการเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำซึ่งก็จะส่งผลให้เติบโตมาด้วยความรู้สึกไม่ดีกับตนเองและสิ่งแวดล้อม(อุมพร ตรีงศมบัณฑิต, 2543:50) พื้นฐานของการเห็นคุณค่าในตนเองนั้นมีพัฒนาการมาจากความรัก และการยอมรับในตัวของผู้ถูกจากพ่อ แม่ สิ่งนี้เป็นรากฐานหลักในการสร้างเสริมความรู้สึกที่มั่นคงของการรักตนเองและคาดหวังให้ผู้อื่นรักตน การอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา การดูแลเอาใจใส่ และการให้การยอมรับเด็กตั้งแต่เยาว์วัย ซึ่งมีความสำคัญและส่งผลต่อความภาคภูมิใจในตนเองเป็นอย่างมาก ทั้งนี้เพราะการเห็นคุณค่าในตนเองของนั้น มีผลมาจากความรักที่ได้รับจากลักษณะท่าทีของผู้ให้การอบรมเลี้ยงดูมากกว่าสถานภาพทางสังคม และปริมาณวัตถุสิ่งของที่เขาได้รับ(สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2543 : 2 ; อ้างอิงจาก Atwater, 1974 :128-129)

การเห็นคุณค่าในตนเองในวัยเด็ก ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมของบิดามารดา การกำหนดกฎเกณฑ์ การจัดการดูแลให้เด็กปฏิบัติตามสิ่งที่บิดามารดา กำหนดไว้ โดยการกำหนดและจำกัดขอบเขตพฤติกรรมคงเส้นคงวา การสนับสนุนให้เด็กมีความต้องการด้านผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และความสามารถเป็นเลิศในด้านต่าง ๆ ครอบครัวยุคที่ดังกฎเกณฑ์กำหนดแนวปฏิบัติอย่างชัดเจน จะใช้วิธีการลงโทษที่รุนแรงน้อยกว่าครอบครัวยุคที่ไม่มีกฎเกณฑ์ ซึ่งจะทำให้เด็กมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง และถ้าบิดามารดามีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง ก็จะมีทัศนคติที่ดีต่อเด็ก ให้การยอมรับเด็กและมีการยืดหยุ่นในข้อกำหนดที่ตั้งไว้ด้วย (สมพิศ ไชยกิจ, 2536:15; อ้างอิงจาก Coopersmith, 1981:119)

นอกจากนี้การเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กยังมีพัฒนาการมาจากสังคมภายนอกครอบครัวด้วยเช่นกัน สังคมของวัยเด็กประกอบด้วยกลุ่มเพื่อน สถานภาพทางสังคม การคล้อยตามกลุ่มอันธพาลและอคติ (สมพิศ ไชยกิจ, 2536:15) เด็กต้องการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยเด็กจะเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองจากสิ่งที่เพื่อนๆ คิดเกี่ยวกับตัวเอง เด็กจะเริ่มพัฒนาทางสติปัญญา ทักษะทางสังคม และความมั่นใจในตนเองให้สูงขึ้น ถ้าสิ่งเหล่านี้ได้รับการเสริมแรงจากกลุ่มเพื่อนที่เขารักและนิยมชมชอบ เด็กก็จะมีค่าในตนเองสูงขึ้น ความต้องการการเห็นคุณค่าในตนเองจึงสามารถผลักดันให้เด็กแสดงพฤติกรรมต่างๆ ทั้งทางบวกและทางลบออกมาได้ ดังนั้นการมีปฏิสัมพันธ์กับ



เพื่อนจึงส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็ก (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2543:3; อ้างอิงจากBurnside, 1979:134)

การเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กวัยรุ่นเป็นสิ่งที่ช่วยให้วัยรุ่นสามารถปรับตัวได้อย่างมีความสุขตามวัยของเขา โดยเปิดโอกาสให้เขาได้มีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในสิ่งที่เขากระทำ ฉะนั้นผู้ใหญ่ควรเปิดโอกาสให้เขาได้แสดงหรือได้กระทำในสิ่งที่เหมาะสมกับระดับความสามารถ ความถนัดและความสนใจของเขา พร้อมทั้งให้การช่วยเหลือเขาโดยไม่ตั้งความคาดหวังต่อตัวเขามากจนเกินความสามารถ ทั้งนี้เพื่อให้เขาประสบความสำเร็จและเกิดความภาคภูมิใจในตนเองบ้าง (สมพิศ ไชยกิจ, 2536:15)

การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลางจะขึ้นอยู่กับระดับความสำเร็จที่บุคคลนั้นได้มาจากการประกอบอาชีพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การยอมรับของสังคม ความสำเร็จในชีวิตสมรส และความสามารถในการแสดงบทบาทหน้าที่ของการเป็นพ่อหรือแม่ (เสมอจันทร์ อนุะเทพ, 2535 : 43) ในวัยผู้ใหญ่วุฒิภาวะจะทำให้มุมมองตนเองได้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยผู้ใหญ่ในช่วงวัยนี้จะยอมรับตนเองมากกว่าในช่วงวัยรุ่น เพราะบุคคลได้เรียนรู้และเผชิญกับสิ่งต่างๆ มากมาย จึงทำให้การเห็นคุณค่าในตนเองมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก

การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เนื่องจากช่วงวัยนี้จะพบการเปลี่ยนแปลงมากกว่าวัยอื่น โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่จะส่งผลต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย รวมถึงการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เช่น ปอด หัวใจ ต่อมไร้ท่อต่าง ๆ ในร่างกายเริ่มเสื่อมสมรรถภาพลดลง การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มาจากหลายสาเหตุ ซึ่งสาเหตุหนึ่งก็มาจากความเสื่อมถอยลงของร่างกายตนเอง และปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเกษียณอายุการทำงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล มีความรู้สึกเจ็บเหงาเปล่าเปลี่ยว ว่าเหว่ ส่งผลให้สุขภาพจิตเสื่อมลงส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมนั้น เนื่องจากการเกษียณอายุการทำงาน สังคมของผู้สูงอายุจึงแคบลง กิจกรรมในสังคมน้อยลง เหลือเพียงในครอบครัว มีการเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นหัวหน้าครอบครัวมาเป็นผู้อาศัย ผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นที่จะต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นถ้าสามารถยอมรับและมีความเข้าใจในตนเองอย่างถูกต้องแล้วนั้นจะเป็นผู้สูงอายุที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองดี แต่ถ้าไม่สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้นั้นจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ทำให้ช่วงชีวิตที่เหลืออยู่มีแต่ความวิตกกังวล ท้อแท้ และสิ้นหวังในชีวิต กลายเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีความสุขในช่วงบั้นปลายของชีวิตดังที่ อีริกสัน (Erikson, 1968 : 8) ได้อธิบายพัฒนาการทางจิตสังคมในวัยสูงอายุว่า ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกกับความมั่นคงสมบูรณ์ในชีวิต (Sense of integrity) หรือมีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง (Sense of despair) นั้นก็ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมาของแต่ละบุคคล ถ้าผู้สูงอายุมีการเตรียมพร้อมในการ



ดำเนินชีวิตในทุกๆช่วงและมีความสามารถในการปรับตัวที่ดีก็จะไม่เกิดปัญหาของการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ แต่ถ้าเมื่อใดก็ตามที่ผู้สูงอายุมองคุณค่าในตนเองต่ำลง ก็จะก่อให้เกิดปัญหาที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุตามมามากมาย อย่างไรก็ตามการเห็นคุณค่าในตนเองนั้นสามารถสร้างขึ้นมาได้เสมอ ตราบเท่าที่บุคคลยังมีชีวิตอยู่ แม้บุคคลนั้นจะถูกเลี้ยงดูมาอย่างไม่ถูกต้องในวัยเด็ก และเติบโตมาอย่างไรก็ตามนับถือตนเอง แต่หากในวัยผู้ใหญ่มีโอกาสประสบความสำเร็จ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง มีความเข้าใจตนเองและปรารถนาที่จะพัฒนาตนเอง ก็ย่อมสร้างความนับถือตนเองให้เกิดขึ้นใหม่ได้ ถึงแม้ว่าการเห็นคุณค่าในตนเองจะสร้างขึ้นได้ทั้งในวัยเด็กและในวัยผู้ใหญ่ก็ตาม แต่มีข้อแตกต่างตรงที่ว่า ในวัยเด็กจะสร้างได้ง่ายกว่าและมีความมั่นคงกว่าส่วนในวัยผู้ใหญ่ที่สร้างได้ยากและใช้เวลานานาน (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2543:50)

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง: คุณลักษณะด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง เช่นเดียวกับคุณลักษณะด้านอื่น ๆ ของบุคคลเป็นผลมาจากองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล คูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1981 : 118 – 119)แบ่งองค์ประกอบที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง ออกเป็น 2 อย่าง ดังนี้ (ปรารถนา ซ้อนแก้ว, 2542 : 21 – 25)

1. องค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่ลักษณะทางร่างกาย สภาพจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ต่างๆผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การงาน ค่านิยมส่วนตัว และระดับความมุ่งหวังในชีวิต

1.1 ลักษณะทางกายภาพ ลักษณะทางการภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเอง บางลักษณะจะช่วยเสริมให้บุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น เป็นต้นว่า ความงามของสรีระร่างกาย ความแข็งแรง ความคล่องแคล่วในการเคลื่อนไหว จะช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จในกิจกรรมที่ตนเองเห็นว่ามีความสำคัญ บุคคลที่มีลักษณะทางกายภาพดีมักจะมีความรู้สึกทางบวกต่อตนเองและเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าบุคคลที่มีลักษณะทางกายภาพไม่ดี

1.2 สภาพทางจิตพิสัย สภาพทางจิตพิสัย ได้แก่ สภาวะอารมณ์ต่างๆ เช่น ความพึงพอใจความสุข ความวิตกกังวล ความเครียด เป็นต้น ซึ่งมีอยู่ในตัวบุคคลทั้งที่แสดงออกและไม่แสดงออกมักจะเป็นผลจากการที่บุคคลมีประสบการณ์ต่างๆ และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การประเมินตนเองจากประสบการณ์เหล่านี้ จะมีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง กล่าวได้ว่า บุคคลที่ประเมินตนเองในทางดีจะมีความพึงพอใจ มีการแสดงออกทางอารมณ์ในทางบวก มีความสุขใจและไม่วิตกกังวล แต่ถ้าบุคคลประเมินตนเองในทางไม่ดี จะแสดงความรู้สึกไม่พอใจตนเอง เห็นว่าตนขาดความสามารถและทักษะที่จำเป็นและไม่คิดว่าตนจะประสบความสำเร็จได้ในอนาคต

1.3 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลซึ่งจะมีขีดจำกัดในเรื่องของความสามารถทั่วไป สมรรถภาพและผลงานจะมีความสัมพันธ์กันและมีผลต่อการสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะเป็นตัวบ่งชี้ให้เห็นถึงความสำเร็จในสิ่งที่แต่ละบุคคลกระทำอยู่ทั้ง



ในโรงเรียนและในสังคม โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในวัยเรียนการประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวทางการเรียน ส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้เรียน ทั้งนี้เพราะการเรียนเป็นกิจกรรมที่ใช้วัดการประสบความสำเร็จในช่วงชีวิตขณะนั้น สติปัญญา ความสามารถ จึงมีอิทธิพลต่อสมรรถภาพและผลการเรียน และนำไปสู่ความสำเร็จ ซึ่งมีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง

1.4 ค่านิยมส่วนบุคคล บุคคลมักจะประเมินตนเองในมิติที่ตนเองเห็นว่ามีคุณค่า และให้ความสำคัญ เช่น บุคคลที่ให้คุณค่าแก่ความสำเร็จทางการเรียน หากเรียนไม่ดี จะทำให้การเห็นคุณค่าในตนเองลดต่ำลง การที่บุคคลให้คุณค่าแก่สิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้วสอดคล้องกับค่านิยมของสังคม บุคคลจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้น ในทางกลับกันหากค่านิยมส่วนบุคคลไม่สอดคล้องกับค่านิยมของสังคม บุคคลนั้นจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองลดต่ำลง ยิ่งไปกว่านั้นการที่บุคคลได้มีโอกาสแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมส่วนบุคคลจะทำให้บุคคลนั้นมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้น

1.5 ความมุ่งมั่น ในบางครั้งบุคคลจะประเมินตนเองเทียบกับระดับมาตรฐานของเกณฑ์ของความสำเร็จที่ได้กำหนดไว้ การประสบความสำเร็จจะเป็นประสบการณ์ที่ส่งผลให้คาดหวังความสำเร็จในอนาคตหรือในกิจกรรมคราวหน้า การทำงานได้ผลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้จะทำให้บุคคลมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เห็นว่าตนเองเป็นผู้มีคุณค่า

2. องค์ประกอบภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจและการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ในโรงเรียนและในชุมชนที่อยู่อาศัย

2.1 สัมพันธภาพในครอบครัว และการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา คือ ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูก การอบรมเลี้ยงดู การดูแลเอาใจใส่ มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคล หากครอบครัวมีความรัก ความอบอุ่น เข้าใจกัน มีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน ยอมรับฟังความคิดเห็น ให้กำลังใจ ให้สิทธิเสรีภาพในการกระทำ สิ่งต่างเหล่านี้จะทำให้บุคคลสามารถพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง

2.2 สถานภาพทางสังคม และกลุ่มเพื่อน เช่น การมีตำแหน่งหน้าที่ทางการทำงานทางสังคมการมีชื่อเสียง วงศ์ตระกูล ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น โดยทั่วไปสถานภาพทางสังคมมักจะเน้นที่ฐานะทางเศรษฐกิจของบุคคล ซึ่งพิจารณาจากอาชีพ รายได้ และที่อยู่อาศัย เนื่องมาจากสถานภาพทางสังคมเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความสำเร็จและความมีเกียรติ บุคคลที่มีสิ่งเหล่านี้จึงมีความเชื่อว่าตนเองมีคุณค่าสูงสังคมและกลุ่มเพื่อนเป็นองค์ประกอบภายนอกที่ทำให้บุคคลรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเกิดจากการรับรู้การเปรียบเทียบตนเองจากบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนด้านทักษะความสามารถ ความถนัด ทั้งนี้เกิดจากการที่บุคคลเป็นสมาชิกของกลุ่ม ซึ่งต้องเป็นกลุ่มที่คงที่ เพราะถ้าเปลี่ยนกลุ่มไปเรื่อยๆ บุคคลอาจจะมองตนเองในด้านลบเรื่องความสามารถที่จะเป็นเพื่อนที่ดีกับคนอื่น ดังนั้นการปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนจะช่วยพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคล



ผู้ที่ไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนไม่เป็นที่ประทับใจหรือไม่อยู่ในความสนใจของเพื่อนเกิดความรู้สึกว่าไม่มีใครชอบหรือไม่นับถือตนเองเลย ส่วนผู้ที่เปรียบเทียบกับคนอื่น แล้วมีความสำเร็จด่ำมีแนวโน้มว่าจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

2.3 การมีส่วนร่วมในกิจกรรม การทำกิจกรรมที่ตนเองถนัดและสนใจ จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเห็นคุณค่าในตนเองมากยิ่งขึ้น และหากปฏิบัติกิจกรรมได้ประสบผลสำเร็จก็จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกที่ดีกับตนเอง เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองนั้นมีคุณค่า

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

ลักษณะของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองระดับสูง: 1. มีการมอบหมายหน้าที่ 2. มีความเป็นผู้ใหญ่ 3. เป็นคนเปิดเผย 4. มีความไว้วางใจ 5. เป็นคนตรงไปตรงมา 6. มีความมั่นใจ 7. เป็นตัวของตัวเอง 8. กล้าเผชิญหน้ากับความขัดแย้ง 9. มีความคิดสร้างสรรค์ 10. ชอบดูแล 11. กล้าเสี่ยง 12. มีความกล้า 13. ให้ความร่วมมือ 14. มีการทดลอง 15. มีลักษณะพิเศษเฉพาะ 16. มีความกล้าแสดงออก 17. รู้สึกว่าตนเองปลอดภัย 18. รับฟังผู้อื่น 19. มีการแบ่งความรับผิดชอบ

ลักษณะของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำ: 1. มีการตอบสนองต่อผู้อื่นต่ำ 2. ไม่ค่อยมีชีวิตชีวา 3. ไม่มั่นคง อ่อนแอ 4. ไม่เปิดเผยตัวเอง 5. ไม่ชอบความเสี่ยง 6. ไม่ชอบฟังผู้อื่น 7. ไม่ค่อยมีความประทับใจ 8. ความโกรธ บั่นดาลโทสะ 9. หลีกเลี่ยงความขัดแย้งในใจ 10. มีความกล้าน้อย 11. เข้ากับผู้อื่นยาก 12. เฉื่อยชา เกียจคร้าน 13. มีความสงสัย 14. มีความไว้วางใจผู้อื่นน้อย 15. มีปัญหาในการปรับตัว 16. รู้สึกกลัวมาก รู้สึกไม่ปลอดภัย 17. ความเศร้าใจ 18. มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นเพียงชั่วคราวชั่วคราว 19. มีความคิดสร้างสรรค์น้อย 20. เปลี่ยนแปลงยาก 21. ทำตนไปตามบทบาท

นอกจากนี้ นาธาน แบนเดน (Branden, 1993: 8-10) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมของบุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงและต่ำไว้ดังนี้

ลักษณะของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง: 1. มีใบหน้า ท่าทาง วิธีการพูดและการเคลื่อนไหวแฝงไว้ด้วยความแจ่มใส ร่าเริง มีชีวิตชีวา มีความปิติยินดีปรากฏอยู่ในตัว 2. สามารถพูดถึงความสำเร็จหรือข้อบกพร่องของตนได้อย่างตรงไปตรงมาและด้วยน้ำใสใจจริง 3. สามารถเป็นผู้ให้และผู้รับคำสรรเสริญ การแสดงออกซึ่งความรัก ความซาบซึ้งต่างๆ 4. สามารถเปิดใจรับคำตำหนิและไม่ทุกข์ร้อน เมื่อมีผู้กล่าวถึงความผิดพลาดของตน 5. คำพูดและการเคลื่อนไหวมีลักษณะไม่กังวลเป็นไปตามธรรมชาติ 6. มีความกลมกลืนกันเป็นอย่างดีระหว่างคำพูด การกระทำ การ



แสดงออก และการเคลื่อนไหว 7. มีทัศนคติที่เปิดเผย อยากรู้อยากเห็นเกี่ยวกับแนวคิดและประสบการณ์ใหม่ และโอกาสใหม่ๆของชีวิต 8. สามารถที่จะเห็นและสนุกสนานกับมุมมองของชีวิตทั้งของตนเองและของผู้อื่น 9. มีทัศนคติที่ยืดหยุ่นในการตอบสนองต่อสถานการณ์ และสิ่งท้าทาย 10. มีพฤติกรรมการแสดงออกในทางที่เหมาะสม 11. สามารถเป็นตัวของตัวเอง แม้อยู่ภายใต้สถานการณ์ที่มีความเครียดลักษณะของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ 11.บุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีปัญหาทางจิตใจมากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง ปัญหาทางจิตใจที่พบ คือ มีความวิตกกังวล นอนไม่หลับ ไม่มีความสุขและเกิดอาการผิดปกติทางร่างกาย

บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีความสัมพันธ์กับความสัมฤทธิ์ผลทางการเรียนต่ำ การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ เพราะบุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีการตั้งเป้าหมายในชีวิตสำหรับตัวเองต่ำ ในความสัมพันธ์ทางสังคม บุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มักจะมีอาการหมกมุ่นอยู่กับความคิดตัวเอง และอ่อนแอต่อการถูกปฏิเสธ ต้องการยอมรับจากสังคมมาก บุคคลที่มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองในทางลบ มักจะได้รับการปฏิเสธจากคนอื่นมากกว่าบุคคลที่มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองในแง่ดี กล่าวคือ เขามักจะมองความผิดของผู้อื่นแล้วทำลายหรือซ้ำเติม ทั้งนี้เพื่อให้ตนเองรู้สึกสบายใจ แต่อย่างไรก็ตาม การกระทำเช่นนี้กลับเป็นผลเสีย เพราะเป็นการซ้ำเติมตัวเองยิ่งทำให้ผู้อื่นเกลียดมากขึ้น

บรูโน (Bruno, 1983 : 363) กล่าวถึงการเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองไว้ 4 ประการคือ

1. ใช้การเสนอแนะ หรือให้ข้อคิดโดยตรง (Direct suggestion) อาจจะเป็นการให้ข้อคิดหรือข้อเสนอแนะโดยผู้อื่น หรือโดยตนเอง วิธีการนี้เป็นการให้ข้อมูลที่มีผลกระทบให้เกิดกำลังใจ และสร้างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง แต่จะต้องมีการเสริมแรงโดยเหตุการณ์ทางบวกที่ต่อเนื่องกัน

2. สร้างความสำเร็จให้กับตนเองให้มากขึ้น

3. ลดความคาดหวังลง เป็นการลดความอยากได้ หรือความคาดหวังต่าง ๆ ลง

4. การยุติการประเมินค่าตนเอง ซึ่งอธิบายได้โดยใช้หลักทฤษฎีว่าด้วยเหตุผลและอารมณ์ (Rational – Emotive Therapy) ของแอลเบิร์ต เอลลิส ที่เห็นว่ามนุษย์เรานั้น เพียงแต่มีชีวิตอยู่ก็มีคุณค่าแล้ว จึงไม่ต้องประเมินค่าของตนเองอีกต่อไป ด้วยความคิดนี้จึงเชื่อว่า การเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลจะเพิ่มขึ้นได้ ถ้าบุคคลนั้นเลิกพิจารณาตัดสินค่าของตนเอง



