

รูปแบบเชิงสาเหตุทางจิตสังคมและพฤติกรรมของผู้บริหารโครงการสร้างเสริมสุขภาพและ ผู้รับบริการในกลุ่มโรคอ้วนที่มีต่อความสำเร็จในการปรับพฤติกรรม¹

อังศิรินทร์ อินทรกำแหง²

บทคัดย่อ

การปรับพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavioral Modification- HBM) ที่ผ่านมา พบว่า บุคลากรทางสุขภาพ เน้นการณรงค์และจัดกิจกรรมพฤติกรรม 3 อ ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกายและจัดการอารมณ์ มาโดยตลอด หรือที่ เรียกว่าเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) ตามแนวคิดของเพนเดอร์ แต่ผลที่ได้ กลับพบว่า รายงานปัญหาสุขภาพในกลุ่มโรคเมตาบอลิกกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ด้วยเหตุผลสำคัญที่ผู้เขียนเชื่อว่า พฤติกรรม สุขภาพ 3 อ ที่พึงประสงค์นั้นขาดความยั่งยืน มีการปรับเปลี่ยนไปตามตามบริบทสังคมสิ่งแวดล้อมที่เป็นอิทธิพล ภายนอกเป็นหลักโดยที่บุคคลนั้นไม่สามารถควบคุมได้ แต่ตามแนวคิดการปรับพฤติกรรมของเบนดูว์ว่า เชื่อว่า พฤติกรรมของคนจะปรับไปตามอิทธิพลทางจิตและสังคม โดยเริ่มต้นด้วยการสร้างคุณลักษณะทางจิตของบุคคลให้มีความเข้มแข็ง ให้มีความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) และควบคุม (Self- control) กำกับ (Self- regulation) พฤติกรรมตนเองได้ ให้มีอิทธิพลเหนือปัจจัยภายนอกที่เป็นอุปสรรคต่อการกระทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์นั้น ดังนั้น ความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมสุขภาพจึงขึ้นกับความเข้าใจและความร่วมมือของทั้งฝ่ายบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้ให้บริการปรับพฤติกรรม และฝ่ายประชาชนกลุ่มเสี่ยงซึ่งเป็นผู้รับการปรับพฤติกรรม ในบทความนี้ ผู้เขียน ต้องการเสนอร่างรูปแบบที่รอการทดสอบสมมติฐาน เพื่อตอบปัญหาการทำงานด้านปรับพฤติกรรมสุขภาพของ หัวหน้าโครงการว่า 1) สาเหตุใดการดำเนินโครงการสุขภาพของหน่วยงานภาคส่วนต่าง ๆ โดยเฉพาะสถานพยาบาล และสาธารณสุขได้ดำเนินการมาต่อเนื่องแต่กลับพบว่า แนวโน้มของคนที่มีความอ้วนกลับเพิ่มขึ้นหลังสิ้นสุดโครงการ ในระยะยาว 2) มีปัจจัยสำคัญอะไรที่ส่งผลให้การดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประสบความสำเร็จ 3) ตัวแปรใดเป็นตัวสำคัญที่จะนำมาสู่การลดอ้วน ลดพุงได้สำเร็จ 4) ค้นหาตัวแปรที่สอดคล้องกันหรือเข้าใจตรงกัน ระหว่างผู้บริหารโครงการกับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนที่จะร่วมกันแก้ปัญหาไปสู่ความสำเร็จของการปรับ พฤติกรรม 5) ความสำเร็จของการปรับพฤติกรรมสุขภาพนั้นมาจากผู้บริหารโครงการหรือจากตัวของผู้รับบริการเอง เป็นหลัก 6) ค้นหาแนวทางในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพสูงเพื่อเป็น ต้นแบบให้กับรายบุคคลและหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนได้นำไปใช้ ผลการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้น พบว่า มี รูปแบบเชิงสาเหตุของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระดับ ผู้บริหารโครงการ พบปัจจัยทางจิต (เซอร์สุขภาพ เซอร์อารมณ์ของทีม และ บทบาทผู้นำทีม) และปัจจัยทางสังคม (การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา การสนับสนุนจาก เพื่อนร่วมทีม และ สัมพันธภาพระหว่างผู้บริหารโครงการกับผู้รับบริการ) และปัจจัยพฤติกรรม ส่วนระดับผู้รับบริการ พบปัจจัยทางจิต (ประสบการณ์เจ็บป่วย ความไว้วางใจต่อผู้บริหารโครงการ และ การแสวงหาความรู้สุขภาพด้วย ตนเอง) และปัจจัยทางสังคม (การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่การแพทย์ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และการเป็นแบบอย่างของผู้ใกล้ชิด)

