



รายงาน

การประเมินโครงการ
การพัฒนากลไกสนับสนุนวิชาการและเครือข่าย
ขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย
วิถีเศรษฐกิจพอเพียง

3ส. 3อ. 1น.

งบประมาณสนับสนุนการประเมินโครงการ
จากสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
กันยายน 2566

รายงาน

ประเมินโครงการ

การพัฒนาหลักสูตรสนับสนุนวิชาการและเครือข่าย
ขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง

โดย

รองศาสตราจารย์ ดร.ปาจริย์ ผลประเสริฐ

คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

งบประมาณสนับสนุนการประเมินโครงการ

จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

กันยายน 2566

กิตติกรรมประกาศ

ในการประเมินโครงการพัฒนาไกล่เกลี่ยสนับสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบาย สุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง จัดทำขึ้นโดยการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล อย่างเป็นระบบเพื่อสรุปผลว่าโครงการ ฯ ที่ได้ดำเนินการไปบรรลุวัตถุประสงค์เป้าหมายเพียงใดและ ปัจจัยอะไรที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโครงการฯ ตลอดจนปัญหาที่เกิดขึ้น โดยได้มีการเก็บรวบรวม ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากพื้นที่ที่ดำเนินโครงการฯ ทั้งนี้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี จากบุคลากรสำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย กระทรวงสาธารณสุข ในการลงพื้นที่ และประสานงานด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนบุคลากร ผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงใน 13 พื้นที่ที่เข้าร่วม โครงการฯ ในการให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม สัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม ตลอดจนประชุม เชิงปฏิบัติการ ทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและสมบูรณ์ในการประเมินโครงการฯ ในครั้งนี้ ซึ่งจะเป็น ประโยชน์ต่อการพัฒนาโครงการฯ และการวางแผนในการดำเนินโครงการฯ ต่อไป

ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้ทุนสนับสนุนใน การประเมินโครงการ และการประสานงานจากมูลนิธิอุทัย สุดสุข ที่ให้ดำเนินการประเมินผล โครงการฯ เล่มนี้เสร็จสมบูรณ์และสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาโครงการฯ ต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร.ปาจริย์ ผลประเสริฐ

รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง

กันยายน 2566

บทสรุปผู้บริหาร

การประเมินโครงการพัฒนาไกล่เกลี่ยสนับสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อประเมินด้านบริบท (Context Evaluation) ด้านปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation) ด้านกระบวนการ (Process Evaluation) และด้านผลผลิต (Product Evaluation) ของโครงการ ฯ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมให้โครงการประสบความสำเร็จ และปัญหาในการดำเนินโครงการฯ และ 3) เพื่อเสนอรูปแบบในการบริหารจัดการโครงการฯ ในการประเมินโครงการได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model เสนอโดย สตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam & Shinkfield, A, (2007) มาประยุกต์ใช้เพื่อประเมินโครงการฯ ซึ่งได้มีการดำเนินการไปแล้ว โดยแบ่งขั้นตอนการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการประเมินโครงการใน 4 ด้านคือ การประเมินด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต ผู้ให้ข้อมูลในขั้นตอนนี้เป็นผู้ที่ดำเนินการขับเคลื่อนโครงการ ฯ ระดับพื้นที่ โดยเป็นระดับ สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โรงพยาบาล/ศูนย์บริการสุขภาพกรุงเทพมหานคร สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) /โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จาก 13 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการ จังหวัดละไม่ต่ำกว่า 5 คน รวม จำนวน 107 คน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินโครงการฯ ได้แก่แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์จำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ขั้นตอนที่ 2 ได้แบ่งเป็น 2.1 ประเมินปัจจัยที่ส่งเสริมให้โครงการฯ ประสบความสำเร็จ และปัญหาในการดำเนินโครงการฯ โดยการจัดเวทีถอดบทเรียนผู้บริหารและผู้ดำเนินการขับเคลื่อนโครงการ ฯ ในระดับประเทศ โดยการละลายพฤติกรรม (Ice Breaking) 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) 3) การถ่ายทอดความรู้สึก ผ่านเอกสารและเรื่องเล่า (Storytelling) จำนวน 61 คน และการถอดบทเรียนในระดับพื้นที่ต้นแบบ จำนวน 52 คนโดย 1) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) 2) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ และพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 20 คน และกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จำนวน 45 คนโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ขั้นตอนที่ 2.2 โดยใช้ข้อมูลจากแบบสอบถาม ตอนที่ 3 ในขั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยจำนวน (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินรูปแบบในการบริหารจัดการโครงการฯ โดยขั้นตอนที่ 3.1 ประสิทธิภาพรูปแบบการสร้างสุขภาพดีวิถีไทย ด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. ใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มตัวอย่างจาก 4 ภาค ได้แก่อำเภอและตำบลต้นแบบการสร้างสุขภาพดีวิถีไทยโดยใช้หลัก 3ส.3อ.1น. ในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 420 ราย/โรค แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 210 ราย และกลุ่มควบคุม 210 ราย ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติอ้างอิง (Inferential Statistics) ในการทดสอบความแตกต่างด้วยไคสแควร์ (Chi-square Test) ใช้การทดสอบค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test) โดยการใช้การทดสอบค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (Paired t-test) และขั้นตอนที่ 3.2 ประสิทธิภาพรูปแบบการสร้างสุขภาพดีวิถีไทย ด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. โดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณจากการรายงานผลการดำเนินโครงการฯ โดยการทดลองในจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการฯ

ขั้นตอนที่ 4 รูปแบบในการบริหารจัดการโครงการพัฒนาไกลสนับสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียงโดยข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการนำข้อมูลจากทุกขั้นตอนที่ผ่านมา และจากเอกสารรายงานความก้าวหน้า/รายงานผลการดำเนินโครงการ มาทำการสังเคราะห์เพื่อสรุปรูปแบบการบริหารจัดการโครงการฯ

รวมกลุ่มกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลในการประเมินโครงการฯ ใน 13 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการฯ โดยเป็นการถอดบทเรียนในระดับจังหวัด 61 คน ระดับพื้นที่ 52 คน ผู้ที่ตอบแบบสอบถาม 107 คน รวมผู้ให้ข้อมูลการขับเคลื่อนโครงการฯ จำนวน 220 คน ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 420 ราย/โรค เป็นกลุ่มทดลอง 210 ราย และกลุ่มควบคุม 210 ราย และจากรายงานผลการดำเนินโครงการฯ จากผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงในพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการ 3,501 ราย

สรุปผลการประเมิน

1. ผลการประเมินด้านบริบท ด้านปัจจัยเบื้องต้น ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิตของโครงการ ฯ พบว่า ในภาพรวมมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่เห็นด้วยว่าเหมาะสมในระดับมากที่สุดได้แก่ด้านบริบท และด้านผลผลิต ส่วนด้านปัจจัยนำเข้าและด้านกระบวนการมีความเห็นด้วยว่าเหมาะสมในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีความเห็นด้วยว่าเหมาะสมค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโครงการสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน รองลงมาคือ ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการฯ มีความคุ้มค่ากับ

งบประมาณในการดำเนินการ และรูปแบบในการดำเนินการ (3ส.3อ.1น.) สามารถนำไปสู่การลดยา และหยุดยาของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง และค่าเฉลี่ยที่มีความเหมาะสมต่ำสุดได้แก่ บุคลากรที่ดำเนินโครงการฯ มีความเพียงพอ และการเก็บรวบรวมข้อมูล สารสนเทศที่ใช้ในการดำเนินโครงการมีความครบถ้วน สมบูรณ์ รองลงมาคือ บุคลากรที่ดำเนินโครงการฯ มีขวัญและกำลังใจในการดำเนินโครงการฯ

2. ปัจจัยที่ส่งเสริมให้โครงการฯ ประสบความสำเร็จ ได้แก่ปัจจัย 1) ด้านบุคลากร คือ ผู้บริหาร ผู้ดำเนินงานโครงการในพื้นที่ วิทยากร กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วย/ผู้เสี่ยง 2) ด้านงบประมาณ 3) ด้านหลักสูตร และ 4) ด้านบริหารจัดการ ซึ่งในการบริหารจัดการโครงการฯ ควรศึกษาปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมการดำเนินโครงการฯ สำหรับปัญหาในการดำเนินโครงการฯ พบปัญหาที่สำคัญได้แก่ 1) บุคลากรที่ดำเนินโครงการฯ มีภารกิจหลายอย่างทำให้ดำเนินโครงการฯ ไม่เต็มที่ 2) ผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงไม่มาตามนัดหมาย และ 3) การเบิกจ่ายงบประมาณในการดำเนินโครงการฯ มีขั้นตอนที่ยุ่งยาก ดังนั้นก่อนที่จะเริ่มดำเนินโครงการฯ ควรทำการศึกษาปัญหาต่างๆ เพื่อหาแนวทางป้องกันก่อนที่จะดำเนินโครงการฯ

3. สำหรับรูปแบบในการบริหารจัดการโครงการฯ ที่ดำเนินการอยู่ในภาพรวมเป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสม โดยประสิทธิผลการสร้างสุขภาพดีวิถีไทย ด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของโครงการฯ จากการทดลองใน 4 ภูมิภาคแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังได้รับการสร้างสุขภาพดีวิถีไทยด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดดีกว่าก่อนการได้รับการสร้างสุขภาพดีวิถีไทยด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับการสร้างสุขภาพดีวิถีไทยด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ดีกว่าก่อนการได้รับการสร้างสุขภาพดีวิถีไทยด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. ทั้งนี้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 82.4 ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 79.0 และจากรายงานผลการดำเนินโครงการฯ ใน 13 พื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการฯ ผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการฯ พบว่าในภาพรวมน้ำหนักที่ลด (ร้อยละ 60.0) รอบเอวที่ลด (ร้อยละ 55.7) ระดับน้ำตาลที่ลด (ร้อยละ 71.3) ระดับความดันโลหิตที่ลด (ร้อยละ 63.9) และผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 3,501 คน ซึ่งผลลัพธ์ของโครงการ ได้กำหนดไว้ว่า ผู้ป่วย/ผู้เสี่ยง NCDs (โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน) สามารถลดน้ำหนัก รอบเอว ความดันโลหิต/ระดับน้ำตาลในเลือดได้ อย่างน้อยร้อยละ 60 ดังนั้นจึงมีเพียงประเด็นรอบเอวที่ลด (ร้อยละ 55.7) ที่ไม่บรรลุผลลัพธ์ของโครงการฯ แต่ก็ใกล้เคียงกับผลลัพธ์ที่ตั้งไว้

แต่มีข้อเสนอแนะจากพื้นที่ในการบริหารจัดการโครงการฯ ให้ดียิ่งขึ้นที่สำคัญ คือ

- 1) ควรมีการกำหนดให้เป็นหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ หรือ การผลักดันให้เป็นนโยบายแห่งชาติว่าด้วยสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง และกำหนดเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิดการทำงานแบบ บูรณาการ
- 2) การกำหนดเป็นตัวชี้วัดประเมินผลงานของผู้บริหารในแต่ละระดับของกระทรวง สาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 3) การจัดสรรงบประมาณควรมีการจัดสรรให้กับหน่วยงานที่ดำเนินโครงการโดยตรง คือ รพ.สต. หรือ รพร.
- 4) การจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ สุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ต้องมีแนวทางให้ที่ชัดเจนในการบริหารจัดการ ศูนย์การเรียนรู้ฯ
- 5) จัดทำชุดสื่อดิจิทัล ประชาสัมพันธ์เผยแพร่ผ่านระบบสื่อสารมวลชนทุกช่องทาง ครอบคลุมทั่วประเทศ และสื่อสารในการให้ความรู้ในการปฏิบัติ 3ส.3อ.1น. ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง
- 6) จัดทำ Application บนโทรศัพท์มือถือเพื่อบันทึกและติดตามให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทาง 3ส.3อ.1น. และ
- 7) ในการนำ เครื่องมือ 3ส.3อ.1น. วิถีธรรม วิถีไทย เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคเรื้อรังไปใช้ต้องมีการสร้างความเข้าใจกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน ตลอดจนผู้ป่วย/ผู้เสี่ยง และในการนำเครื่องมือไปใช้ต้องร่วมกันวิเคราะห์เพื่อ ปรับเครื่องมือและการบริหารจัดการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการส่งเสริมปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ควรส่งเสริมเพื่อให้เกิดพลังในการดำเนินโครงการฯ ได้แก่ปัจจัย 1) ด้านบุคลากร คือ ผู้บริหาร ผู้ดำเนินงานโครงการฯ วิทยากร กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วย/ผู้เสี่ยง ที่ต้องมีความรู้ ความเข้าใจมีความตั้งใจ และมีศักยภาพในการดำเนินโครงการฯ 2) ด้านงบประมาณ ที่เพียงพอและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย 3) ปัจจัยด้านหลักสูตร ที่ต้องนำไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับ บริบทของพื้นที่ และ 4) การบริหารจัดการโครงการฯ ไม่ว่าจะเป็นด้านคน เงิน วัสดุอุปกรณ์ ฯลฯ และปัจจัยเสี่ยงที่ต้องควบคุม ได้แก่ 1) ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญและมีการเปลี่ยนแปลง/โยกย้าย ตำแหน่ง 2) นโยบายไม่ต่อเนื่องและไม่ชัดเจน 3) การเปลี่ยนแปลงงาน/โยกย้ายตำแหน่งของผู้ดำเนินงานโครงการฯ 4) บุคลากรที่ดำเนินโครงการมีภารกิจหลายอย่างทำให้ดำเนินโครงการไม่เต็มที่ 5) การเบิกจ่ายงบประมาณในการดำเนินโครงการมีขั้นตอนที่ยุ่งยาก 6) การมีส่วนร่วมของเครือข่าย น้อยไม่เกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกัน และ 7) ผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงไม่มาตามนัดหมาย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการประเมินโครงการ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการดำเนินโครงการ

1. ควรมีการขยายผลโครงการฯ ให้ครอบคลุมทุกจังหวัดเนื่องจากเป็นโครงการฯ ที่เกิดประโยชน์ต่อชุมชนและผู้ปฏิบัติงานในระยะยาว และเมื่อใช้เครื่องมือ 3ส.3อ.1น. ผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงโรค

ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานสามารถลดน้ำหนัก รอบเอว ความดันโลหิต/ระดับน้ำตาลในเลือดได้ แต่ควรมีการกำหนดให้เป็นหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ และผลักดันให้เป็นนโยบายแห่งชาติว่าด้วยสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง หรือการกำหนดเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการ โดยให้สามารถจัดสรรงบประมาณปกติประจำปีของกรม กอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือโรงพยาบาล รวมทั้งงบประมาณองค์การบริหารส่วนจังหวัดหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการขยายผลต่อยอดโดยพื้นที่ต่อไปเองได้

2. การกำหนดเป็นตัวชี้วัดประเมินผลงานของผู้บริหารในแต่ละระดับของกระทรวงสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยการบูรณาการการดำเนินงานกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งการจัดโครงสร้างบุคลากรที่ดำเนินโครงการฯ เพื่อให้เป็นงานประจำที่มีบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรง

3. จากการที่ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีการเปลี่ยนแปลง โดยมีการกระจายอำนาจด้วยการถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช (รพร.) ให้ไปอยู่กึ่งองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ดังนั้นหากโครงการฯ ทำในช่วงรอยต่อของการถ่ายโอนหรือในช่วงถ่ายโอนไปใหม่ๆ ควรมีนโยบายจากส่วนกลาง หรือระดับจังหวัดที่ชัดเจนในการดำเนินโครงการฯ เพราะความสำเร็จของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ คือการทำให้หน่วยงานในท้องถิ่นสามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของประชาชนได้ โดยกระทรวงสาธารณสุขยังคงมีบทบาทและหน้าที่ในการควบคุมมาตรฐานการให้บริการสุขภาพ เพื่อการยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนจึงต้องมีการบูรณาการการทำงานร่วมกัน

4. การจัดสรรงบประมาณควรมีการจัดสรรให้กับหน่วยงานที่ดำเนินโครงการฯ โดยตรงคือ รพ.สต. หรือ รพร. เพื่อย่นระยะเวลาในการดำเนินการและการประสานเรื่องการเบิกงบประมาณ และสร้างความเข้าใจในเรื่องการเบิกจ่ายงบประมาณหรือจัดทำเป็นคู่มือในการดำเนินการเบิกจ่าย

5. ในการทำงานอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร วิทยากร และเครือข่ายทุกภาคส่วนที่ได้ร่วมดำเนินงานโครงการฯ ในทุกระดับ เช่น การเกษียณอายุราชการ การโยกย้ายตำแหน่ง การย้ายสถานที่ทำงาน (ถึงแม้เครื่องมือ 3ส.3อ.1น. คงเดิม) หรือในส่วนของผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงอาจมีการขยายกลุ่มอายุ การขยายพื้นที่ เป็นต้น ดังนั้นในการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าวให้ครอบคลุมทั่วประเทศ จึงจำเป็นต้องอบรม ทบทวนความรู้และทักษะบุคลากรที่เคยร่วมโครงการฯ และบุคลากรในพื้นที่ขยายใหม่หรือพื้นที่เดิมที่มีการปรับเปลี่ยนบุคลากร ตลอดจนเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินการที่ผ่านมา

6. การจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้สุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ต้องมีแนวทางให้ที่ชัดเจนในการบริหารจัดการศูนย์การเรียนรู้ฯ ที่สามารถดำเนินการได้จริงและ

ไม่เป็นการเพิ่มภาระในการดูแลหรือขับเคลื่อนศูนย์การเรียนรู้ฯ และมีงบประมาณในการดำเนินการที่พอเพียง

7. จัดทำชุดสื่อดิจิทัล ประชาสัมพันธ์เผยแพร่ผ่านระบบสื่อสารมวลชนทุกช่องทาง ครอบคลุมทั่วประเทศ และสื่อสารในการให้ความรู้ในการปฏิบัติ 3ส.3อ.1น. ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งควรทำ 3ส.3อ.1น. เป็นคลิปสั้นๆ ที่ผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงสามารถเข้าถึงการสื่อสารได้ เช่น วิดีทัศน์ที่สามารถให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปเปิดให้ผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงได้ทบทวนความรู้ ความเข้าใจ หรือคลิปสั้นๆ ที่แบ่งเป็นความรู้ความเข้าใจในแต่ละเรื่องผ่านเครือข่าย เป็นต้น โดยนำเสนอเนื้อหาทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติโดยอาจทำเป็นตอนๆ และคลิปหน่วยงาน บุคคลที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเป็นตัวอย่างและเป็นการสร้างแรงบันดาลใจ

8. จัดทำ Application บนโทรศัพท์มือถือเพื่อบันทึกและติดตามให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทาง 3ส.3อ.1น. ที่สะดวกและรวดเร็ว อีกทั้งเป็นการกระตุ้น ติดตาม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการปรับยา เป็นต้น

9. ในหลักสูตรอบรมวิทยากรควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีที่นำเครื่องมือ 3ส.3อ.1น. ไปปรับใช้ในบริบทที่แตกต่างกันเพื่อเป็นกรณีตัวอย่าง และควรเพิ่มเนื้อหาในการให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งของงบประมาณในการดำเนินโครงการฯ การเขียนของบประมาณจากแหล่งงบประมาณต่างๆ เพื่อให้โครงการสามารถดำเนินการต่อเนื่องได้ด้วยพื้นที่เองได้

10. การยกย่องมีต้นแบบที่ดีในการดำเนินโครงการฯ ด้านต่างๆ ในระดับประเทศ ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ดำเนินโครงการฯ ที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และศูนย์การเรียนรู้ฯ ตาบลดต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินโครงการฯ เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ที่ปฏิบัติงานตลอดจนผู้ที่เข้าร่วมโครงการและเป็นแหล่งเรียนรู้

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติในพื้นที่

1. การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย ยุทธศาสตร์และโครงการฯ ให้ประสบผลสำเร็จนั้น ผู้เกี่ยวข้องทั้งระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ต้องมีความเข้าใจปัญหา วิเคราะห์สภาพปัญหาในเรื่องนั้นๆ ต้องมีข้อมูลสารสนเทศที่สามารถสะท้อนสภาพปัญหา ความต้องการ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมของพื้นที่ เพื่อใช้ในการวางแผนการดำเนินโครงการฯ ได้อย่างถูกต้อง และหากเกิดปัญหาหรือข้อขัดข้องในการดำเนินการจะทำให้สามารถแก้ปัญหาหรือการวางแผนป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งควรมีการบรรจุประเด็นสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ให้เป็นหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. ในการนำโครงการฯ ไปปฏิบัติหน่วยงานระดับจังหวัดควรมีการวางแผนการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นการบูรณาการทำงานและการสร้างการมีส่วนร่วมในพื้นที่ตั้งแต่เริ่มดำเนินการเพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย เป้าหมาย ทิศทางการดำเนินงานและรายละเอียดต่างๆ ของโครงการฯ รวมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในแต่ละบุคคลและแต่ละระดับอย่างชัดเจน

3. ปัจจัยสำเร็จในการดำเนินโครงการฯ ที่สำคัญที่สุด คือ ด้านบุคลากร ได้แก่ผู้บริหาร ผู้ดำเนินงานโครงการฯ ในพื้นที่ วิทยากร ซึ่งต้องให้ความสำคัญ มีนโยบายและการวางแผนการบริหารจัดการที่ชัดเจน และกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงต้องมีการสร้างความเข้าใจและชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการฯ ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการมาตามนัดหมาย และมีการสร้างแรงจูงใจ อาจเป็นการให้เกียรติบัตร การยกย่องชมเชยในฐานะบุคคลต้นแบบ ฯลฯ ให้กับผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงที่มาตามนัดหมายและปรับพฤติกรรมได้ตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงานตามโครงการฯ อีกทั้งผู้บริหารโครงการฯ ควรเสริมพลังให้กับบุคลากรที่ดำเนินโครงการฯ ซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย/ผู้เสี่ยง เพื่อเป็นการสร้างขวัญ กำลังใจและแรงจูงใจในการดำเนินโครงการฯ เนื่องจากภาระงานด้านสาธารณสุขของบุคลากรมีหลายภาระงาน

4. ในการนำ เครื่องมือ 3ส.3อ.1น. วิถีธรรม วิถีไทย เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังไปใช้ต้องมีการสร้างความเข้าใจกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน ตลอดจนผู้ป่วย/ผู้เสี่ยง และในการนำเครื่องมือไปใช้ต้องร่วมกันวิเคราะห์เพื่อปรับเครื่องมือและการบริหารจัดการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นภาระงานที่รับผิดชอบของผู้รับผิดชอบโครงการฯ ด้านบริบทของผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงในเรื่องของอาชีพ เวลาในการทำงาน วัฒนธรรม ศาสนา ฯลฯ เป็นต้น

5. ในการดำเนินโครงการควรมีการควบคุม กำกับ และติดตามประเมินผลกระบวนการทำงานและผลงานเชิงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการให้ความสำคัญกับการเก็บข้อมูล บันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงอย่างสม่ำเสมอทั้งก่อนการดำเนินงาน ระหว่างการดำเนินงานและเสร็จสิ้นการดำเนินงาน (ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ) และที่สำคัญคือการนำผลการประเมินมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานและ มาตรการต่างๆ ที่จะส่งผลให้การดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล

6. หน่วยงานที่ดำเนินโครงการฯ ควรมีการจัดหางบประมาณในการดำเนินโครงการฯ อย่างต่อเนื่องเพื่อขยายผล เช่น การของบประมาณจาก อบจ. อบต. เทศบาล สป.สช. กองทุนผู้สูงอายุ เงินรับบริจาค ฯลฯ เพื่อให้สามารถดำเนินโครงการได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

บทคัดย่อ

เรื่อง : การประเมินโครงการพัฒนากลไกสนับสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบาย
 สุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง

ประเมินโดย 1. รศ.ดร.ปาจรีย์ ผลประเสริฐ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
 2. รศ.ดร.วรางคณา จันทร์คง มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ปีที่ประเมิน ปีงบประมาณ 2565

แหล่งงบประมาณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ในการประเมินครั้งนี้เป็นการประเมินภายใน มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินด้านบริบท (Context Evaluation) ด้านปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation) ด้านกระบวนการ (Process Evaluation) และด้านผลผลิต (Product Evaluation) ของโครงการ 2) ศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมให้โครงการประสบความสำเร็จและปัญหาในการดำเนินโครงการ และ 3) เสนอรูปแบบในการบริหารจัดการโครงการ โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model กลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลใน 13 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการที่เป็นผู้ดำเนินการขับเคลื่อนโครงการในพื้นที่ จำนวน 220 คน ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 420 ราย/โรค เป็นกลุ่มทดลอง 210 ราย และกลุ่มควบคุม 210 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสนทนากลุ่ม แบบบันทึกภาวะสุขภาพ การสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบประชุมเชิงปฏิบัติการ ตรวจสอบเครื่องมือโดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการจัดเวทีถอดบทเรียน การให้พื้นที่เก็บแบบสอบถามและบันทึกข้อมูล การเก็บแบบสอบถามแบบออนไลน์ สำหรับสถิติที่ใช้ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์เนื้อหา ทดสอบความแตกต่างด้วยไคสแควร์ (Chi-square Test) การทดสอบค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (Paired t-test) และที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)

ผลการประเมินพบว่าในภาพรวมโครงการมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่เห็นด้วยว่าเหมาะสมในระดับมากที่สุดได้แก่ด้านบริบท และด้านผลผลิต ส่วนด้านปัจจัยนำเข้า และด้านกระบวนการมีความเห็นว่าจะเหมาะสมในระดับมาก ทั้งนี้ปัจจัยที่ส่งเสริมให้โครงการประสบความสำเร็จ ได้แก่ปัจจัย 1) ด้านบุคลากร คือ ผู้บริหาร ผู้ดำเนินงานโครงการในพื้นที่ วิทยากร กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วย/ผู้เสี่ยง 2) ด้านงบประมาณ 3) ด้านหลักสูตร และ 4) ด้านบริหารจัดการ สำหรับปัญหาในการดำเนินโครงการพบปัญหาที่สำคัญได้แก่ 1) บุคลากรที่ดำเนินโครงการฯ มีภารกิจหลายอย่างทำให้ดำเนินโครงการฯ ไม่เต็มที่ 2) ผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงไม่มาตามนัดหมาย และ 3) การเบิกจ่ายงบประมาณในการดำเนินโครงการฯ มีขั้นตอนที่ยุ่งยาก สำหรับรูปแบบในการบริหารจัดการโครงการฯ ที่ดำเนินการอยู่เป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสม โดยประสิทธิผลการสร้างสุขภาพดี

วิถีไทย ด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. ผู้ป่วย/ผู้เสี่ยง NCDs (โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน) สามารถลดความดันโลหิต/ระดับน้ำตาลในเลือดได้ มากกว่าร้อยละ 60 ซึ่งเป็นไปตามตัวชี้วัดของผลลัพธ์ของโครงการฯ แต่มีข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายที่สำคัญคือ 1) การบริหารจัดการเพื่อให้โครงการมีความต่อเนื่องและยั่งยืน ได้แก่การกำหนดให้เป็นหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ และการผลักดันให้เป็นนโยบายแห่งชาติต่อไป 2) การกำหนดเป็นตัวชี้วัดประเมินผลงานของผู้บริหารในแต่ละระดับของกระทรวงสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3) การจัดโครงสร้างบุคลากรที่ดำเนินโครงการฯ เพื่อให้เป็นงานประจำที่มีบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรง 4) การจัดสรรงบประมาณควรมีการจัดสรรให้กับหน่วยงานที่ดำเนินโครงการโดยตรง 5) ควรทำเครื่องมือ 3ส.3อ.1น. เป็นคลิปสั้นๆ ในด้านเนื้อหาทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติโดยอาจทำเป็นตอนๆ และคลิปหน่วยงาน บุคคลที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเป็นตัวอย่างและเป็นการสร้างแรงบันดาลใจ และข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติในพื้นที่คือ 1) การนำเครื่องมือ 3ส.3อ.1น. ไปใช้ต้องมีการสร้างความเข้าใจกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน และมีการสร้างความเข้าใจกับผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงเพื่อชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมโครงการฯ ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการมาตามนัดหมาย 2) ในการนำเครื่องมือไปใช้ต้องร่วมกันวิเคราะห์เพื่อปรับเครื่องมือและการบริหารจัดการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ : การประเมินโครงการ, 3ส.3อ.1น.,สุขภาพดี

Abstract

Title: The Evaluation of the Project on the Development of Mechanism for academic supports and network on implementing the Buddhist ways to good health: A Moral-Thai-Sufficiency economy- Oriented Way

Evaluated by 1. Assoc. Prof. Dr. Pajaree Polprasert, Kamphaeng Phet Rajabhat University

2. Assoc. Prof. Dr. Warangkanang Jankong, Sukhothai Thammathirat Open university

Year: 2022

Funding source: Thai Health Promotion Foundation

This internal CIPP Model based evaluation aims at 1) evaluating the context, the input, the process, and the product of the project, 2) investigating the factors that contribute to the project success and those that prevent the project from reaching its expected goal, and 3) suggesting a model for the project management. The research informants included 220 people from 13 provinces who implemented the project with the area under their responsibility and 420 patients: 210 were in the controlled group and 210 in the experiment group. The data was collected during the forum for lessons learned, field work data collection, and online data collection. The percentage, mean, SD, and the content analysis, Chi-square Test, Paired t-test, and independent t-test were employed for the data analysis.

Overall, the results of the evaluation revealed that the project has the highest level of appropriateness. As each item was considered, the aspects regarding the context and the product received the highest mean score. The aspects of input and process were rated to have high appropriateness. The factors that contributed to the success of the project consisted of 1) the personnel which included the executive and the project implementors in the area, the trainer, the patient/ the risk group 2) the budget 3) the curriculum, and 4) the management. The problems that prevent the project from reaching its expected goal included 1) the staff with over workload 2) the missing scheduled appointments by the patient / the risk group

3) the complicated process of budget. Regarding the project management, it was found that the current management system was effective. By applying the research tool of 3 Sor,3 Orr, 1Nor, most of the patients / the risk group for noncommunicable diseases (high blood pressure/diabetes)were able lose blood pressure, and blood sugar at over 60% . This was in accordance with the outcome indicators. The proposed policies included 1) find management strategies which can ensure the sustainability of the project such as including the project a part of the national health preventive measures of non-communicable diseases and making this the national policy in the long run. 2) set this project as KPI for the evaluation of the executives under the ministry of public health, Provincial Administrative Organization and related government agencies 3) make the project a routine procedure in the annual operational plan of the organization and assign permanent staff who will be in charge of the project. 4) allot the budget directly to the agencies that are responsible for the mission 5 make the principle of 3Sor, 3Orr, 1Nor known to the public by producing series of videos presenting successful people or organizations who applied both theoretical and practical aspects of tool. The proposed operation in the area included 1) all sectors involved in the application of the principle must be well prepared. They must realize the importance and the benefits of participating in the project. This will result in an improvement in the patients' behavior regarding the doctor' s appointment. Prior to the application of the tool, the analysis and adjustment of the tool should be made in order that the management fits with the context of each area.

Keywords : Evaluation of the Project, 3Sor.,3Orr., 1Nor., Good Health

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทสรุปผู้บริหาร	ข
บทคัดย่อภาษาไทย	ฅ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของการประเมิน	1
วัตถุประสงค์ของการประเมิน	4
ขอบเขตของการประเมิน	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 การทบทวนเอกสารและการประเมินโครงการ	8
แนวคิดในการประเมินโครงการ	8
ประโยชน์และประเภทของรูปแบบการประเมิน	20
โครงการการพัฒนากลไกสนับสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อน นโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง	25
งานวิจัยและการประเมินโครงการที่เกี่ยวข้อง	43
กรอบแนวคิดในการประเมินโครงการ	51
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการประเมินโครงการ	52
รูปแบบที่ใช้ในการประเมิน	52
ขั้นตอนดำเนินการประเมิน	53
ตัวชี้วัดและเกณฑ์ในการประเมินโครงการ	63

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการประเมินโครงการ	64
ตอนที่ 1 ผลการประเมินการประเมินด้านบริบท (Context Evaluation) การประเมินปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation) การประเมิน กระบวนการ (Process Evaluation) และการประเมินผลผลิต (Product Evaluation)	64
ตอนที่ 2 ปัจจัยที่ส่งเสริมให้โครงการพัฒนาโลกสนับสนุนวิชาการและ เครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ประสบความสำเร็จ และปัญหาในการดำเนิน โครงการ	69
ตอนที่ 3 ผลการประเมินรูปแบบในการบริหารจัดการโครงการพัฒนาโลก สนับสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทยวิถีเศรษฐกิจพอเพียง	74
สรุปผลการประเมินตามตัวชี้วัดและเกณฑ์ในการประเมินโครงการ	96
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ	99
สรุปและอภิปรายผล	100
ข้อเสนอแนะ	106
บรรณานุกรม	110
ประวัติของผู้ประเมิน	114

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
3.1	จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	58
3.2	ตัวชี้วัดและเกณฑ์ในการประเมินโครงการ	63
4.1	ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	65
4.2	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็น ที่มีต่อโครงการฯ	66
4.3	ร้อยละของปัญหาในการดำเนินโครงการ	72
4.4	จำนวนและร้อยละลักษณะผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (ตัวแปรควบคุม) ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ	77
4.5	จำนวนและร้อยละลักษณะผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดัน โลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	78
4.6	เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน / โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ของผู้ป่วย โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง	81
4.7	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน / โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน / ค่าความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลอง	84
4.8	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน / โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ค่าความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนกับหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง	87

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4.9	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน / โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ค่าความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนกับ หลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ	90
4.10	จำนวนและร้อยละการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการควบคุมระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังการสร้างสุขภาพดี วิธีไทยด้วยหลัก 3ส.3อ.1น.	91
4.11	ความพึงพอใจต่อการสร้างสุขภาพดีวิธีใหม่ วิธีธรรม วิธีไทย วิธีเศรษฐกิจพอเพียงของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง	92
4.12	ผลลัพธ์การดำเนินงานโครงการฯ ของผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 จังหวัด/เขตที่เข้าร่วมโครงการ	94
4.13	ผลการประเมินตามตัวชี้วัดและเกณฑ์ในการประเมินโครงการฯ	96

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
2.1	ภาพความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินโครงการกับ กระบวนการดำเนินโครงการ	15
2.2	โมเดลการประเมินชีพ	24
2.3	กรอบแนวคิดของกระบวนการดำเนินการพัฒนาคลังสารสนเทศ วิชาการและเครือข่ายในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง	28
2.4	คุณลักษณะและผลของการปฏิบัติ 3ส.3อ.1น.	35
2.5	เครื่องมือ 3ส.3อ.1น. วิถีธรรม วิถีไทยเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง	39
2.6	เครื่องมือ 3ส. ใน เครื่องมือ 3ส.3อ.1น. วิถีธรรม วิถีไทย เพื่อสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง	40
2.7	เครื่องมือ 3อ. ใน เครื่องมือ 3ส.3อ.1น. วิถีธรรม วิถีไทย เพื่อสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง	41
2.8	เครื่องมือ 1น. ใน เครื่องมือ 3ส.3อ.1น. วิถีธรรม วิถีไทย เพื่อสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง	42
2.9	กรอบแนวคิดในการประเมินโครงการฯ	51

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของการประเมิน

สถานการณ์ปัจจุบันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก และอันดับหนึ่งในประเทศไทย ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม ในประเทศไทยภาระโรคเกิดจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อหลักสำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็งและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางสังคม เช่น การขยายตัวของสังคมเมือง กลยุทธ์ทางการตลาด ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสื่อสาร ที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตและทำให้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้มาตรฐาน หลักเกณฑ์และรูปแบบ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อที่ดำเนินงานอยู่ยังไม่เพียงพอต่อการจัดการปัญหาและลดผลกระทบที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2560) และส่งผลต่อทั้งด้านเศรษฐกิจ และการพัฒนาประเทศ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้นๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและ หลอดเลือดโรคปอดเรื้อรังและโรคมะเร็ง โรคในกลุ่มนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับต้นๆ ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม บ่งชี้ว่ากลุ่มโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถป้องกันได้และมีหลายมาตรการที่มีประสิทธิผลและคุ้มค่าในทางเศรษฐศาสตร์ และอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ปีงบประมาณ 2559 -2561 จากฐาน HDC อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2559 -2561 ร้อยละ 14 -16 โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ 2559 -2561 ร้อยละ 6 -7 โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นเพียงเล็กน้อย (ภัทรระ แสนไชยสุริยาและคณะ (2562) และในปัจจุบันปัญหาการป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันก็ยังคงเป็นปัญหาของโรคไม่ติดต่อของประชาชนในประเทศไทย กลุ่มโรค NCDs อาจเริ่มจากการเป็นเบาหวาน ความดันสูง ไขมันในเลือดสูง ซึ่งหากเกิดขึ้นแล้วมักจะเป็นเรื้อรังตามมาด้วยโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต จากสมองขาดเลือด ตาบอด ไตวาย แผลเรื้อรังที่ขาและเท้าซึ่งนำไปสู่การสูญเสียอวัยวะได้ สาเหตุของการเกิดโรคเรื้อรังเหล่านี้มาจากพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการทำงานหนักเกินไปจนเกิดผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาว (มยุรี หอมสนิท, 2561) ซึ่งหลายๆ หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขทั้งระดับประเทศและระดับ

จังหวัดได้ให้ความสำคัญ และพยายามลดอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยการ
เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค

มูลนิธิอุทัย สุขสุข องค์กรสาธารณโยชนได้ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ภายใต้ความร่วมมือของ
สำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย (สสว.) กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมการแพทย์
แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งสำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย (สสว.)
ได้บูรณาการหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน แผนไทย แผนพื้นบ้านไทย แผนทางเลือก หลักศาสนธรรม
และหลักเศรษฐกิจพอเพียง โดยได้จัดทำโครงการพัฒนากลไกสนับสนุนวิชาการและเครือข่าย
ขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียงทำให้เกิดหลักการสุขภาพดี
วิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง โดยมีเครื่องมือหรือโปรแกรมดำเนินการสู่การปฏิบัติ
ได้แก่ 3ส.3อ.1น. ในการสร้างเสริมสุขภาพป้องกัน ควบคุม รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพผู้มีภาวะ
เสี่ยงและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งในการป้องกันและแก้ปัญหาผลกระทบจากการระบาดของ
โรคโควิด 2019 ซึ่งร่วมขยายการดำเนินงานบูรณาการกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พขอ.)
สำหรับในส่วนภูมิภาคก็ได้ร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาล
ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเป้าหมายโครงการ คือเพื่อให้เกิด
การขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง อย่างบูรณาการ
เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ด้วยการมีส่วนร่วมของภาคี
เครือข่ายภาคส่วนต่างๆ

โดยวัตถุประสงค์ของโครงการ คือ 1) พัฒนารูปแบบ เครื่องมือและแนวทางการขับเคลื่อน
การดำเนินงานนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง อย่างมีส่วนร่วมและ
สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรัง 2) พัฒนาศักยภาพวิทยากรส่วนกลางและเครือข่าย 13 เขต ที่สามารถดำเนินการและ
ขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ฯ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ระดับพื้นที่ได้ 3) พัฒนาและเชื่อมโยงเครือข่ายสนับสนุนการขับเคลื่อนและดำเนินงานตามนโยบาย
สุขภาพดีวิถีใหม่ฯ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4) สนับสนุนให้เกิดอำเภอ
ต้นแบบสุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่
ติดต่อเรื้อรัง ใน 13 เครือข่าย 5) ผลักดันให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายและแผนการขับเคลื่อนนโยบาย
สุขภาพดีวิถีใหม่ฯ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระยะ 5 ปี ในการดำเนิน
โครงการในครั้งนี้ได้ดำเนินการใน 13 จังหวัดทุกภูมิภาคของประเทศไทย

ทั้งนี้ในการดำเนินโครงการใดๆ ก็ตามโดยเฉพาะโครงการที่มีขนาดใหญ่ หรือโครงการที่ส่งผล
กระทบต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีความจำเป็นที่จะต้องทำการประเมินโครงการ การประเมินโครงการ

(Project Evaluation) คือกระบวนการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อสรุปผลว่าโครงการนั้นๆ ได้บรรลุวัตถุประสงค์/เป้าหมายและมีประสิทธิภาพเพียงใด เป็นการตรวจสอบผลการดำเนินงานในระหว่างที่กำลังดำเนินการ หรือภายหลังการดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้วหรืออาจจะทำการประเมินก่อนที่จะเริ่มดำเนินโครงการ โดยมีวัตถุประสงค์การประเมินโครงการ (ปาจรีชัย ผลประเสริฐ, 2554) คือ 1) เพื่อสนับสนุนหรือยกเลิกโครงการ การประเมินจะเป็นเครื่องมือช่วยตัดสินใจว่าควรยกเลิกโครงการหรือสนับสนุนให้มีการขยายผลต่อไป หรือควรสนับสนุนมากน้อยเพียงใด 2) เพื่อทราบถึงความก้าวหน้าของการปฏิบัติงานตามโครงการ 3) เพื่อปรับปรุงงาน 4) เพื่อขยายผลในการนำโครงการไปปฏิบัติ และ 6) เพื่อช่วยให้ผู้บริหารหรือผู้มีอำนาจในการตัดสินใจมีการตัดสินใจที่ถูกต้องมากขึ้น ทั้งนี้ Round, Marshall & Horton (2005) ได้กล่าวว่าในการประเมินโครงการมาจากเหตุผล 3 ประการ คือ 1) ความรับผิดชอบ (Accountability) โดยส่วนมากเป็นความต้องการของหน่วยงานที่ให้ทุนสนับสนุนโครงการและคณะกรรมการของหน่วยงานเพื่อใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายว่าโครงการนั้นสามารถนำไปใช้ 2) เพื่อการพัฒนาปรับปรุงโครงการ (Improvement) ซึ่งเป็นความสนใจของผู้จัดการโครงการหรือทีมผู้ดำเนินโครงการที่ต้องการได้สารสนเทศเพื่อนำมาปรับปรุง แก้ไขและพัฒนาโครงการ และ 3) การประเมินเพื่อนำไปสู่การขยายผล (Generalization) หรือการสร้างองค์ความรู้ซึ่งมักเป็นความสนใจของนักวิชาการหรือเพื่อนร่วมวิชาชีพผู้เพื่อทราบว่าโครงการนี้มีประโยชน์โดยทั่วไปหรือไม่

ทั้งนี้ในการประเมินโครงการ Stufflebeam & Shinkfield, A. (2007) ได้เขียนถึงทฤษฎีการประเมิน รูปแบบและการประยุกต์ (Evaluation Theory, Models, & Applications) ได้ให้ข้อคิดเห็นไว้ว่า วิธีการประเมินไม่ควรใช้การประเมินเพียงวิธีการเดียว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่จะเลือกวิธีการประเมินผลที่ดีได้นั้น วิธีการประเมินต้องได้มาจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) จะทำให้ได้ข้อมูลที่มีความสอดคล้องและใกล้เคียงมากที่สุด อีกทั้งได้เขียนไว้ว่าการประเมิน เป็นกระบวนการที่เป็นระบบในการกำหนด การได้มา รายงาน และการใช้ข้อมูลเชิงพรรณนาและวิจารณ์ญาณเกี่ยวกับคุณภาพของสิ่งของบางอย่าง ความคุ้มค่า ความน่าจะเป็น ความเป็นไปได้ ความปลอดภัย ความเสมอภาค และความสำคัญ (Stufflebeam, 2015, p.5) ซึ่งรูปแบบในการประเมินโครงการมีหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับบริบทของโครงการ ผู้บริหารโครงการ การนำผลการประเมินโครงการไปใช้ประโยชน์ ฯลฯ ทั้งนี้ โครงการพัฒนาหลักสูตรสนับสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพวิถีใหม่ วิถีธรรมวิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง เป็นโครงการที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในหลายภาคส่วน ทำให้การประเมินโครงการมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะสามารถนำผลการประเมินโครงการไปพัฒนาปรับปรุงเพื่อต่อยอด ขยายผลให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อไป โดยคุณนที พุ่มสงวน และบุญเกิด หงวนบุญมาก. (2560, หน้า 26) ได้เสนอแนวทางการประเมินโครงการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมและผลลัพธ์ของโครงการ

เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปตัดสินใจคุณค่า ทำให้ได้สารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุง แก้ไข และพัฒนาโครงการให้มีประสิทธิภาพ รวมทั้ง การตัดสินใจในการเลือกเกี่ยวกับการดำเนินโครงการต่อไป

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีกระบวนการประเมินโครงการพัฒนาหลักสูตรศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นแบบบูรณาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง โดยเฉพาะการประเมินเพื่อเป็นการประเมินผลการดำเนินโครงการในเบื้องต้นให้กับแหล่งอุดหนุนทุนในการดำเนินโครงการ โดยในการประเมินโครงการฯ ในครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model เสนอโดย สตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam & Shinkfield,A, 2007) มาใช้ในการประเมินโครงการ ฯ

วัตถุประสงค์ของการประเมิน

1. เพื่อประเมินด้านบริบท (Context Evaluation) ด้านปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation) ด้านกระบวนการ (Process Evaluation) และด้านผลผลิต (Product Evaluation) ของโครงการ ฯ ของโครงการพัฒนาหลักสูตรศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นแบบบูรณาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมให้โครงการพัฒนาหลักสูตรศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นแบบบูรณาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียงประสบความสำเร็จและปัญหาในการดำเนินโครงการฯ
3. เพื่อเสนอรูปแบบในการบริหารจัดการโครงการพัฒนาหลักสูตรศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นแบบบูรณาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง

ขอบเขตของการประเมิน

ขอบเขตด้านเนื้อหา

ในการประเมินโครงการพัฒนาหลักสูตรศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นแบบบูรณาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model เสนอโดย สตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam & Shinkfield,A, 2007) มาประยุกต์ใช้เพื่อประเมินโครงการ ซึ่งได้มีการดำเนินการไปแล้ว ดังนี้

1. การประเมินด้านบริบท (Context Evaluation)
2. การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation)

3. การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation)
4. การประเมินผลผลิต (Product Evaluation)

ขอบเขตด้านพื้นที่ จำนวน 13 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาคลังสารสนเทศสุขภาพและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ได้แก่ จังหวัด กรุงเทพฯ กำแพงเพชร ขอนแก่น ชลบุรี นครนายก บุรีรัมย์ ปัตตานี เพชรบูรณ์ แพร่ สกลนคร สุพรรณบุรี สุราษฎร์ธานี และอุบลราชธานี

นิยามศัพท์เฉพาะ

โครงการ หมายถึง โครงการสร้างสุขภาพดี วิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ที่นำแนวปฏิบัติและความรู้ใหม่ที่เกิดจากการศึกษาวิจัย พัฒนาต่อยอดมาบูรณาการกับการแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก โดยนำหลักธรรม คำสอนของแต่ละศาสนา หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงและการดำเนินชีวิตแบบไทยมาออกแบบในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพดีวิถีใหม่ โดยเน้นการป้องกันก่อนรักษาและพึ่งตนเองด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ต่อเนื่องและยั่งยืน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึงการนำเอาหลักการ 3ส.3อ.1น. ที่บูรณาการ วิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง มาประยุกต์ใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อ การเกิดโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง

สุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง (สรทศ.) หมายถึงการนำแนวปฏิบัติและความรู้ใหม่ ที่เกิดจากการศึกษาวิจัยพัฒนาต่อยอดมาบูรณาการกับการแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก โดยนำหลักธรรมคำสอนของแต่ละศาสนา หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงและการดำเนินชีวิตแบบไทยมาออกแบบในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพดีวิถีใหม่ โดยเน้นการป้องกันก่อนรักษา และพึ่งตนเองด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ต่อเนื่องและยั่งยืน

3ส.3อ.1น. หมายถึง เครื่องมือในการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคโดยการนำเอาหลักการ 3ส.3อ.1น. ที่บูรณาการ วิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง มาประยุกต์ใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อ การเกิดโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย

3ส. หมายถึง การสวดมนต์ สมาธิ และสันทนาธรรม

3อ. หมายถึง อาหารวิถีธรรมวิถีไทย ออกกำลังกายวิถีธรรม อารมณ์วิถีธรรม

1น. หมายถึง นาฬิกาชีวิต

ศูนย์การเรียนรู้ หมายถึง ศูนย์การเรียนรู้และนวัตกรรมการสุขภาพดี วิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง (ศูนย์ สศทศ.) เป็นศูนย์กลางรวบรวมข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ นวัตกรรมและ กิจกรรมที่มีกระบวนการเรียนรู้นำไปสู่การส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับประชาชนในชุมชน เป็นแหล่ง เสริมสร้างโอกาสการเรียนรู้ ถ่ายทอด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สืบทอดภูมิปัญญา วัฒนธรรม ค่านิยม และเอกลักษณ์ของชุมชน ที่เกี่ยวกับสุขภาพดี วิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง อีกทั้ง เป็นแหล่งบริการชุมชนด้านต่าง ๆ เช่น การจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการเรียนรู้ของชุมชน โดยเน้นกระบวนการเรียนรู้เพื่อวิถีชีวิตของคนในชุมชนให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม ก่อให้เกิด ชุมชนแห่งเรียนรู้ มุ่งสู่การพัฒนาแบบพึ่งตนเอง เป็นศูนย์การเรียนรู้ของประชาชนที่ดำเนินการโดย ประชาชนและเพื่อประชาชน ก่อให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชนอย่างยั่งยืนและสามารถขยายผล ไปสู่ชุมชนอื่นต่อไป

การประเมินโครงการ หมายถึง กระบวนการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อสรุปผลว่าโครงการนั้นๆ ดำเนินการได้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายเพียงใดภายหลังการ ดำเนินการ โดยในการประเมินภายในในครั้งนี้ประกอบด้วยวิธีการประเมินใน 4 ด้าน คือ

การประเมินด้านบริบท (Context Evaluation) หมายถึงการประเมินความเหมาะสม ของเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโครงการฯ สอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน ความเหมาะสม ความชัดเจนของวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ก่อนหน้าที่ดำเนินโครงการฯ และโครงการฯ ที่ตรงกับ ความต้องการของพื้นที่ ตลอดจนความสามารถของโครงการในการช่วยสนับสนุนการแก้ปัญหา NCDs ของ จังหวัด

การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) หมายถึงการประเมินความเหมาะสม ของทรัพยากรของโครงการที่มีการกำหนดไว้แล้วว่าเมื่อดำเนินโครงการไปแล้วทรัพยากร ทางการบริหารยังมีความเหมาะสม เพียงพอหรือไม่ มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง หรือแก้ไข เพิ่มเติมอะไรบ้าง โดยพิจารณาทรัพยากรทางการบริหาร 4 ประเภท หรือ 4 M's ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับ คน (Man) เงิน (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Material) และการจัดการ (Management) ในการดำเนิน โครงการ ประเด็นความเพียงพอของข้อมูล สารสนเทศในการดำเนินโครงการฯ ความเพียงพอ ของบุคลากร ความรู้ความเข้าใจ การมีขวัญและกำลังใจในการดำเนินโครงการฯ งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ความเต็มใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงในการดำเนินโครงการฯ

การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) หมายถึงการประเมินการดำเนินการในประเด็นการสนับสนุนในการดำเนินโครงการฯ ของผู้บริหารในระดับจังหวัด/อำเภอ กิจกรรมที่ดำเนินการเป็นไปตามกำหนดการที่วางไว้เพียงใด การประสานงานระดับกระทรวงฯ กับพื้นที่ ระหว่างจังหวัดกับพื้นที่ การสร้างความร่วมมือของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง การเก็บรวบรวมข้อมูลสารสนเทศในการดำเนินโครงการฯ มีความเหมาะสมเพียงใดและปัญหาที่เกิดจากการดำเนินโครงการสามารถแก้ไขได้เพียงใด

การประเมินผลผลิต (Product Evaluation) หมายถึงการประเมินประสิทธิผลตามเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ความคุ้มค่ากับเวลา ความคุ้มค่ากับงบประมาณ มีความเหมาะสมเพียงใด ศูนย์การเรียนรู้สุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียงเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ รูปแบบในการดำเนินการ (3ส.3.อ1น.) สามารถนำไปสู่การลดยาและหยุดยาของผู้ป่วยเบาหวาน / ความดันโลหิตสูงได้เพียงใด และผลที่เกิดขึ้นจากโครงการฯ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในด้านอื่นๆ หรือไม่

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความเหมาะสมของด้านบริบท (Context Evaluation) ปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation) กระบวนการ (Process Evaluation) และผลผลิต (Product Evaluation) ของโครงการพัฒนากลไกสนับสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง
2. ทราบปัญหาในการดำเนินโครงการและปัจจัยที่ส่งเสริมให้โครงการพัฒนากลไกสนับสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ประสบความสำเร็จ เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโครงการ
3. มีรูปแบบในการบริหารจัดการโครงการพัฒนากลไกสนับสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียงที่เหมาะสมและสามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

การทบทวนเอกสารและการประเมินโครงการ

ในการประเมินภายในโครงการพัฒนาหลักสูตรนิสิตและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบาย
สุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ได้มีการทบทวนเอกสารและการประเมิน
โครงการ ในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดในการประเมินโครงการ
2. โครงการพัฒนาหลักสูตรนิสิตและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดี
วิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง
3. งานวิจัยและการประเมินโครงการที่เกี่ยวข้อง
4. กรอบแนวคิดในการประเมินโครงการ
โดยรายละเอียดของการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

แนวคิดในการประเมินโครงการ

ความหมายของการประเมินโครงการ

การประเมิน หมายถึง กระบวนการรวบรวมและสกัดข้อมูลเพื่อให้ได้สารสนเทศเพื่อการ
ตัดสินใจ เราเชื่อมั่นว่าใครก็ตามที่มีสารสนเทศที่มีคุณภาพพอเพียง ครบถ้วนจะช่วยให้ผู้นั้นตัดสินใจ
ได้อย่างถูกต้องเสมอ (สมหวัง พิธิยานุวัฒน์, 2559) โดยสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam, 2015, p.5)
ได้เขียนไว้ว่าการประเมิน เป็นกระบวนการที่เป็นระบบในการกำหนด การได้มา รายงาน และการใช้
ข้อมูลเชิงพรรณนาและวิจารณ์เกี่ยวกับคุณภาพของสิ่งของบางอย่าง ความคุ้มค่า ความน่าจะเป็น
ความเป็นไปได้ ความปลอดภัย ความเสมอภาค และพิชิต ฤทธิ์จรูญ (2562, หน้า 26) ได้ให้
ความหมายว่าการประเมินโครงการ หมายถึง กระบวนการเชิงระบบเพื่อการตรวจสอบหรือชี้บ่ง
ถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโครงการซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลสารสนเทศที่เป็นประโยชน์
ต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการบริหารจัดการปรับปรุงและพัฒนาโครงการ จากความหมายดังกล่าวนี้
ชี้ให้เห็นลักษณะของการประเมินโครงการดังนี้

1. การประเมินโครงการเป็นกระบวนการที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้ข้อมูลสารสนเทศ
ที่เชื่อถือได้และเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจของผู้บริหาร หรือผู้รับผิดชอบโครงการ
2. การประเมินโครงการเป็นกระบวนการในการจัดเตรียมข้อมูลสารสนเทศ เพื่อใช้ในการ
การตัดสินใจเกี่ยวกับการบริหารจัดการปรับปรุงและพัฒนาโครงการ

3. จุดเน้นที่สำคัญของการประเมินโครงการอยู่ที่การเพิ่มประสิทธิภาพ (Efficiency) และประสิทธิผล (Effectiveness) ของการดำเนินโครงการ

วัตถุประสงค์การประเมินโครงการ

เมื่อการจัดทำโครงการขึ้นมาจะมีการประเมินโครงการ มักจะมีคำถามอยู่ตลอดเวลาว่าประเมินเพื่ออะไร หรือประเมินไปทำไม ปฏิบัติงานตามโครงการแล้วไม่มีการประเมินไม่ได้หรือตอบได้เลยว่า การบริหารแนวใหม่หรือการบริหารในระบบเปิด (Open System) โดยเฉพาะในหน่วยงานราชการต้องถูกตรวจสอบการทำงาน มีหลักฐานในการทำงาน ส่วนในภาคเอกชนเพื่อเป็นสารสนเทศในการตัดสินใจว่าในการดำเนินโครงการดังกล่าวคุ้มค่ากับการลงทุนหรือสร้างความพึงพอใจในสินค้าและบริการได้หรือไม่เพียงใด ดังนั้นจึงถือว่าการประเมินเป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก ซึ่งวัตถุประสงค์ของการประเมินโครงการมีดังนี้ (ปาจริย์ ผลประเสริฐ, 2554)

1. เพื่อสนับสนุนหรือยกเลิกโครงการ การประเมินจะเป็นเครื่องมือช่วยตัดสินใจว่าควรระงับโครงการหรือสนับสนุนให้มีการขยายผลต่อไป หรือควรสนับสนุนอย่างน้อยเพียงใด อย่างไรก็ตามโดยเฉพาะการมีโครงการใหม่ๆ ที่ไม่ได้จัดทำในรูปของโครงการทดลอง (Experimental) หรือเป็นโครงการใหม่ ๆ มีโอกาสจะผิดพลาดหรือล้มเหลวได้ง่าย ความล้มเหลวของโครงการจึงมิใช่ความล้มเหลวของผู้บริหารเสมอไป ดังนั้น ถ้าประเมินแล้วโครงการนั้น สำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดและเป้าหมายไว้ก็ควรดำเนินการต่อไป แต่ถ้าประเมินแล้วโครงการนั้นมีปัญหาหรือมีผลกระทบเชิงลบมากกว่าก็ควรยกเลิกไป หรือปรับปรุงโครงการให้ดีขึ้น

2. เพื่อทราบถึงความก้าวหน้าของการปฏิบัติงานตามโครงการ ว่าเป็นไปตามที่กำหนด เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายหรือกฎเกณฑ์ หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้เพียงใด โดยเฉพาะการประเมินระหว่างที่โครงการดำเนินการอยู่

3. เพื่อปรับปรุงงาน ถ้านำโครงการไปปฏิบัติแล้ว พบว่าบางโครงการไม่บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ทุกข้อ เราควรนำโครงการนั้นมาปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น โดยพิจารณาว่าโครงการนั้นบกพร่องในเรื่องใด เช่น ขาดความร่วมมือจากประชาชน ขัดต่อค่านิยมของสังคม ขาดการประชาสัมพันธ์ หรือสมรรถนะขององค์การที่รับผิดชอบต่ำ ฯลฯ เมื่อทราบผลของการประเมินก็จะได้ปรับปรุงแก้ไขให้ตรงประเด็น และทันต่อเหตุการณ์

4. เพื่อศึกษาทางเลือก โดยปกติในการนำโครงการไปปฏิบัตินั้น ผู้บริหารโครงการจะพยายามแสวงหาทางเลือกที่ดีที่สุด ดังนั้นการประเมินจะเป็นการเปรียบเทียบทางเลือก ก่อนที่จะตัดสินใจเลือกทางเลือกใดปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อลดความเสี่ยงให้น้อยลง

5. เพื่อขยายผลในการนำโครงการไปปฏิบัติ ถ้าไม่มีการประเมินโครงการอย่างต่อเนื่อง อาจจะไม่ทราบถึงความสำเร็จของโครงการ แต่ถ้าประเมินโครงการเป็นระยะสม่ำเสมอ ผลปรากฏว่า

โครงการนั้นบรรลุผลสำเร็จตามที่กำหนดวัตถุประสงค์ ก็ควรจะขยายผลโครงการนั้นต่อไป แต่การขยายผลนั้นมีได้หมายความว่าขยายไปได้ทุกพื้นที่ การขยายผลต้องคำนึงถึงมิติของประชากร เวลา สถานที่ สถานการณ์ต่าง ๆ เป็นต้น

6. เพื่อช่วยให้ผู้บริหารหรือผู้มีอำนาจในการตัดสินใจมีการตัดสินใจที่ถูกต้องมากขึ้น เพราะการประเมินโครงการจะทำให้ผู้บริหารได้สารสนเทศในการตัดสินใจในส่วนที่เกี่ยวข้องกับโครงการนั้น ๆ อีกทั้งเพื่อเป็นการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขการดำเนินโครงการได้ทันทั่วทั้ง โดยเฉพาะเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น และเป็นการพัฒนาปรับปรุงโครงการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

7. เพื่อเป็นหลักฐานในการดำเนินโครงการ ว่าในการดำเนินโครงการมีใครที่เกี่ยวข้องกับโครงการบ้าง โครงการที่จัดทำขึ้นสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ กลยุทธ์และแผนขององค์การหรือไม่เพียงใด ตลอดจนใช้เป็นแนวทางในการดำเนินโครงการในปีต่อไป

ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่าการประเมินโครงการ (Project Evaluation) คือกระบวนการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อสรุปผลว่าโครงการนั้นๆ ได้บรรลุวัตถุประสงค์/เป้าหมายและมีประสิทธิภาพเพียงใด เป็นการตรวจสอบผลการดำเนินงานในระหว่างที่กำลังดำเนินการ หรือภายหลังการดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว หรืออาจจะทำการประเมินก่อนที่จะเริ่มดำเนินโครงการ โดยมีวัตถุประสงค์การประเมินโครงการ คือ เพื่อสนับสนุนหรือยกเลิกโครงการ เพื่อทราบถึงความก้าวหน้าของการปฏิบัติงานตามโครงการ เพื่อปรับปรุงงาน เพื่อศึกษาทางเลือก เพื่อขยายผลในการนำโครงการไปปฏิบัติ เพื่อช่วยให้ผู้บริหารหรือผู้มีอำนาจในการตัดสินใจมีการตัดสินใจที่ถูกต้องมากขึ้น และเพื่อเป็นหลักฐานในการดำเนินโครงการ

ประโยชน์ของการประเมินโครงการ

จากความหมายและวัตถุประสงค์ของการประเมินโครงการดังกล่าวข้างต้น สามารถจะชี้ให้เห็นประโยชน์ของการประเมินโครงการต่าง ๆ ได้ดังต่อไปนี้ (เยาวดี ราชชัยกุล วิทยุศาสตร์, 2551, หน้า 93-95)

1. การประเมินเป็นเครื่องมือของการรับรองคุณภาพในการให้บริการ ถึงแม้จะไม่สามารถประกันผลสัมฤทธิ์ขั้นสูงสุดของโครงการได้ แต่ก็สามารถจะรับรองคุณภาพของการให้บริการในระดับหนึ่งได้ ด้วยเหตุนี้ องค์การที่เป็นเจ้าของโครงการต่าง ๆ จำนวนมาก จึงเห็นความจำเป็นที่ต้องใช้วิธีประเมินโครงการเพื่อให้เป็นที่ยอมรับและเป็นที่น่าเชื่อถือจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งจากประชาชนทั่วไปด้วย

2. การประเมินช่วยให้ผู้สนับสนุนด้านเงินทุนได้รับทราบปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงานของโครงการ โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์จากสภาพการณ์ที่เป็นจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

โครงการที่จัดขึ้นเพื่อการกุศล เช่น โครงการอาหารกลางวันสำหรับเด็กนักเรียนที่ด้อยโอกาสจากการประเมินโครงการดังกล่าว ย่อมทำให้ทราบว่า ทุนที่ได้รับการสนับสนุนจากโครงการนี้มีจำนวนเพียงพอหรือไม่ เด็กนักเรียนที่เข้ารับบริการจากโครงการประเภทนี้มีความรู้สึกพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในด้านใดบ้าง ทั้งนี้เพื่อจะได้หาทางปรับปรุงหรือแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้นในโอกาสต่อ ๆ ไป

3. การประเมินช่วยให้ได้ข้อมูลซึ่งเป็นสารสนเทศที่มีคุณค่าสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ หน่วยงานที่ต้องพิจารณาจัดสรรเงินทุนเพื่อให้การสนับสนุนโครงการ เช่น สำนักงานงบประมาณแผ่นดิน เป็นต้น จะเห็นได้ว่า ก่อนที่จะมีการอนุมัติงบประมาณให้แก่โครงการใด ๆ ทางสำนักงานงบประมาณแผ่นดินก็มักจะขอข้อมูลสารสนเทศที่เป็นผลการประเมินจากหน่วยงานซึ่งจัดทำโครงการเหล่านั้นไปประกอบการพิจารณาด้วยเสมอ ทั้งนี้เพื่อให้การจัดสรรเงินงบประมาณเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ลดคำวิพากษ์วิจารณ์และสอดคล้องกับความต้องการที่เป็นจริง

4. การประเมินช่วยให้เห็นความสำคัญของแต่ละโครงการตามลำดับก่อนหลัง โดยสามารถจะทราบได้ว่า โครงการใดมีความจำเป็นเร่งด่วนกว่ากัน ทั้งนี้เพื่อช่วยแก้ปัญหาในการคัดเลือกโครงการ ตลอดจนช่วยลดความกดดันจากอำนาจทางการเมือง อันเนื่องมาจากโครงการมีจำนวนมาก (ทั้งจากการขยายโครงการและโครงการที่ต่อเนื่อง) แต่เงินทุนสนับสนุนมีจำนวนจำกัด ดังนั้น การประเมินโครงการต่างๆ อย่างมีระบบและครบทุกขั้นตอนจะทำให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ซึ่งจะช่วยให้มั่นใจได้ว่าโครงการใดควรได้รับการพิจารณาให้การสนับสนุนก่อนและโครงการใดควรจะให้การสนับสนุนในลำดับถัดไป เป็นต้น ตัวอย่างที่ค่อนข้างชัดเจนในเรื่องนี้ก็คือ การที่สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการแหล่งน้ำขนาดเล็กในส่วนภูมิภาคไว้อย่างเป็นระบบ โดยสามารถชี้ชัดได้ว่า ท้องถิ่นใดมีความเดือดร้อนหรือมีความต้องการในเรื่องนี้มากเป็นอันดับที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ ข้อมูลทำนองนี้ เมื่อนำมาพิจารณาร่วมกับข้อมูลอื่น ๆ ของโครงการก็ย่อมจะเป็นสารสนเทศที่สำคัญและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการตัดสินใจที่จะให้การสนับสนุนโครงการเพื่อจัดหาแหล่งน้ำของท้องถิ่นใดตามลำดับก่อนหลังได้อย่างเหมาะสมและตรงตามความต้องการของประชาชนผู้ประสบปัญหาอย่างแท้จริง

5. การประเมินช่วยให้ได้ข้อมูลป้อนกลับจากผู้รับบริการ ข้อมูลประเภทนี้ทำให้ทราบถึงข้อจำกัดและปัญหาต่าง ๆ ในการปฏิบัติงาน เพื่อนำมาปรับปรุงโครงการตลอดจนเพื่อก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

6. การประเมินช่วยให้ทราบถึงผลผลิตของโครงการทั้งในด้านที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ควบคู่กันไป ถึงแม้ว่าการดำเนินโครงการต่าง ๆ ล้วนแต่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้ผลผลิตที่พึงประสงค์เป็นหลัก แต่ในความเป็นจริงแล้ว ก็อาจจะมิได้มีผลผลิตบางส่วนที่ไม่พึงประสงค์เกิดตามมาด้วย โดยเหตุนี้ สคริฟเวน (Scriven, 1967) จึงได้เสนอเทคนิคการประเมินแบบไม่ยึดวัตถุประสงค์เป็นหลัก หรืออาจจะเรียกเสียใหม่ว่า “วิธีการประเมินแบบอิสระ” ขึ้นทั้งนี้เพื่อให้

สามารถใช้ประเมินในสิ่งที่เกิดขึ้นจริง รวมทั้งผลกระทบต่างๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการดำเนินโครงการนั้น ๆ วิธีการประเมินแบบอิสระตามทัศนะของสคริปเวอนี้ จะมีคุณค่ามากกว่าวิธีการประเมินที่ยึดวัตถุประสงค์เป็นหลักแต่เพียงอย่างเดียว

สมคิด พรหมจ้อย (2563) ได้เขียนไว้ว่าการประเมินเป็นกิจกรรมที่สำคัญในวงจรการวางแผนและบริหารโครงการ เพราะการประเมินมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวางแผนและบริหารโครงการ ซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้

1. ช่วยให้ข้อมูลและสารสนเทศต่าง ๆ เพื่อนำไปใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนงานและโครงการตรวจสอบความพร้อมของทรัพยากรต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดำเนินโครงการ ตลอดจนตรวจสอบความเป็นไปได้ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ
2. ช่วยทำให้การกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการมีความชัดเจน
3. ช่วยในการจัดหาข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการโครงการ
4. ช่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสำเร็จ และความล้มเหลวของโครงการเพื่อนำไปใช้ในการตัดสินใจ และวินิจฉัยว่าจะดำเนินโครงการในช่วงต่อไปหรือไม่ จะยกเลิกหรือขยายการดำเนินงานโครงการต่อไป
5. ช่วยให้ข้อมูลที่บ่งบอกถึงประสิทธิภาพของการดำเนินงานโครงการว่าเป็นอย่างไร คำนวณค่ากับการลงทุนหรือไม่
6. เป็นแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานโครงการ เพราะการประเมินโครงการด้วยตนเอง จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้ทราบผลการดำเนินงาน จุดเด่น จุดด้อย และนำข้อมูลไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาโครงการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ประเภทของการประเมิน

การประเมินแบ่งได้หลายประเภท ตามแต่จะใช้เกณฑ์ใดเป็นหลักในการแบ่งในครั้งนี้นี้จะนำเสนอประเภทของการประเมินใน 3 ลักษณะ คือ แบ่งโดยยึดจุดมุ่งหมายของการประเมิน ยึดหลักในการประเมิน และลำดับเวลาในการประเมิน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ สมคิด พรหมจ้อย (2563) และดังแสดงในภาพที่ 2.1

1. แบ่งตามจุดมุ่งหมายของการประเมิน แบ่งได้ 2 ประเภทคือ

- 1.1 การประเมินเพื่อปรับปรุง บางครั้งก็เรียกว่า การประเมินความก้าวหน้า (Formative Evaluation)
- 1.2 การประเมินเพื่อสรุปผลเรียกว่า การประเมินรวมสรุป (Summative Evaluation)

2. แบ่งตามหลักยึดในการประเมิน แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

2.1 การประเมินโดยยึดวัตถุประสงค์เป็นหลัก (Goal-Based Evaluation) เป็นการประเมินที่ว่าทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการหรือไม่ โดยทราบก่อนประเมินว่าโครงการนี้มีวัตถุประสงค์อะไรบ้าง

2.2 การประเมินที่อิสระไม่ยึดวัตถุประสงค์ของโครงการ (Goal- Free Evaluation) เป็นการประเมินผลที่เกิดขึ้นทั้งหมด โดยไม่ทราบว่าวัตถุประสงค์ของโครงการนี้มีอะไรบ้างตามเป้าหมาย

3. แบ่งตามลำดับเวลาที่ประเมิน แบ่งเป็นการประเมินก่อนเริ่มโครงการ ขณะดำเนินโครงการ และหลังจากสิ้นสุดโครงการ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ประเมินก่อนเริ่มโครงการ (Pre - Evaluation) เป็นการประเมินที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อตัดสินใจเลือกโครงการตรวจสอบความเหมาะสม ความสมเหตุสมผลของการวางแผนดำเนินโครงการ ความเป็นไปได้ของโครงการในการนำโครงการไปปฏิบัติ คุณภาพของโครงการ รวมทั้งตรวจสอบโอกาสที่โครงการนั้นจะประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย การประเมินก่อนเริ่มโครงการมีความเชื่อบนพื้นฐานที่ว่าถ้าตัวโครงการนั้นได้รับการประเมินว่ามีความเหมาะสม สมเหตุสมผล มีความจำเป็น คุณภาพดี ความเป็นไปได้ โอกาสที่โครงการจะประสบความสำเร็จก็ย่อมสูง เสมือนว่าโครงการนั้นได้บรรลุผลสำเร็จไปแล้วครั้งหนึ่ง

การประเมินเพื่อการตัดสินใจ หรือหาข้อสรุป สำหรับการตัดสินใจเลือกโครงการนี้มีชื่อเรียกต่างกัน ส่วนใหญ่เรียกว่า "การวิเคราะห์โครงการ" คำศัพท์ภาษาอังกฤษ ใช้หลายคำ Project Appraisal, Project Analysis ในวงการธุรกิจอุตสาหกรรม เรียกว่า Feasibility Study หรือการศึกษาความเป็นไปได้ของโครงการ เป็นต้น ไม่ว่าจะใช้ชื่อใด แต่โดยหลักการกว้างๆ การประเมินในขั้นนี้จะเน้นการพิจารณาใน 3 เรื่องใหญ่ๆ คือ

1) ความเหมาะสมของโครงการ ประเมินเพื่อวิเคราะห์ปัญหา และความจำเป็นของการทำโครงการ (Need Assessment) ซึ่งเป็นการตรวจสอบขั้นต้น เพื่อกำหนดปัญหา กำหนดความจำเป็น และเหตุผลที่สำคัญในการริเริ่มโครงการนั้น ๆ ขึ้น และการศึกษาถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินโครงการ (Feasibility Studies) โดยพิจารณาความครอบคลุมดังนี้

- ความเป็นไปได้ทางเทคนิควิชาการ
- ความพร้อมทางการบริหารโครงการนั้นให้ลุล่วงไปด้วยดีตามเป้าหมาย
- ความพร้อมในการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร โดยเฉพาะความเป็นไปได้ทางการเงิน กำลังคน วัสดุและการจัดการ (ดูความพร้อมของปัจจัย)

ถ้าเป็นโครงการทางด้านธุรกิจอุตสาหกรรม ก็จะมีการวิเคราะห์ทางด้านการตลาด รวมทั้งศึกษาความสอดคล้องกับนโยบาย และปัญหา

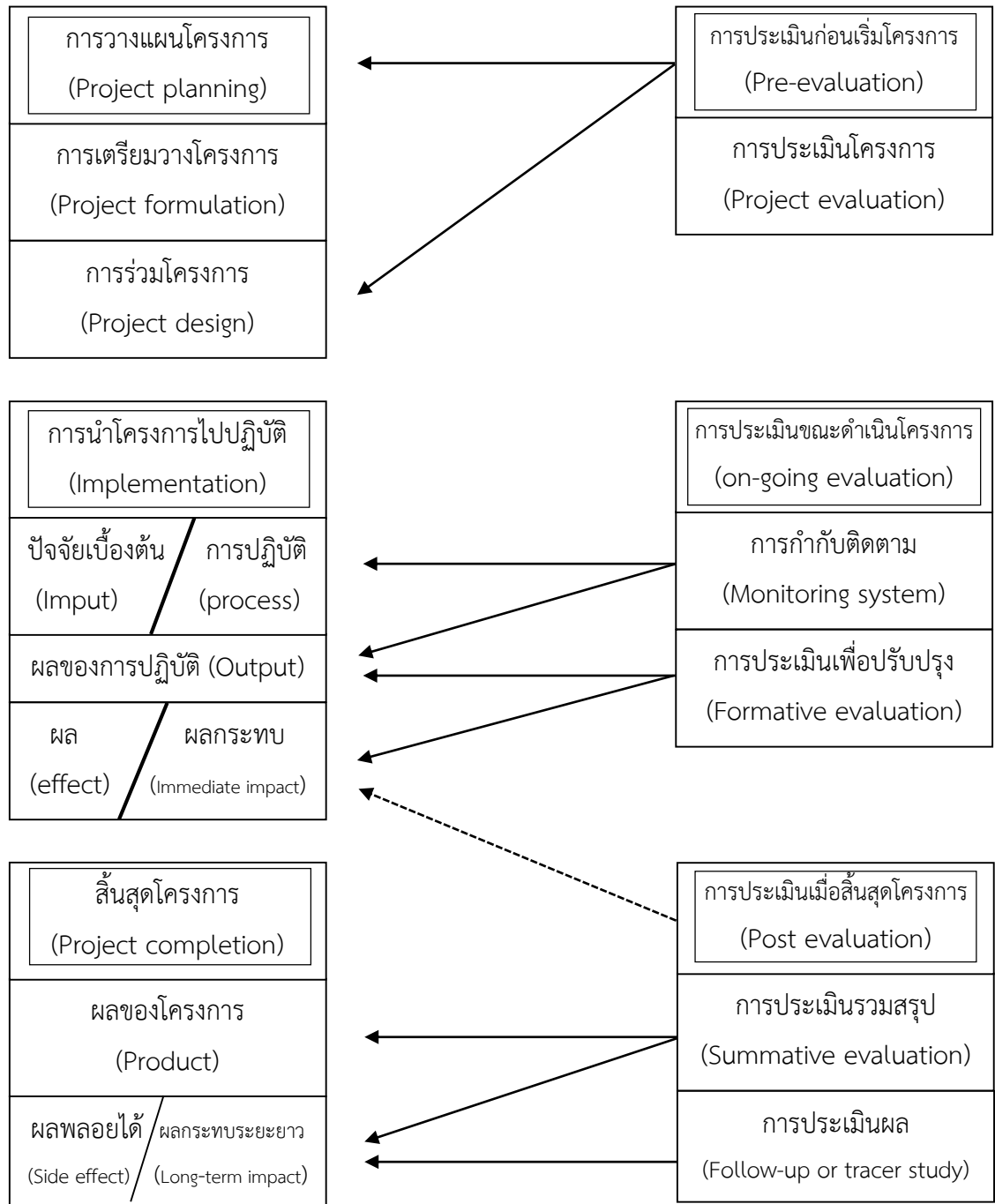
2) การวิเคราะห์ผลตอบแทนจากการดำเนินโครงการ (Return of Investment) โดยทั่ว ๆ ไป พิจารณาจากอัตราผลตอบแทนเสีย (Benefit Cost Ratio) วิเคราะห์จุดคุ้มทุน (Break-even analysis) ดูจากอัตราผลตอบแทน การลงทุนดำเนินโครงการ (Rate of Return) หรือพิจารณาจากการวิเคราะห์ต้นทุน และประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Cost Effectiveness Analysis) และดูจากการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและผลกำไร (Cost Benefit Analysis) และดูจากการวิเคราะห์รายจ่าย โดยเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ หรือการวิเคราะห์อรรถประโยชน์ (Cost-Utility Analysis) เป็นต้น สำหรับโครงการทางการศึกษาจะเน้นในเรื่องของการวิเคราะห์ Cost - Effectiveness มากกว่า Cost - Benefit เพราะผลตอบแทนทางการศึกษานั้น วัดออกมาในรูปของหน่วยเงินตราทำได้ยาก

3) การศึกษาและการคาดคะเนถึงผลประโยชน์หรือสิ่งที่จะเกิดตามมาจากการดำเนินโครงการนั้น (Consequence Analysis) การศึกษาเชิงคาดคะเนถึงผลที่จะตามมาจากการดำเนินงานยังไม่ค่อยแพร่หลาย แต่จะเป็นสิ่งที่มีบทบาทเพิ่มมากขึ้นในอนาคต ส่วนใหญ่จะพิจารณา เพื่อค้นหาแรงต้านทานต่อการดำเนินโครงการ เป็นการคาดการณ์เกี่ยวกับผลที่อาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสภาพแวดล้อม ตลอดจนเป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์และกำหนดนโยบายสำคัญ ซึ่งนำไปสู่การดำเนินงานที่บรรลุเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

3.2 การประเมินในระหว่างการดำเนินงาน (Implementation Evaluation or Process Evaluation) เป็นการประเมินการนำโครงการที่วางแผนไว้ไปปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อศึกษาถึงการปฏิบัติงานเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่ กิจกรรมใดทำได้หรือทำไม่ได้เพราะเหตุใด จุดเด่นจุดด้อย มีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้าง การประเมินกระบวนการดำเนินโครงการนั้น พยายามตอบคำถามว่าทำไมจึงเกิดปัญหา อุปสรรค หรือไม่เกิด ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการ ถ้าเกิดปัญหาจะได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขได้ทันทั่วทั้งที่ การประเมินในขณะดำเนินโครงการ จึงมีบทบาทในการปรับปรุงการดำเนินโครงการโดยตรง

3.3 การประเมินหลังการดำเนินงาน เป็นการประเมินเพื่อตอบคำถามว่าโครงการประสบผลสำเร็จตามแผนที่วางไว้หรือไม่ ผลจากโครงการจะบรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการหรือไม่ ผลการดำเนินงานคุ้มค่าหรือไม่ การประเมินในลักษณะนี้จะเป็นการประเมินผลที่เกิดขึ้นโดยเทียบกับวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยแบ่งการประเมินงานออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ 1) ประเมินทันทีที่สิ้นสุดโครงการ และ 2) การติดตามผลต่อมา โดยเฉพาะการประเมินผลกระทบของโครงการที่ต้องการอาศัยการทิ้งช่วงระยะเวลาหนึ่ง เช่น 1 - 2 ปี เป็นต้น

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้ประเมินไว้ตั้งแต่เริ่มการดำเนินงานโครงการจนถึงสิ้นสุดโครงการ บางท่านเรียกการประเมินลักษณะนี้ว่า การประเมินผลสรุป (Summative Evaluation)



ภาพที่ 2.1 ภาพความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินโครงการกับกระบวนการดำเนินโครงการ
ที่มา: สมคิด พรหมจ้อย. (2563, หน้า 51)

ขั้นตอนการประเมินโครงการ

การประเมินมี 2 มิติ คือ 1) หมายถึงกระบวนการรวบรวมสารสนเทศของสิ่งที่ประเมินเพื่อการตัดสินใจของสิ่งนั้น และ 2) หมายถึงกระบวนการในการกำหนดหรือตัดสินใจคุณภาพหรือคุณค่าและคุณประโยชน์ของสิ่งที่ได้รับการประเมินอย่างเป็นระบบ (Stufflebeam & Shikfield, 2007) โดยการประเมินโครงการไม่ว่าจะเป็นการประเมินก่อน ระหว่าง หรือสิ้นสุดโครงการก็ตามมี 8 ขั้นตอนหลักๆ และถ้ามีการประเมินงานประเมินโครงการด้วยก็จะเป็น 9 ขั้นตอน คือ เป็นการตรวจสอบผลการประเมินนั่นเอง ในขั้นตอนต่าง ๆ ทั้ง 8 ขั้นตอน อาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมได้ เช่น บางขั้นตอนอาจมีรายละเอียดแตกต่างกันบ้างตามลักษณะของโครงการที่จะประเมินและปัจจัยอื่น ๆ บางขั้นตอนก็มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน บางขั้นตอนก็อาจบูรรวมกันได้บางขั้นตอนก็อาจสลับกันได้ เป็นต้น สำหรับสาระโดยสรุปของขั้นตอนทั้ง 8 มี ดังนี้ (พิสนุ พงศ์ศรี, 2549, หน้า 102-106)

1. การศึกษาแนวคิดการประเมินและศึกษาวิเคราะห์โครงการพร้อมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

การจะประเมินสิ่งใดหรือประเมินโครงการ ผู้ประเมินต้องศึกษาแนวคิดการประเมินโครงการและสาระที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งอาจศึกษาเรื่องการติดตามโครงการ หลังจากนั้นก็ต้องศึกษาวิเคราะห์โครงการที่จะประเมินและแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ทั้งจากเอกสาร บุคคลที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ ผลจากการศึกษาดังกล่าวก็เพื่อให้ได้ข้อสรุปนำไปกำหนดเป็นวัตถุประสงค์ หรือประเด็นการประเมินและพัฒนาตัวชี้วัดในขั้นตอนต่อไป โดยอาจนับได้ว่าในขั้นตอนที่ 1 นี้ ยังไม่ลงมือทำอะไรเป็นหลักเป็นฐาน จะเริ่มลงมือเขียนหรือปฏิบัติการเตรียมการประเมินโครงการเบื้องต้นในขั้นที่ 2 ต่อไป

2. การกำหนดวัตถุประสงค์หรือประเด็นการประเมินและตัวชี้วัด

ในขั้นตอนนี้ นำผลสรุปจากการศึกษาของขั้นตอนที่ 1 มากำหนดวัตถุประสงค์หรือประเด็นการประเมิน เมื่อได้วัตถุประสงค์หรือประเด็นการประเมินที่ชัดเจน คงที่ หรือค่อนข้างชัดเจนแล้วก็จะเป็นตัวตั้งให้นำไปพัฒนาตัวชี้วัด ซึ่งวัตถุประสงค์หรือประเด็นการประเมินอาจได้จากวัตถุประสงค์โครงการ รูปแบบการประเมินความต้องการของผู้ใช้ผลการประเมินหรือผู้ว่าจ้างหรือผู้บังคับบัญชา หรือผู้ร้องขอให้ประเมิน ประสพการณ์ของผู้ประเมินเอง หรือได้จากการร่วมกันกำหนดของผู้เกี่ยวข้อง ฯลฯ โดยอาจได้จากหลาย ๆ แหล่งรวมกันก็ได้

3. การกำหนดเกณฑ์และค่าน้ำหนัก (ถ้ามี) (สุวิมล ติरणันท์, 2547, หน้า 61)

คำว่าเกณฑ์ในที่นี้ หมายถึง เกณฑ์การตัดสิน ส่วนค่าน้ำหนัก หมายถึง ระดับความสำคัญของประเด็นการประเมินตัวชี้วัด ซึ่งยิ่งเกณฑ์มีความละเอียดและค่าน้ำหนักสอดคล้องกับสภาพโครงการเท่าไร สารสนเทศจากการประเมินก็ยิ่งครอบคลุมชัดเจนมากขึ้นเท่านั้น แม้ว่าต้องแลกกับความยุ่งยากบ้างก็ตาม เช่นเดียวกับความละเอียดของจอภาพเครื่องรับโทรทัศน์ โทรศัพท์หรือจอคอมพิวเตอร์ที่มีรายละเอียดเป็นพิกเซล (Pixel) ยิ่งจำนวนพิกเซลมากก็ยิ่งชัดมากแต่ราคาก็สูงเป็นเงาตามตัว

ในการกำหนดเกณฑ์และค่าน้ำหนักนั้น อาจแยกเป็น 4 ระดับ เรียงตามลำดับ ความละเอียด จากน้อยไปหามาก คือ ตั้งแต่ไม่กำหนดเกณฑ์ตัดสินเลยมีแต่เกณฑ์ในการแปลความหมาย มีเกณฑ์ การตัดสินของตัวชี้วัดเพียง 2 ระดับ คือ ผ่านกับไม่ผ่าน มีเกณฑ์ตัดสินเพียง 2 ระดับ และกำหนดค่า น้ำหนักของตัวชี้วัด และสุดท้าย คือ มีเกณฑ์การตัดสินมากกว่า 2 ระดับและ มีค่าน้ำหนัก