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

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

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ได้ให้ความสำคัญกับข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data)

ในส่วนของข้อมูลเชิงปริมาณนั้น ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลการประเมินด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ เพื่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ ปัจจัยบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต พฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และการบริหารโครงการตามแนวทาง PROMISE Model และยังได้ใช้เครื่องมือทางการแพทย์สำหรับวัดตัวชี้วัดทางชีวเคมีของผู้เข้าร่วมโครงการตามแต่ละโครงการที่ได้กำหนดไว้ เช่น การหาค่า BMI การวัดความดันโลหิต การวัดระดับน้ำตาลในเลือด การวัดระดับไขมันในเลือด การวัดรอบเอว เป็นต้น และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การหาค่าเฉลี่ย การหาค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาค่าสัดส่วน และสถิติทดสอบ ได้แก่ สถิติทดสอบ t-test, One Way ANOVA, Multiple Regression,

ในส่วนของข้อมูลเชิงคุณภาพนั้น ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลการประเมินด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept Interview) ด้วยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ ปัจจัยบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และข้อมูลจากเอกสารรายงานผลการ



ดำเนินงานของแต่ละโครงการเพื่อตรวจสอบถึงเหตุปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อความสำเร็จและอุปสรรค ต่อการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

รายละเอียดของการประเมินโครงการนำเสนอเรียงตามลำดับต่อไป ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมิน วิธีการประเมินและบริหารโครงการ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและตัวชี้วัดความสำเร็จ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมิน

ประชากรในการประเมิน ได้แก่ สถานพยาบาลที่ดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากงบประมาณสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร ในปีงบประมาณ 2554 จำนวน 30 โครงการ โดยมีตัวแทนที่เป็นกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นประชากรในการประเมินครั้งนี้ 3 กลุ่ม ได้แก่ หัวหน้าโครงการทั้ง 30 โครงการๆ ละ 1 คน รวมจำนวน 30 คน ผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการทั้ง 30 โครงการๆ ละ 1 คน รวมจำนวน 30 คน และผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจาก 30 โครงการ รวมจำนวน 3,579 คน

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

1. **กลุ่มหัวหน้าโครงการ** ได้แก่ ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อบริหารและจัดกิจกรรมให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก 4 โรคหลัก ได้แก่ อ้วน/ลงพุง เบาหวาน ความดันโลหิต และหลอดเลือดคดสมอง ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2554 จำนวน 30 โครงการๆ ละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน ทำหน้าที่ตอบแบบสอบถามการประเมินโครงการทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

2. **กลุ่มผู้บังคับบัญชา** ได้แก่ หัวหน้างานโดยตรงของหัวหน้าโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2554 จำนวน 30 โครงการๆ ละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน ทำหน้าที่ตอบแบบสอบถามการประเมินโครงการทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ



3. กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก (Metabolic) 4 โรคหลัก ได้แก่ อ้วน/ล่งพุง เบาหวาน ความดันโลหิตและหัวใจ และหลอดเลือดสมอง ที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินโครงการจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2554 จากจำนวน 30 โครงการๆ ละ 4 คน รวมทั้งสิ้น 120 คน ทำหน้าที่ตอบแบบสอบถามการประเมินโครงการทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

4. ผู้ให้ข้อมูลสำหรับการประเมินผลลัพธ์ระยะสั้น หลังจากเสร็จสิ้นการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สถานพยาบาลแต่ละแห่งที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2554 จะต้องทำการติดตามผลลัพธ์ระยะสั้นของการดำเนินโครงการจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากทั้ง 30 โครงการ รวมจำนวน 3,579 คน เพื่อทำการวัดพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ และตัวชี้วัดด้านชีวเคมีตามที่แต่ละโครงการได้กำหนดไว้ เช่น BMI ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต รอบเอว เป็นต้น

วิธีการประเมินและบริหารโครงการ

การประเมินและบริหารโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนไทยซึ่งเป็นผู้ป่วยหรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก 4 โรคหลัก ได้แก่ อ้วน/ล่งพุง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง ที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจาก สถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2554 ภายใต้การนิเทศและประเมินโครงการจากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ดำเนินการตามลำดับต่อไปนี้

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

- 3) จัดทำคู่มือการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ในเขตกรุงเทพมหานคร และการบริหารการเงินสำหรับหัวหน้าโครงการและทีมงานเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินโครงการ



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

ประเด็นในการประเมินเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการดำเนินโครงการของสถานพยาบาลที่ร่วมให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

- 1) ชื่อโครงการ สามารถบ่งชี้ถึงลักษณะกิจกรรม แนวคิดสำคัญที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ ระบุกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน
- 2) หลักการและเหตุผล ควรระบุปัญหาและสาเหตุที่มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องของกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มที่ลักษณะคล้ายกันไว้อย่างชัดเจน ถ้ามีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ดี เพื่อเป็นกรอบในการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาและลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย
- 3) วัตถุประสงค์ ควรมีความสอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข เป็นวัตถุประสงค์ที่วัดได้จริงและไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและเวลา โดยระบุตัวชี้วัดที่ชัดเจนทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เช่น กลุ่มเสี่ยงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปทิศทางที่ดีขึ้น รอบเอวลดลงจากเดิมเท่าไรที่คนหรือคิดเป็นร้อยละเท่าไร เป็นต้น
- 4) กลุ่มเป้าหมาย ควรระบุชัดเจนว่าเป็นใคร โดยผ่านการตรวจแบบคัดกรองด้วยเกณฑ์อย่างไรในการคัดเลือกเข้าโครงการ จำนวนกี่คน โดยให้เหมาะสมกับศักยภาพของผู้ดำเนินการ
- 5) หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบควรระบุไว้ชัดเจน เช่น หน่วย / ฝ่าย ภาควิชา สถาบัน เป็นต้น



6) ผู้รับผิดชอบ ควรระบุไว้ในรูปของคณะทำงานอย่างน้อย 3 คนขึ้นไป โดยให้ระบุชื่อนามสกุล 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 ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการหรือผู้รับบริการมีพฤติกรรมจัดการความเครียดดีขึ้น โดยวัดจากอะไรบ้าง ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองพร้อมที่จะกำกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของตนเอง ถึงแม้โครงการสิ้นสุดลง เป็นต้น และตัวแปรผลลัพธ์ทางร่างกายและทางคลินิก เช่น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงหรือเป็นปกติ ร้อยละของผู้เข้าร่วมโครงการมีความดันโลหิตลดลงหรือเป็นปกติ ร้อยละของระดับความพึงพอใจ เป็นต้น

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

สถานพยาบาลที่ดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้กับประชาชนไทยซึ่งเป็นผู้ป่วยหรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก (Metabolic) 4 โรคหลัก ได้แก่ อ้วน/ลงพุง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับทุนสนับสนุนจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2554 ภายใต้การนิเทศและประเมินโครงการจากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประกอบไปด้วยหน่วยงานต่างๆ และลักษณะของโครงการ ดังต่อไปนี้

1) โรงพยาบาล ภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 2 โครงการ คือ 1.โครงการรูปแบบการจัดการโรคอ้วนด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนอรุณนิเวศน์กรุงเทพมหานคร เลขที่สัญญา : H1/2554 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวมจำนวน 31 คน 2. โครงการเบาหวานสำราญใจ โรงพยาบาลภูมิพล กรมการแพทย์ทหารอากาศ เลขที่สัญญา : H2/ 2554 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวมจำนวน 50 คน



2) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 2 โครงการ คือ 1.โครงการคุณภาพชีวิต สดใส ใส่ใจออกกำลังกาย เลขที่สัญญา: H3/2554 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 60 คน 2.โครงการปรับเปลี่ยนเพื่อการเปลี่ยนแปลง (สุขภาพ) เลขที่สัญญา: H4/ 2554 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 50 คน

3) โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 6 โครงการ คือ 1.โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงที่มาจากการสูบบุหรี่ เลขที่สัญญา: H5/ 2554 ผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 70 คน 2.การปรับพฤติกรรมในการป้องกันกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองของชุมชนในเขตความรับผิดชอบคณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามาริบัติ เลขที่สัญญา: H6/2554 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 150 คน 3.โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ที่มีความดันโลหิตสูง (รุ่น 4) เลขที่สัญญา: H7/ 2554 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 160 คน 4.โครงการ “สร้างสุขภาพดีมีความสุข” ในบุคลากรและนักศึกษาที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ เลขที่สัญญา: H8/ 2554 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 140 คน 5.โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคอ้วน เลขที่สัญญา : H10/2554 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 58 คน 6.โครงการพัฒนาความสามารถการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวานเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนในโรงพยาบาลรามาริบัติ[เลขที่สัญญา: H11/2554 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 150 คน

4) โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 5 โครงการ คือ 1.โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย ไชมันในเลือดสูง เลขที่สัญญา : H12/2554 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 50 คน 2.โครงการครอบครัวตำรวจหุ่นดี ไม่มีโรค เลขที่สัญญา : H13/2554 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 51 คน 3.โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพข้าราชการตำรวจ เลขที่สัญญา : H14/2554 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 120 คน 4.โครงการลดอ้วน ลดพุง ที่ชุมชนวัดบรมนิวาส เลขที่สัญญา : H15/2554 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 50 คน 5. โครงการบุคลากรลดพุงมุ่งสุขภาพดี เลขที่สัญญา : H16/2554 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 80 คน

5)โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า จำนวน 2 โครงการ คือ 1.โครงการทหารม้าร่วมตัวร่วมใจ ด้านภัยกลุ่มโรคเมตาบอลิก เลขที่สัญญา: H17/2554 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 220 คน 2.โครงการหุ่นดี ทวีสุข เลขที่สัญญา: H18/ 2554 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 247 คน

6) โรงพยาบาลโรงงานยาสูบ จำนวน 2 โครงการ คือ 1.โครงการลดอ้วน ลดพุง มุ่งสุขภาพดี ปี 2 เลขที่สัญญา : H19/2554 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 200 คน 2.โครงการเบาหวาน เบาใจ ใส่ใจสุขภาพ เลขที่สัญญา : H20/2554 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 170 คน



7) โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนและอ้วนลงพุงในเขตกรุงเทพมหานคร เลขที่สัญญา : H21/2554 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 100 คน

8) โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด เลขที่สัญญา: H22/ 2554 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 150 คน

9) โรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 3 โครงการ คือ 1.โครงการรู้ทันเบาหวาน เลขที่สัญญา: H24/2554 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 50 คน 2.โครงการลดอ้วน ลดโรคจากโรงพยาบาลผู้ชุมชนปี 2554 เลขที่สัญญา: H25/2554 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 81 คน 3.โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่เจ้าหน้าที่ที่มีภาวะโรคอ้วน โรงพยาบาลเลิดสิน ปี 2554 เลขที่สัญญา: H26/2554 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 51 คน

10) สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการพัฒนาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชุมชนพ่อปู่สะแกเต่า เลขที่สัญญา: H27/2554 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 353 คน

11) โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการลดโรค ลดพุง ปรับสมดุลเพื่อสุขภาพ เลขที่สัญญา : H28/ 2554 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 150 คน

12) วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการสร้างเสริมสุขภาพคนเมืองที่มีความเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุง เลขที่สัญญา: H29/ 2554 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 131 คน

13) โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการรวมพลังด้านพุงมุ่งปรับพฤติกรรมกับทหารเรือบางนา เลขที่สัญญา: H30/ 2554 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 100 คน

14) โรงพยาบาลลาดกระบัง จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. ตามแนวคิด 3Self and PROMISE ผู้ชุมชน เลขที่สัญญา: H31/2554 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 156 คน

15) โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี จำนวน 1 โครงการ คือ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิก เลขที่สัญญา: H32/2554 มีผู้เข้าร่วมโครงการรวม จำนวน 150 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและตัวชี้วัดความสำเร็จ

การประเมินและการบริหารโครงการครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมินโครงการแบบชิป (CIPP Model) ของ สตัฟเฟิลบีมและชินคฟิลด์ (Stufflebleam & Shinkfield, 2007) แนวคิดการประเมินแบบโลจิกโมเดล (Logic Model) ร่วมกับการประเมินแบบ 360 องศา (360 Degree



Feedback) และได้ประยุกต์เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือในการประเมินสามารถจำแนกได้ดังนี้

1. เครื่องมือสำหรับการประเมินโครงการตามแนวคิด CIPP Model เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 กลุ่มหลัก ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มหัวหน้าโครงการทั้ง 30 โครงการๆ ละ 1 คน รวม 30 คน กลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการทั้ง 30 โครงการๆ ละ 1 คน รวม 30 คน และกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการทั้ง 30 โครงการๆ ละ 4 คน รวมทั้งสิ้น 120 คน ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ จริงมาก (คะแนน = 4) จริง (คะแนน = 3) จริงบ้าง (คะแนน = 2) และไม่จริง (คะแนน = 1) เพื่อสอบถามในประเด็นเกี่ยวกับ บริบททั่วไปของโครงการ (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และ ผลผลิต (Product) รายละเอียดของแบบสอบถามมีดังนี้

1.1. การประเมินด้านบริบททั่วไปของโครงการ (Context Evaluation) เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความต้องการจำเป็นในการจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ความพร้อมของหน่วยงานในการจัดกิจกรรม การศึกษาสภาพปัญหาก่อนการจัดกิจกรรม การประเมินศักยภาพในด้านความพร้อมของคณะทำงานที่จะเริ่มจัดกิจกรรม การประชาสัมพันธ์โครงการ การมีเกณฑ์การคัดเลือกที่เหมาะสม การประเมินการที่จะได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน แบบสอบถามด้านบริบททั่วไปสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการมีข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .478 - .609 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .873 สำหรับหัวหน้าโครงการมีข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .353 - .733 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .870 และสำหรับผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการมีข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .278 - .657 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .818 เกณฑ์ในการชี้วัดความสำเร็จในด้านบริบททั่วไปของโครงการ คือ กลุ่มผู้ประเมินทั้ง 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มได้ให้คะแนนการประเมินในด้านนี้มากกว่าร้อยละ 70 ของคะแนน

1.2. การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) เป็นการสอบถามถึงความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์ที่จะต้องใช้ในการจัดกิจกรรมตามที่ได้กำหนดไว้ ศักยภาพในการทำงานของคณะทำงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ความพร้อมและความเหมาะสมของสถานที่ในการจัดกิจกรรม ประสิทธิภาพของกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความน่าสนใจถูกต้องตามหลักวิชาการ ความพร้อมของเอกสารประกอบการเรียนรู้ที่จะใช้ในการจัดกิจกรรม การเป็นแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรมสุขภาพของคณะทำงาน ความสามารถในการทำงานเป็นทีมของคณะทำงาน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการบริหารจัดการ โครงการตามแนวทาง PROMISE Model เพื่อให้ เกิดพฤติกรรมสุขภาพ 3Self การประเมินแนวโน้มความสำเร็จของโครงการ แบบสอบถามด้าน



ปัจจัยนำเข้าสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .388 - .567 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .811 สำหรับหัวหน้าโครงการมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .373 - .694 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .854 และสำหรับผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการมีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .312 - .753 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .837 เกณฑ์ในการชี้วัดความสำเร็จในด้านปัจจัยนำเข้าของโครงการ คือ กลุ่มผู้ประเมินทั้ง 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มได้ให้คะแนนการประเมินในด้านนี้มากกว่าร้อยละ 70 ของคะแนน

1.3. การประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นการสอบถามถึงความสามารถในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแผนที่ได้กำหนดไว้ของคณะทำงาน การเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้เป็นผู้นำในการจัดกิจกรรม ความรู้ความสามารถระหว่างการดำเนินโครงการของคณะทำงานและวิทยากร ความสามารถในการปรับเปลี่ยนโครงการตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การให้คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมโครงการของคณะทำงานระหว่างการดำเนินกิจกรรม การใช้หลัก PROMISE ในการบริหารโครงการ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับเทคนิคการบริหารจัดการโครงการจากผู้บังคับบัญชา การให้กำลังใจแก่คณะทำงานและการมีส่วนร่วมของผู้บังคับบัญชา บทบาทของหัวหน้าโครงการ ความสามารถในการประสานงานและการทำงานเป็นทีมแบบสอบถามด้านกระบวนการสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .520 - .732 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .886 สำหรับหัวหน้าโครงการมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .424 - .821 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .884 และสำหรับผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .519 - .790 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .911 เกณฑ์ในการชี้วัดความสำเร็จในด้านกระบวนการของโครงการ คือ กลุ่มผู้ประเมินทั้ง 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มได้ให้คะแนนการประเมินในด้านนี้มากกว่าร้อยละ 70 ของคะแนน

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



โครงการมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .408 - .666 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .860 สำหรับหัวหน้าโครงการมีข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .378 - .981 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .864 และสำหรับผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการมีข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .368 - .764 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .887 เกณฑ์ในการชี้วัดความสำเร็จในด้านผลผลิตของโครงการคือ กลุ่มผู้ประเมินทั้ง 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มได้ให้คะแนนการประเมินในด้านนี้มากกว่าร้อยละ 70 ของคะแนน

1.5. แบบสอบถามการบริหารจัดการโครงการตามแนวทาง PROMISE Model

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

นอกจากนี้แล้วยังได้ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) ตามกรอบการประเมินแบบซิป (CIPP Model) ด้วยเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก (In depth Interview) ด้วยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงการเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยเริ่มตั้งแต่การสอบถามเกี่ยวกับบริบททั่วไปของโครงการ (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product) โดยได้สัมภาษณ์จากหัวหน้าโครงการทั้ง 30 โครงการๆ 1 คน รวมจำนวน 30 คน ทั้งสิ้น 11 ประเด็น สัมภาษณ์จากผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการทั้ง 30 โครงการๆ 1 คน รวมจำนวน 30 คน ทั้งสิ้น 10 ประเด็น และสัมภาษณ์จากผู้เข้าร่วมโครงการจากทั้ง 30 โครงการๆ 4 คน รวมจำนวน 120 คน ทั้งสิ้น 11 ประเด็น

2. เครื่องมือสำหรับประเมินโครงการตามแนวคิด Logic Model เป็นการประเมินถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาล ประกอบไปด้วยตัวชี้วัดสำคัญที่ทางสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้กำหนด



ไว้คือ พฤติกรรมสุขภาพ 3Self และความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ และตัวชี้วัดทางชีวเคมีที่ทางสถานพยาบาลแต่ละแห่งได้กำหนดไว้เอง เช่น ค่า BMI ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต เป็นต้น ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากสถานพยาบาลทั้ง 30 โครงการทุกคน ทั้งนี้รายละเอียดของเครื่องมือวัดมีดังนี้

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

2.2. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ เป็นการสอบถามความรู้สึกระงับใจที่ได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้สึกว่าตนเองได้รับการตอบสนองความต้องการที่แท้จริงระหว่างการดำเนินกิจกรรม การมีความสุขใจที่ได้ร่วมทำกิจกรรม ความพอใจจากการได้รับบริการปรับเปลี่ยนสุขภาพ ความพอใจที่ตนเองมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงขึ้น มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .870 โดยกำหนดให้ผู้ที่มิคะแนนระหว่าง 7-13 เป็นผู้ที่มีความพึงพอใจต่อโครงการในระดับน้อย มีคะแนนระหว่าง 14-20 เป็นผู้ที่มีความพึงพอใจต่อโครงการในระดับปานกลาง และผู้ที่มิคะแนนระหว่าง 21-28 เป็นผู้ที่มีความพึงพอใจต่อโครงการในระดับมาก เกณฑ์ชี้วัดความสำเร็จในด้านความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการคือ หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการร้อยละ 70 มีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

2.3. การวัดค่าชีวเคมี เป็นการการประเมินค่าชีวเคมีของผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินโครงการ ตามที่แต่ละโครงการได้ทำการกำหนดขึ้น เช่น ค่า BMI



ค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในเลือด ค่าไขมันในเลือด ค่าเส้นรอบเอว เป็นต้น ซึ่งเครื่องมือสำหรับการวัดค่าชีวเคมีดังกล่าวเป็นไปตามการวัดของแต่ละโครงการด้วยเครื่องมือและเทคนิคทางการแพทย์ เกณฑ์ชี้วัดความสำเร็จด้านค่าชีวเคมีคือ หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการมีคะแนนชีวเคมี เช่น ค่า BMI ค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในเลือด ค่าไขมันในเลือด ค่าเส้นรอบเอว น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ และหลังจากการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการ มีค่าชีวเคมีลดลง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) คณะนิเทศก์และทีมผู้ประเมิน ดำเนินการสัมภาษณ์ และเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า ตามแบบการสัมภาษณ์ที่พัฒนาจากแนวคิดการประเมินโครงการ CIPP Model ของ สตีฟเฟิลบีมและชินคฟิลด์ (Stufflebleam & Shinkfield, 2007) การประเมินแบบโลจิก (Logic Model) ของแพนคราท์ซ (Pankratz, 2008) และเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับ แนวคิด PROMISE Model ที่คณะวิจัย สร้างขึ้นจากการบูรณาการแนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์ โดยการสัมภาษณ์และการสอบถามผู้เกี่ยวข้อง 3 กลุ่ม ประกอบด้วย หัวหน้าโครงการ จำนวน 30 คน ผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการจำนวน 30 คน และผู้ป่วยและประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 120 คน ในช่วงเดือน กรกฎาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2554

2. รวบรวมแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self โดยการสอบถามกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมจำนวน 3,579 คน ทั้งก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม ในช่วงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2554 และหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2554

3. รวบรวมความคิดเห็นจากการประชุมสรุปโครงการร่วมกันระหว่างหัวหน้าโครงการและทีมงาน จำนวน 30 โครงการ และกลุ่มคณะนิเทศก์และประเมินผลโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

2. วิเคราะห์ข้อมูลในเชิงปริมาณ ที่ได้จากการสอบถามเพื่อการนิเทศและประเมินโครงการตามแนว CIPP Model และ การบริหารโครงการตามแนวทาง PROMISE Model ใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และนำเสนอด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความคิดเห็นด้านความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้จากการประเมินตาม CIPP ที่มีต่อความเป็นไปได้และความสำเร็จของโครงการ จาก 3 กลุ่มใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว



(One way ANOVA) และเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนการประเมินเกินร้อยละ 70 กับ น้อยกว่าร้อยละ 70 เพื่อตอบสนองสมมติฐานข้อที่ 1

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

4. วิเคราะห์ข้อมูลในเชิงปริมาณเพื่อศึกษาค่าน้ำหนักสัมประสิทธิ์อิทธิพลของการบริหารจัดการโครงการตามหลัก PROMISE Model ปัจจัยบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ที่ส่งผลต่อผลผลิตของโครงการ ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) เพื่อตอบสนองสมมติฐานข้อที่ 4

5. วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมในเชิงคุณภาพที่แสดงถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ด้วยการพรรณนาและนำเสนอเป็น ความถี่ เพื่อสรุปข้อมูลประกอบการอภิปรายผล



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การรายงานผลการประเมินโครงการครั้งนี้ มุ่งนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตาม สมมติฐานการวิจัย / การประเมินโครงการ ทั้ง 4 ประเด็นเพื่อการทดสอบ ดังนี้

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

2. ผู้เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และตัวชี้วัดด้านชีวเคมี เช่น BMI ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต รอบเอว เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดี ขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

3. ผู้เข้าร่วมโครงการมากกว่าร้อยละ 70 เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และ ตัวชี้วัดด้านชีวเคมี เช่น BMI ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต รอบเอว ในทิศทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

4. การบริหารจัดการโครงการตามหลัก PROMISE ปัจจัยบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า และปัจจัยกระบวนการ มีอิทธิพลร่วมกันสามารถทำนาย ผลผลิตของการดำเนิน โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ หัวหน้าโครงการ และผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ

5. เหตุปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อความสำเร็จและอุปสรรค ต่อการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อ โรคเมตาบอลิกของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จาก ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเรียงตามลำดับของวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียด มีดังนี้



สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดสัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้แทนความหมาย ดังต่อไปนี้

| | | |
|----------------|-----|------------------------------------------|
| n | แทน | จำนวนกลุ่มเป้าหมาย / กลุ่มตัวอย่าง |
| \bar{X} | แทน | ค่าเฉลี่ย |
| S.D. | แทน | ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
| t | แทน | ค่าสถิติทดสอบ t-test |
| F | แทน | ค่าสถิติทดสอบ F-test |
| R | แทน | สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ |
| R ² | แทน | สัมประสิทธิ์การทำนาย |
| β | แทน | สัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐาน |
| Beta | แทน | สัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปของคะแนนดิบ |
| SE | แทน | ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์ |
| * | แทน | นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 |
| ** | แทน | นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 |

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ

สถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มเป้าหมายที่ได้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2554 เป็นกลุ่มที่ป่วยและเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก 4 โรคหลัก ได้แก่ อ้วน/ลงพุง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง รวมทั้งสิ้นจำนวน 3,579 คน มีรายละเอียดของข้อมูลส่วนบุคคลดังตาราง 1

ตาราง 1 ความถี่ และร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร (n = 3,579)



| ข้อมูลส่วนบุคคล | | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|------------------------|-----------------------------------------|--------------|---------------|
| เพศ | | | |
| | หญิง | 2,527 | 70.61 |
| | ชาย | 1,052 | 29.39 |
| | รวม | 3,579 | 100.00 |
| ช่วงอายุ | | | |
| | น้อยกว่า 30 ปี | 508 | 14.19 |
| | 30-39 ปี | 702 | 19.62 |
| | 40-49 ปี | 907 | 25.34 |
| | 50-59 ปี | 994 | 27.77 |
| | ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป | 468 | 13.08 |
| | รวม | 3,579 | 100.00 |
| ระดับการศึกษาสูงสุด | | | |
| | ต่ำกว่าปริญญาตรี | 2026 | 56.61 |
| | ปริญญาตรี | 1220 | 34.09 |
| | สูงกว่าปริญญาตรี | 333 | 9.30 |
| | รวม | 3,579 | 100.00 |
| สิทธิการรักษาพยาบาล | | | |
| | บัตรทองในเขต กทม. | 1013 | 28.30 |
| | บัตรประกันสังคม | 686 | 19.17 |
| | ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจและครอบครัว | 1514 | 42.30 |
| | บัตรทองนอกเขต กทม. | 238 | 6.65 |
| | อื่นๆ เช่น จ่ายเอง | 128 | 3.58 |
| | รวม | 3,579 | 100.00 |
| ลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย | | | |
| | กลุ่มเสี่ยงต่อโรคอ้วน | 1401 | 39.15 |
| | กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน | 708 | 19.78 |
| | กลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง | 525 | 14.67 |
| | กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) | 887 | 24.78 |
| | อื่นๆ เช่น การติดบุหรี่ สุรา | 58 | 1.62 |
| | รวม | 3,579 | 100.00 |



(ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---------------------------------------------------|------------|--------|
| ปัจจัยเสี่ยงที่พบ (1 คนเสี่ยงได้มากกว่า 1 ปัจจัย) | | |
| เบาหวาน / น้ำตาลในเลือดสูง | 921 | 25.73 |
| ความดันโลหิตสูง | 1,280 | 35.76 |
| ไขมันสูง | 836 | 23.36 |
| อ้วน / BMI สูง | 1,599 | 44.68 |
| สูบบุหรี่ | 462 | 12.91 |
| เครียด | 485 | 13.55 |
| ขาดการออกกำลังกาย | 1,085 | 30.32 |
| รับประทานอาหารรสจัด | 1,082 | 30.23 |
| พันธุกรรม | 882 | 24.64 |
| อื่นๆ เช่น | 285 | 7.96 |

ตาราง 1 พบผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 2,527 คน คิดเป็นร้อยละ 70.61 มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี จำนวน 994 คน คิดเป็นร้อยละ 27.77 มีการศึกษาดำรงระดับปริญญาตรี จำนวน 2,026 คน คิดเป็นร้อยละ 56.61 มีสิทธิการรักษาพยาบาลคือ สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจและครอบครัว จำนวน 1,514 คน คิดเป็นร้อยละ 42.30 ลักษณะของกลุ่มเป้าหมายคือ กลุ่มเสี่ยงต่อโรคอ้วน จำนวน 1,401 คน คิดเป็นร้อยละ 39.15 และ ปัจจัยเสี่ยงที่พบคือ อ้วน/BMI สูง จำนวน 1,599 คน คิดเป็นร้อยละ 44.68

ตอนที่ 2 ความสอดคล้องของความคิดเห็นต่อโครงการในด้านบริบททั่วไป (Context)

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

การประเมินโครงการครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากสถานพยาบาลทั้ง 15 แห่งที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 30 โครงการ แนวคิดการประเมินคือ CIPP Model, Logic Model และ 360 Degree Feedback เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีตัวแทนในการให้ข้อมูลได้แก่ กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ ๆ ละ 4 คน รวม 120 คน กลุ่มหัวหน้าโครงการๆละ 1 คน รวม 30 คน และกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการๆ 1 คน รวม 30 คน รายละเอียดผลการประเมินโครงการในช่วงระหว่างดำเนินโครงการ



ตาราง 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของตัวแทนกลุ่มผู้เข้ารับบริการ กลุ่มหัวหน้าโครงการ และกลุ่มผู้บังคับบัญชา ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการประเมินในช่วงระหว่างดำเนินโครงการ

| ข้อมูลส่วนบุคคล | ผู้เข้ารับบริการ | | หัวหน้าโครงการ | | ผู้บังคับบัญชา | |
|-------------------------------------|------------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|
| | n = 120 | | n = 30 | | n = 30 | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| เพศ | | | | | | |
| ชาย | 36 | 30.00 | 7 | 23.33 | 11 | 36.67 |
| หญิง | 84 | 70.00 | 23 | 76.67 | 19 | 63.33 |
| รวม | 120 | 100.00 | 30 | 100.00 | 30 | 100.00 |
| ระดับการศึกษา | | | | | | |
| ต่ำกว่าปริญญาตรี | 65 | 54.17 | - | - | - | - |
| ปริญญาตรี | 45 | 37.50 | 6 | 20.00 | 4 | 13.33 |
| ปริญญาโท / เทียบเท่า | 10 | 8.33 | 15 | 50.00 | 16 | 53.33 |
| สูงกว่าปริญญาโท | - | - | 9 | 30.00 | 10 | 33.33 |
| รวม | 120 | 100.00 | 30 | 100.00 | 30 | 100.00 |
| ช่วงอายุ | | | | | | |
| ต่ำกว่า 30 ปี | 15 | 12.50 | - | - | - | - |
| ระหว่าง 31 – 39 ปี | 25 | 20.83 | 2 | 6.67 | 3 | 10.00 |
| ระหว่าง 40 – 49 ปี | 31 | 25.83 | 15 | 50.00 | 9 | 30.00 |
| ระหว่าง 50 – 60 ปี | 26 | 21.67 | 13 | 43.33 | 18 | 60.00 |
| มากกว่า 61 | 23 | 19.17 | - | - | - | - |
| รวม | 120 | 100.00 | 30 | 100.00 | 30 | 100.00 |
| ประสบการณ์ทำงานด้าน | | | | | | |
| การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ | | | | | | |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี | - | - | 13 | 43.33 | 7 | 23.33 |
| ระหว่าง 4 – 7 ปี | - | - | 11 | 36.67 | 14 | 46.47 |
| ระหว่าง 8 – 10 ปี | - | - | 4 | 13.33 | 9 | 30.00 |
| มากกว่า 11 ปี | - | - | 2 | 6.67 | - | - |
| รวม | - | - | 30 | 100.00 | 30 | 100.00 |



| ประสบการณ์การเป็นหัวหน้าโครงการด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------|------------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|--|
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี | - | - | 20 | 66.67 | 16 | 53.33 | |
| ระหว่าง 4 – 7 ปี | - | - | 8 | 26.67 | 11 | 36.67 | |
| ระหว่าง 8 – 10 ปี | - | - | - | - | 3 | 10.00 | |
| มากกว่า 11 ปี | - | - | 2 | 6.67 | - | - | |
| รวม | - | - | 30 | 100.00 | 30 | 100.00 | |
| จำนวนปีที่เป็นผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ | | | | | | | |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี | - | - | - | - | 20 | 66.67 | |
| ระหว่าง 4 – 7 ปี | - | - | - | - | 7 | 23.33 | |
| ระหว่าง 8 – 10 ปี | - | - | - | - | 3 | 10.00 | |
| มากกว่า 11 ปี | - | - | - | - | - | - | |
| รวม | - | - | - | - | 30 | 100.00 | |
| จำนวนครั้งที่ได้ร่วมจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับ มศว | | | | | | | |
| 1 ครั้ง | - | - | 4 | 13.33 | - | - | |
| 2 ครั้ง | - | - | 10 | 33.33 | - | - | |
| 3 ครั้ง | - | - | 9 | 30.00 | - | - | |
| 4 ครั้ง | - | - | 5 | 16.67 | - | - | |
| 5 ครั้ง | - | - | 2 | 6.67 | - | - | |
| รวม | - | - | 30 | 100.00 | - | - | |
| รายได้ต่อเดือน | | | | | | | |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท | 34 | 28.33 | - | - | - | - | |
| ระหว่าง 10,001 – 20,000 บาท | 31 | 25.83 | - | - | - | - | |
| ระหว่าง 20,001 – 30,000 บาท | 27 | 22.50 | - | - | - | - | |
| มากกว่า 30,001 บาท | 28 | 23.33 | - | - | - | - | |
| รวม | 120 | 100.00 | - | - | - | - | |
| การมีโรคประจำตัว | | | | | | | |
| มีโรคประจำตัว | 64 | 53.33 | - | - | - | - | |
| ไม่มีโรคประจำตัว | 56 | 46.67 | - | - | - | - | |
| รวม | 120 | 100.00 | - | - | - | - | |



| การเลี้ยง / ป่วยเป็นโรค | | | | | | |
|-------------------------|----|-------|---|---|---|---|
| อ้วน / อ้วนลงพุง | 67 | 55.83 | - | - | - | - |
| เบาหวาน | 50 | 41.67 | - | - | - | - |
| ความดันโลหิตและหัวใจ | 44 | 36.67 | - | - | - | - |
| หลอดเลือดสมอง | 11 | 9.17 | - | - | - | - |

ตาราง 2 พบว่ากลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 มีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 54.17 มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 40 – 49 ปี จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 25.83 มีรายได้เดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 28.33 มีโรคประจำตัวจำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 เลี้ยงและป่วยเป็นโรคอ้วน / อ้วนลงพุง จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 55.83

ในกลุ่มหัวหน้าโครงการ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.67 จบการศึกษาระดับปริญญาโท / เทียบเท่า จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 40 – 49 ปี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีประสบการณ์การทำงานด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพน้อยกว่า 3 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.33 มีประสบการณ์การเป็นหัวหน้าโครงการด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพน้อยกว่า 3 ปี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 เคยร่วมจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับทางมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2 ครั้ง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33

ในกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 จบการศึกษาระดับปริญญาโท / เทียบเท่า จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 50 – 60 ปี จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 มีประสบการณ์ทำงานด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระหว่าง 4 – 7 ปี จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.47 มีประสบการณ์การเป็นหัวหน้าโครงการด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพน้อยกว่า 3 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 และเป็นผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพน้อยกว่า 3 ปี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความคิดเห็นในการประเมินโครงการระหว่าง กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ หัวหน้าโครงการ และผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ จำแนกตามปัจจัย



| ปัจจัยที่ประเมิน (มาตรวัด 1-4) | ผู้เข้ารับบริการ n=120 | | หัวหน้าโครงการ n=30 | | ผู้บังคับบัญชา n=30 | | F-test / (t-test) | Scheffe test | | |
|-----------------------------------|---------------------------|------|------------------------|------|------------------------|------|----------------------|--------------|-------|-----|
| | \bar{X} | S.D | \bar{X} | S.D | \bar{X} | S.D | | 1-2 | 1-3 | 2-3 |
| | 1.Context | 3.50 | .354 | 3.53 | .30 | 3.62 | | .29 | 1.567 | - |
| 2.Input | 3.52 | .35 | 3.52 | .32 | 3.62 | .35 | 1.034 | - | - | - |
| 3.Process | 3.51 | .33 | 3.42 | .42 | 3.53 | .49 | .719 | - | - | - |
| 4.Product | 3.71 | .28 | 3.23 | .43 | 3.31 | .40 | 33.949** | .47* | .39* | - |
| 5.Total | 3.56 | .27 | 3.43 | .32 | 3.52 | .31 | 2.394 | - | - | - |
| 6.PROMISE | 3.54 | .32 | 3.56 | .34 | - | - | (.351) | - | - | - |

หมายเหตุ 1 = ผู้เข้ารับบริการ 2 = หัวหน้าโครงการ 3 = ผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 3 พบว่าการประเมินด้านบริบทของโครงการ (Context) พบว่า กลุ่มผู้เข้ารับบริการ กลุ่มหัวหน้าโครงการ และกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ มีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน เมื่อแปลความหมายของผลการประเมินด้านบริบทพบว่า ทั้ง 3 กลุ่มมีความคิดเห็นสอดคล้องกันให้คะแนนอยู่ในระดับดีมากทั้งหมดในระดับคะแนนที่มีค่าใกล้เคียงกัน มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.50 – 3.62

การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Input) พบว่า กลุ่มผู้เข้ารับบริการ กลุ่มหัวหน้าโครงการ และกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ มีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน เมื่อแปลความหมายของผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้าพบว่า ทั้ง 3 กลุ่ม มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ให้คะแนนอยู่ในระดับดีมากทั้งหมด ในระดับคะแนนที่มีค่าใกล้เคียงกัน มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.52 – 3.62

การประเมินด้านกระบวนการ (Process) พบว่า กลุ่มผู้เข้ารับบริการ กลุ่มหัวหน้าโครงการ และกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ มีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน เมื่อแปลความหมายของผลการประเมินด้านกระบวนการพบว่า ทั้ง 3 กลุ่ม มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ให้คะแนนอยู่ในระดับดีมากทั้งหมด ในระดับคะแนนที่มีค่าใกล้เคียงกัน มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.42 – 3.53

การประเมินด้านผลผลิต (Product) พบว่า กลุ่มผู้เข้ารับบริการ กลุ่มหัวหน้าโครงการ และกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ มีความคิดเห็นแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อทำการเปรียบเทียบเป็นรายคู่แล้วพบว่า กลุ่มผู้เข้ารับบริการมีความคิดเห็นที่ดีกว่ากลุ่มหัวหน้าโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($3.71 > 3.23$) และดีกว่ากลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($3.71 > 3.31$) เมื่อแปล ความหมายของผลการประเมินด้านผลผลิตพบว่า กลุ่มผู้เข้ารับบริการและกลุ่มผู้บังคับบัญชาของ หัวหน้าโครงการ ให้คะแนนอยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.71 และ 3.31 ตามลำดับ แต่กลุ่ม หัวหน้าโครงการให้คะแนนอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.23



การประเมินโครงการในภาพรวม (CIPP Model) พบว่า กลุ่มผู้เข้ารับบริการ กลุ่มหัวหน้าโครงการ และกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ มีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน เมื่อแปลความหมายของผลการประเมินด้านกระบวนการพบว่า ทั้ง 3 กลุ่ม มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ให้คะแนนอยู่ในระดับดีมากทั้งหมด ในระดับคะแนนที่มีค่าใกล้เคียงกัน มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.43 – 3.56

การประเมินการบริหารโครงการตามแนวทาง PROMISE Model ของคณะทำงาน ซึ่งได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้เข้ารับบริการและกลุ่มหัวหน้าโครงการ พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน ให้คะแนนการประเมินอยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 และ 3.56 ตามลำดับ

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการประเมินโครงการ ด้านบริบททั่วไป (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิต (Output) และความพึงพอใจต่อโครงการ มีคะแนนเกินร้อยละ 70 (คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.8 จากคะแนนเต็มเฉลี่ย 4.00)

| ปัจจัยที่ ประเมิน (มาตรวัด 1-4) | ผู้เข้ารับบริการ n=120 | | หัวหน้าโครงการ n=30 | | ผู้บังคับบัญชา n=30 | |
|------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| | จำนวนคนที่ ให้คะแนน เกิน 2.8 | ร้อยละของ หัวหน้า โครงการ | จำนวนคนที่ ให้คะแนน เกิน 2.8 | ร้อยละของ หัวหน้า โครงการ | จำนวนคนที่ ให้คะแนน เกิน 2.8 | ร้อยละของ บังคับ บัญชา |
| 1.Context | 120 | 100.00 | 30 | 100.00 | 30 | 100.00 |
| 2.Input | 120 | 100.00 | 30 | 100.00 | 30 | 100.00 |
| 3.Process | 120 | 100.00 | 30 | 100.00 | 30 | 100.00 |
| 4.Product | 120 | 100.00 | 30 | 100.00 | 30 | 100.00 |
| 5.Total | 120 | 100.00 | 30 | 100.00 | 30 | 100.00 |
| 6.PROMISE | 120 | 100.00 | 30 | 100.00 | 30 | 100.00 |

หมายเหตุ คะแนนร้อยละ 70 ของ 4.00 คือ 2.80

ตาราง 4 พบว่ากลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ หัวหน้าโครงการ และผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ ให้คะแนนการประเมินเกินร้อยละ 70 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการประเมินโครงการตามแนวทาง CIPP Model และ 360 degree Feedback ผ่านการประเมิน ทั้งนี้ยังต้องการตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อนำมาประกอบผลการประเมิน รายละเอียดดังตาราง 5 - 7



ผลสรุปข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกระหว่างกรณีศึกษาโครงการ