คำสำคัญ การปรับพฤติกรรมสุขภาพ โรคอ้วน เซอร์สุขภาพ การกำกับพฤติกรรมตนเอง การดูแลตนเอง

¹ บทความวิชาการ

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

E-mail: ungsinun@swu.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพของประชาชนในปัจจุบันอยู่ในความสนใจของทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่องและมีทิศทางว่าจะเพิ่มขึ้น เพราะฐานความคิดหลักของสังคมเปลี่ยนไปจากเดิมที่เคยเชื่อว่าการพัฒนาทางเศรษฐกิจจะเป็นฐานของการพัฒนาในทุกด้านๆ มาเป็นการมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับทุนมนุษย์ โดยเฉพาะด้านการเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการเป็นคนเก่ง คนดี และการเป็นคนที่มีความสุข แนวโน้มนโยบายและงบประมาณด้านสาธารณสุขจึงมุ่งที่การสร้างเสริมป้องกันเพิ่มมากขึ้น ทุกพื้นที่เร่งรณรงค์โครงการลดอ้วนลดพุงกันมาก แต่กลับพบว่าปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพด้าน 3๐ ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ในกลุ่มบุคคลช่วงอายุต่างๆ และยังพบว่ามีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน ดังผลการสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2552 พบว่า กลุ่มเยาวชนและคนในวัยทำงานมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในแต่ละวันที่ไม่เหมาะสมเป็นจำนวนมาก เมื่อพิจารณาแยกในประเด็นการรับประทานอาหารพบว่า กลุ่มคนที่อายุช่วง 6 – 24 ปี รับประทานอาหารกลุ่มไขมันสูงมากถึงร้อยละ 20.00 รับประทานอาหารว่างขนมกรุบกรอบที่ไม่มีสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายมากถึงร้อยละ 49.10 ดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลมและเครื่องดื่มที่มีรสหวานมากถึงร้อยละ 34.10 กลุ่มคนวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 25 – 59 ปี มักทำงานกลับบ้านดึกจึงรับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อ รับประทานแบบเร่งรีบ และมือเย็นใกล้เวลานอน ซึ่งถือว่าไม่ถูกหลักโภชนาการมากถึงร้อยละ 8.40 ส่วนชนิดของอาหาร มักนิยมรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมัน เช่น ผัด ทอด ซึ่งเป็นกลุ่มอาหารที่เพิ่มปริมาณไขมันให้กับร่างกายมากถึงร้อยละ 48.5 นิยมรับประทานอาหารจานด่วนตามแบบตะวันตก หรือ Fast Food มากถึงร้อยละ 85.80 คนไทยกินน้ำตาลเฉลี่ย 16 ช้อนชาต่อวัน ในขณะที่โดยค่าเฉลี่ยทั่วโลกอยู่ที่ 11 ช้อนชาต่อวัน และคนไทยนิยมกินอาหารนอกบ้านโดยเฉลี่ย 13 มื้อต่อสัปดาห์ ซึ่งสูงเป็นอันดับ

หนึ่งในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ นอกจากนี้ผลการสำรวจ National health examination survey ในปี พ.ศ.2534, พ.ศ.2539 และ พ.ศ.2547 พบว่า คนไทยการเสี่ยงต่อโรคอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20 เป็น 25 และ 34 ตามลำดับ จึงทำให้ประชากรไทยในปัจจุบัน 12 ล้านคนหรือ 1 ใน 6 กลายเป็นโรคอ้วน