4. การกำหนดกรอบแนวคิดและขอบเขตการประเมิน

เมื่อได้วัตถุประสงค์หรือประเด็นการประเมิน ตัวชี้วัด เกณฑ์ (ถ้ามี) และค่าน้ำหนัก (ถ้ามี) แล้วนำมารวมกันเป็นกรอบแนวคิดการประเมินซึ่งอย่างน้อยต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ ประเด็น การประเมินกับตัวชี้วัด ถ้าจะให้รายละเอียดยิ่งขึ้น ก็กำหนดเกณฑ์ และค่าน้ำหนัก โดยเกณฑ์อาจจะ กำหนดไว้มากกว่า 2 ระดับ และทำเป็นตารางกรอบแนวคิด ซึ่งมีช่องตารางองค์ประกอบข้างต้น

จากสาระหรือองค์ประกอบสำคัญของกรอบแนวคิดของการประเมินจะนำไปสู่การกำหนด ขอบเขตการประเมินที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิด เกี่ยวกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ การวิเคราะห์ ข้อมูล และอาจกำหนดองค์ประกอบอื่น ๆ เช่น พื้นที่ เวลา และแนวทางการเก็บข้อมูล ฯลฯ เพิ่มเติม ได้ตามต้องการ โดยจะทำการร่างสรุปและนำไปรวมกับตารางหรือสาระสำคัญของกรอบแนวคิด การประเมิน รวมเป็นตารางกรอบแนวคิดและขอบเขตการประเมิน

5. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือเก็บข้อมูล

การประเมินต้องตัดสินใจผลจากสารสนเทศที่เก็บมาได้ โดยใช้เครื่องมือต่างๆ ตามตัวชี้วัด กำหนดไว้ ซึ่งโครงการแต่ละโครงการจะมีลักษณะเฉพาะและมีความแตกต่างกันมากจึงยากที่จะใช้ เครื่องมือของผู้ที่สร้างหรือพัฒนาไว้ได้ อย่างน้อยก็ต้องนำมาปรับบ้างยกเว้นเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ ที่มีมาตรฐานเหมือนกันนำมาปรับใช้ได้เลย ส่วนเครื่องมือทางสังคมศาสตร์ เช่น แบบทดสอบ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์หรือแบบสังเกต มักจะต้องปรับหรือสร้างใหม่เสมอ เมื่อสร้างแล้วถ้า เป็นไปได้ก็ควรพัฒนาหาคุณภาพของเครื่องมือด้วย

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเตรียมปฏิบัติการประเมินตามขั้นตอนที่ 5 จะนำมาใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริงใน ภาคสนาม อาจนับได้ว่าขั้นตอนที่ 1-5 เป็นการศึกษาและเตรียมการจะประเมิน ส่วนขั้นตอนนี้เป็น การเริ่มปฏิบัติจริงในภาคสนามโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น สอบถาม สัมภาษณ์ สังเกต ถ้าเป็นกรณีข้อมูลเชิงคุณภาพก็อาจใช้เทคนิคต่าง ๆ เพิ่มเติม เช่น การสัมภาษณ์กลุ่ม แบบเจาะจง (Focus Group Interview) และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) เป็นต้น

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการประเมินโครงการจะง่ายกว่าการวิจัย เพราะมักจะใช้สถิติพื้นฐาน ง่าย ๆ เช่น จำนวนนับ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน อาจจะมีที่ยากขึ้นบ้างก็คือ

สถิติที่ใช้ทดสอบ ซึ่งมักจะเป็นการทดสอบที (t-test) และสถิติที่ใช้หาคุณภาพเครื่องมือ เช่น การหาค่าความเที่ยงตรงโดยใช้สูตร KR-20 หรือสูตร (α) ของครอนบัก (Crobach) เป็นต้น

8. การเขียนรายงานการประเมิน

รายงานการประเมินโครงการที่สมบูรณ์ จะมีโครงสร้างคล้ายกับรายงานการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ คือ มีส่วนนำ ส่วนที่เป็นเนื้อหา 5 บท และส่วนท้ายซึ่งจะเป็นภาคผนวกต่างๆ ข้อแตกต่างที่สำคัญก็คือ การรายงานการประเมินจะเสนอแก่ผู้เกี่ยวข้องโครงการมากกว่าเผยแพร่แก่บุคคลหรือหน่วยงานทั่วไป เหมือนกับรายงานการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ นอกจากนี้การเขียนรายงานการประเมินจะต้องอาศัยความสามารถทั้งศาสตร์และศิลป์เข้าช่วย เพื่อจูงใจหรือโน้มน้าวให้ผู้เกี่ยวข้องนำผลการประเมินไปใช้จริง อย่างไรก็ตามในกรณีโครงการขนาดเล็กหรือมีความเร่งด่วน อาจเขียนรายงานการประเมินโครงการโดยสรุป ไม่ต้องมีโครงสร้างสมบูรณ์เช่นเดียวกับการวิจัยชั้นเรียนที่อนุโลมให้เขียนหน้าเดียว หรือเพียง 5 -10 หน้าก็ได้

9. การประเมินงานประเมินโครงการ (ถ้ามี)

การประเมินงานประเมินโครงการหรืองานประเมินอื่นๆ ยังมีน้อยมาก แต่ในที่นี้เห็นว่าควรนำเสนอไว้ในลักษณะการตรวจสอบคุณภาพของรายงานการประเมินด้วยวิธีต่าง ๆ ที่เหมาะสม เพื่อเป็นการกระตุ้นหรือเร่งรัดให้การประเมินโครงการมีคุณภาพมาตรฐานที่สูงขึ้น ถึงแม้ว่าปัจจุบันยังจะมีการประเมินโครงการน้อยก็ตามแต่ในอนาคตจะต้องมีการนำไปใช้กันมากขึ้น

จะเห็นได้ว่าขั้นตอนในการประเมินที่ครบถ้วนนั้น ค่อนข้างจะมีขั้นตอนที่ยุ่งยาก ซับซ้อน ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการวิจัยเข้ามาประเมินตามที่ได้กล่าวมาแล้วว่ารูปแบบในการประเมินอาจใช้กระบวนการวิจัย หรือการใช้การวิเคราะห์ทรัพยากร ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตและประเมินผลที่ดัดแปลงจากวิธีวิจัยมาใช้ให้เหมาะสม ประหยัดและทำให้ทราบผลการดำเนินงานก็ได้ อย่างไรก็ตามการประเมินโครงการเป็นกระบวนการที่อาจมีความสลับซับซ้อนแล้วแต่ลักษณะของโครงการที่ต้องประเมินและมีความละเอียดอ่อนที่ต้องใช้การพิจารณา และความละเอียดรอบคอบในการดำเนินการและการตัดสินใจ ฉะนั้นจึงมีสิ่งสำคัญหรือแนวคิดที่สำคัญซึ่งผู้ประเมินโครงการจะต้องคำนึงถึง จึงจะทำให้การประเมินโครงการบรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการอย่างแท้จริง สิ่งสำคัญดังกล่าวได้แก่ ข้อเท็จจริง คุณประโยชน์ ความถี่ ข้อมูลย้อนกลับ ความผูกพัน ความน่าเชื่อถือ วัตถุประสงค์ มาตรฐาน ความจำเป็น และคุณค่า การประเมินโครงการมีลักษณะที่สำคัญ (สุวิมล ติรภานันท์, 2547, หน้า 2) คือ

1. การจัดเก็บข้อมูลที่ใช้ในการดำเนินงานตามโครงการในทุกรูปแบบ และทุกขั้นตอน
2. มีการเก็บรวบรวมข้อมูลมาทำการวิเคราะห์
3. มีการใช้ข้อมูลนั้นเพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการ

4. สารสนเทศที่ได้จากข้อมูล สามารถนำมาใช้ในการปรับปรุง แก้ไขการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

สำหรับแนวทางในการประเมินโครงการ เนื่องจากการประเมินเป็นกระบวนการการศึกษาหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผลการปฏิบัติโครงการ การประเมินโครงการจึงมีลักษณะเหมือนกับการวิจัยอื่น ๆ กล่าว คือ แนวทางในการประเมินสามารถแบ่งออกเป็น 2 แนวทาง คือ แนวทางเชิงคุณภาพและแนวทางเชิงปริมาณ โดยเรียกการประเมินตามแนวทางทั้งสองว่า การประเมินเชิงคุณภาพ (Qualitative Evaluation) และการประเมินเชิงปริมาณ (Quantitative Evaluation) (สุทธิประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2541, หน้า 12)

1. แนวทางเชิงคุณภาพ ตามแนวทางนี้ผู้ประเมินจะต้องทำการศึกษาค้นคว้าโครงการในพื้นที่ โดยอาศัยวิธีการเก็บข้อมูล ดังนี้

1.1 การสัมภาษณ์เจาะลึกหรือปลายเปิด (In depth, Opened Interviews)

1.2 การสังเกตโดยตรง (Direct Observation)

1.3 เอกสารโครงการข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นข้อความของผู้ตอบเกี่ยวกับประสบการณ์ ความคิดเห็นหรือความรู้สึกและความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับโครงการ

ผู้ประเมินเชิงคุณภาพอาจเสนอสิ่งต่าง ๆ ข้างต้นควบคู่ไปกับข้อมูลเชิงปริมาณความถูกต้องเชื่อถือได้ของการประเมินเชิงคุณภาพขึ้นอยู่กับทักษะเชิงระเบียบวิธี (Methodological Skills) ความไวต่อความรู้สึก (Sensitivity) และความซื่อตรง (Integrity) ของผู้ประเมินการได้มาซึ่งข้อค้นพบที่เป็นประโยชน์ตามวิธีดังกล่าวข้างต้น จะต้องอาศัยความมีวินัย ความรู้การฝึกอบรม การปฏิบัติ ความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งต้องใช้เวลาและความอดทนอย่างสูงขณะปฏิบัติงานภาคสนาม

2. แนวทางเชิงปริมาณเป็นแนวทางที่มุ่งไปที่การได้มาซึ่งข้อมูลที่สามารถให้ข้อค้นพบและข้อสรุปที่ถูกต้องและใช้ได้ทั่วไปเกี่ยวกับโครงการ ในเรื่องที่กำหนดไว้เป็นวัตถุประสงค์ของการประเมินวิธีการที่ใช้กันมาก คือ

2.1 การใช้แบบสอบถาม

2.2 การใช้แบบสัมภาษณ์

2.3 การใช้แบบประเมิน

ภารกิจหลักของผู้ประเมินตามแนวทางนี้ คือ การสร้างเครื่องมือในการจัดเก็บข้อมูลในประเด็นต่าง ๆ ที่เป็นวัตถุประสงค์ของการประเมิน ซึ่งในแต่ละประเด็นอาจเก็บข้อมูลจากคนหลายกลุ่ม ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้เสียในโครงการและสิ่งที่ได้จากการใช้แนวทางเชิงปริมาณ คือ สถิติตัวเลขที่แสดงให้เห็นถึงสภาพของโครงการในด้านต่าง ๆ ที่เป็นเป้าหมายของการประเมินอันเป็นตัวบ่งชี้ (Indicators) ของสภาพโครงการตามเป้าหมายการประเมิน

สรุปได้ว่าแนวทางการประเมินโครงการอาจแบ่งเป็นแนวทางเชิงคุณภาพ โดยอาศัยวิธีการเก็บข้อมูล จากการสัมภาษณ์เจาะลึกหรือปลายเปิด (In depth, Opened Interviews) การสังเกตโดยตรง (Direct Observation) การศึกษาจากเอกสารโครงการ และแนวทางเชิงปริมาณเป็นแนวทางที่มุ่งไปที่การได้มาซึ่งข้อมูลที่สามารถให้ข้อค้นพบทั้งนี้อาจใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และใช้แบบประเมินที่มักแสดงเป็นตัวเลขเชิงปริมาณที่วัดได้

ประโยชน์และประเภทของรูปแบบการประเมิน

ในการประเมินโครงการอาจใช้รูปแบบในการประเมิน โดยประโยชน์และประเภทของรูปแบบมีดังต่อไปนี้ (สมคิด พรหมจ้อย, 2563, หน้า 61-62)

ประโยชน์ของรูปแบบการประเมิน

รูปแบบการประเมินมีประโยชน์สำคัญ 4 ประการ คือ

1. ช่วยให้เห็น แนวทาง หรือ กรอบความคิดในการประเมิน การเรียนรู้เรื่องรูปแบบการประเมินที่หลากหลาย จะทำให้เกิดประสบการณ์ในการตัดสินใจเลือกใช้รูปแบบการประเมินได้อย่างเหมาะสมกับสิ่งที่มุ่งประเมิน
2. ช่วยในการกำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินให้มีความคมชัด และครอบคลุมเนื่องจากรูปแบบการประเมินแต่ละรูปแบบมีกรอบความคิดเชิงเหตุผล ดังนั้น การเลือกใช้ หรือ ประยุกต์ใช้รูปแบบใดรูปแบบหนึ่งก็มีแนวโน้มที่จะกำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินให้สอดคล้องกับรูปแบบนั้นได้
3. ช่วยกำหนดตัวแปรหรือประเด็นสำคัญในการประเมินได้อย่างชัดเจน
4. ทำให้ผลงาน มีความเป็นระบบ ครอบคลุม เป็นที่ยอมรับ สื่อความหมายได้ชัดเจน

ประเภทของรูปแบบการประเมิน

รูปแบบการประเมินเป็นกรอบหรือแนวความคิดที่สำคัญ ที่แสดงให้เห็นถึงกระบวนการหรือรายการประเมิน ซึ่งมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับข้อตกลงเบื้องต้นซึ่งมีนักวิชาการทางด้านการศึกษาได้เสนอกรอบแนวคิดให้นักประเมินได้เลือกใช้มีอยู่หลายรูปแบบ โดยรูปแบบการประเมินผลโครงการออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ 3 กลุ่ม คือ

1. รูปแบบการประเมินที่เน้นจุดมุ่งหมาย (Objective Based Model) เป็นรูปแบบที่เน้นการตรวจสอบผลที่คาดหวังได้เกิดขึ้นหรือไม่ หรือประเมินโดยตรวจสอบผลที่ระบุไว้ในจุดมุ่งหมายเป็นหลักโดยดูว่าผลที่เกิดจากการปฏิบัติงานบรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ได้แก่ รูปแบบการประเมินของไทเลอร์ (Ralph W. Tyler) ครอนบาช (Cronbach) และเคิร์กแพทริก (Donald L. Kirkpatrick)

2. รูปแบบการประเมินเน้นการตัดสินคุณค่า (Judgemental Evaluation Model) เป็นรูปแบบการประเมินที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูล สารสนเทศ สำหรับกำหนดและวินิจฉัยคุณค่า และโครงการนั้น ได้แก่รูปแบบการประเมินของ สเต็ก (Robert E. Stake) สคริฟเว่น (Michael Scriven) และโพรวัส (Malcolm M. Provus)

3. รูปแบบการประเมินเน้นการตัดสินใจ (Decision-Oriented Evaluation Model) เป็นรูปแบบการประเมินที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูล และข่าวสารต่าง ๆ เพื่อช่วยผู้บริหารในการตัดสินใจเลือกทางเลือกต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง ได้แก่รูปแบบการประเมินของเวลช์ (Wayne W. Welch) สตัฟเฟิลบีม (Daniel L. Stufflebeam) และอัลคิน (Marvin C. Alkin)

สรุปได้ว่าประโยชน์ของรูปแบบการประเมินช่วยให้เห็น แนวทาง หรือ กรอบความคิดในการประเมิน ช่วยให้กำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินให้มีความคมชัด และครอบคลุมเนื่องจากช่วยกำหนดตัวแปรหรือประเด็นสำคัญในการประเมินได้อย่างชัดเจน ทำให้ผลงานมีความเป็นระบบ ครอบคลุม เป็นที่ยอมรับ สื่อความหมายได้ชัดเจน สำหรับประเภทของรูปแบบการประเมิน แบ่งได้เป็น รูปแบบการประเมินที่เน้นจุดมุ่งหมาย (Objective Based Model) รูปแบบการประเมินเน้นการตัดสินคุณค่า (Judgemental Evaluation Model) และรูปแบบการประเมินเน้นการตัดสินใจ (Decision-Oriented Evaluation Model)

รูปแบบการประเมินของ แดเนียล แอล สตัฟเฟิลบีม

รูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model เสนอโดย สตัฟเฟิลบีม (Denie L. Stufflebeam) แห่งมหาวิทยาลัยโอไฮโอ (Ohio State University) สหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นรูปแบบที่ได้รับความนิยมจากนักประเมินโครงการเป็นอย่างมากในปัจจุบัน คำว่า CIPP เป็นคำย่อของคำว่า Context, Input, Process และ Product รูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model นั้นมีจุดมุ่งหมายเพื่อการรวบรวมข้อมูลเพื่อการสารสนเทศ เพื่อนำไปใช้ในการตัดสินใจหาทางเลือกที่เหมาะสมในการประเมินนั้น มุ่งประเมินสิ่งที่ประเมิน 4 ประการ คือ (สมหวัง พิธิยานุวัฒน์, 2559, หน้า 223-229)

1. การประเมินบริบทหรือสภาวะแวดล้อม (Context Evaluation) การประเมินสภาวะแวดล้อมเป็นรูปแบบพื้นฐานของการประเมินโดยทั่ว ๆ ไป เป็นการประเมินเพื่อให้ได้มา ซึ่งเหตุผลเพื่อช่วยในการกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการ โดยจะเน้นในด้านความสัมพันธ์ที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อม ความต้องการ และเงื่อนไขที่เป็นจริงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกัสภาพแวดล้อม วิธีการประเมินสภาวะแวดล้อมมี 2 วิธี คือ

1.1 การประเมินสภาวะแวดล้อม เพื่อหาโอกาส (Contingency Model) และ แรงผลักดันจากภายนอกระบบเพื่อให้ได้ข้อมูลมาใช้พัฒนา ส่งเสริมโครงการให้ดีขึ้น

1.2 การประเมินความสอดคล้อง (Congruence Model) เป็นการประเมินโดยการเปรียบเทียบระหว่างการปฏิบัติจริงกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้ทำให้ทราบว่าวัตถุประสงค์ใดบ้างที่ไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้

2. การประเมินปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation) เป็นการจัดหาข้อมูลเพื่อใช้ในการตัดสินใจความเหมาะสมของแผนงานต่าง ๆ ที่จัดขึ้น โดยดูว่าข้อมูลนั้นจะมีส่วนช่วยให้บรรลุจุดมุ่งหมายของโครงการหรือไม่ ซึ่งมักจะประเมินในด้านต่าง ๆ คือ

2.1 ความสามารถของหน่วยงานหรือตัวแทนในการจัดโครงการ

2.2 ยุทธวิธีที่ใช้ในการบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ

2.3 การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้โครงการดำเนินไปได้ เช่น หน่วยงานที่จะช่วยเหลือ เวลา เงินทุน อาคารสถานที่ อุปกรณ์เครื่องมือ

3. การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) เมื่อแผนการดำเนินการได้รับการอนุมัติและลงมือทำ การประเมินกระบวนการจำเป็นต้องได้รับการเตรียมการเพื่อให้ได้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) แก่ผู้รับผิดชอบและดำเนินการทุกลำดับขั้นตอน การประเมินกระบวนการมีวัตถุประสงค์ใหญ่อยู่ 3 ประการ คือ

3.1 เพื่อหาและทำนายข้อบกพร่องของกระบวนการ หรือการดำเนินการตามขั้นตอนที่วางไว้

3.2 เพื่อรวบรวมสารสนเทศสำหรับการตัดสินใจวางแผนงาน

3.3 เพื่อเป็นรายงานสะสมถึงปฏิบัติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

4. การประเมินผลผลิต (Product Evaluation) มีจุดมุ่งหมายเพื่อวัดและแปลความหมายความสำเร็จ โดยเฉพาะเมื่อสิ้นสุดวัฏจักรของโครงการเท่านั้น แต่ยังคงมีความจำเป็นยิ่งในระหว่างการปฏิบัติตามโครงการด้วย

ระเบียบวิธีทั่ว ๆ ไป ของการประเมินผลผลิต จะรวมสิ่งต่อไปนี้เข้าไว้ด้วยกันคือการดูแลการกำหนดวัตถุประสงค์นั้น ๆ นำไปใช้ได้หรือไม่ เกณฑ์ในการวัดที่สัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมคืออะไร เปรียบเทียบผลที่วัดมาได้ด้วยมาตรฐาน (Absolute Criteria) หรือมาตรฐานสัมพันธ์ (Relative Criteria) ที่กำหนดไว้ก่อน และทำการแปลความหมายถึงเหตุของสิ่งที่เกิดขึ้น โดยอาศัยรายงานจากการประเมินสถานะแวดล้อม ปัจจัย และกระบวนการร่วมด้วย

รายละเอียดการประเมินทั้ง 4 ประเภท มีดังนี้

1. การประเมินด้านบริบทหรือสถานะแวดล้อม (Context Evaluation) เป็นการประเมินความต้องการ หรือความจำเป็นเพื่อจัดทำโครงการหรือจัดลำดับความสำคัญของโครงการและกำหนดจุดมุ่งหมายของโครงการต่าง ๆ ซึ่งเป็นการประเมินก่อนเริ่มโครงการ (Pre-Implementation Evaluation) การประเมินบริบททำได้โดยการศึกษาอิทธิพลหรือแรงกดดันต่าง ๆ ของสิ่งภายนอก

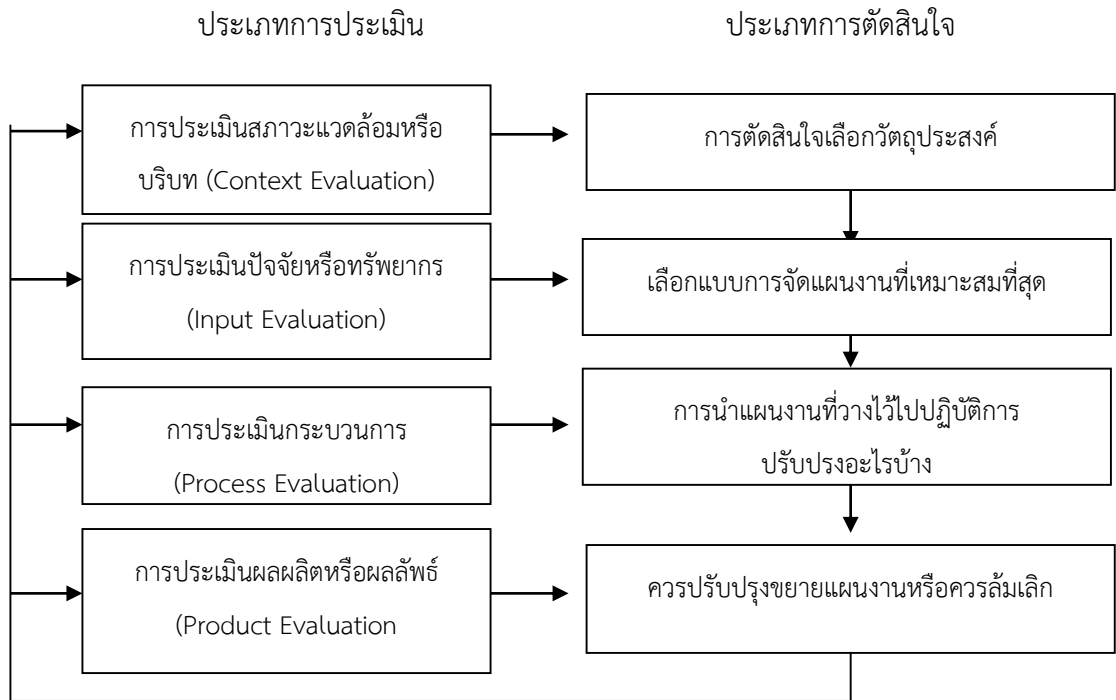
โครงการว่ามีหรือไม่ อย่างไร การศึกษานโยบายการศึกษาของประเทศปัญหาของสังคมที่มีผลกระทบต่อโครงการ หรืออาจประเมินโครงการโดยการเปรียบเทียบวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายของโครงการว่าสอดคล้องกับความจำเป็นและนโยบายหรือปรัชญาของสถาบันหรือหน่วยงานนั้นหรือไม่

2. การประเมินปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation) เป็นการประเมินปัจจัยที่เราต้องการมีอะไรบ้าง พอเพียงหรือไม่ ภายใต้ปัจจัยนี้มีทางเลือกใดหรือโปรแกรมใดที่เราควรดำเนินการ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายของโครงการ การประเมินปัจจัยเบื้องต้น ได้แก่ บุคลากร เงิน วัสดุอุปกรณ์ จะช่วยให้ผู้ดำเนินการเลือกแผนจัดโปรแกรมได้อย่างเหมาะสม หรือถ้าประเมินโครงการไปแล้ว ผลจากการประเมินปัจจัยก็จะให้คำตอบว่า การดำเนินงานโครงการที่ทำไปนั้นได้ดำเนินการตามแผนที่เหมาะสมหรือไม่ ปัจจัยเบื้องต้นที่ใช้พอเพียงหรือไม่

3. การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นการประเมินว่าได้นำโครงการไปปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่ การประเมินกระบวนการทำได้ 2 ลักษณะ คือ มีการประเมินการมาก่อนนำไปปฏิบัติจริง เป็นการวิเคราะห์ในเชิงความสัมพันธ์ตามหลักการเหตุผลระหว่างจุดมุ่งหมายกับแนวปฏิบัติ ซึ่งอาจได้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติได้ ลักษณะที่สองคือการประเมินกระบวนการขณะปฏิบัติอยู่โดยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม จะช่วยให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์แก่คณะกรรมการดำเนินโครงการอย่างมาก การให้ข้อติชมอย่างเหมาะสมและทันถ่วงที่จะนำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ของโครงการในที่สุด

4. การประเมินผลผลิต (Product Evaluation) เป็นการประเมินผลลัพธ์ที่ได้ว่าเป็นไปตามจุดมุ่งหมายของโครงการหรือไม่ ซึ่งอาจทำได้ทันทีที่โครงการสิ้นสุดและมีการติดตามผลการปฏิบัติงานต่อมาภายหลังอีก 6 เดือน เป็นต้น การประเมินผลผลิตช่วยให้การตัดสินใจเกี่ยวกับการรับรอง เลิกล้ม หรือปรับขยายโครงการถ้ากระทำต่อไป

สรุปความสัมพันธ์ของประเภทการประเมินและการตัดสินใจ ตามรูปแบบ CIPP Model ได้ดังภาพที่ 2.2



ภาพที่ 2.2 โมเดลการประเมินซีพีพี
ที่มา (สมหวัง พิธิยานุวัฒน์, 2559, หน้า 233)

อย่างไรก็ตามรูปแบบการประเมิน CIPP นี้ภายหลังได้มีนักประเมินผลโครงการปรับประยุกต์นำเอาการประเมินผลกระทบโครงการ (Impact Evaluation) เป็นการประเมินผลที่เกิดขึ้นต่อเนื่องจากผลผลิตโครงการ หรือผลผลิตของโครงการก่อให้เกิดผลอื่น ๆ ตามมา ซึ่งผลอื่น ๆ เราได้กำหนดหรือระบุไว้ในวัตถุประสงค์ของโครงการ ผลกระทบของโครงการอาจเป็นได้ทั้งทางบวกและทางลบ จึงเป็นการประเมินผลลัพธ์สุดท้ายที่โครงการต้องการนั่นเอง เช่น โครงการป้องกันโรคเอดส์ ผลกระทบคือ อัตราการติดเชื้อ HIV ลดลง ผู้ป่วยโรคเอดส์ลดลง เป็นต้น จึงกลายเป็นรูปแบบการประเมิน CIPPI หรือบางครั้งมีการประเมินผลลัพธ์ (Outcomes) จะกลายเป็น CIPPIO

สรุปได้ว่ารูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model เป็นการประเมิน 1) บริบทหรือสถานะแวดล้อม (Context Evaluation) จะช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนในการกำหนดวัตถุประสงค์ 2) การประเมินปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation) เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงสร้างเพื่อกำหนดรูปแบบของโครงการ 3) การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นการตัดสินใจในด้านการประยุกต์ใช้ เพื่อควบคุมการดำเนินการของโครงการ และ 4) การประเมินผลผลิต (Product Evaluation) จะช่วยในการตัดสินใจและดูผลสำเร็จของโครงการ

โครงการการพัฒนากลไกสนับสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดี วิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง

ในปี 2553 มูลนิธิอุทัย สุขสุข ได้ศึกษานำร่องโครงการสุขภาพดี วิถีพุทธ เพื่อหารูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการบูรณาการหลักพุทธธรรมกับหลักการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย ด้วยรูปแบบการดำเนินงานโครงการฯ และเครื่องมือ 3ส.3อ.1น. ในการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันควบคุมโรค และได้พัฒนาต่อในปี 2554 ได้รูปแบบการดำเนินโครงการสุขภาพดี วิถีพุทธ เช่นเดียวกับ ปี 2553 และได้แนวทางการพักผ่อนที่ค่า 3 วัน 2 คืน โดยใช้เครื่องมือ 3ส.3อ.1น. ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวนี้ พบว่าทำให้ผู้ได้รับและปฏิบัติตามรูปแบบดังกล่าว ทำให้น้ำหนักลดลง ร้อยละ 70 รอบเอวลดลง ร้อยละ 50 ดัชนีมวลกายลดลง ร้อยละ 75 ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ร้อยละ 70 ระดับความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ 80 และผู้เข้ารับโปรแกรม / รูปแบบดังกล่าวมีความพึงพอใจในการปฏิบัติ 3ส.3อ.1น. เพิ่มขึ้น ร้อยละ 85 ต่อมาในปี 2558-2563 ก็ได้มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตามหลักการสุขภาพดี วิถีพุทธ โดยขยายไปยังศาสนาอื่น ๆ ของประเทศไทย รวมเป็น 5 ศาสนา ได้แก่ ศาสนาพุทธ อิสลาม คริสต์ พราหมณ์ - ฮินดู และซิกข์ รวมทั้งเน้นบูรณาการกับการแพทย์แผนปัจจุบัน แผนไทย แผนพื้นบ้านไทยและแพทย์ทางเลือก และขยายรูปแบบการดำเนินเป็นโครงการสุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย โดยทุกศาสนาเห็นด้วยกับเครื่องมือ 3ส.3อ.1น. ซึ่งสามารถปรับตามบริบทของแต่ละศาสนาได้ นอกจากนี้ ก็ได้มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย ในกลุ่มวัยเพิ่มจาก กลุ่มประชากร 35 ปี ขึ้นไป สำหรับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นกลุ่มวัยเรียน - เยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้มีภาวะเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และในปี 2563 ได้มีการพัฒนารูปแบบดังกล่าวเป็นโครงการสุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง โดยบูรณาการเข้ากับโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พชอ./พชข. และปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

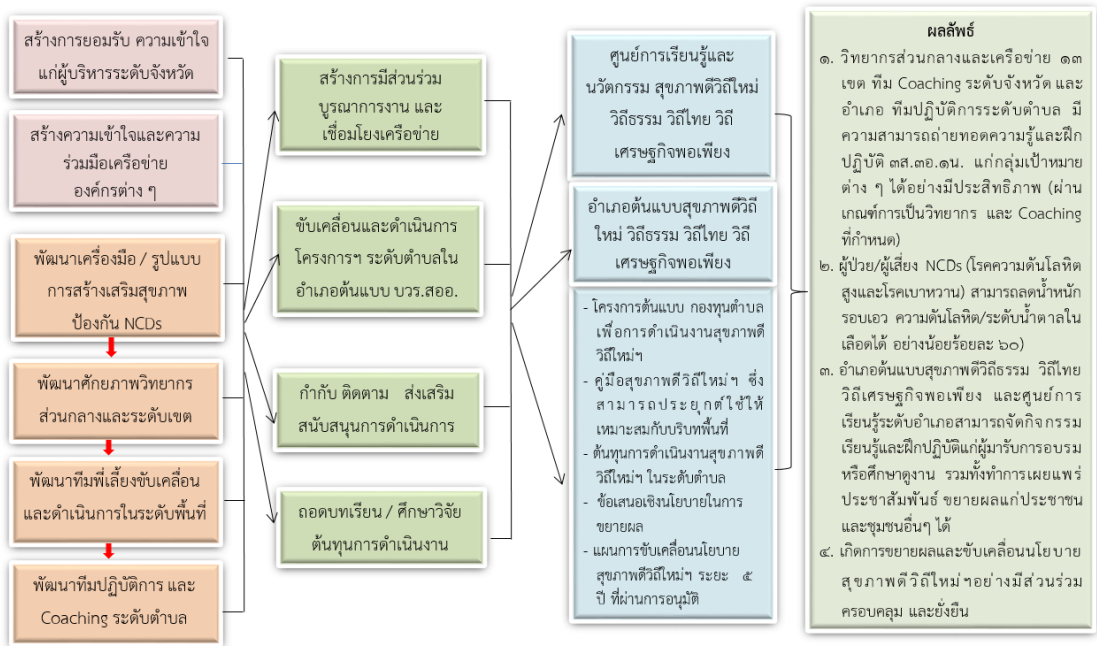
ถึงปัจจุบันนี้ มูลนิธิอุทัย สุขสุข ได้ร่วมกับกรม กอง และหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค องค์กรเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ในการสร้างและพัฒนาเครื่องมือ 3ส.(สวดมนต์ สมาธิ สันทนาธรรม) 3อ.(อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์-วิถีธรรม) 1น.(นาฬิกาชีวิตวิถีธรรม) โดยน้อมนำหลักธรรมของแต่ละศาสนา และ “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” ของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร รัชกาลที่ 9 มาบูรณาการกับการแพทย์แผนปัจจุบัน แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ในการดูแลสุขภาพกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้เสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงตลอดจนประชาชนทั่วไป กลุ่มวัยเรียน กลุ่มผู้สูงอายุในระยะแรกได้เกิดรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพดี วิถีพุทธ ในชุมชน และรูปแบบการรักษาพยาบาลวิถีพุทธในโรงพยาบาล มีแนวทางการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ 3ส.3อ.1น. แนวทางการ

จัดกิจกรรมสร้างสุขภาพดี วิถีพุทธ โดยจากการวิจัยเชิงประเมินผลการดำเนินงานโครงการที่ผ่านมา ถึงปัจจุบัน สรุปได้ว่าโครงการดังกล่าวมีผลในการป้องกันโรค ทำให้ผู้ป่วยรายใหม่ลดลง ลดโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วย ลดการใช้จ่าย ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและรักษาพยาบาล ลดเวลาไปพบแพทย์ ซึ่งในปี 2558 ได้มีการพัฒนาเป็นรูปแบบสุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย รวม 5 ศาสนาในประเทศไทย (ศาสนาพุทธ อิสลาม คริสต์ พราหมณ์-ฮินดู ซิกข์) และในปี 2563 ได้พัฒนาต่อยอดเป็นเครื่องมือหรือโปรแกรมสุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง โดยบูรณาการกับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย และนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชอ./พชข.) และจะขยายการดำเนินการให้ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ ทั้งนี้ ในการดำเนินการดังกล่าวได้มีการขยายพื้นที่และต้นแบบของการดำเนินงานจากหมู่บ้านสุขภาพดีวิถีพุทธ เป็นตำบลต้นแบบสุขภาพดีวิถีธรรม วิถีไทย และอำเภอต้นแบบสุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งได้บูรณาการกับนโยบาย พชอ. ในปี 2463

เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2563 ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์เกียรติภูมิ วงศ์รจิต) ได้ลงนามเห็นชอบ ให้โครงการสุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง เป็นนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564-2570 โดยมี ยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ และกลไกรวมทั้งแผนงานขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผลกระทบจากการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในทุกกลุ่มวัยอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ในการเตรียมการนำนโยบายสู่การปฏิบัตินั้น มูลนิธิอุทัย สุขสุข โดยนายแพทย์อุทัย สุขสุข และคณะ ได้นำเรียนอธิบดีทุกกรมให้รับทราบนโยบายและร่วมกัน ขับเคลื่อนในส่วนที่เกี่ยวข้องของแต่ละกรม พร้อมสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการ และได้ประสานหน่วยงานแหล่งทุนต่าง ๆ อาทิ สสส. สปสช. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในการ สนับสนุนงบประมาณ นอกจากนี้ยังได้ประสานความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (มจร.) ในการพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์ สร้างและพัฒนาหลักสูตรประกาศนียบัตรบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์วิถีพุทธ สำหรับบุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หลักสูตรประกาศนียบัตร วิชาชีพสาธารณสุขวิถีพุทธสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สามเณร และ หลักสูตร wellness สำหรับพยาบาล ในการดูแลสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน ในส่วนของภาคเอกชน ก็ได้ประสาน ร่วมมือกับสวนนงนุชพัทยา จังหวัดชลบุรี ให้จัดตั้งและดำเนินการศูนย์การเรียนรู้และ นวัตกรรมสุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง โดยดำเนินในรูปแบบของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ด้วยการส่งเสริมให้ภาคเอกชน (สวนนงนุชพัทยา) สามารถดำเนินการเองได้ภายใต้การ สนับสนุนในการสร้างวิทยากรให้บุคลากรของสวนนงนุชพัทยา สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง ในอนาคต นอกจากนี้ก็ได้มีการประสานองค์กรภาคเอกชนมาร่วมเป็นองค์กรเครือข่ายในการ ขับเคลื่อน ๆ อาทิ สมาคมแม่บ้านสาธารณสุข พร้อมด้วยสาขาสมาคมทุกจังหวัด สมาคมข้าราชการ

บำเหน็จบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข พร้อมด้วยสมาคม/ชมรมฯ ทุกจังหวัด สมาคมหมออนามัย พร้อมด้วยสมาคม/ชมรมฯ 9 แห่ง สมาคมคลังปัญญาอาวุโสแห่งประเทศไทย สถาบันศาสตร์แห่งความสุขและความสำเร็จ (GTO

โครงการพัฒนาทั่วโลก สนับสนุนวิชาการ และเครือข่าย ขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียงนี้ เป็นโครงการที่เชื่อมโยงกับนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง และสนับสนุนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนากำลังคนด้วยสหวิทยาการ ให้เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง และยุทธศาสตร์ที่ 3 การขับเคลื่อนนโยบายการขยายรูปแบบการพัฒนาชุมชนและประชาชนของนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ของกระทรวงสาธารณสุข และผลการดำเนินงานของโครงการนี้จะส่งเสริมสนับสนุนแผนงานยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 สร้างเสริมให้คนมีความสุข ภาวะที่ดี โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิและเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ กิจกรรมหลักพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพมาตรฐานและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (DHB) และสอดคล้องกับนโยบายชาติยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” นำไปสู่การพัฒนาให้คนไทยมีความสุขและตอบสนองต่อการบรรลุซึ่งผลประโยชน์แห่งชาติ ในการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างรายได้ระดับสูง เป็นประเทศพัฒนาแล้วและสร้างความสุขของคนไทย สังคมมีความมั่นคง เสมอภาคและเป็นธรรม ประเทศสามารถแข่งขันได้ในระบบเศรษฐกิจนอกจากนี้โครงการนี้ได้มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และกิจกรรมการดำเนินงานของ สสส. คือ การดำเนินการผ่านระบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการดูแลคุณภาพชีวิตประชาชน สนับสนุนการจัดการสุขภาพเขตเมือง การเสริมสมรรถนะนักสร้างเสริมสุขภาพ และสนับสนุนกลไกการทำงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้น หากมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะ 7 ปี (ปี 2564 – 2570) ของนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง คาดว่าโครงการนี้จะสามารถขยายการดำเนินงานครอบคลุมพื้นที่ทุกตำบล / ชุมชน ทั่วประเทศ ประชาชนก็จะมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตดีขึ้น สังคมและประเทศชาติเข้มแข็งมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืนในที่สุด โดยดำเนินการตามกลไก กระทรวงสาธารณสุขที่สำนักบริหารสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย (สสว.) ขับเคลื่อนร่วมกับการขับเคลื่อน โดยมูลนิธิอุทัย สุขสุข เป็นแกนหลักด้านวิชาการ และประกาศเป็นนโยบายกระทรวงสาธารณสุขด้านสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอ (สธทศ.) ดังนั้นเพื่อเป็นการตอบสนองต่อความจำเป็นและความต้องการของประชาชนตามบริบทของพื้นที่ จึงได้ขอรับการสนับสนุนงบประมาณ จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการพัฒนาต้นแบบ ที่ครอบคลุมทุกเขต เพื่อมีความหลากหลาย สามารถสรุปบทเรียนการการประยุกต์ใช้เครื่องมือและเป็นแหล่งเรียนรู้ต่อไป



ภาพที่ 2.3 กรอบแนวคิดของกระบวนการดำเนินการพัฒนากลไกสนับสนุนวิชาการและเครือข่าย ในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง

วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. พัฒนารูปแบบ เครื่องมือและแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง อย่างมีส่วนร่วมและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. พัฒนาศักยภาพวิทยากรส่วนกลางและเครือข่าย 13 เขต ที่สามารถดำเนินการและขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ฯ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับพื้นที่ได้
3. พัฒนาและเชื่อมโยงเครือข่ายสนับสนุนการขับเคลื่อนและดำเนินงานตามนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ฯ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
4. สนับสนุนให้เกิดอำเภอต้นแบบสุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใน 13 เครือข่าย
5. ผลักดันให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายและแผนการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ฯ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระยะ 5 ปี

กลุ่มเป้าหมาย

	150 คน
1. วิทยากรระดับส่วนกลาง ระดับเขตสุขภาพ (ส่วนกลาง 20 คน เขตสุขภาพ/จังหวัด แห่งละ 10 คน X 13 แห่ง = 130 คน)	
2. ผู้บริหารในจังหวัดเป้าหมายในแต่ละเขต (เขตละ 1 จังหวัด และ กทม. รวม 13 เขต (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และหัวหน้ากลุ่มงานที่ได้รับมอบหมาย 2 คน / จังหวัด และผู้บริหาร กทม. 2 คน รวม 26 คน)	26 คน
3. ทีมพี่เลี้ยงในการขับเคลื่อนและดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถี ใหม่ๆ ระดับพื้นที่ (ระดับ สสจ. 2 คน โรงพยาบาล/ศูนย์บริการสุขภาพ (กทม.) 2 คน สสอ. 2 คน รวม 6 คน/จังหวัดเป้าหมาย)	78 คน
4. ผู้ขับเคลื่อนโครงการฯ ระดับตำบลในอำเภอต้นแบบ บวร.สอ. (เฉลี่ย 10 ตำบล/แขวง ต่ออำเภอ/เขต 13 แห่งๆ ละ 6 คน) ผนวกทีม จังหวัด และ สสอ.	800 คน
5. ผู้ป่วย / ผู้เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของแต่ละอำเภอต้นแบบ (ตำบล/แขวงละ 25 คน X 130 ตำบล/แขวง) (เป้าหมายส่วนนี้ 1. จะดำเนินการขยายเพิ่มเติมอีกตำบล/แขวงละ 25 คน X 130 ตำบล/ แขวง ควบคู่กันไป ด้วยงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น 2. การเลือกกลุ่มเป้าหมายจะดำเนินการให้มีความหลากหลาย อาชีพ พื้นที่ ๆ มีความแตกต่างกันตามลักษณะความเข้มแข็งในการมี ส่วนร่วม การนับถือศาสนา (พุทธ คริสต์ อิสลาม) บริบทพื้นที่	3,250 คน
6. เครือข่ายองค์กรขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ๆ	12 องค์กร
7. ศูนย์การเรียนรู้และนวัตกรรม สุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถี เศรษฐกิจพอเพียง	≥ 10 แห่ง

เกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่ในการดำเนินการ

ในการคัดเลือกพื้นที่ในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของแต่ละอำเภอต้นแบบ (โดยยึดหลัก 3ส.3อ.1น.) ดำเนินการดังนี้