ดังแสดงรายละเอียดรายด้าน ในตาราง 5 – 8

ตาราง 5 ผลการประเมินเชิงคุณภาพในด้านบริบททั่วไป (Context) ตามความคิดเห็นของ 3 กลุ่ม

| ผู้เข้าร่วมโครงการ (n = 120) | หัวหน้าโครงการ (n = 30) | ผู้บังคับบัญชา (n=30) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. ความจำเป็นในการเข้าร่วมโครงการพบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีปัญหาด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคอ้วน เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง/ต่ำ เขาเสื่อม เป็นต้น มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด เป็นต้น ต้องการที่จะได้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคประจำตัวของตนเอง ได้แก่ พฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต การเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น และปัญหาในการขาดแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง</p> <p>2. ก่อนเข้าร่วมโครงการได้ประเมินโครงการนี้ว่าน่าจะประสบความสำเร็จได้ดีเพราะว่าผู้จัดเป็นบุคลากรทางการแพทย์ มีสถานที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรมคือ ในโรงพยาบาล มองเห็นว่าบุคลากรมีความพร้อม น่าจะมีการบริหารจัดการโครงการที่ดี แต่หลายคนก็ยังคงประเมินว่าอาจจะไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง ยังขาดความรู้ด้านสุขภาพ และไม่เคยทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมาก่อน</p> | <p>1.ความจำเป็นในการจัดโครงการคือ ประเมินจากการทำงานพบว่า ประชาชนที่เข้ามาใช้บริการมีปัญหาด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก เช่น โรคอ้วน โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ เป็นต้น และพิจารณาว่าสามารถป้องกันได้ด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นตัวชี้วัดการทำงาน ของหน่วยงาน หัวหน้างานมีเวลามากพอที่จะของบประมาณมาจัดโครงการ คณะทำงานมีองค์ความรู้เพียงพอที่จะจัดกิจกรรมได้</p> <p>2.ก่อนที่จะเริ่มโครงการได้ทำการวิเคราะห์โอกาสที่จะทำให้โครงการประสบความสำเร็จ พบว่าสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน คณะทำงานมีความพร้อมมีประสบการณ์ ผู้บริหารให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี เห็นว่าผู้เข้าร่วมโครงการมีความสนใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และคณะทำงานมีประสบการณ์เกี่ยวกับ PROMISE Model และพฤติกรรมสุขภาพ 3Self หน่วยงานมีสถานที่เพียงพอที่จะจัดกิจกรรมได้</p> | <p>1.ความจำเป็นเกี่ยวกับสภาพปัญหาที่ต้องจัดโครงการในครั้งนี้ พบว่า โครงการเป็นตัวชี้วัดการทำงานของหน่วยงานมองเห็นจากประชาชนที่เข้ามาใช้บริการและการได้ออกตรวจพื้นที่พบว่ามีปัญหาด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคอ้วน โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และการสูบบุหรี่ เป็นต้น มองเห็นว่าหัวหน้าโครงการมีศักยภาพที่เพียงพอจะทำโครงการให้ประสบความสำเร็จได้</p> <p>2.ก่อนที่จะอนุญาตให้ดำเนินโครงการได้วิเคราะห์แล้วเห็นว่าน่าจะประสบความสำเร็จเนื่องจากคณะทำงานมีประสบการณ์การทำงานที่เพียงพอ โดยเฉพาะหัวหน้าโครงการซึ่งมั่นใจในศักยภาพ มีความสอดคล้องกับนโยบายหลักของหน่วยงาน</p> |



ตาราง 6 ผลการประเมินเชิงคุณภาพในด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ตามความคิดเห็นของ 3 กลุ่ม

| ผู้เข้าร่วมโครงการ (n = 120) | หัวหน้าโครงการ (n = 30) | ผู้บังคับบัญชา (n=30) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. เห็นว่าคณะทำงานมีความพร้อมที่จะให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นอย่างดี มีความกระตือรือร้นในการทำงานมาก เช่น โทรไปปลุกเพื่อให้ออกกำลังกาย การติดตามพฤติกรรม การรับประทานอาหารเช้า เป็นต้น มีความรู้ความสามารถที่เพียงพอในการถ่ายทอดมีความน่าเชื่อถือ มีจำนวนที่เพียงพอ มีอخصยาศัยไมตรีที่ดีมีความเป็นกันเอง เป็นแบบอย่างที่ดีเพราะจะร่วมทำกิจกรรมด้วยทุกครั้ง และวิทยากรที่เชิญมาก็มีความสามารถในการจูงใจผู้ฟังได้ดี แต่บางโครงการก็รายงานว่ามีคณะทำงานที่น้อยเกินไป</p> <p>2. สถานที่ในการจัดโครงการมีความเหมาะสม แต่เอกสารประกอบการฝึกอบรมหลายโครงการยังพบว่ามีน้อย สิ่งอำนวยความสะดวกมีจำนวนเพียงพอ มีการแจกสิ่งของต่างๆ มีคู่มือสุขภาพที่อ่านแล้วเข้าใจง่าย มีการนำออกกำลังภายนอกสถานที่ เช่น การเข้าค่ายต่างจังหวัด การออกกำลังภายในสวนสาธารณะ เป็นต้น ในภาคการบรรยายมีอุปกรณ์ที่ครบ เช่น โปรเจ็คเตอร์ และบางโครงการยังมีห้อง Fitness ให้ออกกำลังกายด้วย</p> | <p>1. ได้มีการจัดเตรียมความพร้อมคณะทำงานด้วยการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับ PROMISE Model และ 3Self ให้กับคณะทำงาน มีการประชุมร่วมกันเพื่อวางแผนเตรียมงาน ส่งทีมงานบางคนเข้ารับการอบรมตามสถานที่ต่างๆ เช่น มสช. เป็นต้น เพื่อหาองค์ความรู้เพิ่มเติม ตลอดจนเชิญผู้บริหารเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของโครงการ</p> <p>2. ได้จัดเตรียมทรัพยากรทางการบริหารไว้เป็นอย่างดีเพียงพอ เช่น การประมาณการล่วงหน้าถึงสิ่งที่จะใช้เพื่อจะได้ทำการขี้มจากหน่วยงานได้ตรงตามเวลาที่จะจัดกิจกรรม การพิจารณางบประมาณที่เป็นสัดส่วนเพื่อการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ และสร้างระบบแรงจูงใจให้ทีมงานได้ทำงานอย่างทุ่มเท เช่น การให้ความดีความชอบแก่คณะทำงานที่ทุ่มเทต่อโครงการด้วยการมอบให้เป็นหัวหน้าโครงการในปีต่อไป การประชุมกับทีมงานเพื่อหาวิธีการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้เข้าร่วมโครงการเพื่อให้มาทุกครั้งที่เกิดกิจกรรมจนครบ 5 ครั้ง</p> | <p>1. ได้มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนเชิงนโยบาย โดยได้ประกาศให้ทุกคนในหน่วยงานทราบถึงสถานะของโครงการ มองว่าเป็นโครงการที่สำคัญตามนโยบายของหน่วยงาน การให้เวลาคณะทำงานได้จัดโครงการตามสมควร การร่วมเป็นส่วนหนึ่งของคณะทำงานในฐานะวิทยากร ให้กำลังใจแก่คณะทำงานด้วยการพูดชื่นชมอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนด้านการประชาสัมพันธ์โครงการ และผู้บังคับบัญชาบางโครงการก็ยังรายงานว่าได้มีส่วนช่วยเหลือหรือสนับสนุน แต่ก็ไม่ได้ชัดเจนการจัดกิจกรรม</p> <p>2. ผู้บังคับบัญชาหลายท่านได้รายงานว่าได้จัดหางบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมจากที่ได้รับจากมศว ได้ให้การสนับสนุนสถานที่ในการจัดกิจกรรมอย่างเต็มที่ช่วยในการประสานงานกับหน่วยงานภายนอก ให้คำปรึกษาแก่หัวหน้าโครงการ ติดตามผลการดำเนินโครงการอย่างสม่ำเสมอและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขตามสมควร</p> |



ตาราง 7 ผลการประเมินเชิงคุณภาพในด้านกระบวนการ (Process)ตามความคิดเห็นของ 3 กลุ่ม

| ผู้เข้าร่วมโครงการ (n = 120) | หัวหน้าโครงการ (n = 30) | ผู้บังคับบัญชา (n=30) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1.พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในระดับสูง เช่น การได้ร่วมทำกิจกรรม การซักถามข้อสงสัยจากวิทยากร และคณะทำงาน การทำกิจกรรมร่วมกัน แต่การแสดงความคิดเห็นในเชิงการบริหารจัดการโครงการ กิจกรรมที่มีประโยชน์มากอีกประการหนึ่งก็คือ การได้รับประทานอาหารร่วมกันของผู้เข้าร่วมโครงการซึ่งทำให้ได้เพื่อนและแลกเปลี่ยนความรู้ได้ดีสำหรับโครงการที่มีห้อง Fitness ผู้เข้าร่วมโครงการจึงได้เดินทางมาใช้</p> <p>2. ผู้เข้าร่วมโครงการมองว่าการบริหารจัดการโครงการครั้งนี้เป็นไปอย่างดีโดยเฉพาะในด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันของคณะทำงานกับผู้เข้าร่วมโครงการ มีการเสริมแรงทางบวกด้วยการพูดจาให้กำลังใจ การให้รางวัลสำหรับผู้ที่ประสบความสำเร็จ การมองโลกในแง่ดีว่าทุกอย่างเป็นไปได้แก้ไขได้ มีการติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พูดกระตุ้นให้ออกกำลังกายเมื่อพบเจอกับคณะทำงาน แต่ยังคงขาดหลักการยึดผู้เข้าร่วมโครงการเป็นสำคัญเนื่องจากการจัดกิจกรรมยังมีลักษณะของการพัฒนามาจากคณะทำงานเพียงฝ่ายเดียว</p> | <p>1. หลายโครงการได้รายงานว่ามีการจัดกิจกรรมที่เน้นให้ผู้เข้าร่วมได้ทำกิจกรรมมากกว่าการบรรยาย โดยมีกิจกรรมกลุ่มให้ทำอย่างสม่ำเสมอ ถึงแม้จะมีการบรรยายให้ความรู้บ้าง แต่ก็จะเป็นบรรยายที่ผ่อนคลาย เปิดโอกาสให้ซักถามได้ตลอดเวลา ใช้กระบวนการกลุ่มกันอย่างแพร่หลาย มีการวัดความสำเร็จในแต่ละครั้งด้วยการชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต และแจ้งผลให้ผู้เข้าร่วมโครงการทราบเพื่อเป็นการกระตุ้นพฤติกรรม ให้ทำบันทึกพฤติกรรม สุขภาพใน สมุดบันทึกแต่หลายโครงการก็รายงานว่าผู้เข้าร่วมไม่ทำการบันทึก</p> <p>2. ได้มีการใช้หลัก PROMISR Model โดยเฉพาะการจูงใจด้วยการให้รางวัล และการเสริมแรงทางบวกด้วยการพูดให้กำลังใจ การมองโลกในแง่ดีว่าทุกอย่างสามารถแก้ไขได้ การให้เกียรติแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ และหลายโครงการยังคงเป็นการนำกิจกรรมด้วยคณะทำงานแล้วให้ผู้เข้าร่วมโครงการปฏิบัติตาม</p> | <p>1. ได้มีส่วนสำคัญในการบริหารจัดการโครงการครั้งนี้ด้วยการให้คำแนะนำแก่คณะทำงานอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนเสนอแนวคิดสำคัญในการบริหารโครงการ เช่น การออกแบบกิจกรรม การบริหารงบประมาณ เป็นต้น ได้ให้การชมเชยแก่คณะทำงานเมื่อประสบความสำเร็จ มีการสอบถามความสำเร็จในการบริหารโครงการจากหัวหน้าโครงการอย่างสม่ำเสมอ ให้การสนับสนุนในทุกทางแก่โครงการนี้ และพยายามไม่ทำตัวเป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของโครงการ ให้ความไว้วางใจแก่คณะทำงานในระดับสูง</p> <p>2. ได้ติดตามผลการดำเนินโครงการจากการสอบถามและการรายงานผลของหัวหน้าโครงการอย่างต่อเนื่อง พิจารณาจากการสังเกตจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการเมื่อมีเวลา มีการพูดคุยทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการกับคณะทำงาน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงาน เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินโครงการ</p> |



ตาราง 8 ผลการประเมินเชิงคุณภาพในด้านผลผลิต (Product) ตามความคิดเห็นของ 3 กลุ่ม

| ผู้เข้าร่วมโครงการ (n = 120) | หัวหน้าโครงการ (n = 30) | ผู้บังคับบัญชา (n=30) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. หลังจากเข้าร่วมโครงการแล้ว ผู้เข้าร่วมหลายคนได้รายงานว่ามีความสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงมากขึ้น น้ำหนักตัวลดลง มีการควบคุมอาหารได้ดีมากขึ้น และรู้สึกว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ความมั่นใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการมาก หลายคนได้กลายเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ให้กับบุคคลรอบข้าง ให้มีความสำคัญกับการเลือกรับประทานอาหารมากกว่าเดิม มีการจัดการความเครียดได้ดีขึ้น ด้วยวิธีการที่ถูกต้องกว่าเดิม บางคนรายงานว่าจะนำความรู้ที่ได้มาใช้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องให้มากที่สุด</p> <p>2. การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม 3Self พบว่า มีความเชื่อมั่นในตนเองด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น เพราะได้รับการกระตุ้นและความมั่นใจด้านความรู้จากการร่วมกิจกรรม มีความรู้สึกว่ารักตนเองมากกว่าเดิมเกิดพฤติกรรมดูแลรักษาสุขภาพเพิ่มเติมเพื่อการดูแลสุขภาพ มีการกำหนดเป้าหมายพฤติกรรมด้านสุขภาพ แต่ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ยังไม่รู้จักคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ 3Self เท่าที่ควร</p> | <p>1.การประเมินพบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 3Self เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องของความมั่นใจในตนเองทั้งในด้านความรู้ความสามารถด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น และความมั่นใจว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพราะผู้เข้าร่วมโครงการส่วนหนึ่งสามารถลดน้ำหนักตัวลงได้จากการเข้าร่วมโครงการ ได้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในเชิงพฤติกรรมจากการสังเกตการรับประทานอาหารร่วมกันจากครั้งแรกที่พบว่าไม่ค่อยมีการเลือกแต่ในช่วงท้ายของโครงการจะพบว่าผู้เข้าร่วมโครงการหลายคนเลือกรับประทานอาหารมากยิ่งขึ้น สำหรับพฤติกรรมออกกำลังกายก็พบว่าเปลี่ยนแปลงไปหลายโครงการได้ติดตามก็พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>2.พึงพอใจต่อผลการดำเนินโครงการนี้เป็นอย่างมาก เพราะได้รับการตอบสนองเป็นอย่างดีจากผู้บริหารและนโยบายของหน่วยงาน เป็นการเพิ่มศักยภาพในการทำงานให้กับคณะทำงานและหน่วยงานทางหนึ่งสามารถสร้างชื่อเสียงให้กับหน่วยงานได้ แต่ก็ยังพบว่า การติดตามความต่อเนื่องของพฤติกรรมในหลายโครงการยังไม่มีการติดตามเท่าที่ควร</p> | <p>1.พึงพอใจต่อโครงการนี้มาก เพราะสามารถตอบสนองความต้องการเชิงนโยบายของหน่วยงานได้ ทำให้ประชาชนรู้จักหน่วยงานเพิ่มมากขึ้น เพราะผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่พึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการและได้นำไปพูดต่อกันไป เป็นกิจกรรมที่สามารถสร้างเครือข่ายสุขภาพที่เข้มแข็งได้ เห็นว่าบุคลากรของโรงพยาบาลส่วนใหญ่พึงพอใจต่อผลการดำเนินงาน</p> <p>2. พึงพอใจต่อพฤติกรรม 3Self และ 3อ. ที่เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมโครงการในระดับพอสมควร เพราะมองเห็นถึงความเปลี่ยนแปลงของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังได้ค่อนข้างชัดเจนจากการประเมินด้วยตาเปล่า ผู้บังคับบัญชาได้สอบถามผู้เข้าร่วมโครงการก็พบว่ามีความพึงพอใจต่อโครงการและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในด้านความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปรับปรุงตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้นได้</p> |



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

ตาราง 9 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มผู้ที่มี พฤติกรรมสุขภาพ 3Self ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิตบน-ล่าง ค่าระดับน้ำตาลสะสม ค่าเส้นรอบเอว (วัดเป็นเซนติเมตร) ค่า FBS ค่า CHOL ค่า TRI ค่า HDL ค่า LDL และค่าน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) ที่เพิ่มขึ้น ลดลง และเท่าเดิม หลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

| ตัวแปรที่ศึกษา | n | เท่าเดิม | | เพิ่มขึ้น | | ลดลง | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|--------|-----------|--------|-------|--------|
| | | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 1. การรับรู้ความสามารถของ ตนในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ (Self-efficacy) | 3,579 | 375 | 10.48 | 2,818 | 78.73 | 386 | 10.79 |
| 2. การกำกับตนเอง (Self-regulation) | 3,579 | 386 | 10.79 | 2,785 | 77.81 | 408 | 11.40 |
| 3. การดูแลตนเอง (Self-care) | 3,579 | 313 | 8.74 | 2,900 | 81.03 | 366 | 10.23 |
| 4. ดัชนีมวลกาย (BMI) | 2,886 | 366 | 12.68 | 521 | 18.05 | 1,999 | 69.27 |
| 5. ความดันโลหิตบน | 1,946 | 260 | 13.36 | 551 | 28.31 | 1,135 | 58.32 |
| 6. ความดันโลหิตล่าง | 1,945 | 323 | 16.61 | 654 | 33.62 | 968 | 49.77 |
| 7. ระดับน้ำตาลสะสม | 280 | 6 | 2.14 | 68 | 24.29 | 206 | 73.57 |
| 8. เส้นรอบเอว (วัดเป็นเซนติเมตร) | 1,445 | 300 | 20.76 | 164 | 11.35 | 981 | 67.89 |
| 9. น้ำตาลในเลือด (FBS) | 667 | 24 | 3.6 | 197 | 29.5 | 446 | 66.9 |
| 10. CHOL | 299 | 35 | 11.7 | 72 | 24.1 | 192 | 64.2 |
| 11. TRI | 153 | 1 | .7 | 64 | 41.8 | 88 | 57.5 |



(ต่อ)

| ตัวแปรที่ศึกษา | n | เท่าเดิม | | เพิ่มขึ้น | | ลดลง | |
|------------------------------|-----|----------|--------|-----------|--------|-------|--------|
| | | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 12. HDL | 145 | 6 | 4.1 | 67 | 46.2 | 72 | 49.7 |
| 13. LDL | 145 | 5 | 3.4 | 63 | 43.4 | 77 | 53.1 |
| 14. น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) | 597 | 62 | 10.4 | 104 | 17.4 | 431 | 72.2 |
| 15. ค่ายา (บาท) | 30 | 3 | 10.0 | 10 | 33.3 | 17 | 56.7 |
| 16. Systolic / Diastolic | 82 | 3 | 3.7 | 17 | 20.7 | 62 | 75.6 |
| 17. ความเครียด | 120 | 46 | 38.3 | 12 | 10.0 | 62 | 51.7 |
| 18. รอบเอวต่อสะโพก | 210 | 13 | 6.2 | 54 | 25.7 | 143 | 68.1 |
| 19. ไขมันสะสมในร่างกาย | 210 | 22 | 10.5 | 76 | 36.2 | 112 | 53.3 |
| 20. เส้นรอบเอว (วัดเป็นนิ้ว) | 112 | 46 | 41.1 | 12 | 10.7 | 54 | 48.2 |

ตาราง 9 พบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการมี 1.การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self Efficacy) 2.การกำกับตนเอง (Self-Regulation) 3.การดูแลตนเอง (Self-Care) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ คิดเป็นร้อยละ 78.73, 77.81 และ 81.03 ตามลำดับ นับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ตามที่ได้กำหนดไว้ร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น

นอกจากนี้ยังพบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการมี 1.ระดับน้ำตาลสะสม 2.น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) และ 3.Systolic / Diastolic ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ คิดเป็นร้อยละ 73.53, 72.20 และ 75.60 ตามลำดับ นับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ตามที่ได้กำหนดไว้ร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น

และพบว่ามี 1.ดัชนีมวลกาย (BMI) 2.ความดันโลหิตบน 3.ความดันโลหิตล่าง 4.เส้นรอบเอว (วัดเป็นเซนติเมตร) 5.น้ำตาลในเลือด (FBS) 6.CHOL 7.TRI 8. HDL 9.LDL 10.ค่ายา (บาท) 11.ความเครียด 12.รอบเอวต่อสะโพก 13.ไขมันสะสมในร่างกาย 14.เส้นรอบเอว (วัดเป็นนิ้ว) ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ แต่อย่างน้อยกว่าร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการ แต่อย่างไรก็ตามก็นับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น แต่ก็ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้



ตอนที่ 4 ผู้เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และตัวชี้วัดด้านชีวเคมี เช่น BMI ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต รอบเอว เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