นอกจากนี้ พฤติกรรมการดื่มสุราและสูบบุหรี่ของประชาชนทั่วไปในระหว่างเดือน สิงหาคม - ตุลาคม ในปี พ.ศ. 2550 ยังพบว่าประชาชนที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่มากถึง 10.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21.2 ของประชาชนทั่วประเทศ เมื่อศึกษาถึงพฤติกรรมการออกกำลังกายในปี พ.ศ. 2550 พบว่า ประชาชนที่มีอายุ 15 – 24 ปีออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพียงร้อยละ 29.3 ซึ่งนับว่าน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมด และประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกาย และยังมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมเฉพาะกลุ่มนักกีฬาและเยาวชนเพียงเท่านั้น เมื่อพิจารณาถึงปัญหาสถานการณ์โรคภัยต่างๆ ที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของกลุ่มบุคคลวัยต่างๆ พบว่าผลกระทบด้านสุขภาพที่มีสาเหตุหลักมาจากภาวะอ้วนพบมากที่สุด จากการศึกษาสถานการณ์สภาวะสุขภาพของคนไทย โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย ในประเด็นของโรคความดันโลหิตสูงพบว่า เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ซึ่งคนที่มีความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้นทุก 10 มิลลิเมตรปรอท จะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 ส่วนคนในเมืองมีโอกาสที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนที่อยู่ในชนบท และเป็นที่น่าตกใจว่าในกลุ่มคนโรคอ้วนมีความดันโลหิตสูงมากถึงร้อยละ 78.60 ที่ยังไม่ได้รับการตรวจรักษาและดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานยังพบมากในกลุ่มคนไทยทำให้แต่ละปีประเทศต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมากในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากสถิติในช่วงตั้งแต่ พ.ศ. 2538 จนถึง พ.ศ. 2551 พบว่า อัตราการตายโรคเบาหวานสูงขึ้น

ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2551 พบอัตราตายโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 12.3 ซึ่งนับได้ว่าอยู่ในอัตราส่วนที่ค่อนข้างสูง และสาเหตุสำคัญของเบาหวานชนิดที่ 2 มาจากโรคอ้วนในเด็ก ตามสถานการณ์โรคอ้วนในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าประชากรไทยมีอุบัติการณ์โรคอ้วนเพิ่มขึ้นถึง 130.6 % และจากงานวิจัยที่สำรวจเยาวชนอายุ 3-11 ปี ประมาณ 10,000 คน พบว่า เยาวชนไทยมีปัญหาเรื่องอ้วนมากถึง 13.6 % (ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2551)

จากรายงานทางสุขภาพในรอบสิบปีที่ผ่านมาคนไทยมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารไม่ถูกต้องและออกกำลังกายน้อยลง อัตราคนเป็นโรคอ้วน มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น ที่สำคัญคือคนส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวว่ามีอาการของโรคเหล่านี้ หลายประเทศจึงตื่นตัวต่อการรับมืออย่างเร่งด่วน ให้เรื่องของสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด โดยต้องกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะมิใช่จำกัดอยู่เพียงแค่เป็นภาระของรัฐ หรือกระทรวงสาธารณสุขอีกต่อไป ทุกฝ่ายทั้งภาครัฐ เอกชน นักวิชาการ และประชาชนร่วมเรียนรู้และแก้ไขปัญหา ร่วมกัน และสิ่งสำคัญที่สุดคือ การปลูกฝังมุมมองให้รับรู้ร่วมกันว่า "สุขภาพ" ไม่ใช่แค่เรื่องของความเจ็บป่วยของตัวเอง และครอบครัว สุขภาวะที่ดี จะต้องสร้างความสุขเชื่อมโยงถึงกัน คือการช่วยเหลือเกื้อกูล และพึ่งพาอาศัยแบบองค์รวมของทุกคนในสังคม (อำพลจินดาวัฒนะ, 2551) ดังนั้น คนไทยต้องปฏิวัติ วิถีคิดและความเชื่อใหม่ว่า "สุขภาพคือ เรื่องของคนทุกคน ไม่ใช่เพียงเรื่องของบุคลากรทางการแพทย์ หรือการเจ็บไข้ได้ป่วยตามความเข้าใจเดิม ๆ แต่เป็นเรื่องของทุกคนที่ช่วยกันสร้างความเข้าใจและการปฏิบัติที่ถูกต้องด้วย "การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ" ซึ่งเป็นการปรับวิถีชีวิตด้านสุขภาพด้วยตนเองนั่นเอง ทั้งนี้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นเป็นการประยุกต์แนวคิดหลักการแห่งพฤติกรรมทางจิตวิทยาและหลักการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมเป็นรายบุคคล โดยเน้นที่พฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้ หรือวัดได้เป็นสำคัญ