1. เลือกจังหวัดมา 1 จังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพ (12 จังหวัด) โดยคำนึงถึงความสมัครใจของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ความตั้งใจและยินดีจะเข้าร่วมการดำเนินการ ทั้งนี้ ทีมงานโครงการจะพิจารณาจังหวัดที่มีความเข้มแข็งในการดำเนินการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้บริหารมีความตั้งใจและยินดีจะเข้าร่วมโครงการ ก่อนชักชวนเข้าร่วมดำเนินการ ส่วนเขตของ กทม. ก็จะใช้หลักการเดียวกัน

2. การเลือกอำเภอ/แขวงในการดำเนินการ ก็ให้พื้นที่พิจารณาเป็นหลัก โดยมีหลักการดังนี้

2.1 เป็นพื้นที่ ๆ มีปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากหรือค่อนข้างมาก

2.2 ผู้นำหมู่บ้าน/ชุมชน มีความเข้มแข็งและยินดีที่จะเข้าร่วม พร้อมประสานและร่วมดำเนินการ

2.3 ในพื้นที่ดังกล่าวมีบุคลากรสาธารณสุขที่มีความเข้มแข็ง และพร้อมที่จะดำเนินการ ทั้งนี้ ในส่วนของผู้รับผิดชอบ/ผู้ดำเนินการโครงการจะพยายามหาพื้นที่ ๆ มีความหลากหลายหรือแตกต่างกันในเรื่องขนาด บริบทของพื้นที่ และศาสนาอื่น ๆ ร่วมด้วย เพื่อจะได้บทเรียน นำมาพิจารณาปรับใช้ในการขับเคลื่อนต่อไป

วิธีการและขั้นตอนการดำเนินงานโครงการฯ

1. แต่งตั้งคณะกรรมการ อนุกรรมการดำเนินงานโครงการฯ ส่วนกลาง เขตสุขภาพ จังหวัด และอำเภอ ติดต่อประสานงานขอความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

2. พัฒนารูปแบบ เครื่องมือและแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วมและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต

2.1 จัดประชุมคณะกรรมการ อนุกรรมการ คณะทำงานเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อวางแผนพัฒนาและขับเคลื่อนการดำเนินงาน (Onsite และ Online ตามความเหมาะสมของสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019)

2.2 จัดทำคู่มือสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง สู่การปฏิบัติในจังหวัดและอำเภอต้นแบบ

2.3 พัฒนาหลักสูตรและออกแบบการเรียนรู้ การฝึกอบรมและการดำเนินงานโครงการสธทศ. และเครื่องมือการติดตามและประเมินผล ตามบริบทของพื้นที่

3. ประชุมชี้แจงและทำความเข้าใจผู้บริหารในจังหวัดเป้าหมายในแต่ละเขต (เขตละ 1 จังหวัด และ กทม. รวม 13 เขต (2 คน / จังหวัด และผู้บริหาร กทม. 2 คน รวม 26 คน)

4. พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อดำเนินการพัฒนาและปฏิบัติสู่การมีสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ดังนี้

4.1 อบรมและฝึกปฏิบัติการเป็นวิทยากรสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง (ส่วนกลางและเครือข่าย 13 เขต (3 วัน 2 คืน รุ่นละ 75 คน)

4.2 อบรมทีมพี่เลี้ยงในการขับเคลื่อน Coaching และดำเนินการนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ฯ ระดับพื้นที่ (3 วัน)

4.3 พัฒนาทีมปฏิบัติการ และ Coaching ระดับตำบลในการดำเนินการโครงการฯ ระดับตำบลในอำเภอต้นแบบ บวร.สอ. (เฉลี่ย 10 ตำบล/แขวง ต่ออำเภอ/เขต 13 แห่งๆ ละ 6 คน)

4.4 อบรมเชิงปฏิบัติการผู้ป่วย / ผู้เสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของแต่ละอำเภอต้นแบบ และติดตาม เยี่ยมเสริมพลังเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องโดยทีม Coaching ระดับตำบล(ตำบล/แขวงละ 25 คน X 130 ตำบล/แขวง)

5. ประสานและเชื่อมโยงเครือข่ายสนับสนุนการขับเคลื่อนและดำเนินงานตามนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ฯ โดย

5.1 จัดประชุม ประสานและเชื่อมโยงองค์กร/เครือข่ายต่าง ๆ เพื่อขับเคลื่อน ติดตามการดำเนินการเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง 12 องค์กร

5.2 อบรมเชิงปฏิบัติการในการดำเนินการสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียงแก่แกนนำองค์กร (12 องค์กร ๆ ละ 3 คน 2 วัน)

6. สนับสนุนให้เกิดอำเภอต้นแบบ และจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้สุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ใน 13 เครือข่าย โดยประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินการอำเภอต้นแบบ และศูนย์การเรียนรู้สุขภาพดีฯ และสนับสนุนงบประมาณในการจัดตั้งและดำเนินการอำเภอต้นแบบ และศูนย์การเรียนรู้สุขภาพดี (50,000 บาท/ศูนย์)

7. พัฒนาให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายและแผนการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ฯ ระยะ 5 ปี

7.1 ถอดบทเรียนการดำเนินการนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ฯ ในแต่ละระดับ

7.2 ศึกษาวิจัยต้นทุนการดำเนินงานสุขภาพดีวิถีใหม่ฯ ในระดับตำบล

7.3 ประชุมจัดทำแผนการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ฯ ระยะ 5 ปี

8. ติดตามประเมินผลและเยี่ยมเสริมพลังพื้นที่การดำเนินการ พร้อมสรุปรายงานผลการดำเนินงานโครงการและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

9. พัฒนา ปรับปรุงการดำเนินการสุขภาพดีวิถีใหม่ฯ และขยายผลต่อยอดเป็นอำเภอต้นแบบ สุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียงทุกอำเภออย่างต่อเนื่องในระยะ 5 ปี

ทั้งนี้ ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการประชุมชี้แจงในแต่ละระดับ หากสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ยังไม่ลดลง ให้สามารถรวมกลุ่มประชุมได้ จะดำเนินการแบบผสมผสานทั้งแบบ Onsite และ Online (Hybrid) โดยการจัดประชุมเป็นกลุ่มเล็ก ในส่วนของการให้ความรู้จะดำเนินการแบบ Online แต่ในส่วนการฝึกปฏิบัติ จะดำเนินการแบบ Online ควบคู่กับการประชุมกลุ่มเล็กในการฝึกปฏิบัติ โดยมีวิทยากรประจำอยู่ด้วยในการประชุมกลุ่มเล็ก เพื่อให้คำแนะนำฝึกปฏิบัติ และการบริหารจัดการ)

ผลผลิตของโครงการ

1. มีวิทยากรส่วนกลางและเครือข่าย 13 เขต ทีม Coaching ระดับจังหวัด และอำเภอ ทีมปฏิบัติการระดับตำบลที่ได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติ หลักการสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง และเครื่องมือ 3ส.3อ.1น. ในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุม บำบัดรักษา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเน้นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน พร้อมทั้งได้รับมอบหมาย ให้ปฏิบัติหน้าที่ติดตามประเมินผล สนับสนุนเสริมพลังองค์กรภาคีเครือข่าย บวร.สอ. ในการดำเนินงานโครงการฯ ในพื้นที่รับผิดชอบด้วย

2. คู่มือสุขภาพดีวิถีใหม่ฯ ที่บูรณาการเนื้อหา และเครื่องมือจาก กรม/กอง/ภาคี ต่าง ๆ ที่ร่วมดำเนินงาน ซึ่งทีมปฏิบัติการสามารถประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

3. มีองค์กรภาคีเครือข่าย ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานโครงการ 12 องค์กร

4. มีผู้มีความเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำนวน 25 คน (รวม 3,250 คน) ใน 130 ตำบลของอำเภอต้นแบบที่ได้รับการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย 3ส.3อ.1น.

5. มีอำเภอต้นแบบสุขภาพดีวิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง อย่างน้อย 10 แห่ง

6. มีศูนย์การเรียนรู้และนวัตกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ระดับอำเภอต้นแบบ 13 แห่ง

7. มีโครงการต้นแบบ กองทุนตำบลเพื่อการดำเนินงานสุขภาพดีวิถีใหม่ฯ

8. มีงานวิจัยต้นทุนการดำเนินงานสุขภาพดีวิถีใหม่ฯ ในระดับตำบล 1 เรื่อง

9. มีข้อเสนอเชิงนโยบายในการขยายผล

10. มีแผนการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ฯ ระยะ 5 ปี ที่ผ่านการอนุมัติ

ผลลัพธ์ของโครงการ

1. วิทยากรส่วนกลางและเครือข่าย 13 เขต ทีม Coaching ระดับจังหวัด และอำเภอ ทีมปฏิบัติการระดับตำบลมีความสามารถถ่ายทอดความรู้และฝึกปฏิบัติ 3ส.3อ.1น. แก่กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ผ่านเกณฑ์การเป็นวิทยากร และ Coaching ที่กำหนด)

2. ผู้ป่วย/ผู้เสี่ยง NCDs (โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน) สามารถลดน้ำหนัก รอบเอว ความดันโลหิต/ระดับน้ำตาลในเลือดได้ อย่างน้อยร้อยละ 60)
3. อำเภอต้นแบบสุขภาพดีวิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง และศูนย์การเรียนรู้และนวัตกรรมฯ ระดับอำเภอสามารถจัดกิจกรรมเรียนรู้และฝึกปฏิบัติแก่ผู้มารับการอบรม หรือศึกษาดูงาน รวมทั้งทำการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ขยายผลแก่ประชาชนและชุมชนอื่น ๆ ได้
4. เกิดการขยายผลและขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่อย่างมีส่วนร่วม ครอบคลุม และยั่งยืน

ผลกระทบของโครงการ

1. ผลกระทบระยะกลางเกิดความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานเพื่อจัดการ แก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตั้งแต่ระดับนโยบาย จนถึงระดับชุมชน อย่างบูรณาการและยั่งยืน
2. ผลกระทบระยะยาว ในระยะท้ายของช่วงเวลานโยบายฯ ปี 2570 อัตราป่วยและอัตราตายของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและอาการแทรกซ้อนลดลง ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง ทั้งระดับบุคคล ชุมชน สังคมและประเทศชาติ อัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรังลดลง การแออัดของโรงพยาบาลลดลง บุคลากร การแพทย์ พยาบาลและสาขาวิชาชีพมีภาระงานน้อยลง มีความสุขมากขึ้น

ตัวชี้วัดของโครงการ

1. เชิงปริมาณ

- 1.1 วิทยากรทุกระดับและแกนนำองค์กรภาคีเครือข่าย บวร.สอ. ตำบลต้นแบบ สามารถถ่ายทอด องค์ความรู้สุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ได้อย่างน้อย ร้อยละ 70
- 1.2 กลุ่มผู้เสี่ยงและผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย สามารถลดน้ำหนัก รอบเอว ความดันโลหิต/ระดับน้ำตาลในเลือดได้ อย่างน้อยร้อยละ 60
- 1.3 มีคู่มือ แนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับผู้มี ภาวะเสี่ยง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- 1.4 มีองค์กรภาคีเครือข่าย ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานโครงการ 12 องค์กร
- 1.5 มีอำเภอต้นแบบสุขภาพดีวิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง อย่างน้อย 10 แห่ง
- 1.6 มีศูนย์การเรียนรู้และนวัตกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ระดับอำเภอต้นแบบ 13 แห่ง
- 1.7 มีโครงการต้นแบบ กองทุนตำบลเพื่อการดำเนินงานสุขภาพดีวิถีใหม่ฯ
- 1.8 มีงานวิจัยต้นทุนการดำเนินงานสุขภาพดีวิถีใหม่ฯ ในระดับตำบล 1 เรื่อง
- 1.9 มีข้อเสนอเชิงนโยบายในการขยายผล

1.10 มีแผนการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ฯ ระยะ 5 ปี ที่ผ่านการอนุมัติ

2. เชิงคุณภาพ

2.1 ได้รูปแบบอำเภอต้นแบบสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง

2.2 มีศูนย์การเรียนรู้และนวัตกรรม สธทศ. ระดับอำเภอที่จัดกิจกรรมได้

2.3 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ฟังพอใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการปฏิบัติ
3ส.3อ.1น.

2.4 เครือข่ายแกนนำองค์กรภาคีเครือข่าย บวร.สออ. สามารถขยายผลเพิ่มเครือข่าย
และขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ระยะเวลาดำเนินการ

16 มิถุนายน 2564 – 15 มิถุนายน 2566 (รวม 24 เดือน)

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประชาชนผู้ร่วมโครงการฯ มีสุขภาพดีขึ้นด้วยหลักสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ทำให้ประหยัดงบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รายบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติ

2. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถ่ายทอดและประชาสัมพันธ์ บทเรียนและประสบการณ์ และขยายผลการดำเนินงานไปยังตำบล อำเภอ ในจังหวัดนั้นและจังหวัดอื่น ๆ ได้อย่างยั่งยืน

3. ประชาชน บุคลากรสาธารณสุข ผู้มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผู้ป่วย (โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง) สามารถนำหลักการสร้างสุขภาพดี วิถีใหม่วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้นต่อเนื่องและยั่งยืน

4. อำเภอต้นแบบสุขภาพดีวิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง และศูนย์การเรียนรู้และนวัตกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง (ศูนย์ สธทศ.) ในทุกเขตสุขภาพ เป็นแหล่งส่งเสริมการเรียนรู้สำหรับประชาชนในชุมชน ถ่ายทอดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สืบทอดภูมิปัญญา วัฒนธรรม ค่านิยมและเอกลักษณ์ของชุมชน ก่อให้เกิดชุมชนแห่งการเรียนรู้ มุ่งสู่การพัฒนาแบบพึ่งตนเอง

5. ประชาชนสามารถสร้างสุขภาพพึ่งตนโดยนำความรู้และทักษะที่ได้จากการเข้าร่วมโครงการฯโดยนำหลัก 3ส.3อ.1น มาปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแบบมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างสุขภาพพึ่งตน ด้วยหลักการปฏิบัติ 3ส.3อ.1น.

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึงการนำเอาหลักการ 3ส.3อ.1น. ที่บูรณาการ วิธีใหม่ วิธีธรรม วิธีไทย วิธีเศรษฐกิจพอเพียง มาประยุกต์ใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อ การเกิดโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง ซึ่งทำให้ภูมิต้านทานร่างกายต่ำ ซึ่งก่อให้เกิดความเสี่ยงใน การเกิดโรคโคโรนาไวรัส 2019 (โควิด-19) โดยเน้นพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และความเครียด ผลการเปลี่ยนแปลง ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ (น้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความสุข ภาวะความเครียด ภาวะซึมเศร้า) (อุทัย สุตสุขและคณะ. 2564) ดังแสดงในภาพที่ 2.4



ภาพที่ 2.4 คุณลักษณะและผลของการปฏิบัติ 3ส.3อ.1น.

ที่มา: (อุทัย สุตสุขและคณะ, 2564, หน้า 5)

เครื่องมือ 3ส.3อ.1น.

3ส. สวตมมนต์ สมาธิ สนนทธารธรรม: เป็นเครื่องมือสร้างพลังจิตที่สอดคล้องกับหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง พึ่งพาตนเองในการดำรงชีพ ด้วยสิ่งที่ประหยัดเรียบง่าย สงบสุข สันโดษ การปฏิบัติสมาธิจะทำให้จิตนิ่งมีพลัง คนที่จิตเป็นสมาธิจะมีผล ต่อระบบจิตใจ (Psychology) ระบบประสาท (Neurology) ระบบภูมิคุ้มกัน (Immunology) จะเกิดการ ปรับสารเคมีและคลื่นสมอง การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติลดลง ความดันและอัตราการหายใจลดลง หัวใจเต้นช้าลง

คลื่นสมองช้าและเป็นระเบียบขึ้น การเผาผลาญอาหารในร่างกายลดลง ความตึงตัวของ กล้ามเนื้อลดลง เพิ่มภูมิคุ้มกัน แพทย์แผนปัจจุบันยอมรับว่า จิตใจและร่างกายมีความสัมพันธ์กันจริง สมาธิช่วยส่งเสริม สามารถรักษาโรคได้จริง

1ส: สวดมนต์ หมายถึง การสวดมนต์ใช้หลักการทำให้เกิดคลื่นเสียงที่มีความสม่ำเสมอ เพื่อเข้าไป กระตุ้นร่างกายให้เกิดการเยียวยา สมองของเราเมื่อได้รับการกระตุ้นด้วยคลื่นเสียงช้าๆ สม่ำเสมอประมาณ 15 นาทีขึ้นไป จะทำให้เซลล์ประสาทของระบบประสาทสมองสังเคราะห์สารสื่อประสาทหลายๆ ชนิด บริเวณก้านสมองจะหลั่งสารสื่อประสาทชื่อ ซีโรโทนิน (Serotonin) เพิ่มขึ้น ซึ่งมีฤทธิ์คล้ายยานอนหลับ ช่วยในเรื่องทักษะการเรียนรู้ลดความเครียดลดอาการซึมเศร้า ลดระดับน้ำตาลในเลือด และเป็นสารตั้งต้นใน การสังเคราะห์สารสื่อประสาทอื่นๆ เช่น เมลาโทนิน ซึ่งเปรียบคล้ายกับยาอายุวัฒนะ เพราะจะช่วยยืดอายุ การทำงานของเซลล์ประสาท เซลล์ร่างกาย ให้ชีวิตยืนยาวขึ้น และยังมีคุณสมบัติช่วยให้นอนหลับ เพิ่มภูมิ ต้านทาน ทำให้เซลล์สดชื่นขึ้น รวมถึงโคปามีน มีฤทธิ์ลดความก้าวร้าวและอาการพาร์กินสัน

2ส: สมาธิ หมายถึง การทำให้จิตใจสงบ ใจสบายคลายทุกข์หนักแน่น มั่นคง อารมณ์แจ่มใส นอนหลับสบาย ความจำดีทำงานมีประสิทธิภาพ มีผลงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ว่า การเจริญสมาธิต่อเนื่องช่วยให้ ปรับสมดุลของร่างกายและสารเคมีในร่างกาย สร้างสารสุขเมลาโทนิน (Melatonin) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่สมอง ของเราสร้างขึ้นมาโดยธรรมชาติเพื่อช่วยควบคุมการนอนและเป็นนาฬิกาชีวภาพ (Circadian Rhythm) ของร่างกาย โดยสมองจะหลั่งฮอร์โมนชนิดนี้ขึ้นมาในช่วงเวลากลางคืน ทำให้ร่างกายรู้สึกง่วง ทำให้หลับ และช่วยปรับสารสื่อประสาทกาบา (Gamma-Aminobutyric acid (GABA) ในสมองให้พอดีช่วยลดอาการปวด ในระบบประสาทส่วนกลางเพิ่มความยับยั้งชั่งใจ การรู้ผิดรู้ถูก ทำให้ลดความร้อนในร่างกาย ลดอาการชักใน โรคลมชัก ลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ อาการปวดต่างๆ ลดการดื่มสุรา วิตกกังวล จิตเภท ลดความก้าวร้าว ลดโมหะจริต และการใช้สารเสพติด สมาธิมีผลเพิ่มภูมิคุ้มกันโรค สามารถสร้างสุขภาพและบำบัดโรคให้หายหรือทุเลาได้หลายชนิด โดยการปฏิบัติสมาธิต่อเนื่อง 12 - 15 นาที (อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน) สมาธิมีผล ต่อการทำงานของ Baroreceptor และระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมความดันโลหิต การทำงานของ ระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ทำให้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกลดลง มีผลทำให้ความดันโลหิตลดลงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

3ส: สันทนาธรรม หมายถึง การสนทนาที่เป็นการสื่อสารสองทางระหว่างผู้สนทนา ตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไป สร้างความรู้เรื่องพุทธธรรมมากขึ้น และเป็นการกระตุ้นให้นำธรรมนั้นๆ ไปปฏิบัติจนเกิดสติปัญญา พิจารณาอย่างถ่องแท้รู้คุณ รู้โทษ รู้ประโยชน์ตามความเป็นจริงก่อให้เกิดศีลสมาธิปัญญาในชีวิตประจำวัน

3อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์(วิถีธรรม)

1อ อาหาร วิถีธรรม: หมายถึง การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ตามหลักโภชนาการในปริมาณ พอประมาณ และสัดส่วนที่เหมาะสม คือ ผัก ผลไม้ 2 ส่วน : โปรตีนไขมัน 1 ส่วน : และข้าว แป้ง 1 ส่วน (สัดส่วน 2 : 1 : 1) โดยใช้หลักธรรมการรู้จักประมาณในการบริโภค ตามหลักโภชนาการตามหลักอริยสัจและมัชฌิมา ปฏิบัติและรับประทานอาหารที่มีคุณภาพ ไม่หวาน มัน เค็ม มาก โดยพิจารณาอาหารก่อนรับประทานตามหลักโยนิโสมนสิการ การพิจารณาโดยท่องแท้ถึงเหตุผล ประโยชน์และมีใช้ประโยชน์และตามหลักปัจจัย สันนิสิตศีล คือ การบริโภคปัจจัย 4 ให้เป็นไปเพื่อประโยชน์ที่แท้จริง เพื่อหล่อเลี้ยง ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ให้ร่างกายเป็นปกติสุขพอเพียง มิใช่รับประทานตามความอยากหรือความอร่อยเท่านั้น

2อ ออกกำลังกาย วิถีธรรม: หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายที่ควบคุมด้วยสติสัมปชัญญะ กำหนด จิตให้แน่วแน่ อยู่กับอวัยวะที่เคลื่อนไหวตลอดเวลา เพื่อให้เกิดสมาธิและปัญญา รู้ตัวอยู่กับปัจจุบัน ส่งผลให้ ร่างกายหลั่งสารสุข (Endorphin) ลดระดับฮอร์โมนเครียด (Stress hormone) ภาวะเครียดที่ทำให้เกิด กลุ่มอาการทางเมตาบอลิกรออกกำลังกายให้ถึงระดับหนักพอควรจนรู้สึกเหนื่อยหอบ ร้องเพลงไม่ได้ อย่าง ต่อเนื่อง ครั้งละ 30 นาทีอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรือ 150 นาทีต่อสัปดาห์ การเดินเร็วอย่างน้อยวันละ 30 นาทีซึ่งพลังงานที่ใช้ใน 3 นาทีแรกจะใช้น้ำตาล ร้อยละ 60 และ จากไขมัน ร้อยละ 40 นาทีที่ 20 ร่างกายจะใช้พลังงานจากน้ำตาล ร้อยละ 50 และจากไขมัน ร้อยละ 50 หลังจากเวลาที่ 30 ไขมันจะถูกเผาผลาญมากขึ้นเป็น ร้อยละ 60 ทุกครั้งขณะเดินเร็วหรือวิ่งอยู่ให้หัดหายใจเข้าลึกๆผ่อนลมโดยเป่าออกทางปากซ้าๆ พร้อมกับผ่อนคลาย กล้ามเนื้อทั่วร่างกายไปด้วย รับรู้ความรู้สึก ร่างกายว่ายังมีพลังพอไหม ยังสบายดีอยู่หรือเปล่า ตลอดเวลา ใน การวิ่งให้ความกำหนดสติสนใจอยู่กับลมหายใจและร่างกายตลอดเวลา ให้ทั้งความคิดมาอยู่กับเวทนาของ ร่างกาย ฝึกอย่างนี้ให้ชำนาญ


3อ.อารมณ์ วิถีธรรม: คือการฝึกจิตให้มีพลัง โดยใช้หลักภาวนา 4 ดังนี้

- 1) การพัฒนากาย ภาวนา คือ การพัฒนาอินทรีย์ 5 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ ซึ่งเป็นสิ่งเชื่อมต่อกับอารมณ์ทั้ง 5 ได้แก่ รูป เสียง กลิ่น รส สัมผัส อารมณ์ที่ใจรับรู้การพัฒนาอินทรีย์ 5 มีวัตถุประสงค์เพื่อฝึกฝนในด้านการใช้งาน คือทำให้อินทรีย์เหล่านั้นมีความเฉียบคม มีความละเอียด มีความ คล่องแคล่ว มีความชัดเจน ฝึกฝนในด้านการเลือกสิ่งที่มีคุณค่า และมีประโยชน์มากที่สุด ขณะเดียวกันก็มีวิธี หลีกเว้นจากสิ่งที่เป็นภัย เป็นโทษ หรือสิ่งไม่ดีต่างๆ ไม่ให้ทะลักเข้ามาสู่อินทรีย์ โดยมีใจเป็นตัวรับรู้ทั้งหมด
- 2) การพัฒนาศีล สติภาวนาคือการฝึกฝนด้านความประพฤติระเบียบวินัย ความสุจริต ทางกาย และวาจา โดยการอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความเกื้อกูล พึงพาอาศัยกัน ไม่เบียดเบียน ไม่ทำลายกัน เพื่อให้บุคคลสามารถอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้อย่างปกติสุข
- 3) การพัฒนาจิต (จิตภาวนา) คือ การฝึกฝนด้านคุณภาพของจิต การฝึกจิตใจให้เข้มแข็ง มั่นคงแน่วแน่ เจริญ


งอกงามด้วยคุณธรรมทั้งหลายควบคุมตนได้ดีมีสมาธิมีกำลังใจสูง ให้เป็นจิตที่สงบ ผ่องใส ปราศจากสิ่งรบกวน หรือทำให้เศร้าหมอง โดยเฉพาะการใช้ปัญญาอย่างลึกซึ้ง และตรงตามความเป็นจริง

4) การพัฒนาด้านปัญญา (ปัญญาภาวนา) คือ การฝึกปรี้อปัญญาให้เกิดความรู้ความ เข้าใจสรรพสิ่งทั้งปวงตามความเป็นจริง รู้เท่าทัน เห็นโลกและชีวิตตามสภาวะ จนกระทั่งหลุดพ้น มีจิตใจเป็น อิสระ ผ่องใส เบิกบานโดยสมบูรณ์ เมื่อปัญญาที่บริสุทธิ์ รู้เห็นตามเป็นจริงนี้เกิดขึ้นแล้ว ก็จะช่วยให้จิตนั้นสงบ มั่นคง บริสุทธิ์ผ่องใสยิ่งขึ้น ทำตนให้บริสุทธิ์จากกิเลสและปลดพ้นจากความทุกข์แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยปัญญา

1น. ได้แก่ นาฬิกาศีวิต วิถีพุทธ นาฬิกาศีวิต วิถีพุทธ: เป็นเครื่องมือปฏิบัติในการสร้างสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคเรื้อรัง ด้วยการ บูรณาการหลักการแพทย์การสาธารณสุข และวิถีพุทธธรรมที่ใช้ชั่วโมงเวลาของนาฬิกาขึ้นนำการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน ประกอบด้วย การสวดมนต์เจริญสมาธิสนทนาธรรม (3ส.) รับประทานอาหารพอเพียง ออกกำลังกาย สม่่าเสมอ ปรับอารมณ์แจ่มใส (3อ.) และการทำภารกิจหน้าที่ประจำวันของแต่ละคน เช่น การเรียน การประกอบอาชีพ เศรษฐกิจพอเพียง รับราชการ ทำงานเอกชน เป็นต้น ด้วยการใช้สติสัมปชัญญะ สมาธิอย่าง ต่อเนื่อง ให้สอดคล้องสัมพันธ์กับการทำงานของอวัยวะสำคัญของร่างกาย จนเกิดวินัยและสุขนิสัยประจำตน ส่งผลให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี คุณประโยชน์ของนาฬิกาศีวิต วิถีพุทธ มีดังนี้ 1) ใช้เป็นเครื่องมือกำกับตนเองให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3ส.3อ. และภาระงานตามหน้าที่ครบถ้วน สม่่าเสมอ โดยใช้จิตปัญญา ควบคุมกายและสังคัม ให้กายและสังคัมมีพลังคิดพูดทำสิ่งที่ถูกต้อง เช่น ลดอาหารหวาน มัน เค็ม ขยับออกกำลังกาย คลายเครียด เป็นต้น 2) ทำให้สุขภาพสมบูรณ์ทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคัม แบบเชื่อมโยงเป็นองค์รวมและสมดุล 3) สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกัน ควบคุมรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีภาวะ เสี่ยงและผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หัวใจและ หลอดเลือด มะเร็ง หลอดเลือดสมอง เป็นต้น 4) ใช้ปฏิบัติเพื่อบำบัดโรคหลายชนิดให้หาย หรือทุเลาลง หรือลดอาการแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่าย ลดเวลาไปพบแพทย์คุณภาพชีวิตดีขึ้น เช่น นอนไม่หลับ ท้องผูก โรคกายจิต โรคหอบหืด โรคภูมิแพ้โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคเรื้อรัง เป็นต้น 5) ความจำดีเฉลียวฉลาด เรียนหนังสือเก่ง มีความเฉลียวฉลาดทางอารมณ์ 6) ทำงานมีประสิทธิภาพ โดยมีสมาธิสติสัมปชัญญะ ตลอดเวลาทำงาน 7) มีวินัย สุขนิสัย และจิตสำนึกประจำตนดี 8) ได้บุญกุศลจากการปฏิบัติและเผยแพร่พระธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้า 9) อายุยืน คุณภาพชีวิตดี 10) สังคมยกย่องนับถือ เป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิต มีคุณธรรมจริยธรรม



กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine




มูลนิธิอุทัย สูดสุข
www.uthaiss.org

เครื่องมือ 3ส. 3อ. 1น.

วิถีธรรม วิถีไทย เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคเรื้อรัง

โดย : ดร.นายแพทย์อุทัย สูดสุข




เป็นนวัตกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคเรื้อรัง ด้วยการบูรณาการหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน แผนไทย แผนทางเลือก การสาธารณสุข เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง ส่งผลให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

องค์ประกอบของเครื่องมือ 3ส. 3อ. 1น. ได้แก่

(3ส.) คือ สวดมนต์ สมาธิ สันทนาธรรม


(3อ.) คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ –วิถีพุทธ

(1น.) คือ นาฬิกาชีวิต –วิถีพุทธ








ประโยชน์

- ทำให้สุขภาพทางกาย จิต ปัญญา และสังคม สมบูรณ์อย่างสมดุล
- ความจำดี เฉลียวฉลาด ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ



ผลิตและเผยแพร่โดย : กองการแพทย์ทางเลือก I-2019-034

www.thaicam.go.th
 02 591 7007

ภาพที่ 2.5 เครื่องมือ 3ส.3อ.1น. วิถีธรรม วิถีไทยเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ
ป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง
ที่มา: กองการแพทย์ทางเลือก (2565)



กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine



มูลนิธิอุทัย สดสุข
www.uthaisai.org

เครื่องมือ 3ส. 3อ. 1น. วิถีธรรม วิถีไทย เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคเรื้อรัง



3ส.



สวดมนต์

สมาธิ

สนทนา
ธรรม

เกิดสารสุขซีโรโทนิน
ลดความเครียด
ซึมเศร้า
นอนหลับดี
ลดน้ำตาลในเลือด
และโคพามีน
ช่วยผ่อนคลาย
ลดความดันโลหิต

- เกิดสารสุขเมลาโทนิน
จิตตั้งมั่น สงบ
ลดความเครียด
นอนหลับดี
เรียนเก่ง ทำงานดี
- เพิ่มภูมิคุ้มกัน
ป้องกันโรค
และรักษาโรค
เช่น เบาหวาน
ความดันโลหิตสูง

- สนทนาสองทาง
เรื่องสังขธรรม
- ฉลาดรู้เท่าทันโรค
- ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ด้วย 3ส. 3อ. 1น.



ภาพที่ 2.6 เครื่องมือ 3ส. ใน เครื่องมือ 3ส.3อ.1น.

วิถีธรรม วิถีไทยเพื่อสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง

ที่มา: กองการแพทย์ทางเลือก (2565)


 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
 Department of Thai Traditional and Alternative Medicine


 มูลนิธิอุทัย สดสุข
 www.uthaiss.org

เครื่องมือ 3ส. 3อ. 1น.

วิถีธรรม วิถีไทย เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคเรื้อรัง

**อาหาร
วิถีธรรม**

บริโภคพอประมาณ
มีสติ ลดหวาน มัน เค็ม
ทานอาหาร สัดส่วน 2:1:1
(ผัก : โปรตีน : ข้าว)



3อ.

**ออกกำลังกาย
วิถีธรรม**

กราบเบญจางคประดิษฐ์
เดินจงกรม
โยคะ
มณีเวช
สักการะสิ่งศักดิ์สิทธิ์



**อารมณ์
วิถีธรรม**

จิตตั้งมั่น
ปล่อยวาง
ใช้สติสัมปชัญญะ
สังสรรค์ สามัคคี



ที่มา เครื่องมือ 3ส 3อ 1น
 วิถีพุทธ เพื่อสร้างสุขภาพและคุณภาพชีวิต
 โดย ดร.นายแพทย์อุทัย สดสุข มูลนิธิอุทัย สดสุข

ภาพที่ 2.7 เครื่องมือ 3อ. ใน เครื่องมือ 3ส.3อ.1น.

วิถีธรรม วิถีไทยเพื่อสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง

ที่มา: กองการแพทย์ทางเลือก (2565)



กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
Department of Thai Traditional and Alternative Medicine



มูลนิธิอุทัย สุดสุข
www.uthaiss.org

เครื่องมือ 3ส. 3อ. 1น. วิถีธรรม วิถีไทย เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคเรื้อรัง

1น.

นาฬิกาชีวิต

3ส. 3อ. 1น.

**การใช้เวลาตามนาฬิกาชีวิต ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
ให้มี 3ส. 3อ. 1น. และภาระงานตามความรับผิดชอบ
ด้วยการ มีสติ สมาธิ กำกับตลอดเวลา**

ที่มา เครื่องมือ 3ส 3อ 1น วิถีพุทธ เพื่อสร้างสุขภาพและคุณภาพชีวิต
โดย ดร.นายแพทย์อุทัย สุดสุข มูลนิธิอุทัย สุดสุข

ภาพที่ 2.8 เครื่องมือ 1น. ใน เครื่องมือ 3ส.3อ.1น.

วิถีธรรม วิถีไทยเพื่อสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรัง

ที่มา: กองการแพทย์ทางเลือก (2565)

งานวิจัยและการประเมินโครงการที่เกี่ยวข้อง

กรฐณรัช ปัญญาใส, พิชามณูชู่ ภูเจริญและณิชนมล เปี้ยอยู่ (2560) ทำการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตำบล แม่กรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ แบบวัดความรู้ทางด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .67-.91 แบบบันทึกภาวะสุขภาพแบบประเมิน ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .79 เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องวัด ความดันโลหิต สายวัดความยาวรอบเอว และเครื่องชั่งน้ำหนักพร้อมชุดวัดส่วนสูง ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวม ข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2559 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทางด้านสุขภาพทั้ง 8 ด้าน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 2) หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพดีขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตตัวบน ความดันโลหิตตัวล่าง ความยาวรอบเอว และดัชนีมวลกาย น้อยกว่าก่อนการทดลอง และ 3) หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยรวมในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.67$, $SD = .62$) จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าก่อนนำกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ ควรมีการประเมินสภาพปัญหา ความต้องการของพื้นที่ และความรู้ทางด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

วิริยะ ลิ่มมัน (2561) ทำการประเมินผลโครงการสร้างสุขภาพวิถีธรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าหนัด ด้วยการใช้ CIPP Model เป็นตัวแบบการประเมิน วัตถุประสงค์เพื่อติดตามความก้าวหน้าและแก้ไขปรับปรุงการดำเนินงานในระยะเริ่มก่อตั้งโครงการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เหมาะสมจากผู้เกี่ยวข้องรวม 24 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และสนทนากลุ่ม จัดเรียงข้อมูลผลศึกษาเป็นข้อความลักษณะบรรยาย เพื่อเชื่อมโยงกับแนวคิดทฤษฎีและวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหาและตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าผลการประเมินพบว่าบริบทโครงการฯ สอดคล้องกับแนวนโยบายที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างชัดเจน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและอาหารปรับสมดุลเป็นยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านปัจจัยนำเข้างบประมาณสำหรับซื้อวัตถุดิบอาจไม่พอหากมีผู้สนใจเพิ่มขึ้นในอนาคต อย่างไรก็ตามเนื้อหาที่เหมาะสมและการพัฒนาศักยภาพจิตอาสาคือปัจจัยที่ส่งผลต่อการบรรลุตามวัตถุประสงค์โครงการในมิติของขั้นตอนกระบวนการหากเพิ่มสัดส่วนเวลาของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นรูปธรรมจะช่วยเพิ่ม

ประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ซึ่งสาเหตุพบว่าขาดการบ่งชี้รายละเอียดว่า “ต้อง(กินอย่างไร)ปรับเปลี่ยนอย่างไร” โดยสิ่งเหล่านี้จะได้รับการแก้ไขเพิ่มเติมจากโครงการฯ ด้าน ผลผลิตผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าโครงการมีส่วนช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ โครงการได้ ดูจากคะแนนความพึงพอใจที่อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.17, SD = 0.91$) ด้านผลกระทบเห็น พ้องกันว่าโครงการช่วยให้ประหยัด สามารถพึ่งตนเองทางสุขภาพได้ดีกว่าเดิม โดยมีความต่อเนื่องของ การเข้าร่วมกิจกรรมเป็นตัวบ่งชี้สำคัญสำหรับความสำเร็จของโครงการยิ่งกว่านั้น ทำให้ทราบปัญหา ของระบบการดูแลผู้ป่วยในขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เคยเกิดขึ้นจริง หากต้องการเพิ่ม ประสิทธิภาพการแก้ไขปัญหาด้วยโครงการฯที่สามารถส่งผลถึงผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีควรปรับขยาย เพิ่มสัดส่วนเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างเงื่อนไขให้มีการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยทำคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

สาโรจน์ ประพรมมา (2563) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมวิถีธรรม วิถีไทยใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมวิถีธรรม วิถีไทย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ในอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 50 คน กิจกรรมในโปรแกรม ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ การอบรม ให้ความรู้ การติดตามพฤติกรรม และสนทนากลุ่มย่อย ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคมถึง เดือนเมษายน พ.ศ.2561 ผลวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ติดตามได้หลังสิ้นสุดการวิจัย จำนวน 15 คน ในภาพรวม มีน้ำหนักตัวเฉลี่ย ลดลงเล็กน้อย (weigh first = 67.15 kg; 95% CI: 66.79, 67.50, weigh last = 66.35 kg; 95%CI: 65.97, 66.72) เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดไม่เปลี่ยนแปลง ส่วนพฤติกรรมสุขภาพไม่สามารถประเมินได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างขาดการบันทึกประจำวัน จากการ ประเมินผลรายบุคคล พบว่า กลุ่มเสี่ยง 5 ราย มีน้ำหนักตัว เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด ลดลง นอกจากนี้ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม พบว่า การปฏิบัติตาม แนวทางพุทธศาสนา ความใส่ใจ ในเรื่องสุขภาพ อาหารประจำท้องถิ่น และการดำเนินภารกิจประจำวัน ล้วนส่งผล ต่อการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีและไม่ดี

ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์และคณะ (2563) ทำการประเมินผลโครงการพัฒนาเครือข่าย พยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อน อำเภอจัดการสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 7 นี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลโครงการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อน อำเภอจัดการสุขภาพของ เขตสุขภาพที่ 7 รูปแบบการวิจัยเป็นการประเมินผลโครงการตามแบบจำลองชิปโมเดล ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงานและผลผลิตจากโครงการ โดยเก็บข้อมูล จากรายงานผลการดำเนินงาน การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จากผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 62 คน วิเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลจากการวิจัย พบว่า

(1) ด้านบริบท โครงการมีการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างพยาบาลชุมชนกับเครือข่าย ต่าง ๆ ในพื้นที่ ได้อย่างเป็นรูปธรรม มีการขับเคลื่อนใน 3 ภาคส่วน ได้แก่ ภาควิชาการ ภาคการเมือง และภาคประชาชน สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ด้วยกระบวนการเสริมพลัง สร้างคุณค่าให้กับคนทำงาน และหาแนวทางแก้ไขปัญหา ร่วมกันเพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะ (2) ด้านปัจจัยนำเข้า บุคลากรสามารถดำเนินโครงการร่วมกับภาคีเครือข่าย และสหวิชาชีพได้เป็นอย่างดี เป็นกลไกของการทำงานร่วมกัน มีการแผนงานการดำเนินงานของเครือข่าย โดยเน้นให้ เครือข่ายได้มีการออกแบบกิจกรรมที่เป็นกลไกการหนุนเสริมสมรรถนะ ได้แก่ สมรรถนะเชิงวิชาการ เชิงวิชาชีพ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเสริมพลัง การสร้างสัมพันธ์ภายในทีม (3) ด้านกระบวนการ ใช้กลไกการขับเคลื่อนภายใน พื้นที่ระดับอำเภอ ในการออกแบบกระบวนการพัฒนา โดยใช้บริบทพื้นที่เป็นฐาน และนำประเด็นสุขภาพที่เป็นปัญหา มาเป็นเรื่องในการบริหารจัดการเป็น 1 อำเภอ 1 โครงการ รวมถึงให้ความสำคัญในการเป็นนักจัดกระบวนการเรียนรู้ ในพื้นที่ของตนเอง (4) ด้านผลผลิตของการดำเนินงาน มีการพัฒนาด้านความรู้โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ชุมชน การอบรมเชิงปฏิบัติการการวิจัยในงานประจำ โดยมีโครงการที่ดำเนินงานในพื้นที่ 10 โครงการ มีผลงานวิจัยที่เกิดขึ้นในพื้นที่ จำนวน 43 เรื่อง และนวัตกรรม จำนวน 13 ผลงาน ผลจากการประเมินสะท้อนให้เห็นว่าทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน เห็นสอดคล้องกันว่า โครงการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อนอำเภอจัดการสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 7 สามารถนำไปแก้ปัญหาได้ของพื้นที่ จากข้อมูลสภาพปัญหาโรคและภัยสุขภาพที่เป็นจริงและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และเป็นการส่งเสริมให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานได้อย่างเป็นรูปธรรม

ประมวล เหล่าสมบัติวิ และสาโรจน์ ประพรมมา (2563) พัฒนานวัตกรรมโปรแกรม มะขาม 3 รุ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ในการลดภาวะเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ออกแบบให้อ้างอิงกับพีชเศรษฐกิจของชุมชน และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม คือ กลุ่มเสี่ยง (มะขามห่ม) กลุ่มผู้ป่วย (มะขามสุก) และกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (มะขามขึ้นรา) ลดอาการแทรกซ้อนของผู้ป่วยรายเก่า โดยการประเมินค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว DTX, HbA1C และ eGFR ในระยะเวลา 6 เดือน (ต.ค.61 - เม.ย.62) ในพื้นที่นาร่อง อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้รูปแบบ Practical Action Research กลวิธี คือ 1) คัดกรองความเสี่ยงในประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 1,104 ราย และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง โดยใช้ Role mote แบ่งเป็นครู 4 เหล่า คือ พยาบาล อาจารย์ พระสงฆ์ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) ให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มและรายบุคคลในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โดยทีมสหวิชาชีพ (ใช้หลัก 3อ.3ส.1น.อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย สวดมนต์ สมาธิ สันทนาการ และนาฬิกาชีวิต) 3) กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนใช้กระบวนการให้