ตาราง 10 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิตบน-ล่าง ค่าระดับน้ำตาลสะสม ค่าเส้นรอบเอว (วัดเป็นเซนติเมตร) ค่า FBS ค่า CHOL ค่า TRI ค่า HDL ค่า LDL และค่าน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) ของผู้เข้าร่วมโครงการระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ ด้วยสถิติทดสอบ t-test dependent

| ตัวแปรที่ทำการศึกษา | n | ก่อนเข้าร่วม | | หลังเข้าร่วม | | M.D. | df | ค่า t | ค่า r |
|---------------------------------------------------------------------------|-------|--------------|--------|--------------|-------|-------|-------|----------|--------|
| | | \bar{X} | S.D. | \bar{X} | S.D. | | | | |
| 1. การรับรู้ความสามารถของคนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self-efficacy) | 3,579 | 14.01 | 2.52 | 16.25 | 2.19 | 2.24 | 3,578 | 51.671** | .457** |
| 2. การกำกับตนเอง (Self-regulation) | 3,579 | 13.45 | 2.76 | 15.79 | 2.37 | 2.34 | 3,578 | 50.504** | .430** |
| 3. การดูแลตนเอง (Self-care) | 3,579 | 19.37 | 3.69 | 22.43 | 3.19 | 3.06 | 3,578 | 53.325** | .514** |
| 4. ดัชนีมวลกาย (BMI) | 2,886 | 26.88 | 5.14 | 26.38 | 5.10 | .50 | 2,885 | 17.493** | .954** |
| 5. ความดันโลหิตบน | 1,946 | 129.48 | 17.84 | 125.73 | 15.47 | 3.74 | 1,945 | 12.085** | .617** |
| 6. ความดันโลหิตล่าง | 1,945 | 79.36 | 10.65 | 77.90 | 9.87 | 1.45 | 1,944 | 6.917** | .598** |
| 7. ระดับน้ำตาลสะสม | 280 | 9.07 | 3.89 | 8.12 | 1.91 | .94 | 279 | 4.413** | .396** |
| 8. น้ำตาลในเลือด (FBS) | 667 | 109.22 | 34.40 | 102.77 | 29.32 | 6.45 | 666 | 7.563** | .772** |
| 9. CHOL | 299 | 221.24 | 42.62 | 207.19 | 39.26 | 14.05 | 298 | 7.433** | .684** |
| 10. TRI | 153 | 157.56 | 191.81 | 135.73 | 72.54 | 21.82 | 152 | 1.707** | .612** |
| 11. HDL | 145 | 49.17 | 11.08 | 49.64 | 12.84 | .46 | 144 | .536 | .632** |
| 12. LDL | 145 | 128.85 | 31.81 | 123.99 | 44.48 | 4.86 | 144 | 1.458 | .487** |
| 13. น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) | 597 | 71.80 | 13.39 | 70.39 | 13.24 | 1.40 | 578 | 12.120** | .977** |



(ต่อ)

| ตัวแปรที่ ทำการศึกษา | n | ก่อนเข้าร่วม | | หลังเข้าร่วม | | M.D. | df | ค่า t | ค่า r |
|--------------------------------------|-------|--------------|----------|--------------|---------|----------|-------|----------|--------|
| | | \bar{X} | S.D. | \bar{X} | S.D. | | | | |
| 14. ค่ายา (บาท) | 30 | 5,891.90 | 4,195.72 | 4,428.00 | 3963.86 | 1,463.90 | 29 | 3.025** | .790** |
| 15. Systolic/ Diastolic | 82 | 110.28 | 37.90 | 101.65 | 29.29 | 8.63 | 81 | 3.100** | .747** |
| 16. ความเครียด | 120 | 12.12 | 5.88 | 10.94 | 4.39 | 1.18 | 119 | 6.299** | .961** |
| 17. รอบเอวต่อ สะโพก | 210 | .89 | .09 | .87 | .07 | .02 | 209 | 3.768** | .571** |
| 18. ไขมันสะสมใน ร่างกาย | 210 | 32.19 | 7.63 | 31.93 | 7.23 | .25 | 209 | 1.750 | .962** |
| 19. เส้นรอบเอว (วัดเป็นนิ้ว) | 112 | 33.97 | 4.11 | 33.10 | 4.00 | .86 | 111 | 5.630** | .921** |
| 20. เส้นรอบเอว (วัดเป็นเซนติเมตร) | 1,445 | 87.88 | 11.15 | 85.47 | 11.01 | 2.41 | 1,444 | 21.400** | .925** |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 10 พบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการมี 1.การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self-efficacy) 2.การกำกับตนเอง (Self-regulation) 3.การดูแลตนเอง (Self-care) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งนับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น

นอกจากนี้ยังพบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการมี 1.ดัชนีมวลกาย (BMI) 2. ความดันโลหิตบน 3.ความดันโลหิตล่าง 4.ระดับน้ำตาลสะสม 5.เส้นรอบเอว (วัดเป็นเซนติเมตร) 6.น้ำตาลในเลือด (FBS) 7. CHOL 8. TRI 9.น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) 10.ค่ายา (บาท) 11. Systolic / Diastolic 12.ความเครียด 13.รอบเอวต่อสะโพก 14.ไขมันสะสมในร่างกาย 15.เส้นรอบเอว (วัดเป็นนิ้ว) ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น

และพบว่ามี 1. HDL และ 2. LDL ไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ ซึ่งนับว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ในประเด็นดังกล่าวนี้ยังนับว่าไม่บรรลุเป้าหมายของการดำเนินโครงการ



ตาราง 11 สัดส่วนของระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการในระดับมาก ปานกลาง และน้อย
(n = 3,579)

| ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--------------------------------------------|------------|--------|
| พึงพอใจระดับน้อย (คะแนนระหว่าง 7 – 13) | - | - |
| พึงพอใจระดับปานกลาง (คะแนนระหว่าง 14 – 20) | 253 | 7.07 |
| พึงพอใจระดับมาก (คะแนนระหว่าง 21 – 28) | 3,326 | 92.93 |

คะแนนเฉลี่ย = 23.73 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.06

ตาราง 11 พบว่าหลังจากที่เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน 3,326 คน คิดเป็น ร้อยละ 92.93 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์อยู่ในระดับมากตามที่ได้กำหนดไว้ร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ตอนที่ 5 การบริหารจัดการโครงการตามหลัก PROMISE ปัจจัยบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า และปัจจัยกระบวนการ มีอิทธิพล และสามารถร่วมกันทำนาย ผลผลิตของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ หัวหน้าโครงการ และผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ

ตาราง 12 ผลการศึกษาอิทธิพล ของปัจจัยด้านบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า และปัจจัยกระบวนการ และการบริหารจัดการโครงการตามหลัก PROMISE ที่มีต่อผลผลิตของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ (n = 120) ด้วยวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) แบบ Enter

| ตัวแปรเชิงสาเหตุ | Beta | S.E. | β | t | P-value |
|------------------------------|------|------|---------|---------|---------|
| 1.ปัจจัยบริบททั่วไป | .102 | .088 | .130 | 1.159 | .249 |
| 2.ปัจจัยนำเข้า | .055 | .097 | .070 | .565 | .573 |
| 3.ปัจจัยกระบวนการ | .118 | .098 | .144 | 1.211 | .228 |
| 4.การบริหารตาม PROMISE Model | .255 | .108 | .298 | 2.356** | .020 |

R = .559 , $R^2 = .313$. F = 12.784** p-value = .000 , Durbin – Watson = 2.125

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



ตาราง 12 พบว่าตัวแปรที่ส่งผลต่อผลผลิตของการดำเนินการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการคือ การบริหารตามแนวทาง PROMISE Model มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลคะแนนมาตรฐานเท่ากับ .298 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันพยากรณ์ผลผลิตของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้ร้อยละ 31.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 13 ผลการศึกษาอิทธิพล ของปัจจัยด้านบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า และปัจจัยกระบวนการ และการบริหารจัดการ โครงการตามหลัก PROMISE ที่มีต่อผลผลิตของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มหัวหน้าโครงการ (n = 30) ด้วยวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) แบบ Enter

| ตัวแปรเชิงสาเหตุ | Beta | S.E. | β | t | P-value |
|------------------------------|-------|------|---------|-------|---------|
| 1.ปัจจัยบริบททั่วไป | -.082 | .276 | -.058 | -.298 | .768 |
| 2.ปัจจัยนำเข้า | -.098 | .468 | -.074 | -.209 | .836 |
| 3.ปัจจัยกระบวนการ | .591 | .380 | .572 | 1.556 | .132 |
| 4.การบริหารตาม PROMISE Model | .395 | .293 | .318 | 1.347 | .190 |

R = .743 , R² = .551. F = 7.680** p-value = .000 , Durbin – Watson = 1.946

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 13 พบว่าในกลุ่มหัวหน้าโครงการ ไม่พบว่าตัวแปรเชิงสาเหตุ ได้แก่ 1.ปัจจัยบริบททั่วไป 2.ปัจจัยนำเข้า 3.ปัจจัยกระบวนการ 4.การบริหารตาม PROMISE Model ตัวใดตัวหนึ่งสามารถที่จะมีอิทธิพลต่อการผลผลิตของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ เพราะว่าค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันพยากรณ์ผลผลิตของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้ร้อยละ 55.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 14 ผลการศึกษาอิทธิพล ของปัจจัยด้านบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า และปัจจัยกระบวนการ และการบริหารจัดการ โครงการตามหลัก PROMISE ที่มีต่อผลผลิตของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ (n = 30) ด้วยวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) แบบ Enter



| ตัวแปรเชิงสาเหตุ | Beta | S.E. | β | t | P-value |
|---------------------|-------|------|---------|-------|---------|
| 1.ปัจจัยบริบททั่วไป | .150 | .415 | .110 | .362 | .720 |
| 2.ปัจจัยนำเข้า | -.230 | .261 | -.204 | -.879 | .387 |
| 3.ปัจจัยกระบวนการ | .476 | .232 | .579 | 2.050 | .051 |

$R = .555$, $R^2 = .308$. $F = 3.863^*$ $p\text{-value} = .021$, Durbin – Watson = 1.838

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 14 พบว่าในกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ ไม่พบว่าตัวแปรเชิงสาเหตุ ได้แก่ 1.ปัจจัยบริบททั่วไป 2.ปัจจัยนำเข้า 3.ปัจจัยกระบวนการ ตัวใดตัวหนึ่งสามารถที่จะมีอิทธิพลต่อการผลิตของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ เพราะว่าคุณค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าตัวแปรทั้งหมดสามารถรวมกันพยากรณ์การผลิตของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้ร้อยละ 30.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตอนที่ 6 เหตุปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อความสำเร็จและอุปสรรค ต่อการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร จากข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. สรุปปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินโครงการประสบความสำเร็จ

1. ผู้บังคับบัญชาของหน่วยงานสนับสนุนการดำเนินโครงการด้านต่างๆ อย่างเต็มที่ ได้แก่ การสนับสนุนเวลาให้คณะทำงานได้จัดกิจกรรม สถานที่ในการดำเนินโครงการ การประสานงานกับหน่วยงานภายนอก ให้กำลังใจแก่คณะทำงาน เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของคณะทำงานเช่น ในฐานะที่ปรึกษาหรือวิทยากร งบประมาณเพิ่มเติม การจัดหาวัสดุอุปกรณ์เพิ่มเติม นำข้อคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมโครงการมาปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงาน

2. คณะทำงานมีศักยภาพในการบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ได้แก่ มีความกระตือรือร้นในการทำงานสูง หัวหน้าโครงการมีประสบการณ์ในการทำงาน การพยายามแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มเติม มีจิตบริการที่ต้องการเห็นผู้เข้าร่วมโครงการมีสุขภาพที่ดีสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้



3. ผู้เข้าร่วมโครงการมีความมุ่งมั่นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ได้แก่ การมองเห็นปัญหาสุขภาพของตนเอง ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม การพยายามแสดงความคิดเห็นในการทำกิจกรรมแก่คณะทำงาน
4. มีการจัดกิจกรรมโดยทีมงานที่ปฏิบัติงานในห้องตรวจโรคของผู้ป่วยที่เป็นผู้เข้าร่วมโครงการ จึงทำให้ติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการได้เป็นอย่างดี
5. การจัดโครงการในหน่วยงานที่ได้รับความร่วมมือจากหัวหน้าหน่วยงานในการให้บุคลากรของตนเองได้เข้าร่วมโครงการอย่างสม่ำเสมอ จึงทำให้โครงการประสบความสำเร็จ เพราะหากไม่ได้รับความร่วมมือแล้วก็จะมีความยากต่อการเข้าร่วมโครงการได้
6. การกำหนดรางวัลใจสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการที่ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ จะเป็นกำลังใจที่สำคัญให้กับผู้เข้าร่วมโครงการคนอื่นๆ ด้วย
7. ได้มีการคัดกรองผู้เข้าร่วมโครงการจากจุดบริการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน และในห้องตรวจโรคอายุรกรรมโดยผู้คัดกรองได้ให้คำปรึกษาเรื่องความเสี่ยงจากการไม่สามารถควบคุมเบาหวานได้ และชักชวนให้เข้าร่วมโครงการ พร้อมกำหนดวัตถุประสงค์รายบุคคลไว้ จึงทำให้ได้ผู้เข้าร่วมโครงการที่เป็นปัญหาอย่างแท้จริง มีความพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความเต็มใจ
8. คณะทำงานเป็นบุคลากรทางการแพทย์ มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับโรคเมตาบอลิกเป็นอย่างดี จึงทำให้การดำเนินโครงการสามารถตอบสนองความต้องการของผู้เข้าร่วมโครงการด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในโรคเบาหวานได้
9. คณะทำงานมีความรู้ และทักษะในการบริหารจัดการโครงการตามแนวทาง PROMISE Model เพราะได้รับการถ่ายทอดจากหัวหน้าโครงการ และ มศว ซึ่งได้ใช้ในการบริหารจัดการโครงการ
10. หน่วยงานมีนโยบายด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ จึงทำให้การจัดโครงการครั้งนี้มีความสอดคล้องกับนโยบาย จึงอยู่ในความสนใจของผู้บริหารระดับสูงและบุคลากรในหน่วยงาน
11. การได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ซึ่งการให้หัวหน้าโครงการเป็นผู้รับเงินโดยตรงส่งผลให้มีความสะดวกในการใช้จ่าย และการบริหารโครงการมีความคล่องตัวมาก
12. การจัดกิจกรรมที่มีรูปแบบหลากหลายในโครงการ เช่น การฟังบรรยาย การเล่นเกม กิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมฐาน การเรียนรู้จากของจริง กิจกรรมสร้างเสริมพลัง ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดความรู้สึกตื่นเต้น กระตือรือร้นที่จะทำกิจกรรมต่อไป
13. คณะทำงานและวิทยากร เป็นต้นแบบของการเป็นผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้กับผู้เข้าร่วมโครงการ



14. การเปิดโอกาสให้ครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงเข้าร่วมโครงการด้วย ซึ่งจะทำให้เกิดการดูแลกันภายในครอบครัวต่อไป มีการกำกับ ควบคุมพฤติกรรมอย่างใกล้ชิดจากคนในครอบครัว มีผลอย่างยิ่งต่อความสำเร็จที่ยั่งยืนของโครงการ

2. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินโครงการ

1. คณะทำงานมีภาระงานประจำเป็นจำนวนมากที่จะต้องรับผิดชอบ มีจำนวนไม่เพียงพอกับผู้เข้าร่วมโครงการ จึงส่งผลโดยตรงต่อเวลาในการบริหารจัดการโครงการ

2. การจัดกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จไม่ได้ขึ้นอยู่กับคณะทำงานเพียงลำพัง แต่ยังต้องอาศัยความร่วมมือจากสหสาขาภายนอกทีม อาจก่อให้เกิดปัญหาในเรื่องการประสานงาน เวลาในการทำงาน จึงทำให้การบริหารจัดการโครงการมีความล่าช้าไปบ้าง

3. การดำเนินโครงการมีความจำเป็นต้องใช้ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น จึงทำให้คณะทำงานต้องทำการหาและเชิญวิทยากรที่ไม่ได้อยู่ในคณะทำงานทำให้เกิดความยากในการทำงานพอสมควร

4. การดำเนินโครงการยังขาดการกำกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการจากคณะทำงาน ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโครงการบางส่วนไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่ดีได้เท่าที่ควร

5. การจัดโครงการในช่วงฤดูฝน ทำให้บางครั้งไม่มีสถานที่ในการออกกำลังกาย และการทำกิจกรรม เพราะบางโครงการได้กำหนดให้มีการออกกำลังกายร่วมกันตั้งแต่เวลา 07.00 – 8.00 แต่ก็มีฝนตกทำให้ต้องบอกเลิกไป

6. ผู้เข้าร่วมโครงการบางคนเป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนมากแล้ว หรือเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งจะต้องได้รับการตรวจจากแพทย์เพิ่มมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง

7. การจัดกิจกรรมมีข้อกำหนดเรื่องของสถานที่และเวลา จึงไม่ควรจำกัดว่าห้ามออกนอกสถานที่ เพราะบางกิจกรรมก็มีความจำเป็น เช่น การทำสมาธิควรจะไปจัดกิจกรรมที่วัดต่างจังหวัดบ้าง และการออกกำลังกายนอกสถานที่ เป็นต้น

8. การจัดสรรงบประมาณในบางครั้งมีความจำเป็นเร่งด่วน ไม่สามารถที่จะจัดสรรตามหมวดหมู่ที่กำหนดไว้ได้ จึงควรมีการถ่วงเฉลี่ยแทนกันได้เพื่อให้มีความเหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น และมีการกำหนดหมวดติดตามกลุ่มเป้าหมาย

9. ระหว่างการจัดกิจกรรมมีความจำเป็นต้องย้ายอาคารจึงทำให้เกิดปัญหาเรื่องห้องประชุมที่เข้าซ้อนกับภาระงานอื่นๆ ของหน่วยงาน ทำให้มีการเว้นการทำกิจกรรมไปเป็นระยะเวลาพอสมควร

10. ผู้เข้าร่วมโครงการมีความหลากหลายในด้าน เพศ การศึกษา วัฒนธรรม อายุ ศาสนา ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกจัดกิจกรรม



3. ข้อเสนอแนะจากการดำเนินโครงการ

1. การรายงานผลการดำเนินงานไม่ควรเปิดเผย ชื่อ – นามสกุล ของผู้เข้าร่วมโครงการ เพราะว่าเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล
2. การจัดกิจกรรมควรจัดในช่วงฤดูหนาว เพราะว่าจะได้แก้ปัญหาเรื่องสถานที่ในการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย
3. การจัดกิจกรรมเสริมพลัง และการสร้างแรงจูงใจของกลุ่มเป้าหมาย เป็นสิ่งที่ดีมาก เพราะทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดความเชื่ออำนาจในตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มยิ่งขึ้น
4. ควรจัดทำแบบสอบถามความต้องการของผู้เข้าร่วมโครงการเพื่อที่คณะทำงานจะได้นำข้อมูลมาใช้ในการจัดกิจกรรมได้ตรงกับเป้าหมายอย่างแท้จริง

แนวทางในการพัฒนาและแนวทางการดำเนินโครงการต่อไป

1. ควรพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมที่สามารถทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดทักษะเชิงพฤติกรรมที่แท้จริง และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างยั่งยืน
2. การคัดกรองผู้เข้าร่วมโครงการควรมีช่วงอายุไม่ห่างกันมาก และมีลักษณะที่ไม่แตกต่างกันมาก เพราะจะทำให้การจัดกิจกรรมมีความสะดวกมากยิ่งขึ้น และตรงกับกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด
3. ควรมีการพัฒนาแนวทางจัดกิจกรรมที่ทำให้ผู้เข้าโครงการได้รู้จักกันทั่วถึง และได้แสดงความสามารถเพิ่มมากขึ้น เพื่อเป็นการจูงใจให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ซึ่งจะทำให้ไม่น่าเบื่อ
4. ควรมีเพลงประจำโครงการและให้ผู้เข้าร่วมโครงการทุกคนร้องเป็น และมีส่วนร่วมในการแต่งเพลง เพื่อเป็นการกระชับความสัมพันธ์ต่อกัน และเกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการ
5. หลังจากเสร็จสิ้นโครงการ ควรพัฒนาไปเป็นชมรมการปรับเปลี่ยนหรือส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยให้ผู้เข้าร่วมโครงการที่เข้มแข็งเป็นแกนนำจะทำให้เกิดความยั่งยืนในชุมชนต่อไปได้
6. ควรมีการเชิญผู้เชี่ยวชาญหลากหลายสาขาเข้าร่วมเป็นคณะทำงาน เพราะจะทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านขึ้นในโครงการ
7. ควรมีการทำวิจัยในโครงการไปด้วย เพราะจะทำให้ได้ข้อค้นพบทางวิชาการ มีความน่าเชื่อถือในเชิงวิชาการเพิ่มมากขึ้น
8. ควรจะมีการผลักดันเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นนโยบายระดับชาติ เพื่อให้ประชาชนเห็นความสำเร็จเรื่องพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพ
9. ควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคณะทำงานต่างโรงพยาบาล ด้วยการไปดูงานของโรงพยาบาลที่มีความพร้อม มีศักยภาพสูง และประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อที่จะได้เกิดการเรียนรู้และเป็นเครือข่ายต่อไป
10. ในหน่วยงานควรมีการสอดแทรกเรื่องสุขภาพในทุกการประชุม เพื่อเป็นการกระตุ้นให้บุคลากรเห็นความสำคัญกับปัญหาด้านสุขภาพจนกระทั่งเกิดเป็นวัฒนธรรมองค์กรต่อไป



บทที่ 5

สรุปอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อ

1. เพื่อประเมินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้รับทุนสนับสนุนการดำเนินงานจาก สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2554 จำนวน 30 โครงการ ตามกรอบแนวคิด CIPP Model, Logic Model และ 360 Degree Feedback
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของการบริหารจัดการโครงการตามหลัก PROMISE ปัจจัยบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า และปัจจัยกระบวนการ ที่ส่งผลต่อผลผลิตของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ หัวหน้าโครงการ และผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ของผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับพฤติกรรมตนเอง และการดูแลสุขภาพของตนเอง และตัวชี้วัดทางชีวเคมีของแต่ละโครงการ เช่น ค่า BMI ค่าระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร
4. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้เข้าร่วมโครงการที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 3Self และตัวชี้วัดทางชีวเคมีของแต่ละโครงการ เช่น ค่า BMI ค่าระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต หลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร
5. เพื่อศึกษาถึงเหตุปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อความสำเร็จและอุปสรรค ต่อการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร



และได้กำหนดสมมุติฐานการวิจัย / การประเมิน ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์หลักคือ