สุขศึกษารายบุคคลโดยแพทย์ประจำบ้าน มีการติดตามและประเมินผลทุกกระบวนการโดยทีม อสม. และจิตอาสาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงปริมาณ Paired t-test, Z-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิง คุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการคัดกรองพบว่า ประชาชนมีภาวะเสี่ยงต่อการเป็น โรคเบาหวาน 37 ราย (Prevalence = 3.4; 95% CI: 2.4, 4.6) หลังสิ้นสุดโครงการ พบว่า กลุ่มเสี่ยง (37 ราย) มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยลดลง จาก 25.66 เหลือ 24.99 (Mean difference = 0.67; 95% CI: 0.46,0.88) มีเส้นรอบเอวเฉลี่ยลดลง จาก 82.69 เซนติเมตรเหลือ 80.84 เซนติเมตร (Mean difference - 1.76; 95% CI: 1.05,2.47) และค่า DTX ลดลง 12.32 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (36 ราย) เสียชีวิต 3 ราย ระหว่างการศึกษา (เหลือ 33 ราย เมื่อสิ้นสุดโครงการ) เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในรอบแรก (ต.ค.61) มีผู้ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดไม่ได้ (HbA1C > 7) 16 ราย จากนั้นลดเหลือ 6 ราย ในรอบสอง (ม.ค.62) และรอบสุดท้าย (เม.ย.62) ลดเหลือ 3 ราย (proportions difference - 36.1; 95% CI: 17.5, 54.7) กลุ่มที่มี ภาวะแทรกซ้อน (10 ราย ร้อยละ 30.6 ของผู้ป่วยเบาหวาน) พบภาวะแทรกซ้อนทางไต เมื่อเริ่มต้น อยู่ในระดับ 3A – 3B เมื่อสิ้นสุดโครงการผู้ป่วยสามารถปรับระดับได้ดีขึ้น 5 รายโดยค่า CKD อยู่ใน ระดับ 2 ถึง 3A โปรแกรมมะขามหวาน 3 รุ่น มีประสิทธิผลในการควบคุมระดับน้ำตาลและภาวะเสี่ยง ที่อาจก่อให้เกิดโรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ 1) การจัดโปรแกรมแก้ไขปัญหามาให้เหมาะกับ กลุ่มเป้าหมาย 2) การใช้บุคคลต้นแบบในการสื่อสารกับชุมชน และ 3) การใช้อาสาสมัครจิตอาสา เฉพาะกิจที่ผ่านกระบวนการคัดเลือกโดยชุมชนและผ่านการทดสอบสมรรถนะโดยบุคลากร สาธารณสุข คำสำคัญ: วัฏกรรมโปรแกรมมะขาม 3 รุ่น, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, ระดับน้ำตาลในเลือด

อุทัย สุตสุข, อธิพร สธิธรร, พัชรีย์ กลัดจอมพงษ์ และบุษบา ไจกล้ำ (2564) ทำการ พัฒนารูปแบบ และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพดีวิถีพุทธเพื่อป้องกันและ ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ออกแบบการวิจัยสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อน และหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ จำนวน 99 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้รูปแบบ 50 คน และกลุ่มที่ไม่ใช้รูปแบบ 49 คน เก็บรวบรวม โดยใช้โปรแกรมการ สร้างเสริมสุขภาพดีวิถีพุทธด้วยการปฏิบัติตนตาม 3ส.3อ.1น. ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการสร้าง เสริมสุขภาพดีวิถีพุทธเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ 1) โปรแกรม 3ส.3อ.1น. 2) การรายงานตนเองในการปฏิบัติตนตามโปรแกรม และ 3) การติดตาม สนับสนุน ส่งเสริม และเสริมพลังโดยทีมสุขภาพ ด้านประสิทธิผลของรูปแบบพบว่า รูปแบบที่ พัฒนาขึ้นนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ กลุ่มที่ใช้ รูปแบบมีภาวะสุขภาพ ได้แก่ ค่าน้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และค่าระดับน้ำตาล ในเลือดลดลง และมีความรู้ ความสุขเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จึงควรขยายผล รูปแบบไปใช้ ในพื้นที่อื่น ๆ และในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

เนื่อทิพย์ หมุ่มมาก, ศรีัญญา ขาญสุข และณัฐยา ไทยนารณ (2564) ได้ทำการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุขกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายไม่เหมาะสม คือ ใช้แรงอย่างหนัก และ/หรือไม่มี การออกแรงหรือมี การออกแรงติดต่อกันน้อยกว่า 10 นาที ร้อยละ 55.4 ออกกำลังกายไม่เหมาะสม น้อยกว่าสัปดาห์ละ 3-5 วัน และ/หรือไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 86.9 และออกกำลังกายแต่ละครั้ง น้อยกว่า 30 นาที ร้อยละ 87.9 รับประทานอาหารไม่เหมาะสม คือ เติมผงชูรส ร้อยละ 98.2 รับประทานอาหาร รสเค็ม/รสหวาน ร้อยละ 95.1 ดื่มเครื่องดื่ม เช่น กาแฟ โอวัลติน น้ำอัดลม ร้อยละ 92.1 และ รับประทานอาหารพวกไขมัน ร้อยละ 89.9 มีความ เครียดจนนอนไม่ค่อยหลับหรือต้องใช้ยานอนหลับ ร้อยละ 39.1 มีผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 14.4 และผู้ดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 26.9

3. กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ดัชนีมวล กายเกินเกณฑ์ ($\geq 25 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 34.9 รอบเอว เกินเกณฑ์(เพศชาย ≥ 90 ; หญิง $\geq 80 \text{ cms.}$) ร้อยละ 51.4 ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์เสี่ยง (100 - 125 mg%) ร้อยละ 47.2 และอยู่ในเกณฑ์สงสัย ป่วยเบาหวานร้อยละ 6.7 ระดับความดันโลหิตสูง อยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติ (SBP 130 - 139 mmHg และ DBP 85 - 89 mmHg) ร้อยละ 41.1 และอยู่ ในเกณฑ์สงสัยเป็นความดันโลหิตสูง (BP $\geq 140/90 \text{ mmHg}$) ร้อยละ 6.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า กิจกรรมทางกายและออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับ ความดันโลหิต($r = .086, p < .01$) ภาวะเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับน้ำตาลในเลือด ($r = .096, p < .01$) การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับดัชนีมวลกายกับรอบเอว ($r = .121, p < .01; r = .203, p < .01$) การดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับ รอบเอว ($r = .109, p < .01$) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเน้น การดำเนินงานเชิงระบบในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ชนิษฐา สระทองพร้อมและ สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์ (2564) ทำการวิจัยกึ่งทดลองนี้โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก่อนและหลังการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านหนองรี ตำบลบ้านเลือก อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างได้มาจากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2561 ถึง 1 พฤษภาคม 2561 จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1.โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2.แบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง และแบบประเมิน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ.2 ส. โดยผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลก่อนและหลังการนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง สถิติที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยสถิติพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง Pair t-test ผลการวิจัยพบว่าหลังการใช้โปรแกรมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($M=3.13$, $SD=0.10$) สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม ($M=2.14$, $SD=0.16$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ควรนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2ส.ไปใช้ในกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้สูงอายุ เด็กที่มีภาวะอ้วน เพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ

เบญจพร วัฒนศิริเวช (2564) ประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การใช้ยา กิจกรรมกระบวนการผลิตและผลลัพธ์ของการดำเนินงานทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการ จำนวนทั้งสิ้น 22 ราย เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ 1) แบบเก็บผลลัพธ์ที่สำคัญทางคลินิกของโรคเบาหวาน 2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เพื่อประเมินความรู้ด้านโรคเบาหวาน อาหาร และการใช้ยาเบาหวานและ 3) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อประเมินปัญหาจากการใช้ยา เก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) และสถิติเชิงอนุมาน Paired t-Test ผลการประเมินการดำเนินงานตามรูปแบบชิปโมเดล (CIPP Model) ของ Stufflebeam ด้านบริบทพบว่าทำให้คำปรึกษาด้านยาแบบเดิมขาดการประเมินผล และเป็นการให้คำปรึกษาแบบทางเดียว ไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและไม่ได้วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยเฉพาะราย ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ตรงประเด็น ด้านปัจจัยนำเข้าพบว่าทำให้คำปรึกษาด้านยาแบบรายกลุ่ม สามารถเพิ่มความรู้ของผู้ป่วยทั้งทางด้านโรค อาหารและยาได้ ส่วนการให้คำปรึกษาด้านยารายบุคคล ทำให้สามารถค้นหาปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย และช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจสามารถแก้ปัญหาการใช้ยาได้ด้านกระบวนการควรใช้กระบวนการอย่างเป็นระบบ และมีการติดตามอย่างต่อเนื่องด้านผลลัพธ์ พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปณิธาน กระสังข์, จิระศักดิ์ ทัพพา (2564) ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชุมชนตำบลบ้านฉาง อำเภอเมืองจังหวัดปทุมธานี การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบค่าน้ำตาลในเลือดและค่าความดันโลหิตก่อนและหลังประยุกต์ใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรมกลุ่มทดลอง 2) เพื่อเปรียบเทียบค่าน้ำตาลในเลือดและค่าความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังประยุกต์ใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม 3) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพหลังประยุกต์ใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรมระหว่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 72 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 36 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 36 ราย เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม ประกอบด้วยหลักปฏิบัติ 3ส (หลักการสวดมนต์ เจริญสมาธิ สันทนาธรรม) หลักปฏิบัติ 3อ (หลักการออกกำลังกาย การกำหนดอาหาร การควบคุมอารมณ์) หลักปฏิบัติ 1น (การนำหลักปฏิบัติ 3ส 3อ ปฏิบัติตามวิถีชีวิต ฝึกปฏิบัติแต่ละกิจกรรมใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง ห่างกันกิจกรรมละ : สัปดาห์ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน หาค่าดัชนีของความสอดคล้องได้เท่ากับ .71 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .70 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าน้ำตาลในเลือดและค่าความดันโลหิตก่อนและหลังประยุกต์ใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรมกลุ่มทดลองใช้สถิติ Pair sample t-test และเปรียบเทียบค่าน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพหลังประยุกต์ใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Independent sample t-test ผลการศึกษา พบว่า หลังการประยุกต์ใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรมกลุ่มทดลอง มีระดับค่าน้ำตาลในเลือดและค่าความดันโลหิต Systolic ต่ำกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เปรียบเทียบค่าน้ำตาลในเลือดและค่าความดันโลหิต Systolic ระหว่างกลุ่มทดลอง และควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าน้ำตาลในเลือดและค่าความดันโลหิต Systolic ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพหลังการประยุกต์ใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม สูงกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กิตติพงษ์ สัญชาติวิรุฬห์และคณะ (2565) ได้ทำการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Study) เพื่อประเมินผลโปรแกรมสุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 53 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 26 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 27 คน อบรมให้ความรู้กลุ่มทดลองโปรแกรม สุขภาพดีวิถีธรรม วิถีไทย (3ส.3อ.1น.) จำนวน 3 วัน แจกนาฬิกาสุขภาพและติดตามกลุ่มตัวอย่างทุกสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างในกลุ่มและ ระหว่างกลุ่มด้วย Paired t-test และ Independent t-test พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สถานภาพคู่ นับถือศาสนาพุทธ รับประทานยาควบคุม ความดันสม่ำเสมอ กลุ่มทดลองหลังได้รับการอบรมมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิด

โรคความดันโลหิตสูงมีความแตกต่าง กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value 0.56 และพบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุม โรคความดันโลหิตสูง น้ำหนัก ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน (Systolic) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง(Diastolic) มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05 พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตกลุ่มทดลองลดลงทั้งตัวบนและตัวล่าง มากกว่ากลุ่ม ควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value< 0.05 ดังนั้น จึงควรนำโปรแกรมสุขภาพดีวิถีธรรม วิถีไทยไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ความดันโลหิตไม่ได้

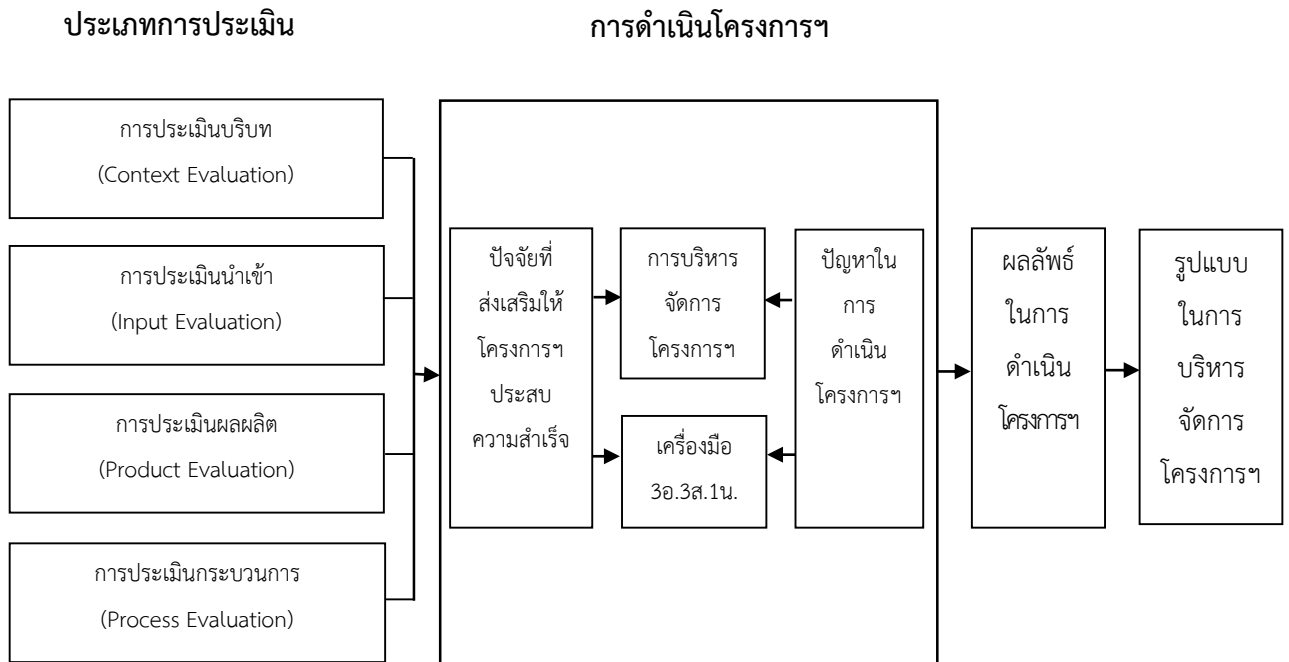
นพพงษ์ พงศ์เลิศโกศล (2566) ทำการวิจัยประเมินผลลัพธ์โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยใช้แนวคิดการวิจัยประเมินผล เชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลลัพธ์การดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเปรียบเทียบความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ยความรู้เจตคติ และพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบบันทึกการประชุมและแบบสอบถาม เก็บข้อมูล 2 ครั้ง ก่อนและหลังการดำเนินงานข้อมูล เชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลจากแบบสอบถามวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติและพฤติกรรมด้วยสถิติวิเคราะห์ Paired t-test ผลการวิจัย พบว่า หลังการดำเนินงานกลุ่มเสี่ยงมีระดับน้ำตาลลดลงเป็นกลุ่มปกติ 9 คน อยู่ในระดับเสี่ยง 21 คน และ 1 คน ระดับน้ำตาลไม่เปลี่ยนแปลง นอกนั้นระดับน้ำตาลลดลงทั้งหมด จากข้อมูลพบว่ากลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นไขมันสูง (ร้อยละ 6.7) ญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 20.0) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 20.0) เป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 23.3) รอบเอวเฉลี่ย 70 – 85 เซนติเมตร น้ำหนักเฉลี่ย 64 -79 กิโลกรัม ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 102 ถึง 122 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ก่อนการเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่อง โรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 83.3) ค่าเฉลี่ยด้านเจตคติต่อโรคเบาหวานอยู่ในระดับ น้ำตาล (ร้อยละ 53.3) ค่าเฉลี่ยด้านพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 76.7) หลังเข้าร่วมโครงการมี ค่าเฉลี่ยความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 86.7) ค่าเฉลี่ยด้านเจตคติระดับต่ำ (ร้อยละ 46.7) และ ค่าเฉลี่ยด้านพฤติกรรมระดับสูง (ร้อยละ 40.0) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมก่อนและหลังโครงการ พบว่า ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโครงการดีขึ้น (P-value 0.17, 0.00 และ 0.00 ตามลำดับ)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินโครงการที่เกี่ยวข้องกับ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จะเห็นได้ว่าได้มีการศึกษาผลของการป้องกันและรักษา โรคเบาหวานในหลายๆ พื้นที่ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัญหาของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็น ปัญหาของประเทศไทย และการประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการป้องกันและรักษา

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นการประเมินโครงการพัฒนา กลไกสนับสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ ดิวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียงซึ่งเป็นโครงการที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูงจึงเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการเพื่อนำข้อมูลไปเป็นแนวทางในการขยายผลของโครงการ ต่อไป

กรอบแนวคิดในการประเมินโครงการ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินโครงการฯ ทำให้ได้กรอบ แนวคิดในการประเมินโครงการพัฒนากลไกสนับสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ ดิวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ดังแสดงในภาพที่ 2.9



ภาพที่ 2.9 กรอบแนวคิดในการประเมินโครงการฯ

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการประเมินโครงการ

การประเมินการพัฒนาไกลสนับสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อเป็นข้อมูลในการรายงานผลการดำเนินโครงการ และการนำผลไปพัฒนาโครงการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ได้กำหนดระเบียบวิธีการประเมินโครงการ ดังนี้

รูปแบบที่ใช้ในการประเมิน

ในการประเมินโครงการพัฒนาไกลสนับสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model เสนอโดย สตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam & Shinkfield, A, (2007) มาประยุกต์ใช้เพื่อประเมินโครงการฯ ซึ่งได้มีการดำเนินการไปแล้ว ดังนี้

การประเมินด้านบริบท (Context Evaluation) เป็นการประเมินความเหมาะสมของเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโครงการกับสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน ความเหมาะสม ความชัดเจนของวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ก่อนหน้าที่ดำเนินโครงการ และโครงการฯ ที่ตรงกับความต้องการของพื้นที่ ตลอดจนความสามารถของโครงการในการช่วยสนับสนุนการแก้ปัญหา NCDs ของจังหวัด

การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) เป็นการประเมินความเหมาะสมของทรัพยากรของโครงการที่มีการกำหนดไว้แล้วว่าเมื่อดำเนินโครงการไปแล้วทรัพยากรทางการบริหาร ยังมีความเหมาะสม เพียงพอหรือไม่ มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง หรือแก้ไขเพิ่มเติมอะไรบ้าง โดยพิจารณาทรัพยากรทางการบริหาร 4 ประเภท หรือ 4 M's ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับคน (Man) เงิน (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Material) และการจัดการ (Management) ในการดำเนินโครงการ ในประเด็นความเพียงพอของข้อมูล สารสนเทศในการดำเนินโครงการฯ ความเพียงพอของบุคลากร ความรู้ ความเข้าใจ การมีขวัญและกำลังใจในการดำเนินโครงการฯ งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ ความเต็มใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงในการดำเนินโครงการฯ

การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นการประเมินการดำเนินการในประเด็นการสนับสนุนในการดำเนินโครงการฯ ของผู้บริหารในระดับจังหวัด/อำเภอ กิจกรรมที่ดำเนินการเป็นไปตามกำหนดการที่วางไว้เพียงใด การประสานงานระดับกระทรวงฯ กับพื้นที่ ระหว่าง

จังหวัดกับพื้นที่ การสร้างความร่วมมือของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง การเก็บรวบรวมข้อมูล สารสนเทศในการดำเนินโครงการฯ มีความเหมาะสมเพียงใด และปัญหาที่เกิดจากการดำเนินโครงการสามารถแก้ไขได้เพียงใด

การประเมินผลผลิต (Product Evaluation) เป็นการประเมินประสิทธิผลตามเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ความคุ้มค่ากับเวลา ความคุ้มค่ากับงบประมาณมีความเหมาะสมเพียงใด ศูนย์การเรียนรู้สุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียงเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ รูปแบบในการดำเนินการ (3ส.3.อ1น.) สามารถนำไปสู่การลดยา และหยุดยาของผู้ป่วยเบาหวาน / ความดันโลหิตสูงได้เพียงใด และผลที่เกิดขึ้นจากโครงการฯ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในด้านอื่นๆ หรือไม่

ขั้นตอนดำเนินการประเมิน

ในการประเมินโครงการมีรายละเอียดของการประเมินโครงการฯ ดังนี้

ขอบเขตด้านพื้นที่ จำนวน 13 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการพัฒนากลไกสนับสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ได้แก่จังหวัด กรุงเทพฯ กำแพงเพชร ขอนแก่น ชลบุรี นครนายก บุรีรัมย์ ปัตตานี เพชรบูรณ์ แพร่ สกลนคร สุพรรณบุรี สุราษฎร์ธานี และอุบลราชธานี

ในการประเมินโครงการฯ ได้แบ่งขั้นตอนการประเมินออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินการประเมินด้านบริบท (Context Evaluation) การประเมินปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation) การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) การประเมินผลผลิต (Product Evaluation) และการประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นของโครงการพัฒนากลไกสนับสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาในขั้นตอนนี้เป็นผู้ที่ดำเนินการขับเคลื่อนโครงการฯ ระดับพื้นที่ โดยเป็นระดับ สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โรงพยาบาล/ศูนย์บริการสุขภาพกรุงเทพมหานคร สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) /โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จาก 13 จังหวัด/เขต ที่เข้าร่วมโครงการ จังหวัด/เขตละไม่ต่ำกว่า 5 คน รวม จำนวน 107 คน

เครื่องมือและการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินโครงการฯ ได้แก่แบบสอบถาม โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่จังหวัดที่สังกัด หน่วยงานที่สังกัด และตำแหน่งของท่านในองค์กร โดยแบบสอบถามเป็นลักษณะเลือกตอบ (Multiple Choice)

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นที่มีต่อโครงการฯ โดยแบ่งเป็นการประเมินด้านบริบท (Context Evaluation) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) และการประเมินผลผลิต (Product Evaluation) โดยแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ

5	หมายถึง	เหมาะสมมากที่สุด
4	หมายถึง	เหมาะสมมาก
3	หมายถึง	เหมาะสมปานกลาง
2	หมายถึง	เหมาะสมน้อย
1	หมายถึง	เหมาะสมน้อยที่สุด

และในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่มีข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจหรือไม่ทราบข้อมูลสามารถเลือกในช่องที่ไม่แสดงความคิดเห็น ทั้งนี้ข้อมูลเฉพาะในข้อดังกล่าวจะไม่นำมาทำการวิเคราะห์ เพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงที่ตรงกับสภาพที่แท้จริงของโครงการฯ มากที่สุด

ตอนที่ 3 ปัญหาในการดำเนินโครงการฯ โดยแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบได้มากกว่า 1 ตัวเลือก (Multiple Response Questions) ตามสภาพที่เกิดปัญหาในการดำเนินโครงการฯ และข้อเสนอแนะในการพัฒนาโครงการฯ ให้ดียิ่งขึ้น

ตอนที่ 4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการพัฒนาโครงการเพื่อขยายผลในพื้นที่อื่นๆ เป็นแบบสอบถามปลายเปิด (Open-ended)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม นำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) (พิศิษฐ ตันทวนิชและพนา จินดาศรี, 2561) โดย

เมื่อเห็นว่าข้อคำถามดังกล่าววัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ข้อนั้น ให้คะแนน +1

ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามดังกล่าววัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ข้อนั้น ให้คะแนน 0

เมื่อเห็นว่าข้อคำถามดังกล่าววัดไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ข้อนั้น ให้คะแนน -1

ทั้งนี้ได้เลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไปและปรับข้อคำถามเพื่อให้มีความชัดเจนตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประสานไปยังเครือข่ายสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โรงพยาบาล/ศูนย์บริการสุขภาพกรุงเทพมหานคร สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้ง 13 จังหวัด และทำการเขียนชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการประเมินโครงการฯ พร้อมกับการส่ง Link ในการเก็บข้อมูลโดยจัดส่งในรูปแบบ google form โดย Link ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ <https://forms.gle/KZU55fjijYyo8qEa7>

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล โดยการวิเคราะห์จำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) สำหรับเกณฑ์ในการประเมินความคิดเห็นที่มีต่อโครงการฯ โดยใช้ ค่าเฉลี่ย (Average) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยค่าเฉลี่ยใช้เกณฑ์ (บุญชม ศรีสะอาด, 2560)

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50 แสดงว่ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.49 แสดงว่ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.49 แสดงว่ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.51 – 4.49 แสดงว่ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00 แสดงว่ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินปัจจัยที่ส่งเสริมให้โครงการพัฒนาไกลสนับสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียงประสบความสำเร็จ และปัญหาในการดำเนินโครงการ

ประกอบด้วยการดำเนินการใน 2 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 2.1 โดยการจัดเวทีถอดบทเรียนผู้บริหารและผู้ดำเนินการขับเคลื่อนโครงการ ฯ ในระดับประเทศและในระดับพื้นที่ต้นแบบที่ประสบความสำเร็จ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การถอดบทเรียนในระดับประเทศ

1) การละลายพฤติกรรม (Ice Breaking) โดยการทำกิจกรรมเพื่อเป็นการผ่อนคลาย ลดอคติ การทำให้สบายใจ ไม่ยึดติดในตำแหน่ง ภาพลักษณ์ ทำให้กล้าเปิดใจ กล้าที่จะแสดงความคิดเห็น แสดงตัวตน ให้กับสมาชิกกลุ่มในการทำกิจกรรม หรือแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ได้รู้จักกันมากขึ้น และเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในการสร้างพลังเครือข่าย

2) แบบประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยการกำหนดประเด็นแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) เพื่อการทบทวนหลังปฏิบัติ (After Action Review: AAR) เป็นการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินโครงการฯ ซึ่งผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการฯ จะร่วมกันอภิปรายเพื่อให้ข้อมูลป้อนกลับอย่างเป็นระบบต่อกลุ่ม ช่วยให้เกิดการค้นพบว่าเกิดอะไรขึ้น ทำไมจึงเกิดผลเช่นนั้น และจะดำรงจุดแข็ง ปรับปรุงจุดอ่อนอย่างไร เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและการวางแผนโครงการฯ ในอนาคตต่อไป

3) การถ่ายทอดความรู้สึกผ่านเอกสารและเรื่องเล่า (Storytelling) โดยผู้เล่าจะเล่าความรู้สึกที่ฝังลึกอยู่ในตัวที่เกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ในโครงการฯ ได้ประสบความสำเร็จ หรือเป็นที่ภาคภูมิใจและทำให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ในการดำเนินโครงการฯ ให้กับพื้นที่อื่น ๆ ได้

2. การถอดบทเรียนในระดับพื้นที่ต้นแบบ

1) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้บริหารโครงการฯ เป็นการซักถามพูดคุยกันระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ให้สัมภาษณ์ เป็นการถามเจาะลึกให้ได้คำตอบอย่างละเอียดถี่ถ้วน การสัมภาษณ์นอกจากจะให้อธิบายแล้วจะต้องถามถึงเหตุผลที่ทำให้ดำเนินโครงการฯ ในประเด็นต่าง ๆ

2) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยแบ่งการสนทนากลุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม โดยจัดกลุ่มที่มีคุณลักษณะหรือประสบการณ์ในโครงการฯ ที่คล้าย ๆ กันอยู่ด้วยกัน กล่าวคือเป็นกลุ่มผู้บริหารโครงการฯ ผู้ขับเคลื่อนโครงการฯ และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการฯ เป็นการจัดเวทีเพื่อสนทนาระหว่างผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในแต่ละอย่างในโครงการฯ ในเรื่องที่คุณเข้าร่วมการสนทนาเป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์ในเรื่องนั้น และผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการฯ จึงทำให้สามารถได้ข้อมูลที่เป็นความคิดเห็นและความรู้สึกตามการรับรู้ของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม นอกจากนี้ หากประเด็นต่าง ๆ ยังไม่ชัดเจนก็สามารถให้ข้อเสนอแนะเพื่อสรุปเป็นบทเรียนของกลุ่มที่ทำการสนทนา

3) การถ่ายทอดความรู้สึกผ่านเรื่องเล่า (Storytelling) โดยผู้เล่าจะเล่าความรู้สึกที่ฝังลึกอยู่ในตัวที่เกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ในโครงการฯ ได้ประสบความสำเร็จ หรือเป็นที่ภาคภูมิใจและทำให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ในการดำเนินโครงการฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การถอดบทเรียนในระดับประเทศ

ผู้เข้าร่วมถอดบทเรียนในระดับประเทศที่เป็นผู้บริหารโครงการฯ และที่เป็นตัวแทนในแต่ละจังหวัดมาเข้าร่วมการถอดบทเรียน จำนวนทั้งสิ้น 61 คน แบ่งเป็น

1) ผู้บริหารโครงการฯ วิทยากรและเจ้าหน้าที่ส่วนกลาง ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) รวมทั้งสิ้น 12 คน

2) ผู้ดำเนินการขับเคลื่อนโครงการสร้างสุขภาพดี วิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียงระดับพื้นที่ โดยเป็นระดับ สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) 2 คน โรงพยาบาล/ศูนย์บริการสุขภาพกรุงเทพมหานคร 2 คน สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 2 คน รวม 4 คน/จังหวัดเป้าหมาย ซึ่งรวมผู้เข้าร่วมการถอดบทเรียนจากพื้นที่ 49 คน

การถอดบทเรียนในระดับพื้นที่ต้นแบบ

การเลือกพื้นที่ต้นแบบที่ใช้ในการถอดบทเรียนจากพื้นที่ทั้งหมด 13 จังหวัด เลือกจากพื้นที่ ที่มีผลงานโดดเด่นและมีข้อมูลเชิงประจักษ์ คือ พื้นที่อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น ซึ่งบริบทของการทำงานในพื้นที่ต้นแบบ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ และพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 20 คน และกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาล 1 แห่ง โดยพื้นที่ต้นแบบมีผู้มีภาวะเสี่ยงและผู้ป่วยที่มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ จำนวน 45 คน

ผู้เข้าร่วมถอดบทเรียนในระดับพื้นที่ต้นแบบ ได้แก่ ผู้บริหารโครงการฯ วิทยากรและเจ้าหน้าที่ส่วนกลาง ผู้แทนจาก สสส. จำนวน 13 คน ผู้ขับเคลื่อนโครงการสร้างสุขภาพดี วิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียงระดับพื้นที่ที่เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข โดยแบ่งเป็นระดับโรงพยาบาลอำเภอจำนวน 15 คน และระดับ รพ.สต. 12 คน รวม 27 คน และผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการฯ จำนวน 12 คน รวมผู้เข้าร่วมการถอดบทเรียนทั้งสิ้น 52 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ขั้นตอนที่ 2.2 โดยใช้ข้อมูลจากแบบสอบถาม ตอนที่ 3 ในขั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยจำนวน (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินรูปแบบการสร้างสุขภาพดีวิถีไทย ด้วยหลัก 3ส.3อ.1น.

ประกอบด้วย การดำเนินการวิจัยใน 2 ขั้นตอนย่อย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 3.1 ประสิทธิภาพรูปแบบการสร้างสุขภาพดีวิถีไทย ด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. โดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณจากการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ระบุว่า เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ที่เข้ารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล

ใน 13 จังหวัด ที่เข้าร่วมโครงการฯ ได้แก่จังหวัด กรุงเทพฯ กำแพงเพชร ขอนแก่น ชลบุรี นครนายก บุรีรัมย์ ปัตตานี เพชรบูรณ์ แพร่ สกลนครสุพรรณบุรี สุราษฎร์ธานี และอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Random Sampling) แยกจังหวัดที่ดำเนินการตามโครงการฯ โดยแยกตามภูมิภาค จำนวน 4 ภูมิภาค ประกอบด้วยภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ โดยทำการเลือกภูมิภาคละ 1 จังหวัด โดยารสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลาก ทำให้ได้พื้นที่ ที่ทำการศึกษา 4 พื้นที่คือ ภาคเหนือจังหวัดเพชรบูรณ์ ภาคกลางจังหวัดนครนายก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจังหวัดอุบลราชธานี และภาคใต้จังหวัดปัตตานี โดยกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อำเภอ และตำบลต้นแบบการสร้างความสุขภาพดีวิถีไทยโดยใช้หลัก 3ส.3อ.1น. ในการป้องกันและควบคุม โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 420 ราย/โรค โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 210 ราย และกลุ่มควบคุม 210 ราย การคำนวณขนาด ตัวอย่างทั้งหมดดำเนินการคำนวณโดยโปรแกรม G*Power รายละเอียด ดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ภูมิภาค	จังหวัด	อำเภอ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
			จำนวนผู้ป่วย		จำนวนผู้ป่วย	
			เบาหวาน	ความดันโลหิต	เบาหวาน	ความดันโลหิต
เหนือ	เพชรบูรณ์	หล่มเก่า	50	50	50	50
กลาง	นครนายก	บ้านนา	52	52	52	52
ตะวันออกเฉียงเหนือ	อุบลราชธานี	เดชอุดม	60	60	60	60
ใต้	ปัตตานี	ไม้แก่น	48	48	48	48
	รวม		210	210	210	210

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

โรคเบาหวาน

มีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้

1) เป็นผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดย 2 ครั้งสุดท้ายที่มารักษาที่โรงพยาบาล มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 mg/dL (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)

2) อายุ 35-69 ปี

- 3) ได้รับการรักษาด้วยยาควบคุมโรคเบาหวาน ไม่มีโรคอื่นร่วมด้วย
- 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยตามระยะเวลาที่กำหนด โดยลงนามเข้าร่วมการวิจัยด้วย

ความสมัครใจ

- 5) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดี

โรคความดันโลหิตสูง

มีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้

1) เป็นผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดย 2 ครั้งสุดท้ายที่มารักษาที่โรงพยาบาลมีระดับความดันโลหิต (SBP/DBP) ตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป

- 2) อายุ 35 - 69 ปี

3) ได้รับการรักษาด้วยยาควบคุมความดันโลหิต ไม่มีโรคอื่นร่วมด้วย

- 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยตามระยะเวลาที่กำหนด โดยลงนามเข้าร่วมการวิจัยด้วย

ความสมัครใจ

- 5) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดี

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

โรคเบาหวาน

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยที่กินอาหารเสริมสมุนไพรที่จะส่งผลกระทบต่อระดับน้ำตาลหลังทดลอง ซึ่งจะเป็น Confounding factors
- 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดตามโปรแกรม

โรคความดันโลหิตสูง

- 1) ผู้ป่วยที่กินอาหารเสริมสมุนไพรที่จะส่งผลกระทบต่อระดับความดันโลหิตหลังทดลอง ซึ่งจะเป็น Confounding Factors
- 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดตามโปรแกรม

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria)

โรคเบาหวาน

เกิดโรคแทรกซ้อนจากการป่วยเป็นโรคเบาหวานในระหว่างการศึกษา

โรคความดันโลหิตสูง

เกิดโรคแทรกซ้อนจากการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในระหว่างการศึกษา

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลเชิงปริมาณและแบบบันทึกภาวะสุขภาพ

1. แบบสอบถาม โดยใช้สอบถามกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสร้างสุขภาพดีวิถีไทย โดยใช้หลัก 3ส.3อ.1น. เพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ส่วนสูง และน้ำหนัก โดยแบบสอบถามเป็นลักษณะเลือกตอบ (Multiple Choice) หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ รวมจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน / โรคความดันโลหิตสูง ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามให้เลือกว่าใช่ ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ จำนวน 15 ข้อ โดยแบบสอบถามเป็นแบบเลือกคำตอบเดียว จาก 2 ทางเลือก (Dichotomous Question) โดยตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด/ไม่ทราบให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง ประกอบด้วยพฤติกรรมในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการเฝ้าระวังโรคและการมาตรวจสุขภาพ โดยเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ให้เลือกตอบว่า ไม่เคยเลย เป็นบางครั้งและเป็นประจำ รวมทั้งสิ้น 30 ข้อ แบ่งเกณฑ์การพิจารณาในแต่ละข้อดังนี้คือ

ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน ดังนี้

เป็นประจำ	ให้คะแนน 2 คะแนน
เป็นบางครั้ง	ให้คะแนน 1 คะแนน
ไม่เคยเลย	ให้คะแนน 0 คะแนน

ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน ดังนี้

เป็นประจำ	ให้คะแนน 0 คะแนน
เป็นบางครั้ง	ให้คะแนน 1 คะแนน
ไม่เคยเลย	ให้คะแนน 2 คะแนน

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อการสร้างสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง โดยแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ใน 4 ระดับ คือ ความพึงพอใจในระดับมาก ความพึงพอใจในระดับปานกลาง ความพึงพอใจในระดับน้อย และไม่พึงพอใจ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์และเชี่ยวชาญ ด้านการสร้างสุขภาพวิถีไทย โดยใช้หลัก 3ส.3อ.1น. ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) และตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความครอบคลุมของเนื้อหา นำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) (พิศิษฐ ตันทวนิชและพนา จินดาศรี, 2561) โดย

เมื่อเห็นว่าข้อคำถามดังกล่าววัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ข้อนั้น ให้คะแนน +1

ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามดังกล่าววัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ข้อนั้น ให้คะแนน 0

เมื่อเห็นว่าข้อคำถามดังกล่าววัดไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ข้อนั้น ให้คะแนน -1

ทั้งนี้ได้เลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไปและปรับข้อคำถามเพื่อให้ความชัดเจนตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. แบบบันทึกภาวะสุขภาพ ประกอบด้วยการบันทึก ระดับน้ำตาลในเลือด / ระดับความดันโลหิต น้ำหนัก และเส้นรอบเอว ซึ่งเก็บข้อมูลก่อนทำการศึกษาและหลังการศึกษา (3 เดือน) ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ประสานงานในแต่ละพื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลได้ทำการตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปลงคะแนนและลงรหัสข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางด้านสังคมศาสตร์ โดยการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล และความพึงพอใจต่อรูปแบบการสร้างสุขภาพดี วิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคล เพื่อพิสูจน์ทางสถิติให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มดังกล่าวมีลักษณะที่คล้ายกันหรือไม่ ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (ตัวแปรควบคุม) ระหว่างกลุ่มที่ใช้รูปแบบการสร้างสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง และกลุ่มที่ใช้รูปแบบเดิมในการดูแลรักษา โดยใช้สถิติในการทดสอบความแตกต่างด้วยไคสแควร์ (Chi-square Test)

3. วิเคราะห์ประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างสุขภาพดีวิถีไทยในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด/ระดับความดันโลหิต น้ำหนัก และรอบเอว โดยใช้สถิติดังนี้

3.1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต น้ำหนัก และเส้นรอบเอว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ใช้การทดสอบค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)

3.2 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต น้ำหนัก และเส้นรอบเอว ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการทดสอบค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (Paired t-test)

ขั้นตอนที่ 3.2 ประสิทธิภาพรูปแบบการสร้างสุขภาพดีวิถีไทย ด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. โดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณจากการทดลองในจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการฯ

จากรายงานความก้าวหน้าของโครงการฯ และแบบบันทึกภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นผลจากการทดลองใช้รูปแบบการสร้างสุขภาพดีวิถีไทย ด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. แสดงเป็นร้อยละ (Percentage) ของระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต น้ำหนัก และเส้นรอบเอว ที่ลดลงหลังจากเข้าร่วมโครงการฯ

ขั้นตอนที่ 4 รูปแบบในการบริหารจัดการโครงการพัฒนาไกลสนับสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียงโดยข้อมูลเชิงคุณภาพ

โดยการนำข้อมูลจากทุกขั้นตอนที่ผ่านมา และจากเอกสารรายงานความก้าวหน้า/รายงานผลการดำเนินโครงการ มาทำการสังเคราะห์เพื่อสรุปรูปแบบการบริหารจัดการโครงการฯ

รวมกลุ่มกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลในการประเมินโครงการฯ ใน 13 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการฯ โดยเป็นการถอดบทเรียนในระดับจังหวัด 61 คน ระดับพื้นที่ 52 คน ผู้ที่ตอบแบบสอบถาม 107 คน รวมผู้ให้ข้อมูลการขับเคลื่อนโครงการฯ จำนวน 220 คน ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 420 ราย/โรค เป็นกลุ่มทดลอง 210 ราย และกลุ่มควบคุม 210 ราย และจากรายงานผลการดำเนินโครงการฯ จากผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงในพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการ 3,501 ราย

ตัวชี้วัดและเกณฑ์ในการประเมินโครงการ

ในการดำเนินโครงการฯ มีตัวชี้วัดและเกณฑ์ในการประเมินโครงการฯ ดังนี้

ตารางที่ 3.2 ตัวชี้วัดและเกณฑ์ในการประเมินโครงการฯ

ตัวชี้วัด	เกณฑ์
ด้านปัจจัยบริบท	เหมาะสมอยู่ในระดับมาก หรือมี ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ 3.51 ขึ้นไป
ด้านปัจจัยนำเข้า	เหมาะสมอยู่ในระดับมาก หรือมี ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ 3.51 ขึ้นไป
ด้านกระบวนการ	เหมาะสมอยู่ในระดับมาก หรือมี ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ 3.51 ขึ้นไป
ด้านผลผลิต	เหมาะสมอยู่ในระดับมาก หรือมี ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ 3.51 ขึ้นไป
มีผู้มีภาวะเสี่ยงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ โรคเบาหวาน ได้รับการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพด้วย 3ส.3อ.1น.	รวม 3,250 คน
กลุ่มผู้เสี่ยงและผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย สามารถลดน้ำหนัก รอบ เอว ความดันโลหิต/ระดับน้ำตาลในเลือดได้	อย่างน้อยร้อยละ 60
มีข้อเสนอเชิงนโยบายในการขยายผล	1 ชุด

บทที่ 4

ผลการประเมินโครงการ

ในประเมินโครงการพัฒนากลไกสนับสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง แบ่งผลการประเมินเป็นดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการประเมินการประเมินด้านบริบท (Context Evaluation) การประเมินปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation) การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) และการประเมินผลผลิต (Product Evaluation)

ตอนที่ 2 ปัจจัยที่ส่งเสริมให้โครงการพัฒนากลไกสนับสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ประสบความสำเร็จ และปัญหาในการดำเนินโครงการ

ตอนที่ 3 ผลการประเมินรูปแบบในการบริหารจัดการโครงการพัฒนากลไกสนับสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง

โดยมีรายละเอียดผลการประเมินดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการประเมินการประเมินด้านบริบท (Context Evaluation) การประเมินปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation) การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) และการประเมินผลผลิต (Product Evaluation)

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวนคน จาก 13 จังหวัด คือ กรุงเทพฯ กำแพงเพชร ขอนแก่น ชลบุรี นครนายก บุรีรัมย์ ปัตตานี เพชรบูรณ์ แพร่ สกลนคร สุพรรณบุรี สุราษฎร์ธานี และอุบลราชธานี โดยข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป (68 คน)	จำนวน	ร้อยละ
หน่วยงานที่สังกัด		
สสจ.	15	14.0
รพ.	14	13.1
สสอ.	25	23.4
รพ.สต.	41	38.3
กทม.	6	5.6
อื่นๆ	6	5.6
ตำแหน่งในองค์กร		
ผอ.รพ.	1	0.9
สาธารณสุขอำเภอ	9	8.4
ผอ.รพ.สต.	11	10.3
พยาบาลวิชาชีพ	31	29.0
นักวิชาการสาธารณสุข	36	33.6
นักโภชนาการ/จนท.โภชนาการ	2	1.9
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	17	15.9

จากตารางที่ 4.1 ผู้ที่ให้ข้อมูลในการประเมินโครงการฯ สังกัด รพ.สต. มากที่สุด (ร้อยละ 38.3) รองลงมาคือ สสอ. (ร้อยละ 23.4) และ สสจ. (ร้อยละ 14.0) ตามลำดับ สำหรับตำแหน่ง ในองค์กร จะเป็นนักวิชาการสาธารณสุขมากที่สุด (ร้อยละ 33.6) รองลงมาคือ พยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 29.0) และ เจ้าพนักงานสาธารณสุข (ร้อยละ 15.9) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นที่มีต่อโครงการฯ

ประเด็นการประเมิน	ระดับความเหมาะสม		
	\bar{X}	SD.	ระดับความเหมาะสม
ด้านบริบท (Context Evaluation)			
1. เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโครงการสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน	4.81	0.65	มากที่สุด
2. เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโครงการมีความชัดเจน	4.65	0.66	มากที่สุด
3. เป็นโครงการฯ ที่ตรงกับความต้องการของพื้นที่	4.51	0.62	มากที่สุด
4. เป็นโครงการฯ ที่สามารถช่วยสนับสนุนการแก้ปัญหา NCDs ของจังหวัด	4.57	0.54	มากที่สุด
เฉลี่ย	4.64	0.51	มากที่สุด
ด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation)			
1. มีข้อมูล สารสนเทศที่เพียงพอในการดำเนินโครงการฯ	4.55	0.61	มากที่สุด
2. บุคลากรที่ดำเนินโครงการฯ มีความเพียงพอ	4.37	0.65	มาก
3. บุคลากรที่ดำเนินโครงการฯ มีความรู้ ความเข้าใจในโครงการฯ	4.51	0.64	มากที่สุด
4. บุคลากรที่ดำเนินโครงการฯ มีขวัญและกำลังใจในการดำเนินโครงการฯ	4.32	0.59	มาก
5. งบประมาณในการดำเนินโครงการฯ มีความเหมาะสม	4.52	0.57	มากที่สุด
6. วัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินโครงการฯ มีความเหมาะสม	4.53	0.62	มากที่สุด
7. ผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงมีความเต็มใจในการเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการฯ	4.44	0.78	มาก
เฉลี่ย	4.46	0.51	มาก
ด้านกระบวนการ (Process Evaluation)			
1. ผู้บริหารในระดับจังหวัด/อำเภอให้การสนับสนุนในการดำเนินโครงการฯ	4.39	0.72	มาก
2. กิจกรรมที่ดำเนินการเป็นไปตามกำหนดการที่วางไว้	4.44	0.71	มาก
3. กิจกรรมในโครงการฯ มีความเหมาะสม	4.61	0.66	มากที่สุด

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ประเด็นการประเมิน	ระดับความเหมาะสม		
	\bar{X}	SD.	ระดับความเหมาะสม
4. การประสานงานระดับกระทรวงฯ กับพื้นที่ที่มีความเหมาะสม	4.43	0.61	มาก
5. การประสานงานระหว่างจังหวัดกับพื้นที่ที่มีความเหมาะสม	4.39	0.72	มาก
6. การสร้างความร่วมมือของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินโครงการฯ ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี	4.48	0.66	มาก
7. การเก็บรวบรวมข้อมูล สารสนเทศที่ใช้ในการดำเนินโครงการมีความครบถ้วน สมบูรณ์	4.37	0.59	มาก
8. ปัญหาที่เกิดจากการดำเนินโครงการสามารถแก้ไขได้	4.51	0.64	มากที่สุด
เฉลี่ย	4.45	0.53	มาก
ด้านผลผลิต (Product Evaluation)			
1. ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ ฯ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้	4.63	0.65	มากที่สุด
2. ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการฯ เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้	4.52	0.71	มากที่สุด
3. ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการฯ มีความคุ้มค่ากับเวลา	4.51	0.72	มากที่สุด
4. ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการฯ มีความคุ้มค่ากับงบประมาณในการดำเนินการ	4.68	0.66	มากที่สุด
5. ศูนย์การเรียนรู้สุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียงเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้	4.39	0.71	มาก
6. รูปแบบในการดำเนินการ (3ส.3.อ1น.) สามารถนำไปสู่การลดยา และหยุดยาของผู้ป่วยเบาหวาน / ความดันโลหิตสูงได้	4.68	0.72	มากที่สุด
7. ผลที่เกิดขึ้นจากโครงการฯ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในด้านอื่นๆ	4.55	0.66	มากที่สุด

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ประเด็นการประเมิน	ระดับความเหมาะสม		
	\bar{X}	SD.	ระดับความเหมาะสม
เฉลี่ย	4.57	0.57	มากที่สุด
เฉลี่ยทั้งหมด	4.53	0.55	มากที่สุด

จากตารางที่ 4.2 ความคิดเห็นที่มีต่อโครงการฯ พบว่าในภาพรวมมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.53$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่เห็นด้วยว่าเหมาะสมในระดับมากที่สุด ได้แก่ ด้านบริบท ($\bar{X}=4.64$) และด้านด้านผลผลิต($\bar{X}=4.53$) ส่วนด้านปัจจัยนำเข้า ($\bar{X}=4.46$) และด้านด้านกระบวนการ ($\bar{X}=4.45$) มีความเห็นด้วยว่าเหมาะสมในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีความเห็นด้วยว่าเหมาะสมค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโครงการสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน ($\bar{X}=4.81$) รองลงมาคือ ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการฯ มีความคุ้มค่ากับงบประมาณในการดำเนินการและรูปแบบในการดำเนินการ (3ส.3.อ1น.) สามารถนำไปสู่การลดยา และหยุดยาของผู้ป่วยเบาหวาน / ความดันโลหิตสูงได้ ($\bar{X}=4.68$) และค่าเฉลี่ยต่ำสุดได้แก่ บุคลากรที่ดำเนินโครงการฯ มีความเพียงพอ และการเก็บรวบรวมข้อมูลสารสนเทศที่ใช้ในการดำเนินโครงการมีความครบถ้วน สมบูรณ์ ($\bar{X}=4.37$) รองลงมาคือ บุคลากรที่ดำเนินโครงการฯ มีขวัญและกำลังใจในการดำเนินโครงการฯ ($\bar{X}=4.32$)

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการพัฒนาโครงการเพื่อขยายผลในพื้นที่อื่นๆ มีข้อเสนอแนะดังนี้ บุคลากรที่ดำเนินโครงการฯ มีภารกิจหลายอย่างทำให้ทำโครงการไม่เต็มที่ (ร้อยละ 26.46) การเบิกจ่ายงบประมาณในโครงการมีความยุ่งยาก โดยเฉพาะการต้องเคลียร์งบประมาณด้วยหลักฐานต่างๆ (ร้อยละ 23.53) งบประมาณในการดำเนินงานไม่สอดคล้องกับจำนวนกลุ่มเป้าหมายควรพิจารณาตามกลุ่มเป้าหมาย (ร้อยละ 17.65) ด้านวัสดุอุปกรณ์ สื่อควรมีความหลากหลายให้เหมาะกับยุคสมัยเช่น วิดีทัศน์ โซเชียลมีเดียที่สามารถสื่อสารผ่านเครือข่าย Line เป็นต้น (ร้อยละ 17.65) ควรให้พื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการฯ ได้งบประมาณในการต่อยอดขยายผลเพื่อความยั่งยืน (ร้อยละ 13.24) รูปแบบในการดำเนินการ (3ส.3.อ1น.) เข้าใจยากควรทำสื่อสั้นๆ ที่ชุมชนสามารถเข้าถึงสื่อได้ เช่น วิดีทัศน์ที่สามารถให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปเปิดให้ผู้ป่วย/ผู้เลี้ยงได้ทบทวนความรู้ ความเข้าใจ หรือคลิปสั้นๆ ที่แบ่งเป็นความรู้ความเข้าใจในแต่ละเรื่องผ่านเครือข่าย Line ที่ทำให้เข้าใจหรือสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ร้อยละ 11.76) จัดทำ Application เพื่อบันทึกและติดตามให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทาง

3ส.3อ.1น. (ร้อยละ 11.76) การมีนโยบายหรือรูปแบบการดูแลสุขภาพที่ใกล้เคียงกันหลายรูปแบบที่ใช้อักษรย่อคล้ายๆ กัน ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความสับสนโดยเฉพาะหากเข้าร่วมโครงการฯ หลายโครงการ เช่น โครงการลดความอ้วน โครงการลดพฤติกรรมเสี่ยงเบาหวาน/ความดัน ฯลฯ (ร้อยละ 10.29) การจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้สุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ต้องมีแนวทางให้ที่ชัดเจนในการบริหารจัดการศูนย์การเรียนรู้ฯ เนื่องจากการดำเนินการในครั้งนี้อาจไม่ค่อยมีความชัดเจน (ร้อยละ 10.29) ตามลำดับ และการแก้ปัญหาในเรื่องของการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) (ร้อยละ 1.47)

ตอนที่ 2 ปัจจัยที่ส่งเสริมให้โครงการพัฒนาไกล่เกลี่ยสนับสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียงประสบความสำเร็จ และปัญหาในการดำเนินโครงการฯ

2.1 ปัจจัยที่ส่งเสริมให้โครงการฯ ประสบความสำเร็จ

จากการประเมินปัจจัยความสำเร็จของโครงการฯ ที่ทำให้โครงการฯ ดำเนินการได้สำเร็จบรรลุเป้าหมายในพื้นที่ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคลากร โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับโครงการฯ ที่ส่งผลทำให้โครงการประสบความสำเร็จ คือ

1.1 ผู้บริหาร ความสำเร็จของโครงการฯ เป็นผลมาจากการเห็นความสำคัญของผู้บริหารในทุกกระดับที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันและรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะการกำหนดเป็นนโยบายระดับกระทรวง ส่งต่อถึงผู้บริการระดับเขต ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ตามลำดับ ทั้งนี้ในระดับพื้นที่ผู้บริหารที่มีอำนาจตัดสินใจและบริหารสั่งการในระดับจังหวัด โดยเฉพาะนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดต้องมีการรับรู้และเข้าใจ วัตถุประสงค์ และเป้าหมายของโครงการฯ และเห็นถึงความสำคัญของโครงการฯ เพื่อที่จะทำให้เกิดการสนับสนุนและมีนโยบายที่รองรับโครงการฯ และทำให้เกิดการนำไปปฏิบัติในระดับกลุ่มงานของจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบลต่อไป

1.2 ผู้ดำเนินงานโครงการฯ ในพื้นที่ มีความสำคัญต่อความสำเร็จของโครงการฯ อย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นในระดับจังหวัด อำเภอ หรือตำบลซึ่งมีความเป็นจำเป็นที่จะต้องกำหนดโครงสร้างการทำงาน บทบาทและภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ ในแต่ละระดับอย่างชัดเจน โดยการจัดทำเป็นคำสั่งแต่งตั้ง อีกทั้งหากเป็นไปได้ควรมอบหมายผู้ดำเนินการโครงการฯ ที่มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการทำงาน มีความสามารถในการประสานงาน รวมถึงทราบข้อปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับโครงการฯ เช่น ระเบียบการเบิกจ่ายเงินโครงการฯ

1.3 วิทยากร เป็นผู้ที่จะทำให้ผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงมีความเข้าใจ หรือมีความมุ่งมั่นตั้งใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการนำความรู้ไปปฏิบัติ โดยคุณสมบัติของวิทยากรมีผลต่อ ความสำเร็จของโครงการฯ ดังนี้

- (1) มีความรู้ความเชี่ยวชาญในโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- (2) มีทักษะในการสื่อสารและความสามารถในการถ่ายทอดเนื้อหาให้เข้าใจได้ง่าย
- (3) ประพฤติตนเป็นต้นแบบที่ดี กล่าวคือ เป็นผู้ที่น่าเอาหลักการการสร้างสุขภาพที่ดีของโครงการฯ ไปปรับใช้และเกิดผลในเชิงประจักษ์ ซึ่งจะส่งผลทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการยอมรับ เข้าร่วม และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติตาม

1.4 กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วย/ผู้เสี่ยง คุณสมบัติของกลุ่มเป้าหมายมีผลต่อความสำเร็จของโครงการฯ อีกทั้งจะสามารถเป็นตัวอย่างในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับบุคคลอื่นๆ ควรมีคุณสมบัติ ดังนี้

- (1) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการฯ ด้วยความเต็มใจ
- (2) เห็นความสำคัญและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการฯ เช่น ตระหนักว่าการมีสุขภาพดีเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ไม่เป็นภาระของคนในครอบครัว มีความวิตกกังวลและห่วงใยถึงคนในครอบครัว
- (3) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการฯ
- (4) ประพฤติตนเป็นต้นแบบที่ดี และพัฒนาเป็นบุคคลต้นแบบ เพื่อถ่ายทอดประสบการณ์ให้กลุ่มเป้าหมายอื่นได้

2. ด้านงบประมาณ ปัจจัยด้านงบประมาณมีผลต่อความสำเร็จของโครงการฯ โดยงบประมาณจะต้องมีทั้งความต่อเนื่องและเพียงพอสำหรับการดำเนินงานของโครงการฯ ในทุกระดับ อาทิ การจัดฝึกอบรม การผลิตสื่อการเรียนรู้ การจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ เป็นต้น ทั้งนี้ งบประมาณในการดำเนินโครงการฯ สามารถได้มาจากแหล่งทุนต่าง ๆ ด้วย เช่น กองทุนตำบล กองทุนผู้สูงอายุ สป.สช. เงินรับบริจาค เป็นต้น

3. ด้านหลักสูตร โดยหลักสูตรได้มีการถ่ายทอดสู่วิทยากรแต่ละระดับ ทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ อีกทั้งมีคู่มือในการดำเนินการทำให้การนำหลักสูตรไปใช้ได้ง่ายยิ่งขึ้น โดยเครื่องมือ 3ส.3อ.1น. มีความเหมาะสมและสามารถปรับเข้ากับบริบทของพื้นที่ได้ เช่น สามารถปรับให้เข้ากับการดำเนินชีวิตของผู้ที่มีภาวะเสี่ยง/ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างระหว่างบุคคล ไม่ว่าจะเป็นด้านความรู้

อาชีพ วัฒนธรรมการบริโภคอาหารของแต่ละท้องถิ่น สามารถปรับให้สอดคล้องกับบริบทตามความเชื่อและแบบแผนการปฏิบัติตนของแต่ละด้านศาสนาได้ เป็นต้น ทั้งนี้การนำหลักสูตรไปใช้ต้องมีการสร้างความเข้าใจ และทำหลักสูตรให้ “ง่ายต่อการเข้าใจ” ตามกลุ่มผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกันไปในด้านระดับความรู้ อายุ เครื่องมือในการสื่อสาร และการยกตัวอย่างประกอบที่เป็นรูปธรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านต่างๆ

4. กระบวนการบริหารจัดการ กระบวนการบริหารจัดการที่ดีในการดำเนินงานที่มีผลต่อความสำเร็จของโครงการฯ ได้แก่

(1) การมีนโยบายและแผนงาน โดยการกำหนดบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบที่มีความชัดเจนและเป็นทางการ

(2) การมีเครือข่ายการทำงานและการบูรณาการการทำงาน มีการประชุมเพื่อวางแผนการทำงาน กาดิตตามผลการทำงาน ตลอดจนมีการสื่อสารที่ดี

(3) มีการสร้างความร่วมมือในลักษณะ ชนะ-ชนะ (Win-Win) กล่าวคือในการดำเนินในทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็น สสจ. รพ. รพ.สต. หรือผู้ป่วย/ผู้เสี่ยง ซึ่งให้เห็นถึงได้รับประโยชน์ร่วมกัน

(4) มีต้นแบบที่ดีในการดำเนินงานด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ดำเนินโครงการประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และศูนย์การเรียนรู้ ที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินโครงการฯ

(5) มีการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานซึ่งเป็นกลไกการเสริมแรงทางบวก ทำให้เกิดความรู้สึกรักภูมิใจและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

(6) มีการควบคุม กำกับกับการดำเนินโครงการ และติดตามผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และมีการให้คำแนะนำได้ตรงกับบริบทของผู้มีผู้ป่วย/ผู้เสี่ยง มีระบบการติดตามที่มีประสิทธิภาพ โดยมีระบบสารสนเทศที่รองรับการนำเข้าข้อมูลของผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงทำให้ผู้ดำเนินโครงการในทุกระดับสามารถเห็นข้อมูลได้ ในขณะเดียวกันระบบสารสนเทศต้องยังรองรับการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้มีภาวะเสี่ยงและผู้ป่วย เป็นรายบุคคลที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย รวมถึงยังเป็นระบบสำคัญที่ทำให้เกิดทั้งการกระตุ้นและการสร้างพลังในการปฏิบัติตนของผู้มีภาวะเสี่ยงและผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

2.2 ปัญหาในการดำเนินโครงการ ฯ

ในการวิเคราะห์ปัญหาในการดำเนินโครงการ ฯ จากการสำรวจด้วยแบบสอบถาม ผลการประเมินปัญหา ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ร้อยละของปัญหาในการดำเนินโครงการ

ปัญหา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีปัญหาในการดำเนินโครงการ	8	7.5
มีปัญหา (ตอบได้หลายข้อ)		
ผู้บริหารไม่ให้ความสำคัญกับการดำเนินโครงการ	13	12.1
งบประมาณในการดำเนินโครงการฯ มีจำกัด	8	7.5
การเบิกจ่ายงบประมาณในการดำเนินโครงการฯ		
มีขั้นตอนที่ยุ่งยาก	21	19.6
บุคลากรที่ดำเนินโครงการฯ มีภารกิจหลายอย่างทำให้		
ดำเนินโครงการไม่เต็มที่	39	36.4
ผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงไม่มาตามนัดหมาย	15	14.0
การประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง	13	12.1
การสร้างความร่วมมือกับผู้ป่วย/ผู้เสี่ยง	10	9.3
รูปแบบในการดำเนินการ (3ส.3.อ1น.) เข้าใจยาก	6	5.6
การถ่ายโอนงานไปยัง อบจ.	5	4.7
อื่น ๆ	3	2.8

จากตารางที่ 4.3 พบว่าในภาพรวมจะพบปัญหาในการดำเนินโครงการในประเด็นบุคลากรที่ดำเนินโครงการฯ มีภารกิจหลายอย่างทำให้ดำเนินโครงการไม่เต็มที่พบปัญหามากที่สุด (ร้อยละ 36.4) รองลงมาคือ การเบิกจ่ายงบประมาณในการดำเนินโครงการฯ มีขั้นตอนที่ยุ่งยาก (ร้อยละ 19.6) ผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงไม่มาตามนัดหมาย (ร้อยละ 14.0)

สำหรับปัญหาในการดำเนินโครงการ จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ทั้งนี้ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นบางพื้นที่ โดยภาพรวมของปัญหาทั้งหมดที่เกิดขึ้น จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ มีดังนี้

1) ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญและมีการเปลี่ยนแปลง/โยกย้ายตำแหน่ง โครงการฯ จะไม่สามารถประสบความสำเร็จได้ หากผู้บริหารในทุกระดับไม่เห็นความสำคัญ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการเปลี่ยนแปลง/โยกย้ายตำแหน่งของผู้บริหารที่อยู่ในระบบโครงสร้างหน่วยงานราชการ

2) นโยบายไม่ต่อเนื่องและไม่ชัดเจน การที่ผู้บริหารไม่ทราบข้อมูลโครงการฯ และการไม่เห็นความสำคัญของโครงการฯ ทำให้ขาดการกำหนดเป็นนโยบายและแนวปฏิบัติงานที่ชัดเจน นอกจากนี้ ความไม่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของนโยบายกระทรวงสาธารณสุข กล่าวคือ มีการกำหนดหลักการในการปฏิบัติที่แตกต่างกัน เช่น “หลัก 3ส.3อ.1น.” หรือ “หลัก 3อ.2ส.” หรือ “หลัก3อ.2ส.1น.1พ.” เป็นต้น ทำให้ผู้ดำเนินงานโครงการฯ เกิดความสับสนและนำโครงการฯ ไปปฏิบัติไม่เหมือนกัน มากไปกว่านั้นคือ เมื่อนำไปปฏิบัติในพื้นที่ก็ทำให้กลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในชุมชนเกิดความสับสนด้วยเช่นกัน

3) การที่ รพ.สต.ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ในการบริหารจัดการโครงการ ต้องได้รับอนุญาตจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นก่อนจึงจะสามารถดำเนินงานโครงการฯ ได้ โดยเฉพาะในช่วงที่มีการถ่ายโอน ทำให้นโยบายบางพื้นที่ไม่ต่อเนื่องหรือเกิดการสับสนในการปฏิบัติ

4) การเปลี่ยนแปลงงาน/โยกย้ายตำแหน่งของผู้ดำเนินงานโครงการฯ ในโครงสร้างการทำงานของหน่วยงานราชการที่มีการเปลี่ยนแปลง/โยกย้ายตำแหน่งงาน ส่งผลทำให้มีการเปลี่ยนผู้ดำเนินโครงการฯ ซึ่งเป็นผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมและมีความเข้าใจในโครงการฯ เป็นผู้ดำเนินงานโครงการฯ รายใหม่ที่อาจไม่รับทราบข้อมูลโครงการฯ ไม่เห็นคุณค่าและไม่คิดว่าเป็นงานสำคัญ ทำให้การทำงานในระดับพื้นที่จึงขาดความต่อเนื่องและขาดการเก็บข้อมูลที่เป็นระบบ

5) ภาระงานของผู้ดำเนินงานโครงการฯ เนื่องจากการทำงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในปัจจุบันเน้นการทำงานเชิงคุณภาพ มากขึ้น ทำให้ปริมาณงานของผู้ดำเนินงานโครงการฯ มีมากขึ้นตามไปด้วย ในทางกลับกันคือ อัตรากำลังบุคลากรของหน่วยงานมีน้อย ทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) และขาดแรงกระตุ้นและแรงจูงใจในการทำงาน

6) มีข้อยุ่งยากในการเบิกจ่ายงบประมาณ การดำเนินงานโครงการฯ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการฯ เป็นการโอนเงินไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งพบว่ามีความยุ่งยากในการดำเนินงานในบางจังหวัด และในบางจังหวัดก็ทำได้ดี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติ ในขณะที่เดียวกันผู้ปฏิบัติบางพื้นที่ยังไม่เข้าใจระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณ ทำให้มีความรู้สึกรู้สึกว่ายุ่งยาก ทำให้ผู้ดำเนินงานโครงการฯ เกิดความเครียดในการทำงาน

7) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายน้อย การดำเนินงานโครงการฯ มีส่วนเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานและหลายกระทรวง ทำให้มีความยุ่งยาก ซับซ้อน และมีปัญหาด้านการประสานงานในขณะเดียวกันก็ขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

8) ผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงขาดความต่อเนื่องในการเข้าร่วมกิจกรรม เป็นปัญหาสำคัญของการดำเนินงานโครงการฯ คือ ผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงขาดความต่อเนื่อง ทั้งการเข้าร่วมกิจกรรม และการนำหลักการ 3ส.3อ.1น. ไปปฏิบัติจริง ทำให้ไม่สามารถเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายใต้ระยะเวลาการดำเนินงานโครงการฯ

ตอนที่ 3 ผลการประเมินรูปแบบในการบริหารจัดการโครงการพัฒนากลไกสนับสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง

โดยได้แบ่งประเด็นการวิเคราะห์ออกเป็น

3.1 ประสิทธิภาพรูปแบบการสร้างสุขภาพดีวิถีไทย ด้วยหลัก 3ส.3อ.1น.

3.1.1 ลักษณะผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่าง

3.1.2 การเปรียบเทียบลักษณะผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบ

3.1.3 ประสิทธิภาพการสร้างสุขภาพดีวิถีไทย ด้วยหลัก 3ส.3อ.1น.

3.2 รูปแบบในการบริหารจัดการโครงการพัฒนากลไกสนับสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง

โดยรายละเอียดของผลการวิเคราะห์ ดังแสดงต่อไปนี้

3.1 ประสิทธิภาพรูปแบบการสร้างสุขภาพดีวิถีไทย ด้วยหลัก 3ส.3อ.1น.

ในการศึกษาประสิทธิภาพรูปแบบการสร้างสุขภาพดีวิถีไทย ด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. เพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 ภูมิภาค ประกอบด้วยภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ คัดเลือก ภาคละ 1 จังหวัด โดยแบ่งผลการศึกษา ออกเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

3.1 ลักษณะผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่าง

3.2 การเปรียบเทียบลักษณะผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบ

3.3 ประสิทธิภาพการสร้างสุขภาพดีวิถีไทย ด้วยหลัก 3ส.3อ.1น.

ผลการศึกษามีดังต่อไปนี้

3.1.1 ลักษณะผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาลักษณะผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง (กลุ่มรับบริการตามรูปแบบการสร้างสุขภาพวิถีไทยด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. ตามหลักการของโครงการฯ) และกลุ่มเปรียบเทียบ (กลุ่มรับบริการสร้างเสริมสุขภาพตามรูปแบบเดิมที่พื้นที่ดำเนินการอยู่) พบว่าลักษณะผู้เสี่ยง/ป่วยโรคเบาหวาน และผู้เสี่ยง/ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (กลุ่มทดลอง)

พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.3) ในด้านสถานภาพสมรสมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 78.1) และมีอายุอยู่ในช่วง 50 - 59 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 38.1) รองลงมาอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 36.7) และน้อยกว่า 50 ปี (ร้อยละ 25.2) ตามลำดับ ในด้านการศึกษามากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 25.2) ตามลำดับ ในด้านการศึกษามากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 25.2) ตามลำดับ ในด้านการศึกษามากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 25.2) ตามลำดับ มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 61.4) ในการประกอบอาชีพ พบว่าประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 52.9) รองลงมา ช่วยเหลืองานในครอบครัว/ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 19.5) รับจ้าง (ร้อยละ 12.4) ค้าขาย (ร้อยละ 9.5) มีเพียงส่วนน้อยที่ประกอบธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 3.8) ตามลำดับ ในด้านรายได้ส่วนใหญ่มีรายได้ค่อนข้างต่ำคือน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 74.8) รองลงมาคือมีรายได้ระหว่าง 5,000 - 9,999 บาท (ร้อยละ 21.4)

ในด้านการป่วยเป็นโรคเบาหวานพบว่า เป็นมานาน 5 - 10 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 45.7) รองลงมาคือ น้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 39.0) และ มากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 15.2) ตามลำดับ ในด้านสิทธิในการรักษา พบว่าส่วนใหญ่ มีสวัสดิการรักษายาบาล (ร้อยละ 93.3) และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ (ร้อยละ 61.0)

กลุ่มเปรียบเทียบ

พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.3) ในด้านสถานภาพสมรสมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 80.5) และมีอายุในช่วง 50 - 59 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 39.0) รองลงมาอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 37.1) และอายุน้อยกว่า 50 ปี (ร้อยละ 23.8) ตามลำดับ ในด้านการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 65.2) ในการประกอบอาชีพ พบว่า ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 56.7) รองลงมาช่วยเหลืองานในครอบครัว/ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 18.6) ค้าขาย (ร้อยละ 10.0) รับจ้าง (ร้อยละ 9.0) ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 3.8) และมีเพียงส่วนน้อยที่ประกอบอาชีพการประมง (ร้อยละ 1.9) ในด้านรายได้พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 68.6) รองลงมาคือมีรายได้ 5,000 - 9,999 บาท (ร้อยละ 25.2) และ มากกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 6.2) ตามลำดับ

ในด้านการป่วยเป็นโรคเบาหวานพบว่า มีการป่วยเป็นโรคเบาหวานมานาน 5 - 10 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 46.2) รองลงมาคือ น้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 43.3) และมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ

10.5) ตามลำดับ ในด้านสิทธิในการรักษา พบว่า ส่วนใหญ่สวัสดิการรักษายาบาล (ร้อยละ 93.3) มีดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ (ร้อยละ 56.2)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (กลุ่มทดลอง)

พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.0) ในด้านสถานภาพส่วนใหญ่สมรสคู่ (ร้อยละ 76.7) และมีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 45.7) รองลงมาอายุ 50 - 59 ปี (ร้อยละ 31.9) และน้อยกว่า 50 ปี (ร้อยละ 22.4) ตามลำดับ ในด้านการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 73.8) ในการประกอบอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 65.7) และมีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาทมากที่สุด (ร้อยละ 69.0) รองลงมา 5,000 - 9,999 บาท (ร้อยละ 24.8) และมากกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 6.2) ตามลำดับ

ในด้านการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง น้อยกว่า 5 ปี 5-10 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 45.7) รองลงมามากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 42.4) และน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 11.9) ตามลำดับ ในด้านสิทธิในการรักษา พบว่าส่วนใหญ่มีสวัสดิการรักษายาบาล (ร้อยละ 93.3) และพบว่ามีดัชนีมวลกายมากกว่าปกติประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52.9)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.0) ในด้านสถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 79.0) และมีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 44.3) รองลงมาอายุ 50 - 59 ปี (ร้อยละ 31.9) และน้อยกว่า 50 ปี (ร้อยละ 22.8) ตามลำดับ ในด้านการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 74.3) ในการประกอบอาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 67.6) ในด้านรายได้พบว่า มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 66.7) มีรายได้ 5,000 - 9,999 บาท (ร้อยละ 26.2) และมีรายได้มากกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 7.1) ตามลำดับ

ในด้านการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่าป่วยมาแล้วน้อยกว่า 5 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 46.7) รองลงมาคือ 5 - 10 ปี (ร้อยละ 41.9) และมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 11.4) ตามลำดับ ในด้านสิทธิในการรักษา พบว่าส่วนใหญ่มีสวัสดิการรักษายาบาล (ร้อยละ 95.7) และมีดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ (ร้อยละ 56.2)

3.1.2 การเปรียบเทียบลักษณะผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงระหว่าง

กลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบ

ก่อนการทดลองได้มีการเปรียบเทียบลักษณะผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบโดยเปรียบเทียบในด้าน เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย และระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน (ตัวแปรควบคุม) และคุณลักษณะในด้านสถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และสิทธิในการรักษา ดังตารางที่ 4.4 และ 4.5

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละลักษณะผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (ตัวแปรควบคุม) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ลักษณะกลุ่ม ตัวอย่าง	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน				ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง			
	กลุ่มทดลอง (n=210)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=210)		กลุ่มทดลอง (n=210)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=210)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ								
หญิง	177	84.3	177	84.3	191	91.0	191	91.0
ชาย	33	15.7	33	15.7	19	9.0	19	9.0
	$\chi^2 = 0.000$ df = 1 P-value = 1.000				$\chi^2 = 0.000$ df = 1 P-value = 1.000			
อายุ								
น้อยกว่า 50 ปี	53	25.2	50	23.8	47	22.4	50	23.8
50 – 59 ปี	210	38.1	82	39.0	67	31.9	67	31.9
60 ปี ขึ้นไป	77	36.7	78	37.1	96	45.7	93	44.3
	$\chi^2 = 0.119$ df = 2 P-value = 0.942				$\chi^2 = 0.140$ df = 2 P-value = 0.932			
ดัชนีมวลกาย								
ปกติ (≤ 25 kg/m ²)	82	39.0	92	43.8	99	47.1	92	43.8
มากกว่าปกติ (> 25 kg/m ²)	128	61.0	118	56.2	111	52.9	118	56.2
	$\chi^2 = 0.981$ df = 1 P-value = 0.322				$\chi^2 = 0.346$ df = 1 P-value = 0.557			
ระยะเวลาป่วยเป็นเบาหวาน								
น้อยกว่า 5 ปี	82	39.0	91	43.3	96	45.7	98	46.7
5 – 10 ปี	96	45.7	97	46.2	89	42.4	88	41.9
มากกว่า 10 ปี	32	15.2	22	10.5	25	11.9	24	11.4
	$\chi^2 = 2.325$ df = 2 P-value = 0.313				$\chi^2 = 0.047$ df = 2 P-value = 0.977			

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละลักษณะผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน				ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน (n=210)	ร้อยละ (100.0)	จำนวน (n=210)	ร้อยละ (100.0)	จำนวน (n=210)	ร้อยละ (100.0)	จำนวน (n=210)	ร้อยละ (100.0)
สถานภาพสมรส								
คู่	164	78.1	169	210.5	161	76.7	166	79.0
หม้าย/หย่า/แยก	36	17.1	32	15.2	37	17.6	34	16.2
โสด	10	4.8	9	4.3	12	5.7	10	4.8
	$\chi^2 = 0.363$ df = 2 P-value = 0.834				$\chi^2 = 0.385$ df = 2 P-value = 0.825			
ระดับการศึกษา								
ไม่ได้เรียนหนังสือ	14	6.7	14	6.7	4	1.9	4	1.9
ประถมศึกษา	129	61.4	137	65.2	155	73.8	156	74.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	27	12.9	25	11.9	22	10.5	22	10.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	32	15.2	27	12.9	21	10.0	24	11.4
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	8	3.8	7	3.3	8	3.8	4	1.9
	$\chi^2 = 0.8.8$ df = 4 P-value = 0.937				$\chi^2 = 1.539$ df = 4 P-value = 0.820			
อาชีพ								
เกษตรกร	111	52.9	119	56.7	138	65.7	142	67.6
ช่วยเหลืองานครอบครัว /ไม่ได้ทำงาน	41	19.5	39	18.6	21	10.0	20	9.5
ค้าขาย	20	9.5	21	10.0	23	11.0	22	10.5
ธุรกิจส่วนตัว	8	3.8	8	3.8	3	1.4	4	1.9
รับจ้าง	26	12.4	19	9.0	25	11.9	22	10.5
ประมง	4	1.9	4	1.9	-	-	-	-
	$\chi^2 = 1.442$ df = 5 P-value = 0.920				$\chi^2 = 0.438$ df = 4 P-value = 0.976			
รายได้ (บาท)								
น้อยกว่า 5,000 บาท	157	74.8	144	68.6	145	69.0	140	66.7
5,000 – 9,999 บาท	45	21.4	53	25.2	52	24.8	55	26.2
10,000 บาทขึ้นไป	8	3.8	13	6.2	13	6.2	15	7.1
	$\chi^2 = 2.405$ df = 2 P-value = 0.300				$\chi^2 = 0.315$ df = 2 P-value = 0.854			

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน				ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	(n=210)	(100.0)	(n=210)	(100.0)	(n=210)	(100.0)	(n=210)	(100.0)
สิทธิการรักษาพยาบาล								
บัตรประกันสุขภาพ	196	93.3	196	93.3	196	93.3	201	95.7
เบิกได้	13	6.2	14	6.7	14	6.7	9	4.3
จ่ายเงินเอง	1	0.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	$\chi^2 = 1.037$ df = 2 P-value = 0.595				$\chi^2 = 0.736$ df = 1 P-value = 0.391			

จากตารางที่ 4.4 และ ตารางที่ 4.4 ผลการเปรียบเทียบพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (P-value > 0.05) หมายความว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะไม่แตกต่างกันในเรื่องเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย และระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นตัวแปรควบคุม และลักษณะอื่น ๆ ได้แก่ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และสิทธิในการรักษาไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (P-value > 0.05)

3.1.3 ประสิทธิภาพการสร้างสุขภาพดีวิถีไทย ด้วยหลัก 3ส.3อ.1น.

1) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ค่าความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนการทดลอง

พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง (สร้างสุขภาพดีวิถีไทย ด้วยหลัก 3ส.3อ.1น.) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 10.45 คะแนน (SD = 2.61) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 59.28 คะแนน (SD = 7.63) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.97 (SD = 3.66) เพศหญิงมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 91.27 เซ็นติเมตร (SD = 10.88) เพศชายมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 91.91 เซ็นติเมตร (SD = 11.81) และระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 155.22 mg/dl (SD = 28.16) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง (สร้างสุขภาพแบบเดิม) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 10.69 คะแนน (SD = 2.24) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 59.28 คะแนน (SD = 8.32) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.52 (SD = 2.50) เพศหญิงมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 90.58 เซ็นติเมตร (SD = 7.00) เพศชายมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 88.30 เซ็นติเมตร (SD = 7.42) และระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 154.70 mg/dl (SD = 32.60) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า

ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวทั้งเพศหญิงและเพศชาย และระดับน้ำตาลในเลือด (P -value > 0.05) รายละเอียดดังตาราง 4.6

หมายความว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลองก่อนได้รับการสร้างสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด ใกล้เคียงกันกับกลุ่มเปรียบเทียบที่จะได้รับการสร้างสุขภาพแบบเดิม

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง

พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง (สร้างสุขภาพดีวิถีไทย ด้วยหลัก 3ส.3อ.1น.) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 10.50 คะแนน ($SD = 2.62$) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 57.31 คะแนน ($SD = 6.37$) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.34 ($SD = 4.77$) เพศหญิงมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 89.46 เซ็นติเมตร ($SD = 12.84$) เพศชายมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 89.74 เซ็นติเมตร ($SD = 16.02$) ค่าความดันโลหิต Systolic เฉลี่ย 150.26 mmHg ($SD = 7.93$) และค่าความดันโลหิต Diastolic เฉลี่ย 90.30 mmHg ($SD = 5.05$) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง (สร้างสุขภาพแบบเดิม) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 10.47 คะแนน ($SD = 2.99$) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 56.53 คะแนน ($SD = 6.57$) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.36 ($SD = 4.47$) เพศหญิงมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 88.68 เซ็นติเมตร ($SD = 4.38$) เพศชายมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 87.47 เซ็นติเมตร ($SD = 4.97$) ค่าความดันโลหิต Systolic เฉลี่ย 150.12 mmHg ($SD = 6.13$) และค่าความดันโลหิต Diastolic เฉลี่ย 90.38 mmHg ($SD = 2.86$) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวทั้งเพศหญิงและเพศชาย ค่าความดันโลหิต Systolic และ Diastolic (P -value > 0.05) รายละเอียด ดังตาราง 4.6

หมายความว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองก่อนได้รับการสร้างสุขภาพดีวิถีไทย ด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ค่าความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ใกล้เคียงกันกับกลุ่มเปรียบเทียบที่จะได้รับการสร้างสุขภาพแบบเดิม

ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน / โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ
ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต Systolic และ
Diastolic ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและ
กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง

ตัวแปร	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน			ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
	M	SD	t	M	SD	t
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน / โรคความดันโลหิตสูง (คะแนน)						
กลุ่มทดลอง	10.45	2.61	-0.945	10.50	2.62	0.104
กลุ่มเปรียบเทียบ	10.69	2.44		10.47	2.99	
พฤติกรรมสุขภาพ (คะแนน)						
กลุ่มทดลอง	59.28	7.63	0.006	57.31	6.37	1.235
กลุ่มเปรียบเทียบ	59.28	8.32		56.53	6.57	
ดัชนีมวลกาย						
กลุ่มทดลอง	26.97	3.66	1.481	27.34	4.77	-0.034
กลุ่มเปรียบเทียบ	26.52	2.50		27.36	4.47	
เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)						
เพศหญิง	(กลุ่มทดลอง n = 177 กลุ่ม เปรียบเทียบ n = 177)			(กลุ่มทดลอง n = 191 กลุ่มเปรียบเทียบ n = 191)		
กลุ่มทดลอง	91.27	10.88	0.703	89.46	12.84	0.794
กลุ่มเปรียบเทียบ	90.58	7.00		88.68	4.38	
เพศชาย	(กลุ่มทดลอง n = 33 กลุ่มเปรียบเทียบ n = 33)			(กลุ่มทดลอง n = 19 กลุ่มเปรียบเทียบ n = 19)		
กลุ่มทดลอง	91.91	11.81	-1.485	89.74	16.02	0.588
กลุ่มเปรียบเทียบ	88.30	7.42		87.47	4.97	
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)						
กลุ่มทดลอง	155.22	28.16	0.173			
กลุ่มเปรียบเทียบ	154.70	32.60				
ค่าความดันโลหิต Systolic (mmHg)						
กลุ่มทดลอง				150.26	7.93	0.199
กลุ่มเปรียบเทียบ				150.12	6.13	
ค่าความดันโลหิต Diastolic (mmHg)						
กลุ่มทดลอง				90.30	5.05	-0.190
กลุ่มเปรียบเทียบ				90.38	2.86	

* P-value < 0.05 ** P-value < 0.001

2) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ค่าความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังการทดลอง

พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง (สร้างสุขภาพดีวิถีไทย ด้วยหลัก 3ส.3อ.1น.) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 13.07 คะแนน (SD = 1.35) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 74.18 คะแนน (SD = 5.55) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.83 (SD = 2.98) เพศหญิงมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 87.73 เซ็นติเมตร (SD = 10.68) เพศชายมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 88.27 เซ็นติเมตร (SD = 10.34) และระดับน้ำตาลในเลือด 123.76 mg/dl (SD = 14.25) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง (สร้างสุขภาพแบบเดิม) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 10.64 คะแนน (SD = 2.36) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 59.59 คะแนน (SD = 8.07) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.52 (SD = 2.52) เพศหญิงมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 90.34 เซ็นติเมตร (SD = 7.02) เพศชายมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 87.94 เซ็นติเมตร (SD = 7.71) และระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 154.40 mg/dl (SD = 32.60) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือด (P-value < 0.001) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องเส้นรอบเอว (เพศหญิง) (P-value < 0.05) ส่วนเส้นรอบเอว (เพศชาย) ไม่มีความแตกต่างกัน รายละเอียดดังตาราง 4.7

หมายความว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลอง หลังได้รับการสร้างสุขภาพดีวิถีไทย ด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว (เพศหญิง) และระดับน้ำตาลในเลือด ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งได้รับการสร้างสุขภาพแบบเดิม แต่ในเรื่องเส้นรอบเอว (เพศชาย) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าใกล้เคียงกัน

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลอง

พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง (สร้างสุขภาพดีวิถีไทยด้วยหลัก 3ส.3อ.1น.) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 11.79 คะแนน (SD = 2.22) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 66.11 คะแนน (SD = 6.21) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.67 (SD = 4.70) เพศหญิงมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 86.54 เซ็นติเมตร (SD = 12.48) เพศชายมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 86.79 เซ็นติเมตร (SD = 14.75) ค่าความดันโลหิต Systolic เฉลี่ย 127.33 mmHg (SD = 10.76) และค่าความดันโลหิต Diastolic 77.82 mmHg (SD = 7.84) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง (สร้างสุขภาพแบบเดิม) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิต

สูง 10.43 คะแนน (SD = 2.97) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 56.61 คะแนน (SD = 6.62) ดัชนีมวลกาย 27.38 (SD = 3.95) เพศหญิงมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 88.72 เซนติเมตร (SD = 4.42) เพศชายมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 87.58 เซนติเมตร (SD = 5.10) ค่าความดันโลหิต Systolic เฉลี่ย 127.33 mmHg (SD = 10.76) และค่าความดันโลหิต Diastolic เฉลี่ย 90.40 mmHg (SD = 2.85) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว (เพศหญิง) ค่าความดันโลหิต Systolic และ Diastolic (P-value < 0.001) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องเส้นรอบเอว (เพศหญิง) (P-value < 0.05) ส่วนเส้นรอบเอว (เพศชาย) ไม่มีความแตกต่างกัน รายละเอียดดังตาราง 4.7

หมายความว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง หลังได้รับการสร้างสุขภาพวิถีไทยด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว (เพศหญิง) ค่าความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งได้รับการสร้างสุขภาพแบบเดิม แต่ในเรื่องเส้นรอบเอว (เพศชาย) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 4.7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน / โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน / ค่าความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลอง

ตัวแปร	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน			ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
	M	SD	t	M	SD	t
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน / โรคความดันโลหิตสูง (คะแนน)						
กลุ่มทดลอง	13.07	1.35	12.906**	11.79	2.22	5.279**
กลุ่มเปรียบเทียบ	10.64	2.36		10.43	2.97	
พฤติกรรมสุขภาพ (คะแนน)						
กลุ่มทดลอง	74.18	5.55	21.580**	66.11	6.21	15.148**
กลุ่มเปรียบเทียบ	59.59	8.07		56.61	6.62	
ดัชนีมวลกาย						
กลุ่มทดลอง	24.83	2.98	-6.265**	25.67	4.70	-4.016**
กลุ่มเปรียบเทียบ	26.52	2.52		27.38	3.95	
เส้นรอบเอว (เซนติเมตร)						
เพศหญิง	(กลุ่มทดลอง n = 177 กลุ่มเปรียบเทียบ n = 177)			(กลุ่มทดลอง n = 191 กลุ่มเปรียบเทียบ n = 191)		
กลุ่มทดลอง	87.73	10.68	-2.716*	86.54	12.48	-2.273*
กลุ่มเปรียบเทียบ	90.34	7.02		88.72	4.42	
เพศชาย	(กลุ่มทดลอง n = 33 กลุ่มเปรียบเทียบ n = 33)			(กลุ่มทดลอง n = 19 กลุ่มเปรียบเทียบ n = 19)		
กลุ่มทดลอง	88.27	10.34	0.148	86.79	14.75	-0.220
กลุ่มเปรียบเทียบ	87.94	7.71		87.58	5.10	
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)						
กลุ่มทดลอง	123.76	14.25	-12.476**			
กลุ่มเปรียบเทียบ	154.40	32.60				
ค่าความดันโลหิต Systolic (mmHg)						
กลุ่มทดลอง				127.33	10.76	-25.980**
กลุ่มเปรียบเทียบ				150.33	6.96	
ค่าความดันโลหิต Diastolic (mmHg)						
กลุ่มทดลอง				77.82	7.84	-21.822**
กลุ่มเปรียบเทียบ				90.40	2.85	

* P-value < 0.05 ** P-value < 0.001

3) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน / โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ค่าความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนกับหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มทดลอง

ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 10.45 คะแนน (SD = 2.61) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 59.28 คะแนน (SD = 7.63) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.97 (SD = 3.66) เพศหญิงมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 91.27 เซ็นติเมตร (SD = 10.88) เพศชายมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 91.91 เซ็นติเมตร (SD = 11.81) และระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 155.22 mg/dl (SD = 28.16) ในขณะที่หลังการทดลอง (สร้างสุขภาพดีวิถีไทยด้วยหลัก 3ส.3อ.1น.) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 13.07 คะแนน (SD = 1.35) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 74.18 คะแนน (SD = 5.55) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.83 (SD = 2.98) เพศหญิงมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 87.83 เซ็นติเมตร (SD = 10.68) เพศชายมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 88.27 เซ็นติเมตร (SD = 10.42) และระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 123.76 mg/dl (SD = 14.25) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว (เพศหญิงและเพศชาย) และระดับน้ำตาลในเลือด (P-value < 0.001) รายละเอียดดังตาราง 4.8

หมายความว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังได้รับการสร้างสุขภาพดีวิถีไทยด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว (เพศหญิงและเพศชาย) และระดับน้ำตาลในเลือด ดีกว่าก่อนการได้รับการสร้างสุขภาพดีวิถีไทยด้วยหลัก 3ส.3อ.1น.