1. กลุ่มหัวหน้าโครงการ กลุ่มผู้บังคับบัญชา และกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีความคิดเห็นต่อการประเมิน โครงการด้านบริบททั่วไป (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Output) และความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการ มีคะแนนเกินร้อยละ 70 (หรือคะแนนความคิดเห็นเฉลี่ย 2.8 จากคะแนนเต็ม 4) มีจำนวนมากกว่าร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการ ในช่วงระหว่างดำเนินโครงการ
2. ผู้เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และตัวชี้วัดด้านชีวเคมี เช่น BMI ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต รอบเอว เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ภายหลังจากสิ้นสุดโครงการ
3. ผู้เข้าร่วมโครงการมากกว่าร้อยละ 70 เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และตัวชี้วัดด้านชีวเคมี เช่น BMI ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิต รอบเอว ในทิศทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ภายหลังจากสิ้นสุดโครงการ
4. การบริหารจัดการโครงการตามหลัก PROMISE ปัจจัยบริบททั่วไปของโครงการ ปัจจัยนำเข้า และปัจจัยกระบวนการ มีอิทธิพล และสามารถร่วมกันพยากรณ์ ผลผลิตของการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ หัวหน้าโครงการ และผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ
5. ทำให้ทราบถึงถึงเหตุปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อความสำเร็จและอุปสรรค ต่อการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มเป้าหมายในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ได้แก่

1. กลุ่มหัวหน้าโครงการทั้ง 30 โครงการๆ ละ 1 คน รวม 30 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ และการสัมภาษณ์เชิงลึก ตาม CIPP Model
2. กลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการทั้ง 30 โครงการๆ ละ 1 คน รวม 30 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ และการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อเก็บข้อมูลตาม CIPP Model
3. กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 30 โครงการๆ ละ 4 คน รวม 120 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ และการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อเก็บข้อมูลตาม CIPP Model และ กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการทั้ง 30 โครงการ รวมจำนวน 3,579 คน เพื่อเป็นข้อมูลตาม Logic Model เพื่อเก็บข้อมูล พฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และตัวชี้วัดทางชีวเคมีอื่นๆ เช่น ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือด เป็นต้น ตามเป้าหมายของแต่ละโครงการกำหนด



สรุปผลการวิจัย / การประเมินโครงการ

1. ผู้เข้าร่วมโครงการทั้ง 3,579 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 2,527 คน คิดเป็นร้อยละ 70.61 มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี จำนวน 994 คน คิดเป็นร้อยละ 27.77 มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี จำนวน 2,026 คน คิดเป็นร้อยละ 56.61 มีสิทธิการรักษาพยาบาลคือ สิทธิข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจและครอบครัว จำนวน 1,514 คน คิดเป็นร้อยละ 42.30 ลักษณะของกลุ่มเป้าหมายคือ กลุ่มเสี่ยงต่อโรคอ้วน จำนวน 1,401 คน คิดเป็นร้อยละ 39.15 และ ปัจจัยเสี่ยงที่พบคือ อ้วน/BMI สูง จำนวน 1,599 คน คิดเป็นร้อยละ 44.68

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

3. การประเมินโครงการในภาพรวม (CIPP Model) พบว่า กลุ่มผู้เข้ารับบริการ กลุ่มหัวหน้าโครงการ และกลุ่มผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ มีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน เมื่อแปลความหมายของผลการประเมินด้านกระบวนการพบว่า ทั้ง 3 กลุ่ม มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ให้คะแนนอยู่ในระดับดีมากทั้งหมด ในระดับคะแนนที่มีค่าใกล้เคียงกัน มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.43 – 3.56 และยังพบว่าพบว่ากลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ หัวหน้าโครงการ และผู้บังคับบัญชาของหัวหน้าโครงการ ให้คะแนนการประเมินเกินร้อยละ 70 มากกว่าร้อยละ 70 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่ามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการประเมินโครงการตามแนวทาง CIPP Model และ 360 degree Feedback ผ่านการประเมิน ตามสมมุติฐานการวิจัย / ประเมิน

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

นอกจากนี้ยังพบว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการมี 1.ระดับน้ำตาลสะสม 2.น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) และ 3.Systolic / Diastolic ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ คิดเป็นร้อยละ 73.53, 72.20 และ 75.60 ตามลำดับ นับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ตามที่ได้กำหนดไว้ร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น และพบว่ามี 1.ดัชนีมวลกาย (BMI) 2.ความดันโลหิตบน 3.ความดันโลหิตล่าง 4.เส้นรอบเอว (วัดเป็นเซนติเมตร)



5. น้ำตาลในเลือด (FBS) 6. CHOL 7. TRI 8. HDL 9. LDL 10. ค่ายา (บาท) 11. ความเครียด 12. รอบเอวต่อสะโพก 13. ไขมันสะสมในร่างกาย 14. เส้นรอบเอว (วัดเป็นนิ้ว) ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ แต่อย่างน้อยก็ต่ำกว่าร้อยละ 70 ของผู้เข้าร่วมโครงการ แต่อย่างไรก็ตามก็นับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น แต่ก็ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้

5. หลังจากเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการมี 1. การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Self-efficacy) 2. การกำกับตนเอง (Self-regulation) 3. การดูแลตนเอง (Self-care) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น

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

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

7. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากเอกสารรายงานผลการดำเนินงานที่แต่ละโครงการได้ส่งมา พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้โครงการประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย ความสามารถในการ



บริหารงานของคณะทำงาน ความร่วมมือของผู้เข้าร่วมโครงการ กิจกรรมที่มีความหลากหลายเน้น การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมโครงการ สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมพบว่า คณะทำงานมีจำนวนน้อยและมีภารกิจมากทำให้ไม่มีเวลาในการบริหารโครงการได้เพียงพอ การจัด กิจกรรมยังคงต้องอาศัยความร่วมมือจากสมาชิกทำให้ไม่เบ็ดเสร็จในตัว และความหลากหลาย ของผู้เข้าร่วมโครงการ และข้อเสนอแนะในการจัดโครงการครั้งต่อไป คือ เน้นการพัฒนากิจกรรมที่ ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้เกิดทักษะด้านสุขภาพอย่างแท้จริงด้วยกระบวนการลงมือปฏิบัติจริง

การอภิปรายผล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมโครงการพบว่า ในมิติ เพศส่วนใหญ่จะเป็นเพศ หญิง ซึ่งมีจำนวนมากถึงร้อยละ 70.61 ซึ่งสะท้อนให้เห็นภาพว่า กลุ่มประชาชนเพศหญิงให้ ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเองมากกว่าเพศชาย ถึงแม้ว่าจากข้อมูลที่ได้ทำการสำรวจจาก เอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจะพบว่า เพศชายเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกลุ่มเม ดาบอติก 4 โรคหลัก อ้วน/ลงพุง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้เป็น เพราะวิถีการใช้ชีวิตของกลุ่มเพศชายมีโอกาสมากกว่าเพศหญิงมากที่จะทำร้าย และบั่นทอน สุขภาพของตนเอง ทั้งจากพฤติกรรมการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การทำงานที่เสี่ยงภัยมากกว่าเพศหญิง หรือแม้กระทั่งความเครียดอันเกิดจากบทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งในทางอุดมคตินั้น กลุ่ม เพศชายควรที่จะให้ความสำคัญกับปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าเพศหญิง แต่ในความเป็นจริงใน โครงการนี้กลับพบว่าเพศชายเข้าร่วมโครงการน้อยกว่าเพศหญิงมาก ทั้งๆ ที่มีโอกาสในการเข้าร่วม โครงการอย่างเท่าเทียมกัน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะคณะดำเนินงาน โครงการ ปรับเปลี่ยนสุขภาพของแต่ละโครงการในปีต่อไป หรือหน่วยงานอื่นๆ ควรที่จะให้ความสำคัญใน การโน้มน้าว หรือชักจูงให้กลุ่มเพศชายหันมาให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเองให้เพิ่ม มากขึ้น

สำหรับในมิติ ระดับการศึกษา ที่พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่า ปริญญามากถึง ร้อยละ 56.61 และมิติช่วงอายุก็พบว่า เป็นกลุ่มวัยทำงานตอนปลาย อายุระหว่าง 50- 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.77 แสดงให้เห็นว่า โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่ได้จัดขึ้นใน เขตกรุงเทพมหานครในปีงบประมาณ 2554 นั้น ได้ให้โอกาสดังประชาชนกลุ่มที่ด้อยโอกาสได้เข้า ร่วมโครงการเป็นจำนวนมาก สอดคล้องกับแนวคิดของ วิชัย เอกพลกกร (2553) ที่เสนอว่า กลุ่ม ผู้ด้อยโอกาสทางสังคม โดยเฉพาะการเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับสุขภาพส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มคนที่มิ การศึกษาในระดับต่ำ หรือน้อยกว่าระดับปริญญา และเป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพ มากที่สุด ดังนั้นจึงแสดงให้เห็นว่าการบริหารโครงการในครั้งนี้ได้ให้โอกาสดังกับคนกลุ่มนี้ ก่อนข้างมากแต่อย่างไรก็ตามกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ยังคงเป็นบุคคลในแวดวงราชการหรือ



ที่เกี่ยวข้อง เพราะพบว่าสิทธิในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นสิทธิข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจและครอบครัว มากถึงร้อยละ 42.33 แสดงให้เห็นถึงข้อจำกัดในการรับทราบข่าวสารของประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้มีครอบครัวเป็นข้าราชการ และยังแสดงให้เห็นอีกว่า กลุ่มข้าราชการนั้นเป็นกลุ่มสำคัญที่ค่อนข้างมีความรู้ และตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาด้านสุขภาพ ควรที่จะส่งเสริมให้กลุ่มดังกล่าวเป็นแกนกลางในด้านการถ่ายทอดความรู้ให้กับบุคคลรอบข้าง

ลักษณะของกลุ่มเป้าหมายยังพบว่าส่วนใหญ่แล้วเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคอ้วน มากถึงร้อยละ 39.15 สอดคล้องกับปัจจัยเสี่ยงที่พบเช่นเดียวกัน คือ ภาวะอ้วน/ BMI สูงมากถึงร้อยละ 44.68 คุณลักษณะดังกล่าวยิ่งตอกย้ำให้เห็นสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคมเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพได้เป็นอย่างดี กล่าวคือ ปัญหาหลักยังคงอยู่ที่พฤติกรรมด้านการเลือกรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย และการออกกำลังกายที่เหมาะสม อาจเป็นเพราะปัจจุบันอาหารที่มีอยู่ตามท้องตลาดในชุมชนเมืองดังเช่น กรุงเทพมหานคร ล้วนแล้วแต่เป็นอาหารประเภทหวานมาก และมันมาก ประกอบกับการออกกำลังกายของประชาชนยังคงอยู่ในปริมาณน้อย โรคอ้วนยังเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดโรคภัยอย่างอื่นตามมาอีกมาก ดังนั้นในภาพรวมจากข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมโครงการทั้ง 3,579 คน แสดงให้เห็นว่า การจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร นั้น จะเป็นประโยชน์สำหรับประชาชนได้อย่างแท้จริง

2. ผลการประเมินโครงการในภาพรวมตามรูปแบบซีพี (CIPP Model) พบว่า ทั้ง 3 กลุ่มการประเมิน ให้คะแนนในระดับดีมากทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.43 – 3.56 และทั้งหมดให้คะแนนเกินร้อยละ 70 ของคะแนนการประเมิน มากกว่าร้อยละ 70 ของกลุ่มตัวอย่าง ผลการประเมินดังกล่าวนี้แสดงให้เห็นว่า การจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแต่ละโครงการของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครทั้ง 15 หน่วยงานนั้น ได้ทำการประเมินถึงความต้องการจำเป็น (Context evaluation) ในการดำเนินโครงการ จากการศึกษาที่ได้เข้าไปนิเทศโครงการและได้มีโอกาสสัมภาษณ์หัวหน้าโครงการ เห็นสภาพการดำเนินงานจริง ก็จะเห็นได้ชัดเจนว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพอย่างแท้จริง มีรายได้ต่ำ การศึกษาน้อย และอาศัยอยู่ในชุมชนที่ค่อนข้างแออัด มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพ หากไม่รีบดำเนินการแก้ไขก็มีโอกาสที่จะเป็นโรคภัยในอนาคตข้างหน้าได้อย่างแน่นอน การแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับกลุ่มเป้าหมายตามปัญหาที่เกิดขึ้นจริง นับได้ว่าเป็นการพัฒนาแกนนำด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นกับชุมชนอีกทางหนึ่ง นอกจากนี้ก็พบว่า การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input evaluation) และกระบวนการ (Process evaluation) จากทั้ง 3 กลุ่มการประเมินอยู่ในระดับดีมากทั้งหมด แสดงให้เห็นถึงการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านทรัพยากรทางการบริหาร และความพร้อมด้านบุคลากรในการดำเนินงาน



ในส่วนของปัจจัยนำเข้านั้น พบว่าคณะทำงานของแต่ละโครงการมีความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์เป็นอย่างดี เพราะว่า หน่วยงานที่ปฏิบัติหน้าที่ประจำอยู่นั้น ล้วนแล้วแต่มีภารกิจหลักด้านการเสริมสร้างสุขภาพอยู่ก่อนที่จะมารับทำโครงการนี้จาก สปสช. เขต 13 กทม. เช่น มีสถานที่ในการดำเนินกิจกรรม มีวัสดุสำหรับการดำเนินงาน ในขณะที่เดียวกันกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ก็มีความพร้อมในด้านการเตรียมตัวมาเป็นอย่างดีเพื่อที่จะได้เข้าร่วมโครงการ และกลุ่มผู้บริหารก็พร้อมที่จะสนับสนุนอย่างเต็มที่ เพราะว่า เป็นภารกิจที่สอดคล้องกับนโยบายหลักของหน่วยงาน หากคณะทำงานประสบความสำเร็จก็จะทำให้หน่วยงานประสบความสำเร็จตามไปด้วย นอกจากนี้แล้ว ความพร้อมที่สำคัญที่สุดคือ ความพร้อมด้านบุคลากร ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่แล้วมีประสบการณ์การทำงานด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมาก่อนแล้วจากบทบาทและหน้าที่ในงานประจำ ประกอบกับเพื่อนร่วมงาน บรรยากาศในองค์กร มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพจึงทำให้ความพร้อมด้านบุคลากรอยู่ในระดับมากที่สุดได้

สำหรับด้านกระบวนการก็พบเช่นเดียวกับว่า คณะทำงานที่มีประสบการณ์การทำงานด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมาก่อนนั้น เป็นผลดีต่อกระบวนการดำเนินโครงการเป็นอย่างมาก เพราะได้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา ทำให้การดำเนินงานในปัจจุบันมีความผิดพลาดน้อยที่สุด ประกอบกับการได้รับการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มทักษะทางวิชาการจากทางสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มศว ที่มุ่งเน้นให้แต่ละโครงการได้ทำกิจกรรมที่เน้นผู้เข้าร่วมโครงการเป็นสำคัญ เน้นการทำกิจกรรมมากกว่าการฟังบรรยายเพียงอย่างเดียว จึงส่งผลทำให้การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีประสิทธิภาพในระดับหนึ่ง

ผลการประเมินผลผลิตของการดำเนินโครงการก็เห็นได้ค่อนข้างชัดเจนว่า เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง เป็นเพราะว่า กระบวนการจัดกิจกรรมนั้นได้เน้นการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ให้เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มั่นคง นอกจากนี้แล้วยังพบว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการเป็นอย่างมาก เป็นเพราะว่า การได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมซึ่งไม่ใช่เป็นเพียงแต่การฟังบรรยายเพียงเท่านั้น ตลอดจนยังเป็นการสร้างสังคมให้กับกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการได้พบปะ แลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพซึ่งกันและกันได้เป็นอย่างดี

3. ผลการวิจัย / ประเมินโครงการ พบว่า หลังจากเข้าร่วมโครงการแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self และตัวชี้วัดทางชีวเคมีอื่นๆ เช่น CHOL TRI HDL LDL ความดันโลหิตบน และความดันโลหิตล่าง เป็นต้น เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการจัดกิจกรรมของคณะทำงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละโครงการ ซึ่งได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ตาม



แนวทางการบริหารโครงการ PROMISE Model ซึ่งทำให้แต่ละโครงการได้มีแนวคิดในเชิงวิชาการ ทั้งทางด้านสุขภาพโดยตรง และแนวคิดด้านจิตวิทยา

การที่แต่ละโครงการได้ทำการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยอาศัยเทคนิคพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ตามแนวทางการบริหารโครงการ PROMISE Model นั้น เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่ดีขึ้นได้อย่างเห็นได้ชัด การที่ได้เข้าไปนิเทศโครงการ ซึ่งทำให้ได้มีโอกาสเห็นสภาพการดำเนินโครงการจริง และได้พูดคุยกับผู้เข้าร่วมโครงการก็จะพบว่า เทคนิคสำคัญที่ คณะทำงานแต่ละโครงการนำไปใช้มากที่สุดก็คือ เทคนิคการเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement: P) ทั้งการเสริมแรงทางสังคม เช่น การให้รางวัลชมเชยแก่ผู้เข้าร่วมโครงการที่ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนัก หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้มากที่สุด เป็นต้น ตลอดจนการเสริมแรงด้วยเบี้ยบรรณาการ เช่น การให้เงินรางวัลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการที่ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนัก หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้มากที่สุด เป็นต้น กระบวนการเสริมแรงดังกล่าวส่งผลสำคัญอย่างยิ่งต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการวิจัยของ กาแลซซี กาแลซซี และลิทซ์ (Galassi, Galassi, & Litz, 1974) ที่ได้ใช้เทคนิคการเสริมแรงทางบวกเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมไม่กล้าแสดงออก ได้ศึกษา ผลการฝึกการกล้าแสดงออก โดยให้ข้อมูลย้อนกลับด้วยเทปบันทึกภาพ (Videotape) พร้อมกับการเสริมแรงทางสังคม การให้คำชมเชย กับนักศึกษาที่มีพฤติกรรมไม่กล้าแสดงออก กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาวิชาจิตวิทยาเบื้องต้นที่ West Virginia University จำนวน 32 คน ซึ่งสุ่มจากประชากร นักศึกษาจำนวน 103 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม เป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 2 กลุ่ม โดยที่ กลุ่มทดลองได้รับการฝึกครั้งละประมาณ 1 ½ ชั่วโมง เป็นเวลา 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้งต่อเนื่องกัน ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการฝึกใดๆ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ The College Self-expression Scale (CSES) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการทดสอบก่อนและหลังการฝึก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการฝึกมีพฤติกรรมการแสดงออกอย่างเหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และผลจาก Subjective Unit of Disturbance Scale แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกการกล้าแสดงออกมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึก อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่สามารถประเมินได้ว่า เทปบันทึกภาพมีประสิทธิภาพในการช่วยให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้รับการฝึกหรือไม่ แต่กลุ่มตัวอย่างได้จัดอันดับเทปบันทึกภาพไว้ในอันดับที่ 1 และอันดับที่ 4 ที่มีความสำคัญในการฝึกการกล้าแสดงออกและช่วยให้ผู้เข้ารับการฝึกสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับผลการวิจัยของ มอริส (Morris, 1975) ที่ได้เสนอวิธีการและเทคนิคในการฝึกพฤติกรรม กล้าแสดงออกที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1. การสวมบทบาท คือ การให้ผู้มีปัญหาได้ฝึกซ้อมการแสดงออกที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ 2. การแสดงแบบ หรือการกลับบทใช้เมื่อจะเป็นแม่แบบในการตอบสนองที่เห็นว่าเหมาะสมและผู้มีปัญหาสามารถปฏิบัติตามได้ใน



สถานการณ์ฝึก 3. การให้รางวัลและชี้แนะ เป็นการให้คำชมเชยให้ผู้มีปัญหาเฝ้าระวังในการเพิ่มความถี่และความเข้มของพฤติกรรมที่ต้องการแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะเชิงจูงใจต่อ พฤติกรรมที่ผู้มีปัญหาแสดงออกมา โดยให้เป็นตัวของตัวเองมากที่สุด

นอกจากนี้ยังพบว่า เทคนิคสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละโครงการนิยมนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายก็คือ การสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ให้เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมโครงการ โดยมีกิจกรรมสำคัญ เช่น การใช้ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง และมีพื้นฐานทางสังคมใกล้เคียงกับกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการมาเป็นผู้ถ่ายทอดประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มมากขึ้นว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองได้ หลังจากนั้นจึงมักจะใช้เทคนิคการกำกับตนเอง (Self-regulation) ร่วมด้วย ที่พบเห็นมากที่สุดคือ การใช้สมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ และกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้เพื่อนภายในกลุ่มช่วยกันกำกับพฤติกรรมซึ่งกันและกัน ประกอบกับการให้กำลังใจจากคณะทำงาน การผสมผสานหลายเทคนิค วิธีการดังกล่าว ส่งผลสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่ดีขึ้นได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ จาคิก (Jakici, 2003) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องการออกกำลังกายเพื่อศึกษาโรคอ้วน ผลการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการควบคุมน้ำหนักซึ่งอาจจะมากกว่าการเลือกรับประทานอาหาร เพราะว่าการออกกำลังกายจะมีประสิทธิภาพในการควบคุมน้ำหนัก เมื่อควบคุมพลังงานจากสารอาหารที่รับประทานเข้าไปด้วย ในกรณีวิจัยดังกล่าว ได้ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ประยุกต์มาจากแนวคิดการกำกับตนเอง โดยให้แพทย์ทำการกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่มีโรคอ้วนให้เริ่มออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ (วันละ 30 นาที ใน 5 วัน ต่อสัปดาห์) โดยที่แพทย์จะเป็นส่วนหนึ่งในการกำกับพฤติกรรมด้วยการโทรศัพท์ไปสอบถามถึงการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบกับการให้ทำบันทึกสุขภาพเพื่อเป็นการเตือนตนเอง มีการเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินตามสภาพจริง ทั้งนี้เป็นเพราะว่าการออกกำลังกายในระดับนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้จากภายนอก ผลการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมน้ำหนักได้ และสามารถควบคุมน้ำหนักในระยะยาวต่อไปด้วยการออกกำลังกาย 300 นาทีต่อสัปดาห์ (วันละ 60 นาที ใน 5 วันต่อสัปดาห์) ผลการทดลองดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการควบคุมตนเองทั้งจากภายในและภายนอกสามารถที่จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ และความสำเร็จที่ได้รับทราบนั้นจะเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้เกิดการเพิ่มพฤติกรรม สอดคล้องกับ เซนและเยท (Chen & Yeh, 2005) ที่ได้พัฒนาโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่โดยใช้ Internet Assisted Instruction (IAI) มาช่วยให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ โปรแกรมดังกล่าวได้ประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเข้ามาใช้ เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการรับรู้ความสามารถของตนในการสูบบุหรี่



กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาจำนวน 77 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่ 6 สัปดาห์ ร่วมกับ IAI กลุ่มควบคุมไม่ได้รับอะไรเลย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม IAI ซึ่งได้ประยุกต์แนวความคิดการรับรู้ความสามารถของตนเข้าไปใช้โปรแกรมดังกล่าวจะมีกระบวนการให้กำลังใจผ่านเว็บไซต์ การบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และแสดงให้เห็นถึงพัฒนาในการเลิกสูบบุหรี่ ตลอดจนมีตัวแบบที่ประสบความสำเร็จให้เห็นอยู่ตลอดเวลา ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้นและลดจำนวนการสูบบุหรี่ลงได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว ประกอบกับผลการวิจัยที่มีนักวิชาการได้ทำการศึกษาค้นคว้าในลักษณะเดียวกัน ก่อนข้างที่จะเป็นข้อสรุป และยืนยันได้ว่า การนำแนวความคิดการบริหารจัดการตามแนวทาง PROMISE Model เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self สามารถที่จะทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการเปลี่ยนแปลงตัวชีวิตทางชีวเคมี และพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่ดีขึ้นได้

4. ผลการวิจัยพบว่า ในกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 120 คน นั้น ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลทำให้ประสบความสำเร็จในการเข้าร่วมโครงการ คือ การบริหารโครงการตามแนวทาง PROMISE Model สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ ผู้วิจัย / ประเมิน ได้ทำการลงพื้นที่จริงระหว่างกรณีศึกษา และติดตามโครงการ ซึ่งพบว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการจะรู้สึกประทับใจกับคณาจารย์ที่มีความตั้งใจจริงในการดำเนินโครงการมาก และพึงพอใจกับเทคนิคการบริหารจัดการ โครงการตามหลัก PROMISE Model เป็นมาก โดยเฉพาะการใช้เทคนิคการเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement: P) และการสร้างแรงจูงใจ (Motivate) ซึ่งเทคนิคที่ผู้เข้าร่วมโครงการได้รายงานให้กับผู้วิจัย / ประเมินได้รับทราบ ระหว่างกรณีศึกษาโครงการได้รับทราบ คือ การที่คณาจารย์มักจะเข้ามาพูดคุยให้กำลังใจกับผู้เข้าร่วมโครงการว่าจะต้องประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างไรแน่นอน การกำหนดรางวัลสำหรับคนที่ประสบความสำเร็จสูงสุด การยกย่องตามโอกาสต่างๆ หรือแม้กระทั่งการสร้างแรงจูงใจโดยการใช้ตัวแบบ ซึ่งเทคนิคดังกล่าวนี้ ล้วนแล้วแต่มีผลสำคัญทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการมอบความไว้วางใจกับคณาจารย์ และเต็มใจที่จะร่วมทำกิจกรรมทุกอย่างเต็มที่ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ นอกจากนี้ ประทีป จินฉิ่ง (2540) ซึ่งได้อธิบายถึงการเสริมแรงทางบวกที่เป็นการเสริมแรงทางสังคมว่า (Social reinforces) เป็นการเสริมแรงทางบวกอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นการแสดงออกโดยใช้คำพูดหรือท่าทางกับบุคคลหลังจากที่บุคคลแสดงพฤติกรรมเป้าหมายแล้ว อันมีผลทำให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมเป้าหมายเพิ่มขึ้น และ มิคุลาส (Mikulas, 1978: 89-94) ที่กล่าวว่า การเสริมแรงด้วยเบี้ยอรรถกรเป็นการให้แรงเสริมทางบวกวิธีหนึ่งจัดเป็นลักษณะหนึ่ง ของการให้แรงเสริม ที่เรียกว่า “สัญญาที่ตกลงกันไว้” (Contingency contracting) ซึ่งสัญญาที่ตกลงกันไว้จะมีลักษณะที่ชัดเจนและทำให้ทุกคน



เกิดความเข้าใจเป็นอย่างดีซึ่งทำให้บุคคลเกิดความคาดหวังในผลของพฤติกรรมที่แตกต่างกัน และยังคงสอดคล้องกับผลการวิจัยของ แซนซ์ (Sanz, 1993) ได้ศึกษาการใช้การเสริมแรงทางสังคมกับเด็กที่มีอาการดาวน์ซินโดรมจำนวน 18 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการเสริมแรงทางกายและวาจา จะมีทักษะการช่วยตัวเอง ทักษะทางสังคม และทักษะทางภาษาสูงกว่ากลุ่มที่ใช้การเสริมแรงทางวาจาอย่างเดียว เช่นเดียวกับ ฮาร์ท และคณะ (Hart and other, 1968) ได้ศึกษาวิธีการปรับพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กในโรงเรียนอนุบาลแห่งหนึ่งโดยใช้การเสริมแรงทางสังคม ผู้รับการทดลองเป็นเด็กหญิงอายุ 5 ปี ซึ่งแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวคือ ปากร้ายและใช้คำพูดสบประมาท (Verbally Insulting) ผู้วิจัยแก้ไขให้เขามีพฤติกรรมการเล่นกับเพื่อนเพิ่มขึ้น โดยครูให้ความสนใจอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งให้ของเล่นที่ต้องการด้วยเมื่อเขาเล่นร่วมกับเพื่อน ในขณะเดียวกันครูไม่ให้ความสนใจเมื่อเขาแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวลดลงและพฤติกรรมการเล่นกับเด็กอื่นเพิ่มขึ้น

อีกเทคนิคหนึ่งใน PROMISE Model ที่มักจะพบว่า คณะทำงานได้นำมาใช้ในการบริหารจัดการ โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้เข้าร่วมโครงการสัมผัสได้ คือ เทคนิคการมองโลกแง่ดี (Optimism: O) เทคนิคการสร้างการเห็นคุณค่าในตัวเอง (Self-Esteem: SE) ให้กับผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งกิจกรรมที่เห็นชัดเจน เช่น การที่คณะทำงานมักจะบอกกับผู้เข้าร่วมโครงการอยู่เสมอว่าทุกคนมีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น การเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโครงการติดต่อได้อย่างสะดวกตลอดเวลา การมองปัญหาให้กลายเป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการแก้ไขให้ได้ และการสร้างความตระหนักให้ผู้เข้าร่วมโครงการเห็นว่าตนเองเป็นคนที่มีคุณค่า ชีวิตมีคุณค่าที่จะต้องดูแลให้ดีที่สุด สอดคล้องกับแนวคิดของ ซีลิกแมน (Seligman, 2006: 40-51) ที่ได้อธิบายการมองโลกในแง่ดีว่าเป็นลักษณะทางบุคลิกภาพทางด้านปัญญา บุคคลคนที่มองโลกในแง่ดีมีรูปแบบของการให้เหตุผลต่อเหตุการณ์เลวร้ายว่าเกิดขึ้นเฉพาะสถานการณ์นั้น หรือมองว่าสถานการณ์ร้ายนั้นเป็นเรื่องของโชคร้าย หรือมีคนนำมาสู่ตน ไม่หมกมุ่นกับความพ่ายแพ้ แต่จะเผชิญหน้ากับสถานการณ์ร้ายด้วยการยอมรับ และท้าทายความพ่ายแพ้ด้วยการมีความพยายามมากขึ้น และให้เหตุผลต่อเหตุการณ์ดีๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากสาเหตุภายในตนเอง มักเกิดขึ้นสม่ำเสมอ และจะครอบคลุมถึงเหตุการณ์ต่างๆ ด้วย ส่วนบุคคลที่มองโลกในแง่ร้าย มีรูปแบบของการให้เหตุผลต่อสถานการณ์เลวร้ายว่ามีความคงทนอยู่อย่างสม่ำเสมอ และมีผลต่อทุกเรื่องที่เขาทำ เช่นเดียวกับที่สอดคล้องกับแนวคิดการเห็นคุณค่าในตนเอง ของ แบรินเดน (Branden, 1993: 8-10) ที่เสนอว่า บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองจะมีบุคลิกภาพที่ชัดเจน เช่น เห็นว่าคุณค่าด้านการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ก็จะพยายามดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีที่สุด

ผลการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว ประกอบกับผลการวิจัยที่นักวิชาการได้ทำการศึกษาค้นคว้าในลักษณะเดียวกัน ค่อนข้างที่จะเป็นข้อสรุป และยืนยันได้ว่า การ



นำแนวคิดการบริหารจัดการตามแนวทาง PROMISE Model สามารถที่จะส่งผลทำให้กลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่ดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 กรุงเทพมหานคร ควรให้ความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพด้าน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของบุคลากรในสังกัด เช่น หน่วยงานส่งเสริมสุขภาพตามโรงพยาบาลต่างๆ เป็นต้น ด้วยกระบวนการฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มข้น สามารถนำแนวคิดการบริหารจัดการโครงการตามแนวทาง PROMISE Model เข้ามาใช้ในการฝึกอบรมได้ เพราะได้รับการยืนยันจากผลการวิจัยแล้วว่าเป็นเทคนิคกระบวนการสำคัญที่จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้

2. หัวใจสำคัญที่ทำให้โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประสบความสำเร็จอีกประการหนึ่งนอกเหนือจากศักยภาพของคณะทำงาน ก็คือ การให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมของผู้เข้าร่วมโครงการ ดังนั้นก่อนที่จะดำเนินการจัดกิจกรรม หรือ จัดโครงการ จะต้องมีการสำรวจถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นว่า ณ ปัจจุบันได้ก่อให้เกิดปัญหามากน้อยเพียงใด เพราะการที่จัดกิจกรรมโดยที่ในชุมชนยังไม่พบปัญหาอาจจะส่งผลทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการไม่เห็นความสำคัญของการเข้าร่วมกิจกรรม และทำให้โครงการไม่ประสบความสำเร็จได้

3. การจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นเรื่องใหญ่ของหน่วยงาน เพียงแค่ศักยภาพของคณะทำงานอย่างเดียวไม่สามารถที่จะทำให้โครงการประสบความสำเร็จได้ ซึ่งจะต้องได้รับความร่วมมือจากทุกส่วนของหน่วยงาน ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประสานงานที่ดีที่สุดคือผู้บริหารของหน่วยงาน ดังนั้นการจัดโครงการปรับเปลี่ยนสุขภาพจะต้องมีความสอดคล้องกับนโยบายหลักของหน่วยงาน และได้รับความเห็นชอบ ความร่วมมือจากผู้บริหารเป็นอย่างดี

4. ปัจจัยสำเร็จที่สำคัญของโครงการได้แก่ ผู้เข้าร่วมโครงการสมัครใจและพร้อมที่จะทำสัญญาในการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง เนื่องจากมีข้อจำกัดของเวลาในการจัดกิจกรรมจึงจำเป็นต้องคัดกรองให้ได้กลุ่มเสี่ยงที่สมัครใจ ดังนั้น สปสช. และ มสว ในฐานะผู้กำกับติดตามการใช้งานประมาณและการดำเนินโครงการของหน่วยบริการ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะรับข้อเสนอของหน่วยบริการเมื่อ มีหลักฐานที่บ่งบอกถึงการสมัครใจและพันธะสัญญาของผู้เข้าร่วมโครงการที่มุ่งมั่นที่จะปรับพฤติกรรมสุขภาพตนเองจริง



เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2544). *คู่มือความฉลาดทางอารมณ์*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล. (2549). *ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และเอดส์: การประยุกต์ใช้รูปแบบทรานสทีโอเรทีเคิล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต (เภสัชกรรมคลินิก). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2552). *จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2548- 2552*. กรุงเทพฯ. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
- กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. (2553). *สถานการณ์โรคอ้วน*. กรุงเทพฯ: กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ.
- ข่าวสารเพื่อมวลชน. (2554). *สูงคนไทยใส่ใจสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม ควบคุมน้ำหนัก และความดันโลหิต เพิ่มรับประทานผักผลไม้ ไม่เครียดไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่ ลดการป่วยด้วยโรคความดันโลหิต*. สืบค้นเมื่อ 30 มีนาคม 2554 จาก <http://www.dpc6pr.com/index.php?show=news&file=readnews&id=36>
- กนิษฐา นาคะ . (2542). *วิถีชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชนบทแห่งหนึ่งในภาคใต้*. กรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ พย.ค. (พยาบาลศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุพรรณ ผลโลก. (2535). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาล เชียงใหม่*. เชียงใหม่: วิทยานิพนธ์ สศ.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฑารัตน์ กิตติเขมากร. (2550). *การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพกายและใจ*. บทความวิชาการ. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จินตนา มะโนน้อม (2552) *ผลของการกำกับตนเองโดยการออกกำลังกายด้วยยางยืดและการควบคุมอาหารที่มีต่อการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน อำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด*. ชลบุรี: วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เจตจันทร์ ล้วนเนตรเงิน (2551). *ผลของการฝึกอบรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองและเสริมสร้างทัศนคติต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ที่มีต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทัศนคติ และความตั้งใจหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ของนักเรียนหญิง*. เชียงใหม่: วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



- ชนิกา ตู้จินดา. (2553). *เด็กประถม – มัธยมไทย อ้วนกว่า 5 ล้านคน*. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2554 จาก http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/special_report/15598
- ดารินทร์ ฤกษ์ชัย. (2550). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์)*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดารณี สืบจากดี. (2552). *Stage of change-ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง*. บทความออนไลน์ จาก http://203.155.220.217/doh/deptd/Article/article_07.doc. สืบค้นเมื่อวันที่ 9/03/52
- ทรศนีย์ วงศ์ปา. (2537). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพและการรับรู้ถึง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค กับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ กองทัพภาค 3*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธิดารัตน์ อภิญญา และ นิตยา พันธุเวทย์. (2552). *ประเด็นสารธรรมรงค์วันอัมพาทโลก ปี 2554 (งบประมาณปี ๒๕๕๕)*. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- นงลักษณ์ ช่วยพรหม. (2547). *จิตวิทยาทั่วไป*. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2551, จาก <http://courseware.rmutl.ac.th/courses/43/unit1101.htm>.
- นฤมล เวชจักรเวร.(2552). *โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการเพื่อป้องกันความเสี่ยงทางสรีรวิทยาต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด*. กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์ วท.ม. (โภชนวิทยา). บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิรันดา ไชยพาน. (2552). *การประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตน ตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับ โปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนชายมัธยมศึกษา*. กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บริบูรณ์ พรพิบูลย์.(2535). *โลกยามเช้าและแนวการเตรียมตัวเพื่อเป็นสุข*. กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง
- บังอร ฉางทรัพย์. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิลำไส้ของประชาชนในชุมชนคลองเตย กรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มศว.
- เบอร์เดน พอล. (2545). *ยอดกลยุทธ์การจัดการกับชั้นเรียน*. แปลโดย อรจรรย์ ณ ตะกั่วทุ่ง. กรุงเทพฯ: เบรนนีท.
- ประทีป จินนี่. (2540). *เอกสารประกอบการสอน วิชา การวิเคราะห์พฤติกรรมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). *ทัศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.



- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีน สุวรรณ. (2532). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพศึกษา*.
กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประเวศ วะสี (2541). *คุยกันเรื่องความคิด*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง
- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. (2544). *จิตวิทยาการบริหารงานบุคคล*. กรุงเทพฯ: ศิวรรณา บ้านกล้วย.
- ปรารธนา ช้อนแก้ว.(2542).*การพัฒนาความภาคภูมิใจในตนเองของเยาวชนชายในสถานพินิจและ
คุ้มครองเด็กและเยาวชน จังหวัดระยอง โดยใช้โปรแกรมการออกกำลังกายเป็นสื่อ*.
ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาพัฒนาการ).กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรี
นครินทรวิโรฒ.
- ปณิตา นิรมล. (2546). *การพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการกำกับตนเองในการเรียนของ
นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3*. ชลบุรี: วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (เทคโนโลยี
วิจัยการศึกษา). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2552). *การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ*. สืบค้นจาก
<http://nctc.oncb.go.th/new/doc/MI&MET.pdf>. [9/03/2009].
- พิมพ์พัชร พงษ์ตน. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของแรงจูงใจในการอ่านกับ
ความสามารถในการอ่านและความเข้าใจภาษาไทยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ใน
โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ ค.ม. (การสอนภาษาไทย
มัธยมศึกษา). กรุงเทพฯ: สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- พิสมัย จารุชวลิต. (2538). *การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกัน โรค
เอดส์ของหญิงตั้งครรภ์ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาล พุทธชินราชพิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มากร ธรรมาวิริทธิ์. (2549). *ศึกษาผลการกำกับตนเองเพื่อการเดินเร็วต่อระดับคอเรสเตอรอลรวม
ระดับแอลดีแอล-โคเลสเตอรอล และเอชดีแอล-โคเลสเตอรอล ของผู้ที่มีภาวะ
โคเลสเตอรอลในเลือดสูง*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มัลลิกา มัติโก. (2530). *คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ: ชุดที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม
สุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โครงการข่างานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสานงานทางการ
แพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- มูลนิธิหมอชาวบ้าน. (2549, กรกฎาคม). ความดันโลหิตสูง. *นิตยสารหมอชาวบ้าน*. 340: 7.
- มานิต ชีระตันติกานนท์. (2554). *กรมควบคุมโรค ห่วงใย อยากเห็นคนไทยมีสุขภาพดี*.หนังสือพิมพ์
ไทยโพสต์ อังคารที่ 17 พฤษภาคม 2554



- รวีวรรณ ถีมาสวัสดิ์กุล. (2547). การศึกษาเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเอง ความว่าเหว่และ
สุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี. สารนิพนธ์ กศ.ม.
(จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ว.วชิรเมธีภิกขุ. (2545). เห็นสุขในทุกข์ เห็นโอกาสในวิกฤต, เนชั่นสุดสัปดาห์. สืบค้นเมื่อ 10
ธันวาคม 2553 จาก [www.:BKKnews.com/weekend/20011105/web16.shtml](http://www.BKKnews.com/weekend/20011105/web16.shtml).
- วารกรณ์ กุประดิษฐ์. (2551) การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองและการควบคุมตนเองเพื่อ
หลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชน. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.2(2), 89
– 102.
- วนิดา กองแก้ว. (2549). ลักษณะทางชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแล
สุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร.
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วิชัย เอกพลากร (บรรณธิการ) . (2553). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่
ที่ 4 ใน ปี 2551-2552. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.,
- วิชัย สิริวิบูลย์กิตติ. (2553). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อ
ป้องกันโรคที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะใน
สถานพยาบาลแพทย์แผนไทย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี. ปริญญาานิพนธ์ วท.ม.
(สุศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วิรัช วิรัชนิการวรรณ. (2551). แนวคิดและความหมายของการบริหารและการบริหารจัดการ. สืบค้น
เมื่อ 10 ธันวาคม 2553 จาก
<http://www.wiruch.com/articles%20for%20article/article%20concept%20and%20meanin%20of%20 admin%20and%20mgt%20admin.htm>.
- วิลาศลักษณ์ ชวัลลดี. (2538). การรับรู้ความสามารถของตนในเรื่องอาชีพ: ตัวแปรที่น่าสนใจใน
การศึกษาเกี่ยวกับ อาชีพและการทำงาน. วารสารจิตวิทยา. 2(1), 97- 109.
- วิภาวัน ปัญญาเร็น.(2552).ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแล
สุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยเชื้อ ในเขตอำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา.สารนิพนธ์ กศ.ม.
(จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศรัณยา ยอดสุด. (2553). ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจและพฤติกรรมป้องกันโรค
ของผู้สูงอายุ. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.



- ศศิวิมล บูราณทีภูณ.(2547). *ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความภูมิใจในตนเองของเด็กหญิงบ้านราชวิถีเขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร.ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา).*กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.ถ่ายเอกสาร.
- สงกรานต์ กลั่นดวง.(2548). *การประยุกต์ใช้ The Take PRIDE Program ในการส่งเสริมพฤติกรรมการกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่น: วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ.(2543). *การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิดทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.*
- สมจิต หนูเจริญกุล.(2523). *การดูแลตนเอง:ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.(2553). *สถิติสาธารณสุข ปี 2541-51 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข . [cited Oct 12, 2010] ; Available from: <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5> .*
- สมบูรณ์ ขอสกุล และ สรวงศ์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์.(2535). *พฤติกรรมกรรมการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารของแม่บ้านจังหวัดลำปาง. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.*
- สมพงษ์ จินดารุ่งเรือง.(2546). *ปัจจัยทางจิตวิทยาและปัจจัยทางชีวสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กวัยรุ่น. สารนิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาพัฒนาการ).*กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.ถ่ายเอกสาร.
- สมพิศ ไชยกิจ.(2536). *ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความภาคภูมิใจในตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดนครราชสีมา. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ).*กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.ถ่ายเอกสาร.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต.(2536). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต.(2539). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต.(2549). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม (Theories and Techniques in Behavior modification). กรุงเทพฯ: พิมพ์ครั้งที่ 6. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย..*
- สำนักข่าวแห่งชาติ.(2548). *กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2553 จาก <http://www.egov.go.th/Th/Lists/datGeneralNews/DispForm.aspx?ID=73>.*



- สำนักงานเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค.(2552).คู่มือโรคและภัยสุขภาพสำหรับ
สื่อมวลชน. พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหาร
ผ่านศึก.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). ผู้สูงอายุกับการทำงาน: *The Labors Status of Thai Elderly*.
กรุงเทพฯ: กลุ่มงานวิเคราะห์และพยากรณ์สถิติเชิงสังคม สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงาน
สถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. (2543). ลักษณะทางจิตวิทยา. สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม
2553 จาก <http://www.correct.go.th/JIT/psychologycharacter3.html>
- สำนักงานข้าราชการพลเรือน. (2550). *โครงการวางระบบมาตรฐานดำเนินการพัฒนาข้าราชการก่อน
ปฏิบัติราชการ*. นนทบุรี: สำนักงานข้าราชการพลเรือน.
- สิริพร กาญจนประโชติ. (2546). ความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแล
สุขภาพและสุขภาพจิตของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ. สารนิพนธ์ กศ.ม.
(จิตวิทยาพัฒนาการ). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุธาพร ฉายะระถิ. (2547). รายงานการวิจัยการศึกษาเปรียบเทียบผลของวิธีสอนแบบร่วมแรงร่วมใจ
และวิธีสอนแบบปกติ ที่มีต่อความสามารถและแรงจูงใจในการอ่านของนักศึกษาชั้นปีที่ 1
มหาวิทยาลัยราชภัฏ หนุมานจอมบึง. ราชบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏหนุมานจอมบึง.
- สุมาลี พัวชู. (2547). การศึกษาพัฒนาการความสามารถในการคิดวิเคราะห์และการมองโลกในแง่ดี
ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาช่วงชั้นที่ 3 ในเขตพื้นที่การศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 3.
ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (การวิจัยและสถิติทางการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุรางค์ โค้วตระกูล. (2544). จิตวิทยาการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- สุริยาภรณ์ อินทรภิมย์. (2549). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังในจังหวัดสุราษฎร์
ธานี.เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่.ถ่ายเอกสาร.
- สุริย์พร ไชยฤกษ์. (2550). การศึกษาปัจจัยบางประการที่ส่งผลต่อการมองโลกในแง่ดีของนักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้น
พื้นฐานกรุงเทพมหานคร.
- เสมอจันทร์ อนะเทพ.(2535). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้สึกมีคุณค่าใน
ตนเอง กับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดที่ได้รับการ



- รักษาด้วยยามเมทธาโคน. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(พยาบาลศาสตร์).กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.ถ่ายเอกสาร.
- เสาวภา ทองงาม. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของวัยรุ่นหญิงในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ (วท.ม. สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). บัณฑิต วิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล
- หนังสือพิมพ์บ้านเมือง. (2551). พบคนไทยป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 500,000 คน. สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2553 จาก <http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/news/4463>
- อรพินทร์ ชูชม. (2544). จากทฤษฎีสู่แนวทางการปฏิบัติในการมองโลกในแง่ดี, *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*. 7(1),43-52.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2552). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ : 3 self ด้วยหลัก PROMISE Model. กรุงเทพฯ: สุขุมวิท,
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2552). การบริหารจัดการและประเมิน โครงการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.,
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2553). การบริหารจัดการและประเมิน โครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร.กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- อารี พันธุ์มณี. (2546). จิตวิทยาสร้างสรรค์การเรียนการสอน. พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพฯ: ไยใหม่เอ็ดดูเคท.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ.(2543).Everest พาลูกค้นหาความนับถือตนเอง.กรุงเทพฯ:ชั้นตรีการพิมพ์.
- Ajzen, Icek. (1991). *The Theory of Planned Behavior, Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 50: 179-211.
- Ajzen, Icek. (2002). *Constructing a TpB Questionnaire: Conceptual and Methodological Considerations*. [cited Oct 12, 2010] From <http://www-unix.oit.umass.edu/izen/tpbrefs.html>.
- Ajzen, Icek. and Fishbein, Martin. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Arnold, Karen Michele. (2009). *Investigating the cognitive reading strategies and motivation to read of resilient, average, and non-resilient fourth-and fifth- grade Latino English language learners*. Dissertation Abstracts International. 63/02 p.467, Retrieved on May 25, 2009, from DAI-A.



- Anne Makikangas, Ulla kinnunen and Taru Feldt. (2004). Self-esteem, dispositional optimism, and health : Evidence from cross-laged data on employees. *Journal of Research in Personality.* 556-575.
- Artman, Elaine M. (2008). *Motivation factors to overcome faculty resistance to integrating a synchronous online education in higher education business course.* Dissertation Abstracts International. 64/04, p. 1187, Retrieved on May 25, 2009 from DAI-A.
- Atkinson, J. W. (1991). *An Introduction to Motivation.* New York: D. Van Nostrand.
- Attaway, Nicloe Michele. (2008). *Understanding academic motivation in middle school Students: Association with sense of school belonging.* Dissertation Abstracts International. 64/12; p. 6314, Retrieved May 30, 2009, from. DAI-B.
- Ayllon, T & Azrin, N.H. (1968). *The token economy.* New York : Apple-ton Century-G Rotts.
- Baker, Christina Wood; Little, Todd D.; Brownell, Kelly D. (2003). Predicting Adolescent Eating and Activity Behaviors: The Role of Social Norms and Personal Agency. *Health Psychology.* 22, 189-98.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change . *Psychological Review.* 84, 191-215.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action : A Social Cognitive Theory.* Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in Changing Societies.* UK: Cambridge University Press.
- Bandura, A., Taylor, C. B., Williams, S. L., Mefford, I.N., & Barchas, J.D. (1985). Catecholamine secretion as a function as a function of perceived coping self-efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 53, 406-414.
- Basta, T.B.; reece, M. & Wilson, M.G. (2008). The Transtheoretical Model and Exercise among Individuals Living with HIV. *American Journal of Health Behavior.* 32(4), 356-367.
- Baumeister, Roy F., Heatherton, Todd F.; & Tice Dianne M. (1994). *Losing Control: How and Why People Fail at Self-Regulation.* San Diego: Academic Press, Inc.
- Becker, M.H.; & Maiman. L.A. (1975). Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. *Medical Care.* 13(1), 3-24.
- Berman, J. (2004). *ACR Special Report : Does Enhancing Social Support and Self efficacy*



- Improve Physical Function and Mental Health in SLE.* (cited in 20 Jan, 2010) Available from http://rheumatology.hss.edu/phys/acrSpecialReports/berman_supportSLE.asp.
- Berman, R.; & Iris. M. (1998). *Approaches to self-care in late life.* Qualitative Health Research.8(2), 224-236.
- Bogers, R.P. ; et al. (2004). Explaining Fruit and Vegetable Consumption: the Theory of Planned Behaviour and Misconception of Personal Intake Levels. *Appetite.* 42, 157-66.
- Branden, N. (1983). *Honoring the self: The Psychology of Confidence and Respect.* Toronto: Bantam.
- Branshaw,P.(1981).*The Management of Self – Esteem.* Prentice Hall.Inc. Englewood Cliffs.
- Brown, G.H., & Harris, T.J. (1978). *Social origins of depression.* London : Trvistock.
- Bruno,F.J.(1983). *Adjustment and Personal Growth: Seven Pathway.* 2nd ed. New York : John & Sons.
- Carment, D.W. (1974). Internal Locus External Control in India and Canada. *International Journal of Psychology.* 9, 45-60.
- Crandall, V.C.; & Lacey, B.W. (1972). Children’s Perceptions of Internal-External Control in Intellectual-Academic Situation and their Embedded Figures Test Performance. *Child Development.* 43(4), 1123-1131
- Caplan, R.D. et al. (1976). *Adhering to Medical Regimens: Pilot Experiment in Patient Education and Social support.* An Arbour: University of Mechigan.
- Carver, C.S. et al. (1993). “How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology.* 375-390.
- Cassel, I. (1974). Psychosocial Processes and Stress: Theoretical Formulations. *International Journal of Health Services.* 4, 471-482.
- Chang, E.C. (2001). *Optimism & Pessimism.* London : Edward Brother, Inc., Ann Arbor. Seligman. 2006
- Chen, H.H & Yeh, M.L. (2005). *Developing and evaluation a smoking cessation program combined with an internet-assisted instruction program for adolescents with smoking.* Retrieved on 12 Feb, 2010 from www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=retrieve.



- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of life Stress. *Psychosomatic Medicine*. 38(5), 300-313.
- Cho-Hee Yoon. (2009). Self-Regulated Learning and Instructional Factors in the Scientific Inquiry of Scientifically Gifted Korean Middle School Students. *Gifted Child Quarterly*. 53(3), 203-216.
- Coopersmit, S. (1981). *The Antecedent of Self-Esteem*. Palo Alto, California : Consulting Psychologists Press, Inc.
- Connie Podesta. (2001). *Self-Esteem and The 6 Second Secret* .Corwin press, Inc .
- Conner, Mark; Norman, Paul; Bell, Russell. (2002). The Theory of Planned Behavior and Healthy Eating. *Health Psychology*. 21(2), 194-201.
- Courneya, Kerry S.; et al. (2000). Social Support and the Theory of Planned Behavior in the Exercise Domain. *Am J Health Behav*. 24(4), 300-8.
- Crockett, L.S. (1994). *Effect of assertiveness training on level of stress and assertiveness experienced by nurse in Taiwan, Republic of China*. Mental Health Nursing.
- Dill, A., Brown, P., Ciambone, D.; & W. Rakowski. (1995, July). The meaning and practice of self-care bolder adult. A qualitative study. *Research on Aging*. 17(1), 8-41.
- Debora R. Baldwin. (2009, April). Optimism and stress: an African-American college student perspective. *College student journal*. FindArticles.com
- Do, Bios KA. (2002). *Development of a self-efficacy instrument for patients with chronic low back pain and its use as a predictor of physical therapy outcome*. The university of Connecticut.
- Erikson, E. (1968) . *Identity : Youth and Crisis*. New york: Noryon
- Gantz, S.B. (1990). Self-care: Issues and Controversies. *Holistic Nursing Practice*. 4(2),1-12.
- Galassi, John P.; Galassi, Merna D., and Litz, M. Carol. (1974). Assertive Training in Groups Using Video Feedback. *Journal of Counseling Psychology*. 11(1),112-117.
- Glynn, S., & Roderman, A. (1986). The development and validation of an eating self-efficacy scale. *Cognitive Therapy and Research*. 10 (1), 403-420.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence : why it can mater more than IQ*. New York: Bantam Books.
- Hagger, Martin S.; Chatzisarantis, Nikos L.D.; Biddle, Stuart J.H. (2002). Meta-analysis of the Theories of Reasoned Action and Planned Behavior in Physical Activity: an



- Examination of Predictive Validity and the Contribution of Additional Variables. *Journal of Sport and Exercise Psychology*. 24, 3-32.
- Hart, Betty M. and others. (1968). Effect of Contingent and No contingent Social Reinforcement on the Cooperative Play of a Preschool Child. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 21, 18.
- Harris Daniel M.; & Gluten. Sharon (1972). Health – Protective Behavior: An Exploratory Study. *Journal of Health and Social Behavior*. 20, 17-29
- Health Canada. (2004). *Supporting Self-Care: The Contribution of Nurses and Physicians*. Retrieved July 3, 2009, from http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/collabor/selfauto/index_e.htm
- Horneffer-Ginter, K. (2008). Stage of Change and Possible Selves: 2 Tools for Promoting College Health. *Journal of American College Health*. 56(4), 351-358
- House, J.S. (1981). *Work Stress and Social Support-Reading*. MA: Addison-Wesley
- Jakici, J.M (2003) Exercise in the treatment of obesity. *Endocrinol Metabolin North Am*. 32(4), 967 – 980.
- Kazdin, Alan E. (1977). *Behavior Modification in Applied Setting*. Illinois :Dorsy Press,
- Kazdin Alan E. (1980). *Behavior Modification in Applied Settings*. Revised Edition. Illinois: The Dorsey Press.
- Kelly, C.W. (2008). Commitment to Health Theory. *Research and Theory for Nursing Practice: An International journal*. 22(2), 148-160.
- Kennedy, C.J.; Probart, C.K.; & Dorman, S.T. (1991). The Relationship between Random Knowledge, Concern and Behavior, and Health Value, Health Locus of Control, and Preventive Health Behavior. *Health Education Quarterly*. 18(3), 319-329.
- Kim, S., Nam, K.A & Seo, M. (2004). *Effectiveness of Smoking cessation program for adolescents*. Retrieved on 12 Feb, 2010 from www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?=Retrieve.
- Langlie, J.K. (1977). Social Network, Health Beliefs and Preventive Health behavior. *Journal of Health and Social Behavior*. 18(3), 244-260.
- Lee, C. and Bobko, P. (1964). Self-efficacy believes: Comparison of five measures. *Journal of Applied Psychology*. 79. 3, 364-369.
- Lefcourt, Herbert M. (1966). Internal Versus External Control of Reinforcement:



- A Review. Psychological Bulletin.* 65(4), 206-220.
- Lenio, J.A. (2552). Analysis of the Transtheoretical Model of Behavior Change. *Journal of Student Research.* Retrieved on 9/03/2009 from <http://www.uwstout.edu/rs/2006/14Lenio.pdf>
- Lust, John A.; Celuch, Kevin G.; & Showers, Linda S. (1993). A Note on Issues Concerning the Measurement of Self-Efficacy. *Journal of Applied Social Psychology.* 23(17), 1426-1434.
- Malpass, J. R. (1999). Self – Regulation, Goal Orientation, Self – Efficacy, Worry, and High – Stakes Math Achievement for Mathematically Gifted High School Student. *Roeper Review.* 24(4), 281 – 288.
- Maslow, Abraham M.(1970). *Motivation and Personality.* 2nd ed, New York : Harper and Row.
- Masalu, J.R.; Astrom, A.N. (2001). Predicting Intended and Self-perceived Sugar Restriction among Tanzanian Students Using the Theory of Planned Behavior. *Journal of Health Psychology.* 6(4), 435- 45.
- Mikulas, William L.(1978). *Behavior Modification.* New York : Harper&Row.
- Mone, Mark A. (1994). Comparative Validity of Two Measures of Self-Efficacy in Predicting Academic Goals and Performance. *Educational and Psychological Measurement.* 54(2), 516-529.
- Moris, R.O. (1977). *Assessment and Therapeutic Function of Self Monitoring.* Progress in Behavior Modification.
- Morris. R.J. (1985). *Behavior modification with exceptional children: Principles and Practices.* Glenview, Ill. :Scott Foresman.
- Nemeck, M.A. (1990). Health Beliefs and Preventive Behavior: a Review of Research Literature. *AAOHN Journal.* 38(3), 177-236.
- Norris, C.M. (1979). Self-care. *American Journal of Nursing.* 3, 486-489.
- Nolen-Hoeksema, S.(1988). Explanatory Style as a mechanism of disappointing athletic performance. *Psychological Science,* 143-146.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing: Concepts of Practice.* 5th ed. St. Louis: Mosby.
- Orem, D.E., Taylor, S.G.; & K.M. Repenning. (1995). *Nursing: Concepts of Practice.* St.Louis: Mosby.
- O’Leary, K.D.; & Wilson, G.T. (1987). *Behavior Therapy.* 2nd ed. Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall.



- Pender, N.J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. 3rd ed. Connecticut: Appleton & Lange.
- Pender. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. 2nd ed. Norwalk : Appleton
- Pintrich, P.R. ; & De Groot, E.V. (1990). Motivational & self-regulated learning components of classroom activities academic performance. *Journal of Educational Psychology*. 82 (1), 33 - 34.
- Pintrich, P.R.; & De Groot, E.V. (1990). Motivational and Self-Regulated Learning Components of Classroom Academic Performance. *Journal of Educational Psychology*. 82(1), 33 – 40.
- Pintrich, P.R.; Roeser, R.W.; & De Groot, E.A.M. (1994). Classroom and Individual Differences in Early Adolescents' Motivation and Self-Regulated Learning. *The Journal of Early Adolescence*. 14(2), 139- 161.
- Robin, D. F & Steven, V. O (1999). American and Korean Adolescents' Physical and Mental Health Self- Efficacy. *Journal of Pediatric Nursing*. 114 (1), 51 – 58.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement,. *Psychological Monographs: General and Applied*. 80, 1-28.
- Sanz, M.T. Menendez F.J. (1993). *Early Acquisitions of Trisomic-21 and Social Reinforcemen*. Early-Child-Development-and-Care.
- Schunk, D.H. (1994). *Self - Regulation of Self - Efficacy And Attributions In academic Setting*. In D.H.,Schunk & B.J.Zimmerman(eds.), *Self - regulation of learning and performance: issues and educational applications*. pp. 76-79. New Jersey: Lawrence.
- Schunk, D.H.; & Zimmerman, B.J. (1994). *Self-Regulation of Learning and Performance*. New Jersey: Hillsdale.
- Scheier. M.F., Weintraub, J.K.& Carver,C.S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of abnormal Psychology*. 97, 13-18.
- Sitharthan, T & Kavanagh, D.J (1991). Role of self-efficacy in prediction outcome from a program for controlled drinking. *Drug and Alcohol Dependend*. 27(1), 87 – 94
- Strickland, B.R. (1997). *Internal-External Control of Reinforcement in Thomas Brass(ed)*. Personality Variables in Social Behavior. New York: John Wiley and and Son.
- Story, M; et al. (2003). Obesity in American-Indian Children: Prevalence, Consequences and Prevention. *Preventive Medicine*. 37, S3-S12.



- Stufflebleam, Daniel L. & Shinkfield, Anthony J. (2007). *Evaluation Theory, Models, & Application*. San Francisco: John Wiley & Sons.
- Stufflebleam, Daniel L. & Others. (1977). *Education and Decision Making*. 5th Eds. Illinois : F.E.Peacock.
- Tharntip, M & Varaporn, S. (2005). Eating and Physical Exercise Behavior of Children in Element School. *Chiang Mai Med Bull.* 44(2), 65-71.
- Wood, W., Robert E. & Locke Edwin A. (1987). The Relation of Self-Efficacy and Grade Goals to Academic Performance. *Educational and Psychological Measurement.* 47,1013- 1024.
- Woody, D.; DeCristofaro, C. & Carlton, B.G. (2008). Smoking Cessation Readiness: Are Your Patients Ready to Quit? *Journal of American Academy of Nurse Practitioners.* 20, 407-414.
- Wolpe, J. (1969). *The Practice of Behavior Therapy*. Elmsford, NY: Pergamom
- World Health Organization. (1988). *The age of aging*. Geneva: WHO.
- Zindler-Wernet, P.; & Weiss, S.J. (1987). Health Locus of Control and Preventive Health. *Western Journal of Nursing Research.* 9(9), 160-179.
- Zimmerman. (1995). *Self-Efficacy and Educational Development*. In *Self-Efficacy in Changing Societies*. Albert Bandura. United States of America: Palatino. 202-231.
- Zimmerman,B.J.; & Paulsen, .(1994). *Self - Monitoring during Coolegiate Studying : An Invaluable Tool for Academic Self - Regulation*. In P.R. Pintrich (eds.), *Understand Self - Regulated Learning*. PP. 13-27. San Francisco : Jossey Bass.
- Zimmerman,B.J..(1998). *Invited symposium : motivation & self-regulation in gifted students*. Graduate School, New York: City University of New York.
- Zimmerman, B.J.; & Martinez-Pons, M. (1986). Developmental of Structure Interview for Assessing Student Use of Self-Regulate Learning Strategies. *American Educational Research Journal.* 50, 614-628.
- Zimmermam, G.L; Olsen, C.G. & Bosworth, M.F. (2000). A ‘Stage of Change’ Approach to helping Patients Change Behavior. *American Family Physician.* 61,1409-16. Retrieved on 13 May, 2010 from <http://www.aafp.org/afp/AFPprinter/20000301/1409.html>



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับ
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว)
โดย รศ.ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง โทร. 02-6495175, 089-1653520,
02-6495000 ต่อ 7625 E-mail: ungsinun@swu.ac.th

ผู้ช่วยโครงการ อ.ทัศนากองกักดี โทร. 081-5840121 E-mail: tasana@swu.ac.th
เลขาฯ โครงการ น.ส. สุพิชชา วงศ์จันทร์ โทร.086-8428283 E-mail: ae_unlimit@hotmail.com
เลขาฯ โครงการ นาย วรสรณ์ เนตรทิพย์ โทร.084-9025270 E-mail: napannetthip@yahoo.com
ที่อยู่ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 114 ถ.สุขุมวิท 23
แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110 <http://bsris.swu.ac.th/health/index.asp>