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง

ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 10.50 คะแนน (SD = 2.62) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 57.31 คะแนน (SD = 6.37) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.34 (SD = 4.77) เพศหญิงมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 89.46 เซ็นติเมตร (SD = 12.84) เพศชายมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 89.74 เซ็นติเมตร (SD = 16.02) ระดับความดันโลหิต Systolic เฉลี่ย 150.26 mmHg (SD = 7.93) และค่าความดันโลหิต Diastolic เฉลี่ย 90.30 mmHg (SD = 5.05) ในขณะที่หลังการทดลอง (สร้างสุขภาพดีวิถีไทยด้วยหลัก 3ส.3อ.1น.) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 11.79 คะแนน (SD = 2.22) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 66.11 คะแนน (SD = 6.21) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.67 (SD = 4.70) เพศหญิงมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 86.54 เซ็นติเมตร (SD = 12.48) เพศชายมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 88.79 เซ็นติเมตร (SD = 14.75)

ระดับความดันโลหิต Systolic เฉลี่ย 127.33 mmHg (SD = 4.70) และค่าความดันโลหิต Diastolic เฉลี่ย 77.82 mmHg (SD = 7.84) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว (เพศหญิง) และระดับความดันโลหิต Systolic และ Diastolic (P-value < 0.001) และพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องเส้นรอบเอว (เพศชาย) (P-value < 0.05) รายละเอียดดังตาราง 4.8

หมายความว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับการสร้างสุขภาพดีวิถีไทย ด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ดีกว่าก่อนการได้รับการสร้างสุขภาพดีวิถีไทยด้วยหลัก 3ส.3อ.1น.

ตารางที่ 4.8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน / โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ค่าความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนกับหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน			ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
	M	SD	t	M	SD	t
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน / โรคความดันโลหิตสูง (คะแนน)						
ก่อนการทดลอง	10.45	2.61	-	10.50	2.62	-5.261**
หลังการทดลอง	13.07	1.35	17.390**	11.79	2.22	
พฤติกรรมสุขภาพ (คะแนน)						
ก่อนการทดลอง	59.28	7.63	-	57.31	6.37	-16.158**
หลังการทดลอง	74.18	5.55	27.461**	66.11	6.21	
ดัชนีมวลกาย						
ก่อนการทดลอง	26.97	3.66	20.132**	27.34	4.77	28.065**
หลังการทดลอง	24.83	2.98		25.67	4.70	
เส้นรอบเอว (เซ็นติเมตร)						
เพศหญิง	(n = 177)			(n = 191)		
ก่อนการทดลอง	91.27	10.88	13.203**	89.46	12.84	14.950**
หลังการทดลอง	87.83	10.68		86.54	12.48	
เพศชาย	(n = 33)			(n = 19)		
ก่อนการทดลอง	91.91	11.81	8.322**	89.74	16.02	3.667*
หลังการทดลอง	88.27	10.42		88.79	14.75	
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)						
ก่อนการทดลอง	155.22	28.16	18.303**			
หลังการทดลอง	123.76	14.25				
ค่าความดันโลหิต Systolic (mmHg)						
ก่อนการทดลอง				150.26	7.93	25.280**
หลังการทดลอง				127.33	4.70	
ค่าความดันโลหิต Diastolic (mmHg)						
ก่อนการทดลอง				90.30	5.05	20.939**
หลังการทดลอง				77.82	7.84	

* P-value < 0.05 ** P-value < 0.001

4) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ค่าความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนกับหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มเปรียบเทียบ

ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 10.69 คะแนน (SD = 2.44) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 59.28 คะแนน (SD = 8.32) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.52 (SD = 2.50) เพศหญิงมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 90.58 เซ็นติเมตร (SD = 7.00) เพศชายมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 88.30 เซ็นติเมตร (SD = 7.42) และระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 154.70 mg/dl (SD = 32.60) ในขณะที่หลังการทดลอง (สร้างสุขภาพแบบเดิม) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 10.64 คะแนน (SD = 2.36) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 59.59 คะแนน (SD = 8.07) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.52 (SD = 2.52) เพศหญิงมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 90.34 เซ็นติเมตร (SD = 7.02) เพศชายมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 87.94 เซ็นติเมตร (SD = 7.71) และระดับน้ำตาลในเลือด 154.40 mg/dl (SD = 32.60) เมื่อทดสอบความแตกต่างกันก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ของกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด (P-value > 0.05) รายละเอียดดังตาราง 4.9

หมายความว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังการได้รับสร้างสุขภาพแบบเดิม มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดใกล้เคียงกันกับก่อนการสร้างสุขภาพแบบเดิม

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเปรียบเทียบ

ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 10.47 คะแนน (SD = 2.99) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 56.53 คะแนน (SD = 6.57) ดัชนีมวลกาย 27.36 (SD = 4.47) เพศหญิงมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 88.68 เซ็นติเมตร (SD = 4.38) เพศชายมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 87.47 เซ็นติเมตร (SD = 4.97) ระดับความดันโลหิต Systolic เฉลี่ย 150.12 mmHg (SD = 6.13) และค่าความดันโลหิต Diastolic เฉลี่ย 90.38 mmHg (SD = 2.86) ในขณะที่หลังการทดลอง (สร้างสุขภาพแบบเดิม) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 10.43 คะแนน (SD = 2.97) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 56.61 คะแนน (SD = 6.62) ดัชนีมวลกาย 27.38 (SD = 3.95) เพศหญิงมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 88.72 เซ็นติเมตร (SD = 4.42) เพศชายมีเส้นรอบเอวเฉลี่ย 87.58 เซ็นติเมตร (SD = 5.10) ระดับความดันโลหิต Systolic เฉลี่ย 150.33 mmHg (SD = 6.96) และค่าความดันโลหิต Diastolic เฉลี่ย 90.40

mmHg (SD = 2.85) เมื่อทดสอบความแตกต่างกันก่อนการทดลองกับหลังการทดลองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับความดันโลหิต Systolic และ Diastolic (P-value < 0.05) รายละเอียดดังตาราง 4.9

หมายความว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงหลังการได้รับสร้างสุขภาพแบบเดิม มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ใกล้เคียงกันกับก่อนการสร้างสุขภาพแบบเดิม

ตารางที่ 4.9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน / โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ค่าความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนกับหลังการทดลอง ของกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน			ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
	M	SD	t	M	SD	t
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน / โรคความดันโลหิตสูง (คะแนน)						
ก่อนการทดลอง	10.69	2.44	0.722	10.47	2.99	0.536
หลังการทดลอง	10.64	2.36		10.43	2.97	
พฤติกรรมสุขภาพ (คะแนน)						
ก่อนการทดลอง	59.28	8.32	-1.152	56.53	6.57	-0.619
หลังการทดลอง	59.59	8.07		56.61	6.62	
ดัชนีมวลกาย						
ก่อนการทดลอง	26.52	2.50	-0.089	27.36	4.47	-0.168
หลังการทดลอง	26.52	2.52		27.38	3.95	
เส้นรอบเอว (เซ็นติเมตร)						
เพศหญิง	(n = 177)			(n = 191)		
ก่อนการทดลอง	90.58	7.00	1.496	88.68	4.38	-0.911
หลังการทดลอง	90.34	7.02		88.72	4.42	
เพศชาย	(n = 33)			(n = 19)		
ก่อนการทดลอง	88.30	7.42	1.161	87.47	4.97	-1.455
หลังการทดลอง	87.94	7.71		87.58	5.10	
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)						
ก่อนการทดลอง	154.70	32.60	0.494			
หลังการทดลอง	154.40	32.60				
ค่าความดันโลหิต Systolic (mmHg)						
ก่อนการทดลอง (Min = 140, Max = 179)				150.12	6.13	-0.982
หลังการทดลอง (Min = 110, Max = 174)				150.33	6.96	
ค่าความดันโลหิต Diastolic (mmHg)						
ก่อนการทดลอง				90.38	2.86	-1.418
หลังการทดลอง				90.40	2.85	

* P-value < 0.05 ** P-value < 0.001

ส่วนที่ 2 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังการสร้างสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง

เมื่อวิเคราะห์ถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ ดังแสดงในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังการสร้างสุขภาพดีวิถีไทยด้วยหลัก 3ส.3อ.1น.

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	210	100.0
ควบคุมได้ (<130 mg/dl)	173	82.4
ควบคุมไม่ได้ (\geq 130 mg/dl)	37	17.6
การควบคุมระดับความดันโลหิต	210	100.0
ควบคุมได้ (Systolic <140 และ Diastolic <90 mmHg)	166	79.0
ควบคุมไม่ได้ (Systolic \geq 140 และหรือ Diastolic \geq 90 mmHg)	44	21.0

จากตารางที่ 4.10 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังการสร้างสุขภาพดีวิถีไทยด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 82.4 ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 79.0

ดังนั้นสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังได้รับการสร้างสุขภาพดีวิถีไทยด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว (เพศหญิงและเพศชาย) และระดับน้ำตาลในเลือดดีกว่าก่อนการได้รับการสร้างสุขภาพดีวิถีไทยด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับการสร้างสุขภาพดีวิถีไทยด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ดีกว่าก่อนการได้รับการสร้างสุขภาพดีวิถีไทยด้วยหลัก 3ส.3อ.1น.

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการสร้างสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียงของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาความพึงพอใจต่อการสร้างสุขภาพดีวิถีไทยด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. ของผู้ป่วย
โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง พบผลการศึกษา ดังแสดงที่ 4.11 ดังนี้

ตารางที่ 4.11 ความพึงพอใจต่อการสร้างสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง
ของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

ความพึงพอใจ	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน				ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง			
	มาก กลาง	ปาน กลาง	น้อย พอใจ	ไม่ พอใจ	มาก กลาง	ปาน กลาง	น้อย พอใจ	ไม่ พอใจ
1. วิธีการหรือกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับ การปฏิบัติตามหลัก 3 ส. 3 อ. 1น.	73.3	26.2	0.5	0.0	62.9	36.7	0.5	0.0
2. การฝึกปฏิบัติเรื่อง 3 ส. 3 อ. 1น.	69.0	29.5	1.4	0.0	61.9	36.2	1.4	0.5
3. การให้คำแนะนำให้สามารถปฏิบัติ เรื่อง 3 ส. 3 อ. 1น.	74.8	24.3	1.0	0.0	65.7	32.4	1.9	0.0
4. วิธีการ/กิจกรรมในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม	71.4	26.7	1.9	0.0	67.1	31.0	1.9	0.0
5. การมีส่วนร่วมต่อการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น	70.5	27.6	1.9	0.0	71.4	27.1	1.4	0.0
6. ความรู้ ทักษะการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม และการปฏิบัติใน ชีวิตประจำวัน	68.6	31.4	0.0	0.0	72.4	26.7	1.0	0.0
7. การสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ	77.1	22.4	0.5	0.0	79.5	20.5	0.0	0.0
8. ความรู้ ความสามารถของผู้จัดการ อบรม	83.8	15.7	0.5	0.0	78.1	20.5	1.4	0.0
9. การเฝ้าติดตามและให้กำลังใจในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	75.7	23.3	1.0	0.0	72.9	26.2	10	0.0
10. ความเหมาะสมของระยะเวลาในการ จัดกิจกรรม	72.4	25.7	1.9	0.0	71.0	28.1	1.0	0.0

ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

ความพึงพอใจ	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน				ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่พอใจ	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่พอใจ
11. สัมพันธภาพของเจ้าหน้าที่ ผู้ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	81.4	17.6	1.0	0.0	79.0	19.5	1.4	0.0
12. ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วม สร้างสุขภาพดีวิถีใหม่ๆ	84.3	15.2	0.5	0.0	79.5	20.5	0.0	0.0
ความพึงพอใจโดยรวม	83.3	16.7	0.0	0.0	84.8	15.2	0.0	0.0

จากตารางที่ 4.11 ความพึงพอใจต่อโครงการของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า**ผู้ป่วยโรคเบาหวาน** ในภาพรวมมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการสร้างสุขภาพดีวิถีไทยด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. ในระดับมาก (ร้อยละ 83.3) รองลงมามีความพึงพอใจปานกลาง (ร้อยละ 16.7) ไม่พบว่ามีไม่มีความพึงพอใจน้อยหรือไม่พึงพอใจ เมื่อพิจารณาความพึงพอใจในแต่ละประเด็น พบมีความพึงพอใจมากตั้งแต่ร้อยละ 70.0 ขึ้นไป ยกเว้นเรื่องการฝึกปฏิบัติเรื่อง 3ส.3อ.1น. ความรู้ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ร้อยละ 69.0) และการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 68.6) ตามลำดับแต่ระดับความพึงพอใจก็ยังคงอยู่ในระดับมาก สำหรับ**ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง** มีความพึงพอใจต่อการสร้างสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ในระดับมาก (ร้อยละ 84.8) รองลงมามีความพึงพอใจปานกลาง (ร้อยละ 15.2) เมื่อพิจารณาความพึงพอใจในแต่ละประเด็น พบมีความพึงพอใจมากตั้งแต่ร้อยละ 70.0 ในทุกเรื่อง ยกเว้นเรื่อง การฝึกปฏิบัติเรื่อง 3ส.3อ. (ร้อยละ 61.9) วิธีการหรือกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลัก 3ส.3อ.1น. (ร้อยละ 62.9) การให้คำแนะนำให้สามารถปฏิบัติเรื่อง การฝึกปฏิบัติเรื่อง 3ส.3อ. (ร้อยละ 65.7) และวิธีการ/กิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ร้อยละ 67.1) ตามลำดับ แต่ระดับความพึงพอใจก็ยังคงอยู่ในระดับมาก

3.1.4 ประสิทธิภาพการสร้างสุขภาพดีวิถีไทย ด้วยหลัก 3ส.3อ.1น.

จากการดำเนินโครงการ ฯ ใน 13 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการฯ โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานความก้าวหน้าของโครงการฯ และแบบบันทึกภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นผลจากการทดลองใช้รูปแบบการสร้างสุขภาพดีวิถีไทย ด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. แสดงร้อยละ (Percentage) ของน้ำหนัก

ที่ลด รอบเอวที่ลด ระดับน้ำตาลที่ลด ระดับความดันโลหิตที่ลด และผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงที่เข้าร่วมโครงการ
 ดังแสดงในตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ผลลัพธ์การดำเนินงานโครงการฯ ของผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดัน
 โลหิตสูง จำนวน 13 จังหวัด/เขตที่เข้าร่วมโครงการ

ลำดับ	จังหวัด	พื้นที่	น้ำหนัก ที่ลด (ร้อยละ)	รอบเอวที่ลด (ร้อยละ)	ระดับน้ำตาล ที่ลด (ร้อยละ)	ระดับ ความดัน โลหิตที่ลด (ร้อยละ)	ผู้ป่วย/ ผู้เสี่ยงที่ เข้าร่วม โครงการ
1	กรุงเทพฯ	ศูนย์บริการ สาธารณสุขที่ 48	89.0	86.6	91.8	90.5	180
2	กำแพงเพชร	รพช.พราณ กระต่าย	60.0	57.0	65.0	55.0	250
3	ขอนแก่น	รพร.กระนวน	69.8	67.5	75.8	60.3	260
4	ชลบุรี	รพช.หนองใหญ่	51.2	50.0	61.2	58.0	250
5	นครนายก	รพช.บ้านนา	50.0	47.5	59.0	64.6	240
6	บุรีรัมย์	รพช.สตึก	75.7	77.5	91.4	82.2	325
7	ปัตตานี	รพช.ไม้แก่น	51.0	40.0	75.0	69.2	100
8	เพชรบูรณ์	รพร.หล่มเก่า	23.9	19.8	84.0	50.0	420
9	แพร่	รพร.เด่นชัย	76.0	60.0	70.9	71.0	225
10	สกลนคร	รพร.สว่างแดนดิน	47.2	44.2	62.7	44.4	466
11	สุพรรณบุรี	รพช.สามชุก	90.9	90.3	42.9	48.6	175
12	สุราษฎร์ธานี	รพช.พุนพิน	46.2	39.7	52.7	60.8	400
13	อุบลราชธานี	รพร.เดชอุดม	48.6	43.8	94.3	76.2	210
		รวม					3,501
		เฉลี่ย	60.0	55.7	71.3	63.9	

จากตารางที่ 4.2 ผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการฯ ในพื้นที่ 13 จังหวัดพบว่าในภาพรวม
 น้ำหนักที่ลด (ร้อยละ 60.0) รอบเอวที่ลด (ร้อยละ 55.7) ระดับน้ำตาลที่ลด (ร้อยละ 71.3) ระดับ
 ความดันโลหิตที่ลด (ร้อยละ 63.9) และผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 3,501 คน
 ซึ่งผลลัพธ์ของโครงการได้กำหนดไว้ว่า ผู้ป่วย/ผู้เสี่ยง NCDs (โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน)
 สามารถลดน้ำหนัก รอบเอว ความดันโลหิต/ระดับน้ำตาลในเลือดได้ อย่างน้อยร้อยละ 60 ดังนั้น จึงมี
 เพียงประเด็นรอบเอวที่ลด (ร้อยละ 55.7) ที่ไม่บรรลุผลลัพธ์ของโครงการฯ แต่ก็ใกล้เคียงกับผลลัพธ์

ที่ตั้งไว้ และเมื่อพิจารณารายจังหวัดในแต่ละประเด็นตามผลลัพธ์ที่โครงการฯ พบว่าน้ำหนักที่ลดได้ อย่างน้อยร้อยละ 60 มีจำนวน 6 จังหวัด (ร้อยละ 46.2) รอบเอวที่ลดอย่างน้อยร้อยละ 60 มีจำนวน 5 จังหวัด (ร้อยละ 38.5) ระดับน้ำตาลที่ลด อย่างน้อยร้อยละ 60 มีจำนวน 10 จังหวัด (ร้อยละ 76.9) ระดับความดันโลหิตที่ลด อย่างน้อยร้อยละ 60 มีจำนวน 8 จังหวัด (ร้อยละ 61.5) แสดงให้เห็นว่า อย่างน้อยครึ่งหนึ่งของพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการสามารถลดน้ำหนัก รอบเอว ความดันโลหิต/ระดับ น้ำตาลในเลือดได้ อย่างน้อยร้อยละ 60 และสิ่งที่สามารถลดได้มากที่สุดคือระดับน้ำตาล (ร้อยละ 76.9) และสิ่งที่ลดได้น้อยที่สุดคือรอบเอว (ร้อยละ 38.5) และในโครงการกำหนดผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย/ ผู้เสี่ยงที่เข้าร่วมโครงการฯ 3,501 คน ซึ่งเป้าหมายของโครงการฯ ตั้งไว้ที่ 3,250 คน จึงทำแสดงให้เห็นว่าในภาพรวมของการดำเนินโครงการฯ บรรลุผลลัพธ์ตามที่วางไว้

3.3 รูปแบบในการบริหารจัดการโครงการพัฒนาคลังสนับสนุนวิชาการและเครือข่าย ขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง

สำหรับรูปแบบในการบริหารจัดการโครงการฯ ที่ดำเนินการอยู่ในภาพรวมเป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสม โดยเป้าหมายหลักของโครงการฯ คือประสิทธิผลการสร้างสุขภาพดีวิถีไทย ด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. ซึ่งผลลัพธ์ของโครงการได้กำหนดไว้ว่า ผู้ป่วย/ผู้เสี่ยง NCDs (โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน) สามารถลดน้ำหนัก รอบเอว ความดันโลหิต/ระดับน้ำตาลในเลือดได้ อย่างน้อยร้อยละ 60 จากการทดลองแสดงให้เห็นว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 82.4 ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 79.0 ผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการฯ ในพื้นที่ 13 จังหวัดพบว่าในภาพรวมน้ำหนักที่ลด (ร้อยละ 60.0) รอบเอวที่ลด (ร้อยละ 55.7) ระดับน้ำตาลที่ลด (ร้อยละ 71.3) ระดับความดันโลหิตที่ลด (ร้อยละ 63.9) และผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 3,501 คน ดังนั้นจึงมีเพียงประเด็นรอบเอวที่ลด (ร้อยละ 55.7) ที่ไม่บรรลุผลลัพธ์ของโครงการฯ

แต่มีข้อเสนอแนะจากพื้นที่ในการบริหารจัดการโครงการฯ ให้ดียิ่งขึ้นที่สำคัญ คือ 1) ควรมีการกำหนดให้เป็นหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ และผลักดันให้เป็นนโยบายแห่งชาติว่าด้วยสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง และกำหนดเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการ 2) การกำหนดเป็นตัวชี้วัดประเมินผลงานของผู้บริหารในแต่ละระดับของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3) การจัดสรรงบประมาณควรมีการจัดสรรให้กับหน่วยงานที่ดำเนินโครงการ โดยตรง คือ รพ.สต. หรือ รพร. 4) การจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้สุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ต้องมีแนวทางให้ชัดเจนในการบริหารจัดการศูนย์การเรียนรู้ฯ 5) จัดทำชุดสื่อดิจิทัล ประชาสัมพันธ์เผยแพร่ผ่านระบบสื่อสารมวลชนทุกช่องทางครอบคลุมทั่วประเทศ และ

สื่อสารในการให้ความรู้ในการปฏิบัติ 3ส.3อ.1น. ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง 6) จัดทำ Application บนโทรศัพท์มือถือเพื่อบันทึกและติดตามให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทาง 3ส.3อ.1น. และ 7) ในการนำ เครื่องมือ 3ส.3อ.1น. วิถีธรรม วิถีไทย เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคเรื้อรังไปใช้ต้องมีการสร้างความเข้าใจกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน ตลอดจนผู้ป่วย/ผู้เสี่ยง และในการนำเครื่องมือไปใช้ต้องร่วมกันวิเคราะห์เพื่อปรับเครื่องมือและการบริหารจัดการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการส่งเสริมปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ควรส่งเสริมเพื่อให้เกิดพลังในการดำเนินโครงการฯ ได้แก่ปัจจัย 1) ด้านบุคลากร คือ ผู้บริหาร ผู้ดำเนินงานโครงการฯ วิทยากร กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วย/ผู้เสี่ยง ที่ต้องมีความรู้ ความเข้าใจ มีความตั้งใจ และมีศักยภาพในการดำเนินโครงการฯ 2) ด้านงบประมาณ ที่เพียงพอและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย 3) ปัจจัยด้านหลักสูตร ที่ต้องนำไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และ 4) การบริหารจัดการโครงการฯ ไม่ว่าจะเป็นด้านคน เงิน วัสดุอุปกรณ์ ฯลฯ และปัจจัยเสี่ยงที่ต้องควบคุม ได้แก่ 1) ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญและมีการเปลี่ยนแปลง/โยกย้ายตำแหน่ง 2) นโยบายไม่ต่อเนื่องและไม่ชัดเจน 3) การเปลี่ยนแปลงงาน/โยกย้ายตำแหน่งของผู้ดำเนินงานโครงการฯ 4) บุคลากรที่ดำเนินโครงการมีภารกิจหลายอย่างทำให้ดำเนินโครงการไม่เต็มที่ 5) การเบิกจ่ายงบประมาณในการดำเนินโครงการมีขั้นตอนที่ยุ่งยาก 6) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายน้อยไม่เกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกัน และ 7) ผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงไม่มาตามนัดหมาย

สรุปผลการประเมินตามตัวชี้วัดและเกณฑ์ในการประเมินโครงการ

ในการดำเนินโครงการฯ ผลการประเมินตามตัวชี้วัดและเกณฑ์ในการประเมินโครงการฯ สรุปได้ดังตารางที่ 4.13 ดังนี้

ตารางที่ 4.13 ผลการประเมินตามตัวชี้วัดและเกณฑ์ในการประเมินโครงการฯ

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผล
ด้านปัจจัยบริบท	เหมาะสมอยู่ในระดับมาก หรือมีค่าเฉลี่ยอยู่ระดับ 3.51 ขึ้นไป	เหมาะสมอยู่ในระดับมาก ที่สุด ค่าเฉลี่ยอยู่ระดับ 4.64
ด้านปัจจัยนำเข้า	เหมาะสมอยู่ในระดับมาก หรือมีค่าเฉลี่ยอยู่ระดับ 3.51 ขึ้นไป	เหมาะสมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยอยู่ระดับ 4.46

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผล
ด้านกระบวนการ	เหมาะสมอยู่ในระดับมาก หรือมีค่าเฉลี่ยอยู่ระดับ 3.51 ขึ้นไป	เหมาะสมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยอยู่ระดับ 4.45
ด้านผลผลิต	เหมาะสมอยู่ในระดับมาก หรือมีค่าเฉลี่ยอยู่ระดับ 3.51 ขึ้นไป	เหมาะสมอยู่ในระดับมาก ที่สุด ค่าเฉลี่ยอยู่ระดับ 4.57
ภาพรวม	เหมาะสมอยู่ในระดับมาก หรือมีค่าเฉลี่ยอยู่ระดับ 3.51 ขึ้นไป	เหมาะสมอยู่ในระดับมาก ที่สุด ค่าเฉลี่ยอยู่ระดับ 4.53
มีผู้มีภาวะเสี่ยงและผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงและ โรคเบาหวาน ได้รับการเรียนรู้และ ฝึกปฏิบัติ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพด้วย 3ส.3อ.1น. กลุ่มผู้เสี่ยงและผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมาย (3,501 คน) สามารถลดน้ำหนัก รอบเอว ความดันโลหิต/ระดับน้ำตาลใน เลือดได้	รวม 3,250 คน อย่างน้อยร้อยละ 60	รวม 3,501 คน ลดน้ำหนัก ได้ร้อยละ 60.0 ลดรอบเอว ได้ร้อยละ 55.7 ลดความดันโลหิต ได้ร้อยละ 71.3 ลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 63.9
การทดลองใน 4 ภูมิภาค ผู้ป่วย (210 คน)	อย่างน้อยร้อยละ 60	ควบคุมความดันโลหิต ได้ร้อยละ 79.0 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้ร้อยละ 82.4
มีข้อเสนอเชิงนโยบายในการ ขยายผล	1 ชุด	1 ชุด

จากตารางที่ 4.13 แสดงผลการประเมินตามตัวชี้วัดและเกณฑ์ในการประเมินโครงการฯ พบว่าในภาพรวมโครงการมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.53$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่เห็นด้วยว่าเหมาะสมในระดับมากที่สุดได้แก่ด้านบริบท ($\bar{X} = 4.64$) และด้านผลผลิต ($\bar{X} = 4.57$) ส่วนด้านปัจจัยนำเข้า ($\bar{X} = 4.46$) และด้านกระบวนการ ($\bar{X} = 4.45$) มีความเห็นว่าเป็นที่เหมาะสมในระดับมาก โดยประสิทธิผลการสร้างสุขภาพวิถีไทย ด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. ผู้ป่วย/ผู้เสี่ยง NCDs (โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน) จากรายงานผลการดำเนินโครงการฯ ใน 13 พื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการฯ สามารถสรุปได้ว่าในภาพรวมผู้ป่วย/ผู้เสี่ยง โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่สามารถลดน้ำหนัก (ร้อยละ 60.0) ความดันโลหิต (ร้อยละ 71.3) ระดับน้ำตาลในเลือด (ร้อยละ 63.9) ซึ่งมากกว่าร้อยละ 60 ยกเว้นรอบเอวที่ลดเพียงร้อยละ 55.7 และจากการทดลองใน 4 ภูมิภาคแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 82.4 ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 79.0 และจากผลการประเมินโครงการฯ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการดำเนินโครงการ และข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติในพื้นที่

บทที่ 5

สรุป อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การประเมินโครงการพัฒนากลไกสนับสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อประเมินด้านบริบท (Context Evaluation) ด้านปัจจัยเบื้องต้น (Input Evaluation) ด้านกระบวนการ (Process Evaluation) และด้านผลผลิต (Product Evaluation) ของโครงการ ฯ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมให้โครงการประสบความสำเร็จ และปัญหาในการดำเนินโครงการฯ และ 3) เพื่อเสนอรูปแบบในการบริหารจัดการโครงการฯ ในการประเมินโครงการได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model เสนอโดยสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam & Shinkfield, A, 2007) มาประยุกต์ใช้เพื่อประเมิน โดยแบ่งขั้นตอนการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการประเมินโครงการฯ ใน 4 ด้านคือ การประเมินด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการและด้านผลผลิต ผู้ให้ข้อมูลในขั้นตอนนี้เป็นผู้ที่ดำเนินการขับเคลื่อนโครงการฯ ในระดับพื้นที่ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โรงพยาบาล/ศูนย์บริการสุขภาพกรุงเทพมหานคร สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จาก 13 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการ ผู้ให้ข้อมูลจังหวัดละไม่ต่ำกว่า 5 คน รวม จำนวน 107 คน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินโครงการฯ ได้แก่แบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประสานไปยังเครือข่ายในพื้นที่ทั้ง 13 จังหวัด พร้อมกับการส่ง Link ในการเก็บข้อมูลโดยจัดส่งในรูปแบบ Google Form การวิเคราะห์ข้อมูลโดยจำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ขั้นตอนที่ 2 ได้แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนย่อย คือ 2.1 ประเมินปัจจัยที่ส่งเสริมให้โครงการฯ ประสบความสำเร็จ และปัญหาในการดำเนินโครงการฯ โดยการจัดเวทีถอดบทเรียนผู้บริหารและผู้ดำเนินการขับเคลื่อนโครงการฯ ในระดับประเทศ ผ่านกิจกรรม 1) การละลายพฤติกรรม (Ice Breaking) 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) 3) การถ่ายทอดความรู้สึก ผ่านเอกสารและเรื่องเล่า (Storytelling) ผู้ให้ข้อมูลในระดับประเทศ ได้แก่ 1) ผู้บริหารโครงการฯ 2) ผู้ดำเนินการขับเคลื่อนโครงการฯ จำนวนทั้งสิ้น 61 คน การถอดบทเรียนในระดับพื้นที่ต้นแบบ โดย 1) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) 2) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้บริหารโครงการฯ วิทยากรและเจ้าหน้าที่ส่วนกลาง ผู้แทนจาก สสจ. จำนวน 13 คน ผู้ขับเคลื่อนโครงการสร้างสุขภาพดี วิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียงระดับพื้นที่ที่เป็นบุคลากรด้าน

สาธารณสุข โดยแบ่งเป็นระดับโรงพยาบาลอำเภอจำนวน 15 คน และระดับ รพ.สต. 12 คน รวม 27 คน และผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการฯ จำนวน 12 คน รวมผู้เข้าร่วมการถอดบทเรียนทั้งสิ้น 52 คน โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ขั้นตอนที่ 2.2 โดยใช้ข้อมูลจากแบบสอบถาม ตอนที่ 3 ในขั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยจำนวน (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินรูปแบบในการบริหารจัดการโครงการฯ แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนย่อย โดยขั้นตอนที่ 3.1 ประสิทธิภาพรูปแบบการสร้างสุขภาพดีวิถีไทย ด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. ใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มตัวอย่างจาก 4 ภาค ได้แก่อำเภอและตำบลต้นแบบการสร้างสุขภาพดีวิถีไทยโดยใช้หลัก 3ส.3อ.1น. ในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 420 ราย/โรค แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 210 ราย และกลุ่มควบคุม 210 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามและแบบบันทึกภาวะสุขภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ประสานงานในแต่ละพื้นที่ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน (Frequency) ร้อยละ(Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) สถิติอ้างอิง (Inferential Statistics) ในการทดสอบความแตกต่างด้วยไคสแควร์ (Chi-square Test) ใช้การทดสอบค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test) โดยการทดสอบค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (Paired t-test) และขั้นตอนที่ 3.2 ประสิทธิภาพรูปแบบการสร้างสุขภาพดีวิถีไทย ด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. โดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณจากการรายงานผลการดำเนินโครงการฯ โดยการทดลองในจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการฯ

ขั้นตอนที่ 4 รูปแบบในการบริหารจัดการโครงการพัฒนาไกล่เกลี่ยสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียงโดยใช้ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 – 3 มาทำการสังเคราะห์เพื่อสรุปรูปแบบการบริหารจัดการโครงการฯ

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการประเมินด้านบริบท ด้านปัจจัยเบื้องต้น ด้านกระบวนการและด้านผลผลิตของโครงการ ฯ พบว่า ในภาพรวมมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่เห็นด้วยว่าเหมาะสมในระดับมากที่สุดได้แก่ด้านบริบท และด้านผลผลิตทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าในการบริหารจัดการโครงการฯ ได้มีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโครงการสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงานและมีความชัดเจนเป็นโครงการฯ ที่สามารถช่วยสนับสนุนการแก้ปัญหา NCDs

ได้ (มูลนิธิอุทัย สุขสุข, 2564) อีกทั้งตรงกับปัญหาของพื้นที่ หรือการที่พื้นที่เห็นประโยชน์ที่จะได้รับจากโครงการฯ ส่วนด้านปัจจัยนำเข้าและด้านกระบวนการมีความเห็นด้วยว่าเหมาะสมในระดับมาก ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งได้ให้ข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการโครงการฯ เพื่อให้การดำเนินโครงการฯ มีประสิทธิภาพมากขึ้น เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่าชื่อที่มีความเห็นด้วยว่าเหมาะสมที่ค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโครงการสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน รองลงมาคือผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการฯ มีความคุ้มค่ากับงบประมาณในการดำเนินการ และรูปแบบในการดำเนินการ (เครื่องมือ 3ส.3อ.1น.) สามารถนำไปสู่การลดยา และหยุดยาของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงจากการดำเนินโครงการฯ ส่วนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการฯ และค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับล่างได้แก่ บุคลากรที่ดำเนินโครงการฯ มีความเพียงพอ โดยผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อมูลว่าบุคลากรที่รับผิดชอบในการดำเนินโครงการฯ มีภารกิจค่อนข้างมากในหลายๆ ด้านซึ่งอาจทำให้ดำเนินโครงการฯ ไม่ได้เต็มที่ และการเก็บรวบรวมข้อมูล สารสนเทศที่ใช้ในการดำเนินโครงการมีความครบถ้วน สมบูรณ์ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเหมาะสมอยู่ในระดับมากแต่ก็ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยประเด็นอื่นๆ ซึ่งในบางพื้นที่ได้ให้ข้อมูลว่าผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงส่วนหนึ่งไม่มาตามนัดทำให้การบันทึกภาวะสุขภาพไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ส่งผลถึงการประเมินผลลัพธ์ รองลงมาที่ค่าเฉลี่ยเหมาะสมต่ำคือ บุคลากรที่ดำเนินโครงการฯ มีขวัญและกำลังใจในการดำเนินโครงการฯ สอดคล้องกับเนื้อหาที่พญ. หมู่มาก, ศิริญา ชาญสุข และณัฐยา ไทยนาถ (2564) ได้เสนอแนะว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรเน้นการส่งเสริม สุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค รวมทั้ง ปรับระบบบริการคลินิกเบาหวานและความดัน โลหิตสูง ให้มีผู้จัดการรับผิดชอบการจัดการบริการ (Case/Care Manager) ให้ชัดเจน และ ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์และคณะ (2563) ทำการประเมินผลโครงการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อน อำนวยจัดการสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า ภาคประชาชน สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ด้วยกระบวนการเสริมพลัง สร้างคุณค่าให้กับคนทำงาน และหาแนวทางแก้ไขปัญหา

2. ปัจจัยที่ส่งเสริมให้โครงการฯ ประสบความสำเร็จ ได้แก่ปัจจัย 1) ด้านบุคลากร คือ ผู้บริหาร ผู้ดำเนินงานโครงการในพื้นที่ วิทยากร กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วย/ผู้เสี่ยง 2) ด้านงบประมาณ 3) ด้านหลักสูตร (ที่ใช้เครื่องมือ 3ส.3อ.1น.) และ 4) ด้านบริหารจัดการ สำหรับปัญหาในการดำเนินโครงการพบปัญหาที่สำคัญได้แก่ 1) บุคลากรที่ดำเนินโครงการมีภารกิจหลายอย่างทำให้ดำเนินโครงการไม่เต็มที่ 2) ผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงไม่มาตามนัดหมาย และ 3) การเบิกจ่ายงบประมาณในการดำเนินโครงการมีขั้นตอนที่ยุ่งยาก ดังนั้นในการบริหารจัดการโครงการฯ ผู้รับผิดชอบโครงการฯ ควรมีการส่งเสริมปัจจัยที่ทำให้โครงการประสบความสำเร็จโดยนำปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มาวางแผนในการบริหารจัดการโครงการฯ ในเชิงลึก ทั้งนี้ประมวล เหล่าสมบัติทวิ และสาโรจน์ ประพรมมา (2563) ใช้หลัก 3อ.3ส.1น. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ 1) การจัดโปรแกรมแก้ไขปัญหาก็ให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย 2) การใช้บุคคลต้นแบบในการสื่อสารกับชุมชน และ 3) การใช้

อาสาสมัครจิตอาสาเฉพาะกิจที่ผ่านกระบวนการคัดเลือกโดยชุมชนและผ่านการทดสอบสมรรถนะ โดยบุคลากรสาธารณสุข

ส่วนในด้านปัญหาจะพบปัญหาในการดำเนินโครงการฯ ในประเด็นบุคลากรที่ดำเนินโครงการฯ มีภารกิจหลายอย่างทำให้ดำเนินโครงการไม่เต็มที่พบปัญหามากที่สุด รองลงมาคือ การเบิกจ่ายงบประมาณในการดำเนินโครงการฯ มีขั้นตอนที่ยุ่งยาก (ร้อยละ 25.00) ผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงไม่มาตามนัดหมาย ซึ่งเยาวดี รวงชัยกุล วิบูลย์ศรี, 2551) ได้เขียนไว้ว่าการประเมินช่วยให้ข้อมูลย้อนกลับจากผู้รับบริการ ข้อมูลประเภทนี้ทำให้ทราบถึงข้อจำกัดและปัญหาต่าง ๆ ในการปฏิบัติงาน เพื่อนำมาปรับปรุงโครงการตลอดจนเพื่อก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ สอดคล้องกับสมคิด พรหมจ้อย (2563) ที่กล่าวว่า การประเมินโครงการช่วยในการจัดหาข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการโครงการ อีกทั้งรัฐมนตรีฯ ปัญญาใส, พิชามณัฐ ภูเจริญและณิชกมล เปียอยู่ (2560) ข้อเสนอแนะว่าก่อนนำกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ ควรมีการประเมินสภาพปัญหา ความต้องการของพื้นที่ และความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นในการนำโครงการฯ ไปปฏิบัติหน่วยงานที่รับผิดชอบ และพื้นที่ต้องทำการศึกษาปัญหาที่เคยเกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการฯ ในพื้นที่อื่นๆ เพื่อนำข้อมูลไปวางแผนในการป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น

3. รูปแบบในการบริหารจัดการโครงการฯ สำหรับรูปแบบในการบริหารจัดการโครงการฯ ที่ดำเนินการอยู่ในภาพรวมเป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสม โดยประสิทธิผลการสร้างสุขภาพดีวิถีไทย ด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของโครงการฯ จากการทดลองใน 4 ภูมิภาคแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังได้รับการสร้างสุขภาพดีวิถีไทยด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดดีกว่าก่อนการได้รับการสร้างสุขภาพดีวิถีไทยด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับการสร้างสุขภาพดีวิถีไทยด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิต Systolic และ Diastolic ดีกว่าก่อนการได้รับการสร้างสุขภาพดีวิถีไทยด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. ทั้งนี้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 82.4 ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 79.0 และจากรายงานผลการดำเนินโครงการฯ ใน 13 พื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการฯ สามารถสรุปได้ว่าในภาพรวมผู้ป่วย/ผู้เสี่ยง โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานส่วนใหญ่สามารถลดน้ำหนัก ความดันโลหิต/ระดับน้ำตาลในเลือดได้มากกว่าร้อยละ 60 ยกเว้นรอบเอวที่ลดเพียงร้อยละ 55.7 ซึ่งก็ถือว่าลดรอบเอวได้เกินครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงที่เข้าร่วมโครงการฯ โดยทั้งนี้จากผลการวิจัยของพื้นที่อื่นๆ ที่ได้ดำเนินการมาส่วนมากกำหนดผลลัพธ์ไว้เพียงรอบเอวลดลง จากการศึกษางานวิจัยหลายๆ งานในพื้นที่พบว่า การนำเครื่องมือ 3ส.3อ.1น. ไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิต

สูงมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสภาพการณ์ของโรค ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาของ ประมวล เหล่าสมบัติทวี และสาโรจน์ ประพรมมา (2563) ที่พัฒนานวัตกรรมโปรแกรมมะขาม 3 รุ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในการ ลดภาวะเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ออกแบบให้อ้างอิงกับพีชเศรษฐกิจของชุมชน และเหมาะกับ กลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม คือ กลุ่มเสี่ยง (มะขามหมู) กลุ่มผู้ป่วย (มะขามสุก) และกลุ่มผู้ป่วยที่มี ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (มะขามขึ้นรา) ใช้หลัก 3ส.3อ.1น. มีประสิทธิผลในการควบคุมระดับ น้ำตาล และภาวะเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดโรค นอกจากนี้ปณิธาน กระสังข์และจิระศักดิ์ ทัพพมา (2564) ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้รูปแบบสร้างเสริมสุขภาพ 3ส.3อ.1น. ผลการศึกษา พบว่า หลังการ ประยุกต์ใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม กลุ่มทดลองมีระดับค่าน้ำตาลในเลือดและ ค่าความดันโลหิต Systolic ต่ำกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เปรียบเทียบค่าน้ำตาลในเลือดและค่าความดันโลหิต Systolic ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าน้ำตาลในเลือดและค่าความดันโลหิต Systolic ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หลังการประยุกต์ใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม สูงกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้อุทัย สุดสุข, อีรพร สติธอังกูร, พัชรีย์ กลัดจอมพงษ์ และบุษบา ใจกล้า (2564) ทำการพัฒนารูปแบบและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริม สุขภาพวิถีพุทธเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยการปฏิบัติตนตาม 3ส.3อ.1น. ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ มีภาวะสุขภาพ ได้แก่ ค่าน้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และมีความรู้ ความสุขเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จึงควรขยายผลรูปแบบไปใช้ ในพื้นที่อื่น ๆ และในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

และกิตติพงษ์ สัญชาติวิรุฬห์และคณะ (2565) ได้ทำการวิจัยถึงทดลองในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการลดปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยใช้เครื่องมือ 3ส.3อ.1น. พบว่า หลังได้รับการอบรมมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีความแตกต่าง กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ p -value 0.56 และพบว่าพฤติกรรมจัดการตนเอง เพื่อควบคุม โรคความดันโลหิตสูง น้ำหนัก ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน (Systolic) และค่าเฉลี่ย ความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p -value < 0.05 พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตกลุ่มทดลองลดลงทั้งตัวบนและตัวล่าง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ p -value < 0.05 ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมสุขภาพวิถีธรรม วิถีไทย ไปใช้ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการลดปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม ความดันโลหิตไม่ได้ และนอกจากนี้ ยังมีผลงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมในชีวิต

อีกทั้งการศึกษาของเนือทิพย์ หมุ่มมาก ศรีัญญา ชาญสุข และณัฐยาไถยนาถ (2564) ได้ทำการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า กิจกรรมทางกายและออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับ ความดันโลหิต ($r = .086, p < .01$) ภาวะเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับน้ำตาลในเลือด ($r = .096, p < .01$) การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับดัชนีมวลกายกับรอบเอว ($r = .121, p < .01; r = .203, p < .01$) การดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับรอบเอว ($r = .109, p < .01$) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเน้น การดำเนินงานเชิงระบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งนี้ผลการประเมินของเบญจพร วัฒนศิริเวช (2564) ประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ได้ใช้การปรับพฤติกรรมสุขภาพ 3ส.3อ.1น. ได้วิเคราะห์สถานการณ์การใช้ยากิจกรรมกระบวนการผลิตและผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามรูปแบบชิปโมเดล(CIPP Model) ด้านผลลัพธ์พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ทั้งนี้จากผลงานวิจัยสาโรจน์ ประพรมมา (2563) ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการบันทึกภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีผลต่อการศึกษา ที่ทำการศึกษาพบว่าผลของโปรแกรมวิถีธรรม วิถีไทยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ติดตามได้หลังสิ้นสุดการวิจัยในภาพรวมมีน้ำหนักตัวเฉลี่ย ลดลงเล็กน้อย เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดไม่เปลี่ยนแปลง ส่วนพฤติกรรมสุขภาพไม่สามารถประเมินได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างขาดการบันทึกประจำวัน จากการประเมินผลรายบุคคลพบว่า กลุ่มเสี่ยง 5 ราย มีน้ำหนักตัว เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง นอกจากนี้ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม พบว่า การปฏิบัติตัวตาม แนวทางพุทธศาสนา ความใส่ใจในเรื่องสุขภาพ อาหารประจำท้องถิ่น และการดำเนินภารกิจประจำวัน ล้วนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีและไม่ดี

สำหรับข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการโครงการฯ ให้ดียิ่งขึ้นที่สำคัญ คือ 1) ควรมีการกำหนดให้เป็นหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ หรือการผลักดันให้เป็นนโยบายแห่งชาติว่าด้วยสุขภาพวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง และกำหนดเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการ ทั้งนี้จากผลการประเมินผลโครงการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อนอำเภอจัดการสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 7 ของผดุงศิษย์ ชำนาญบริรักษ์และคณะ. (2563) ประเมินผลโครงการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อน อำเภอจัดการสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า การร่วมกันเพื่อผลักดันให้เกิดเป็นนโยบายสาธารณะจะทำให้เกิดการขับเคลื่อนโครงการฯ 2) การกำหนดเป็นตัวชี้วัดประเมินผลงานของผู้บริหารในแต่ละระดับของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ หรือที่เรียกสั้น ๆ ว่า ตัวชี้วัด

(Key Performance Indicator: KPI) เป็นดัชนีหรือหน่วยวัดความสำเร็จของการปฏิบัติงานที่กำหนดขึ้น โดยเป็นหน่วยวัดที่แสดงผลสัมฤทธิ์ของงาน และสามารถแยกแยะความแตกต่างของผลการปฏิบัติงานได้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นเครื่องมือของฝ่ายบริหารในการกำกับติดตามเพื่อให้หน่วยงานสามารถบรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ และวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล เกิดความคุ้มค่า กองบริหารทรัพยากรบุคคล (2566) อีกทั้งประโยชน์ส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดคือ (1) ทำให้บุคคลที่ทีมงาน หน่วยงานได้ทราบว่าตนเองจะต้องทำงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ (Result) หรือทำงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์อะไร (2) บุคคล ทีม หน่วยงานจะทำงานอย่างเต็มที่เพราะรู้ดีว่าจะถูกวัดด้วยผลงานใด ตัวชี้วัดใดและเป้าหมายมาตรฐานใด และ (3) มีหลักเกณฑ์ในการวัดที่ชัดเจนในแต่ละตัวชี้วัด สามารถจัดระดับความสำเร็จได้ทุกตัวชี้วัด ทุกผลงานและในภาพรวมได้เป็นอย่างดี (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช, 2553)

สำหรับประเด็นที่ 3) การจัดสรรงบประมาณควรมีการจัดสรรให้กับหน่วยงานที่ดำเนินโครงการโดยตรง คือ รพ.สต. ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยงานที่ดำเนินโครงการฯ โดยตรงจะเป็นการย่นระยะเวลาในการทำงานหรือเกิดความคล่องตัวในการเบิกจ่ายงบประมาณ 4) การจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้สุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ต้องมีแนวทางให้ที่ชัดเจนในการบริหารจัดการศูนย์การเรียนรู้ฯ ซึ่งจากการประเมินโครงการ พบว่า การดำเนินการศูนย์เรียนรู้ฯ ยังไม่มีความชัดเจนในเรื่องของการดำเนินงาน และศูนย์เรียนรู้บางแห่งยังไม่สามารถขับเคลื่อนได้ดีเนื่องจากไม่ได้มีกิจกรรมที่จัดขึ้นที่ศูนย์เรียนรู้ฯ หรือบางแห่งศูนย์เรียนรู้ฯ ไม่ได้มีที่ตั้งอยู่ที่ รพ.สต. ซึ่งมีทั้งข้อดี เช่นหากอยู่ในวัด ก็จะมีวัดช่วยดูแลและวัดก็เป็นสถานที่ในการ จัดกิจกรรมต่างๆ ทำให้ศูนย์การเรียนรู้ฯ ได้มีการขับเคลื่อน แต่ข้อเสียคือหากอยู่คนละที่กับ รพ.สต. ทำให้ไม่ได้มีบุคลากรไปประจำจึงอาจไม่ได้มีการขับเคลื่อนกิจกรรมที่ศูนย์เรียนรู้ฯ ทั้งนี้ตามผลการศึกษาของเนื้อหา ทิพย์ หมู่มาก ศรีัญญา ชาญสุข และณัฐยา ไทยนาถ (2564) ที่พบว่าควรพัฒนา ให้มีศูนย์การปรึกษา พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ บูรณาการกับการจัดการรายกรณีแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด และ สิ่งแวดล้อมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อช่วย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมตามความเสี่ยงรายบุคคลซึ่งการมีศูนย์ฯ ในด้านสุขภาพถือว่าเป็นสิ่งที่ดี

และในประเด็นที่ 5) จัดทำชุดสื่อดิจิทัล ประชาสัมพันธ์เผยแพร่ผ่านระบบสื่อสารมวลชนทุกช่องทางครอบคลุมทั่วประเทศ และสื่อสารในการให้ความรู้ในการปฏิบัติ 3ส.3อ.1น. ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง 6) จัดทำ Application บนโทรศัพท์มือถือเพื่อบันทึกและติดตามให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทาง 3ส.3อ.1น. ซึ่งเป็นไปตามแนวโน้มของโลกในยุคปัจจุบันที่มีการให้อินเทอร์เน็ตในการสื่อสาร ทั้งนี้สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์: สพอ. (2565) ในการสำรวจปี 2565 สพอ. สำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย โดยภาพรวมคนไทยใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ยอยู่ที่ 7 ชั่วโมง 4 นาที หากพิจารณาโดยภาพรวมจะพบว่าเนื้อหา

(Content) ที่เป็นที่นิยมสร้างมากที่สุด จะเป็นวิดีโอ/คลิป 49.85% และสำนักข่าวอินโฟเควสท์ (2566) สํารวจ พบว่าในปี 2565 เฟซบุ๊กและไลน์ (LINE) เป็นสื่อโซเชียลมีเดียที่คนไทยนิยมใช้มากที่สุด ข้อมูลจาก DataReportal ชี้ว่าคนไทยนิยมใช้เฟซบุ๊กมากที่สุดในปี 2565 คิดเป็นสัดส่วน 93.3% จากจำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ตช่วงอายุ 16 – 64 ปี ในขณะที่ไลน์ (LINE) ตามมาเป็นอันดับที่ 2 ในสัดส่วน 92.7% ส่วนเฟซบุ๊กเมสเซนเจอร์ (Facebook Messenger) รั้งอันดับที่ 3 ที่ระดับ 84.7% และประเด็นสุดท้ายของข้อเสนอแนะที่ได้จากการประเมินโครงการ 7) ในการนำ เครื่องมือ 3ส.3อ.1น. วิถีธรรม วิถีไทย เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคเรื้อรังไปใช้ต้องมีการสร้างความเข้าใจกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน ตลอดจนผู้ป่วย/ผู้เสี่ยง และในการนำเครื่องมือไปใช้ ต้องร่วมกันวิเคราะห์เพื่อปรับเครื่องมือและการบริหารจัดการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริหารกิจและคณะ. (2563) ที่พบว่ามีการใช้กลไก การขับเคลื่อนภายใน พื้นที่ระดับอำเภอ ในการออกแบบกระบวนการพัฒนา โดยใช้บริบทพื้นที่ เป็นฐานและนำประเด็นสุขภาพที่เป็นปัญหามาเป็นเรื่องในการบริหารจัดการ และสอดคล้องกับ กรณณชัย ปัญญาใส พิชามณัฐ ภูเจริญและณิชนมล เปียอยู่ (2560) มีข้อเสนอแนะว่าก่อนนำกิจกรรม การสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ ควรมีการประเมินสภาพปัญหา ความต้องการของพื้นที่ และความรอบรู้ ทางด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการดำเนินโครงการ

1. ควรมีการขยายผลโครงการฯ ให้ครอบคลุมทุกจังหวัดเนื่องจากเป็นโครงการฯ ที่เกิดประโยชน์ต่อชุมชนและผู้ปฏิบัติงานในระยะยาว และเมื่อใช้เครื่องมือ 3ส.3อ.1น. ผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงโรค ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานสามารถลดน้ำหนัก รอบเอว ความดันโลหิต/ระดับน้ำตาล ในเลือดได้ แต่ควรมีการกำหนดให้เป็นหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระดับชาติ และผลักดันให้เป็นนโยบายแห่งชาติว่าด้วยสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง หรือการกำหนดเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการ โดยให้สามารถจัดสรรงบประมาณปกติประจำปีของกรม กอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือโรงพยาบาล รวมทั้งงบประมาณองค์การบริหารส่วนจังหวัดหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการขยายผลต่อยอดโดยพื้นที่ต่อไปเองได้

2. การกำหนดเป็นตัวชี้วัดประเมินผลงานของผู้บริหารในแต่ละระดับของกระทรวงสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยการบูรณาการการดำเนินงาน

กับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งการจัดโครงสร้างบุคลากรที่ดำเนินโครงการฯ เพื่อให้เป็นงานประจำ ที่มีบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรง

3. จากการที่ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีการเปลี่ยนแปลง โดยมีการกระจายอำนาจด้วยการถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช (รพร.) ให้ไปอยู่กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ดังนั้นหากโครงการฯ ทำในช่วงรอยต่อของการถ่ายโอนหรือในช่วงถ่ายโอนไปใหม่ๆ ควรมียุทธศาสตร์จากส่วนกลาง หรือระดับจังหวัดที่ชัดเจนในการดำเนินโครงการฯ เพราะความสำเร็จของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ คือการทำให้หน่วยงานในท้องถิ่นสามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของประชาชนได้ โดยกระทรวงสาธารณสุขยังคงมีบทบาทและหน้าที่ในการควบคุมมาตรฐานการให้บริการสุขภาพ เพื่อการยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนจึงต้องมีการบูรณาการการทำงานร่วมกัน

4. การจัดสรรงบประมาณควรมีการจัดสรรให้กับหน่วยงานที่ดำเนินโครงการฯ โดยตรง คือ รพ.สต. หรือ รพร. เพื่อย่นระยะเวลาในการดำเนินการและการประสานเรื่องการเบิกงบประมาณ และสร้างความเข้าใจในเรื่องการเบิกจ่ายงบประมาณหรือจัดทำเป็นคู่มือในการดำเนินการเบิกจ่าย

5. ในการทำงานอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร วิทยากร และเครือข่ายทุกภาคส่วน ที่ได้ร่วมดำเนินงานโครงการฯ ในทุกระดับ เช่น การเกษียณอายุราชการ การโยกย้ายตำแหน่ง การย้ายสถานที่ทำงาน (ถึงแม้เครื่องมือ 3ส.3อ.1น. คงเดิม) หรือในส่วนของผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงอาจมีการขยายกลุ่มอายุ การขยายพื้นที่ เป็นต้น ดังนั้นในการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าว ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ จึงจำเป็นต้องอบรม ทบทวนความรู้และทักษะบุคลากรที่เคยร่วมโครงการฯ และบุคลากรในพื้นที่ขยายใหม่หรือพื้นที่เดิมที่มีการปรับเปลี่ยนบุคลากร ตลอดจนเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินการที่ผ่านมา

6. การจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้สุขภาพวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ต้องมีแนวทางให้ที่ชัดเจนในการบริหารจัดการศูนย์การเรียนรู้ฯ ที่สามารถดำเนินการได้จริงและไม่เป็นการเพิ่มภาระในการดูแลหรือขับเคลื่อนศูนย์การเรียนรู้ฯ และมีงบประมาณในการดำเนินการที่พอเพียง

7. จัดทำชุดสื่อดิจิทัล ประชาสัมพันธ์เผยแพร่ผ่านระบบสื่อสารมวลชนทุกช่องทาง ครอบคลุมทั่วประเทศ และสื่อสารในการให้ความรู้ในการปฏิบัติ 3ส.3อ.1น. ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งควรทำ 3ส.3อ.1น. เป็นคลิปสั้นๆ ที่ผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงสามารถเข้าถึงการสื่อสารได้ เช่น วิดีทัศน์ที่สามารถให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปเปิดให้ผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงได้ทบทวนความรู้ ความเข้าใจ หรือคลิปสั้นๆ ที่แบ่งเป็นความรู้ความเข้าใจในแต่ละเรื่องผ่านเครือข่าย เป็นต้น โดยนำเสนอเนื้อหาทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติโดยอาจทำเป็นตอนๆ และคลิปหน่วยงาน บุคคลที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเป็นตัวอย่างและเป็นการสร้างแรงบันดาลใจ

8. จัดทำ Application บนโทรศัพท์มือถือเพื่อบันทึกและติดตามให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวทาง 3ส.3อ.1น. ที่สะดวกและรวดเร็ว อีกทั้งเป็นการกระตุ้น ติดตาม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการปรับยา เป็นต้น

9. ในหลักสูตรอบรมวิทยากรควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีที่นำเครื่องมือ 3ส.3อ.1น. ไปปรับใช้ในบริบทที่แตกต่างกันเพื่อเป็นกรณีตัวอย่าง และควรเพิ่มเนื้อหาในการให้ความรู้เกี่ยวกับ แหล่งของงบประมาณในการดำเนินโครงการฯ การเขียนของบประมาณจากแหล่งงบประมาณต่างๆ เพื่อให้โครงการสามารถดำเนินการต่อเนื่องได้ด้วยพื้นที่เองได้

10. การยกย่องมีต้นแบบที่ดีในการดำเนินโครงการฯ ด้านต่างๆ ในระดับประเทศไม่ว่าจะเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ดำเนินโครงการฯ ที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และศูนย์การเรียนรู้ฯ ตำบลต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินโครงการฯ เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ที่ปฏิบัติงานตลอดจนผู้ที่เข้าร่วมโครงการและเป็นแหล่งเรียนรู้

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติในพื้นที่

1. การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย ยุทธศาสตร์และโครงการฯ ให้ประสบผลสำเร็จนั้น ผู้เกี่ยวข้องทั้งระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ต้องมีความเข้าใจปัญหา วิเคราะห์สภาพปัญหาในเรื่องนั้นๆ ต้องมีข้อมูลสารสนเทศที่สามารถสะท้อนสภาพปัญหา ความต้องการ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมของพื้นที่ เพื่อใช้ในการวางแผนการดำเนินโครงการฯ ได้อย่างถูกต้อง และหากเกิดปัญหาหรือข้อขัดข้องในการดำเนินการจะทำให้สามารถแก้ปัญหาหรือการวางแผนป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งควรมีการบรรจุประเด็นสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ให้เป็นหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับจังหวัดของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. ในการนำโครงการฯ ไปปฏิบัติหน่วยงานระดับจังหวัดควรมีการวางแผนการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นการบูรณาการทำงานและการสร้างการมีส่วนร่วมในพื้นที่ตั้งแต่เริ่มดำเนินการเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย เป้าหมาย ทิศทางการดำเนินงานและรายละเอียดต่างๆ ของโครงการฯ รวมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในแต่ละบุคคลและแต่ละระดับอย่างชัดเจน

3. ปัจจัยสำเร็จในการดำเนินโครงการฯ ที่สำคัญที่สุด คือ ด้านบุคลากร ได้แก่ผู้บริหาร ผู้ดำเนินงานโครงการฯ ในพื้นที่ วิทยากร ซึ่งต้องให้ความสำคัญ มีนโยบายและการวางแผนการบริหารจัดการที่ชัดเจน และกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงต้องมีการสร้างความเข้าใจและชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการฯ ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการมาตามนัดหมาย และมีการสร้างแรงจูงใจ อาจเป็นการให้เกียรติบัตร การยกย่อง

ชมเชยในฐานะบุคคลต้นแบบ ฯลฯ ให้กับผู้ป่วย/ผู้เสียที่มาตามนัดหมายและปรับพฤติกรรมได้ตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงานตามโครงการฯ อีกทั้งผู้บริหารโครงการฯ ควรเสริมพลังให้กับบุคลากรที่ดำเนินโครงการซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย/ผู้เสีย เพื่อเป็นการสร้างขวัญ กำลังใจและแรงจูงใจในการดำเนินโครงการฯ เนื่องจากภาระงานด้านสาธารณสุขของบุคลากรมีหลายภาระงาน

4. ในการนำ เครื่องมือ 3ส.3อ.1น. วิถีธรรม วิถีไทย เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคเรื้อรังไปใช้ต้องมีการสร้างความเข้าใจกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน ตลอดจนผู้ป่วย/ผู้เสีย และในการนำเครื่องมือไปใช้ต้องร่วมกันวิเคราะห์เพื่อปรับเครื่องมือและการบริหารจัดการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นภาระงานที่รับผิดชอบของผู้รับผิดชอบโครงการฯ ด้านบริบทของผู้ป่วย/ผู้เสียในเรื่องของอาชีพ เวลาในการทำงาน วัฒนธรรม ศาสนา ฯลฯ เป็นต้น

5. ในการดำเนินโครงการควรมีการควบคุม กำกับ และติดตามประเมินผลกระบวนการทำงานและผลงานเชิงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการให้ความสำคัญกับการเก็บข้อมูล บันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้เสียอย่างสม่ำเสมอทั้งก่อนการดำเนินงาน ระหว่างการดำเนินงานและเสร็จสิ้นการดำเนินงาน (ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ) และที่สำคัญคือการนำผลการประเมินมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานและ มาตรการต่างๆ ที่จะส่งผลให้การดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล

6. หน่วยงานที่ดำเนินโครงการฯ ควรมีการจัดหางบประมาณในการดำเนินโครงการฯ อย่างต่อเนื่องเพื่อขยายผล เช่นการของบประมาณจาก อบต. เทศบาล สป.สช. กองทุนผู้สูงอายุ เงินรับบริจาค ฯลฯ เพื่อให้สามารถดำเนินโครงการได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการประเมินครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามและประเมินโครงการฯ ในทุกปี และมีการประเมินโครงการฯ ในเชิงลึกในแต่ละด้าน เช่น ประเมินผลการดำเนินการของศูนย์การเรียนรู้ฯ ประเมินวิธีการนำเครื่องมือ 3ส.3อ.1น. ไปปรับเปลี่ยนตามบริบทของพื้นที่

2. ควรมีการประเมินรูปแบบการบริหารจัดการโครงการฯ ที่ประสบความสำเร็จในด้านต่างๆ เช่น ด้านการบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน การบริหารจัดการโครงการฯ (ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ เป็นต้น)

บรรณานุกรม

- กรฐณรัช ปัญญาใส, พิชามณัฐ ภูเจริญและณิคมล เปี้ยอย. (2560). การประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี**, 28(1), 14-20.
- กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). **แนวทางการจัดทำรายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)**. สืบค้นเมื่อ 11 เมษายน 2566. จาก https://hr.moph.go.th/site/hr_moph.
- กุนนที พุ่มสงวน และบุญเกิด หงวนบุญมาก. (2560). แนวทางการประเมินโครงการสร้างเสริมสุขภาพ. **วารสารพยาบาลทหารบก**, 18(3), 26 - 34.
- กิตติพงษ์ สัญชาติวิรุฬห์และคณะ. (2565). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมสุขภาพวิถีธรรม วิถีไทยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9. **วารสารสถาบันบาราศนราดรุร**, 16(3), 72-82.
- กิตติพงษ์ สัญชาติวิรุฬห์และคณะ (2565). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมสุขภาพวิถีธรรม วิถีไทยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9. **วารสารสถาบันบาราศนราดรุร**, 16(3), 72 - 82.
- กองแพทย์ทางเลือก. (2565). **เครื่องมือ 3 ส. 3 อ. 1 น. วิถีธรรม วิถีไทย เพื่อเสริมสร้างสุขภาพป้องกัน และควบคุมโรคเรื้อรัง**. สืบค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2566 จาก www.thaicam.go.th/เครื่องมือ-3-ส-3-อ-1-น-วิถีธรรม/.
- กองโรคไม่ติดต่อ. (2566). **จำนวนและอัตราการตายด้วย 4 โรค NCD ต่อประชากรแสนคน**. สืบค้นเมื่อ 19 พฤษภาคม 2566. จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020>
- ชนิษฐา สระทองพร้อมและ สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2ส. ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี. **วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน**, 3(1), 38-50.
- นพพงษ์ พงศ์เลิศโกศล. (2566). การประเมินผลลัพธ์โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยใช้แนวคิดการวิจัยประเมินผลเชิงปฏิบัติการ. **วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา**, 9(1), 28-43.

- _____. (2566). การประเมินผลลัพธ์โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยใช้แนวคิดการวิจัยประเมินผลเชิงปฏิบัติการ. **วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 9(1), 28 - 43.**
- เนื่อทิพย์ หมุ่มมาก, ศรีัญญา ชาญสุข และณัฐยา ไทยนารถ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข. **วารสารพยาบาลตำรวจ, 13(2), 427 - 433.**
- บุญชม ศรีสะอาด. (2560). **การวิจัยเบื้องต้น.** (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น
- เบญจพร วัฒนศิริเวช. (2564). ประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเป็อยน้อย จังหวัดขอนแก่น. **วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, (3)1, 103-115.**
- ปจรรย์ ผลประเสริฐ. (2554). **การเขียนและประเมินโครงการ: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ.**
 กำแพงเพชร: คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.
- ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์และคณะ. (2563). การประเมินผลโครงการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อน อำเภอจัดการสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 7. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา, 28(3), 16-26.**
- พิศิษฐ์ ตันทวนิชและพนา จินดาศรี. (2561). ความหมายที่แท้จริงของค่า IOC. **วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 24(2), 3-12.**
- พิชิต ฤทธิ์จรูญ. (2562). **การประเมินโครงการ แนวคิดและการประยุกต์ใช้.** กรุงเทพฯ: แฮ้าส์ ออฟ เคอร์มิสท์.
- พิสนุ พองศรี. (2549). **เทคนิคการประเมินโครงการ.** กรุงเทพฯ: พิมพ์งาม.
- ภัทรระ แสนไชยสุริยาและคณะ. (2562). รายงานผลการศึกษา โครงการทบทวนสถานการณ์และผลการดำเนินงาน พ.ศ. 2560 – 2562. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรมาธิราช. (2553). **ฐานความรู้ มสธ.** สืบค้นเมื่อ 21 สิงหาคม 2566 จาก https://www.stou.ac.th/knowledgemanagement/infoserve/kmdb/read_kb.asp?db_id=5&kmdb_id=5.
- มยุรี หอมสนิท. (2561). **NCD โรคไม่ติดต่อ...ปรับพฤติกรรม ปลอดภัยจาก NCD.** สืบค้นเมื่อ 2 มกราคม 2566. จาก <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1122>.
- มูลนิธิอุทัย สุขสุข. (2564). **โครงการพัฒนากลไกสนับสนุนวิชาการและเครือข่ายขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง.** กรุงเทพฯ: นนทบุรี.

- เยาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี. (2551). การประเมินโครงการ แนวคิดและแนวปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักข่าวอินโฟเควสท์. (2566). เฟซบุ๊กและไลน์นั่งแท่นสื่อโซเชียลมีเดียยอดนิยม. สืบค้นเมื่อ 11 เมษายน 2566. จาก <https://www.infoquest.co.th/thailand-media-landscape-2023/social-media> 10 มกราคม 2566.
- สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (สพธอ.). (2565). การสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย Thailand Internet User Behavior. สืบค้นเมื่อ 15 พฤษภาคม 2566. จาก <https://www.eta.or.th/th/Our-Service/statistics-and-information/IUB2022.aspx>.
- สำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย. (2564). คู่มือประชาชนสร้างสุขภาพดีวิถีใหม่วิถีธรรมวิถีไทยวิถีเศรษฐกิจพอเพียงด้วยหลัก 3ส.3อ.1น.และสมาธิ บำบัดเอสเคที (SKT). กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2560). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564). กรุงเทพฯ: อิโมชั่น อาร์ต จำกัด.
- สารโจนี ประพรมมา. 2563. ผลของโปรแกรมวิถีธรรม วิถีไทยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ. วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพศึกษา, 35(1), 56-68.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2541). การประเมินผลโครงการ. กรุงเทพฯ: ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- สุวิมล ตีรกานันท์. (2547). การประเมินโครงการ : แนวทางสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมคิด พรหมจ้อย. (2563). เทคนิคการประเมินโครงการ. (พิมพ์ครั้งที่ 7). นนทบุรี: จตุพร.
- สมหวัง พิธิยานุวัฒน์. (2559). วิธีวิทยาการประเมินศาสตร์แห่งคุณค่า. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมหวัง พิธิยานุวัฒน์. (2553). วิธีวิทยาการประเมินศาสตร์แห่งคุณค่า. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่าและสุธิดา แก้วทา. (2563). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- อุทัย สุดสุข และคณะ. (2564). คู่มือประชาชน สร้างสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทยวิถีเศรษฐกิจพอเพียงด้วยหลัก 3ส.3อ.1น. และสมาธิบำบัดเอสเคที (SKT). นนทบุรี: สำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย.

อุทัย สุขสุข, อีรพร สติรอังกูร, พัชรีย์ กัดจอมพงษ์ และบุษบา ใจกล้า. (2564). พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพดีวิถีพุทธ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.

วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(3), 438-450.

Round R., Marshall B., Horton K. (2005). **Planning for Effective Health Promotion Evaluation. Melbourne.** Victorian Government Department of Human Services.

Stufflebeam, D. L., and Shinkfield, A. J. (2007). **Evaluation theory, models, and applications.** San Francisco: Jossey-Bass.

Stufflebeam D. L., (2015). **For applying CIPP evaluation model checklist: A tool the CIPP model to assess projects and programs.** Western Michigan University. Retrieved from <http://rszarf.ips.uw.edu.pl/ewalps/dzienne/cipp-model-stufflebeam2015.pdf>.

ประวัติและผลงานผู้ประเมิน

ชื่อ-สกุล รองศาสตราจารย์ ดร.ปจรรย์ ผลประเสริฐ
ตำแหน่งปัจจุบัน รองศาสตราจารย์ ประจำคณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
คุณวุฒิการศึกษา

ระดับการศึกษา	วุฒิ	วิชาเอก	สถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ปริญญาตรี	ศิลปศาสตรบัณฑิต	ศศ.บ. (การจัดการทั่วไป)	วิทยาลัยครู กำแพงเพชร	2532
ปริญญาโท	พัฒนบริหารศาสตร มหาบัณฑิต	พบ.ม.(สถิติ ประยุกต์)	สถาบันพัฒนบริหาร ศาสตร์	2537
ปริญญาเอก	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต	ปร.ด. (ประชากร และการพัฒนา)	สถาบันพัฒนบริหาร ศาสตร์	2546

สถานที่ติดต่อ

69 หมู่ 1 คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ตำบลนครชุม
อำเภอเมืองกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร 62000
มือถือ 089-6428644 E-Mail : pajaree_pol@yahoo.com

ผลงานทางวิชาการ

ตำรา

- ปจรรย์ ผลประเสริฐและคณะ. (2551). การวิจัยและการเขียนบทความ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ตำรวจ.
- ปจรรย์ ผลประเสริฐ. (2551). การวิจัยทางธุรกิจ. คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏ
กำแพงเพชร.
- ปจรรย์ ผลประเสริฐ. (2553). การจัดการทรัพยากรมนุษย์. คณะวิทยาการจัดการมหาวิทยาลัย
ราชภัฏกำแพงเพชร
- ปจรรย์ ผลประเสริฐ. (2554). การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. กำแพงเพชร: คณะวิทยาการจัดการ
มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.
- ปจรรย์ ผลประเสริฐ. (2554). การเขียนและประเมินโครงการ: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ.
กำแพงเพชร: คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.

ปาจรีชัย ผลประเสริฐ. (2556). **หลักการวิจัย: การเขียนโครงการวิจัย**. กำแพงเพชร. มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.

งานวิจัย (2561-ปัจจุบัน)

ปาจรีชัย ผลประเสริฐ และวรางคณา จันทร์คง. (2561). บริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ อย่างไรให้สำเร็จ?. **วารสารชุมชนวิจัย** มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2561). 26-36.

วรางคณา จันทร์คงและปาจรีชัย ผลประเสริฐ. (2561). การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองของเด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษาในการสร้างภูมิคุ้มกันปัญหาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. **วารสารบัณฑิตศึกษา** มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ปีที่ 12 ฉบับที่ 3 (กันยายน - ธันวาคม 2561). 147-160.

วรางคณา จันทร์คงและปาจรีชัย ผลประเสริฐ. (2561). แนวทางการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษา ในจังหวัดกำแพงเพชร. **วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข**. ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2561). หน้า 65-74.

ปาจรีชัย ผลประเสริฐ, วรางคณา จันทร์คง, รัชนีวรรณ บุญอนันต์, ปรียานุช พรหมภาจิต, กนิษฐา ศรีภิรมย์และพลอยณัชชา เดชะเศรษฐ์ศิริ. (2562). แนวทางการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการกลุ่มของคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุจังหวัดกำแพงเพชร. **วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร** ปีที่ 39 ฉบับที่ 4 (ก.ค. - ส.ค. 2562). 56-77.

ปาจรีชัย ผลประเสริฐ และวรางคณา จันทร์คง. (2562). แนวทางการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุจังหวัดกำแพงเพชร. **วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่**, 14,2 (ก.ค. - ธ.ค.). 242-265.

ปาจรีชัย ผลประเสริฐ, กนิษฐา ศรีภิรมย์และ ณัฐนันท์ คงยิ่งใหญ่. (2565). ความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุในช่วงของการแพร่ระบาดโรคโควิด-19 ของนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุในประเทศไทย. **วารสารชุมชนวิจัย**. ปีที่ 16 ฉบับที่ 13 (กรกฎาคม-กันยายน 2565).

ปาจรีชัย ผลประเสริฐและกนิษฐา ศรีภิรมย์. (2565). การจัดการเชิงกลยุทธ์ของวิสาหกิจชุมชนภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19. **วารสารการบัญชีและการจัดการ**. 14 (1) เมษายน-พฤษภาคม 2565.

Ditkaew, K, Chankong, W, Polprasert, P & Jernsittiparsert, K. (2021). Lean Manufacturing Implementation on Strategic Cost Management of Medical Devices Industrial. **Psychology and Education**. 58(4), 4080-4087.

Polprasert, P., Sawangjit, W., Khongyingyai, N. (2021). The Impact and Adaptation of the Thai Households in the Corona Virus Disease (Covid-19) Pandemic Situation. **International Journal of Innovative Science and Research Technology**, 6(12), 515-523, Retrieved from <https://ijisrt.com/the-impact-and-adaptation-of-the-thai-households-in-the-corona-virus-disease-covid19-pandemic-situation>.

อื่นๆ

- ปาจรีย์ ผลประเสริฐ. (2557). **การพัฒนาวิธีการสอนรายวิชาวิจัยทางธุรกิจ**. การนำเสนอแนวปฏิบัติที่ดี/นวัตกรรม. การนำเสนอแนวปฏิบัติที่ดี. มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.
- ปาจรีย์ ผลประเสริฐ. (2559). **การบูรณาการการเรียนการสอน: การจัดทำคู่มือการรายงานผลโครงการฝึกอบรม**. การนำเสนอแนวปฏิบัติที่ดี (Good Practices) ในการนำความรู้ด้านการประกันคุณภาพสู่แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) วันที่ 4 ธันวาคม 2559 ณ ห้องประชุมวิทยากรมย์ 2 อาคารวิทยากรมย์. มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี.

ชื่อ-สกุล รองศาสตราจารย์ ดร.วารังคณา จันทร์คง
 ตำแหน่งปัจจุบัน รองศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
 วุฒิการศึกษา

ระดับการศึกษา	วุฒิ	สถาบัน	ปีที่สำเร็จ
ปริญญาตรี	พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	2537
	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	2564
ปริญญาโท	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)	มหาวิทยาลัยมหิดล	2541
ปริญญาเอก	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ประชากรศาสตร์)	มหาวิทยาลัยมหิดล	2548
อื่น ๆ	Research Fellow	The University of North Carolina at Chapel Hill	2547
	ประกาศนียบัตรการ บริหารงานโรงพยาบาล	มหาวิทยาลัยมหิดล	2551
	ประกาศนียบัตรชั้นสูงการ เสริมสร้างสังคมสันติสุข	สถาบันพระปกเกล้า	2560
	ประกาศนียบัตรหลักสูตร "นักบริหารยุทธศาสตร์การ ป้องกันและปราบปราม การทุจริตระดับสูง"	สำนักงานคณะกรรมการ ป้องกันและปราบปรามการ ทุจริต	2562
	ประกาศนียบัตรหลักสูตร หลักสูตรนักบริหารการ งบประมาณระดับสูง	สำนักงานประมาณ	2563

สถานที่ติดต่อ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
 11120
 โทรศัพท์. 081-694-3443 โทรสาร. 02-503-3570
 E-mail: warangstou@gmail.com, warangkana.cha@stou.ac.th

ผลงานทางวิชาการ

ตำรา

- วรางคณา จันทรังค. (2557). หน่วย 3 “การเขียนและนำเสนอบทความทางวิชาการสำหรับผู้บริหารองค์กรด้านสุขภาพ”ในประมวลสาระชุดวิชา 53796 คู่มือการอบรมเข้มเสริมประสบการณ์มหาบัณฑิตบริหารสาธารณสุข เล่มที่ 1. นนทบุรี. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. หน้า 3-3 ถึง 3-68.
- วรางคณา จันทรังค. (2558). หน่วย 13 “ทักษะการวางแผนงานโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชน” ในเอกสารการสอนชุดวิชา 52310 การฝึกปฏิบัติงานสาธารณสุขในชุมชน เล่มที่ 2. นนทบุรี. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. หน้า 13-1 ถึง 13-63.
- วรางคณา จันทรังค และนภัสชล ฐานะสิทธิ์. (2561). หน่วยที่ 5 “สุขภาพทารกและวัยเตาะแตะ” ในเอกสารการสอนชุดวิชา 52312 อนามัยครอบครัวกับงานสาธารณสุข เล่มที่ 1. นนทบุรี. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วรางคณา จันทรังค. (2561). หน่วย 6 “แนวคิดการดำเนินงานบำบัดโรคเบื้องต้นและฟื้นฟูสภาพของนักสาธารณสุข” ในเอกสารการสอนชุดวิชา 52205 การสาธารณสุขและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เล่มที่ 1. นนทบุรี. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- วรางคณา จันทรังค และสุณัฐชา แสงมณี. (2561). หน่วย 3 “ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและแนวทางการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข” ในเอกสารการสอนชุดวิชา 52205 การสาธารณสุขและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เล่มที่ 1. นนทบุรี. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วรางคณา จันทรังค และนภัสชล ฐานะสิทธิ์. (2562). หน่วยที่ 8 กลุ่มอาการที่พบบ่อยในทารกและเด็ก. ในเอกสารการสอนชุดวิชาการตรวจประเมิน การบำบัดโรคเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพและการส่งต่อ. เล่มที่ 2. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วรางคณา จันทรังค. (2562). หน่วยที่ 1 แนวคิดและหลักการทำงานชุมชนด้านสาธารณสุข. ในเอกสารการสอนชุดวิชาการทำงานชุมชนด้านสาธารณสุข เล่มที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วรางคณา จันทรังค. (2562). หน่วยที่ 11 การวางแผนและกลยุทธ์ในการทำงานชุมชน. ในเอกสารการสอนชุดวิชาการทำงานชุมชนด้านสาธารณสุข เล่มที่ 2. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วรางคณา จันทรังค และอุทัยทิพย์ เจียวิวรรธน์กุล. (2563). หน่วยที่ 5 ประชากรศาสตร์กับวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ในเอกสารการสอน ชุดวิชาสถิติและการวิจัยสำหรับวิทยาศาสตร์สุขภาพ เล่มที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

วรางคณา จันท์คง และกรรณ จรรยาวิวัฒน์. (2563). หน่วยที่ 8 เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กับการดูแลด้านอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาการประยุกต์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสำหรับผู้สูงอายุ* เล่มที่ 2. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

ผลงานวิจัย (ปี 2560 - ปัจจุบัน)

ปาจรรย์ ผลประเสริฐ, พงษ์ไพ โประภัสสร และวรางคณา จันท์คง. (2560). รูปแบบการบริหารจัดการเครือข่ายชุมชนในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ*. ปีที่ 10 ฉบับพิเศษ(กรกฎาคม-ตุลาคม), หน้า 179-199.

วรางคณา จันท์คง และปาจรรย์ ผลประเสริฐ. (2561).แนวทางการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชน นอกสถานศึกษา ในจังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข* ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2561. (น.65-74)

วรางคณา จันท์คง และปาจรรย์ ผลประเสริฐ. (2561). การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองของเด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษาในการสร้าง ภูมิคุ้มกันปัญหาเสพติดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*. ปีที่ 12 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2561.

สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล วรางคณา จันท์คง สมัจฉรา มานะชีวกุล และ นิตยา เพ็ญศิริินภา. (2561). การพัฒนาบทเรียนออนไลน์เรื่องระบบหลักประกันสุขภาพ สำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในประเทศไทย. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*. ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน).

ปาจรรย์ ผลประเสริฐ และวรางคณา จันท์คง. (2562). แนวทางการบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย*. 14 (2), (กรกฎาคม - ธันวาคม 2562). หน้า 242-265.

ปาจรรย์ ผลประเสริฐ, **วรางคณา จันท์คง**, รชนีวรรณ บญอนนท์, ปรียานุช พรหมภาสิต, กนิษฐา ศรีภิรมย์, และพลอยณัชชา เดชะเศรษฐศิริ. (2562). แนวทางการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการกลุ่ม ของคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุจังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร*. 39 (4), (ก.ค. - ส.ค. 2562).

กล้าณรงค์ วงศ์พิทักษ์ , ธรรมศักดิ์ สายแก้ว ,สุรีย์วรรณ สีลาดเลา และวรางคณา จันท์คง. (2563). ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อความเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออก ในหมู่บ้าน จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*. 5 (1), (มกราคม – ธันวาคม 2563). หน้า 1-9.

- Ditkaew, K, **Chankong, W**, Polprasert, P & Jermisittiparsert, K. (2021). Lean Manufacturing Implementation on Strategic Cost Management of Medical Devices Industrial. *Psychology and Education*. 58(4), ISSN 1553 – 6939. https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/248294Aree
- Sanguanchue, Tammasak Saykaew, Thassaporn Chusak, Warangkana Chankong and Klarnarong Wongpituk. (2021). The Association between Migrant Worker, Schools, and Shopping Malls Factors in Thailand's Metropolitan Provinces and the Newest Covid-19 Epidemic. *International Journal of Innovative Science and Research Technology (IJISRT)*. 6(6). ISSN (Online): 2456-2165. P.835-840
- Rapeepun Jommaroeng and Warangkana Chankong. (2021). Community-Led Comprehensive HIV Facility for Men who have Sex with Men and Transgender Women: A Case Study of Rainbow Sky Association of Thailand. *Thai Journal of Public Health*. 51(2). P.1-11.
- วรางคณา จันทร์คง และเอกพล กาละดี. (2565). การออกแบบการเรียนรู้แบบไฮบริด ในชุดวิชา สถิติและการวิจัยในการจัดการสุขภาพ สำหรับนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาในช่วงการระบาดของโรค โควิด-19. *วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข*. 8(2). พฤษภาคม – สิงหาคม. หน้า 295-311.
- Warangkana C, Pajaree P, Potential of Village Health Volunteers (VHVs) in Preventing COVID-19 in Rural Thailand, *J PHARM NEGATIVE RESULTS* 2022;13:1506-1513.