และในงานวิจัยครั้งนี้วัดจากพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้านคือ การรับรู้ความสามารถในการปรับพฤติกรรมตนเอง (Self-efficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-regulation) และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) และในการนำเสนอองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพครั้งนี้ อังคินันท์ อินทรกำแหง (2552) ได้นำเสนอแนวทางการปรับพฤติกรรมสุขภาพ 3Self ด้วยหลัก PROMISE เพื่อเป็นแนวทางให้บุคคลและหน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและประชาชนทั่วไป ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self นี้ น่าจะเกิดมาจากการบริหารจัดการของผู้จัดโครงการส่งเสริมสุขภาพได้นำแนวคิด PROMISE มาใช้ในการสร้างชุดกิจกรรมและบริหารจัดการโครงการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ประกอบด้วย

- 1) P – Positive reinforcement คือ หลักการเสริมแรงทางบวกให้แก่ผู้รับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ
- 2) R – Result base management คือ หลักการบริหารจัดการของผู้จัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของงาน
- 3) O – Optimism คือ ผู้จัดกิจกรรมและผู้รับการปรับพฤติกรรมมีอารมณ์โลกในแง่ดี
- 4) M – Motivation คือ ผู้จัดกิจกรรมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้รับการปรับพฤติกรรมให้เริ่มต้นและดำเนินการต่อเนื่อง
- 5) I – Individual or Client center คือ ผู้จัดกิจกรรมต้องจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นหลัก และ
- 5) Se– Self – esteems คือ หลักการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองให้ผู้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความภาคภูมิใจในตนเองที่สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง และจากผลการวิจัยเพื่อการประเมิน โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 17 โครงการที่ดำเนินการโดย กลุ่มสถานศึกษา และสถานพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ซึ่งพบว่า ตัวชี้วัดด้านสุขภาพต่างๆ ของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรวมจำนวน 5,188 คน มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ค่าความดันโลหิต ค่าความยาวรอบเอว มี

ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับที่ดีขึ้นหรือต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในกลุ่มที่มีภาวะอ้วนน้อยกว่า (BMI < 24.5) จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่า กลุ่มที่มีภาวะอ้วนมากกว่า (BMI > 24.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจากผลการสัมภาษณ์ผู้จัดโครงการในเบื้องต้น พบว่า ปัจจัยที่ทำให้การบริหารจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประสบความสำเร็จมาจาก การสนับสนุนทรัพยากร นโยบายจากหน่วยงานต้นสังกัด มีทีมงานเข้มแข็งให้ความร่วมมือดี มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ความสำเร็จและการเป็นแบบอย่างของวิทยากร ผู้รับบริการเชื่อมั่นในบุคลากรการแพทย์ รูปแบบกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพน่าสนใจ และมีการให้รางวัล (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2553)

สำหรับความสนใจในครั้งต่อไปของผู้เขียนเพื่อตอบปัญหาการทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพของหัวหน้าโครงการสร้างเสริมสุขภาพว่า 1) สาเหตุใดการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงานภาคส่วนต่าง ๆ โดยเฉพาะสถานพยาบาลและสาธารณสุขได้ดำเนินการมาต่อเนื่องแต่กลับพบว่า แนวโน้มของคนที่มีความอ้วนกลับเพิ่มขึ้นมาก 2) มีปัจจัยสำคัญอะไรที่ส่งผลให้การดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประสบความสำเร็จ 3) ตัวแปรใดเป็นตัวที่สำคัญที่จะนำมาสู่การลดอ้วน ลดพุงได้สำเร็จ 4) ค้นหาตัวแปรที่สอดคล้องกันหรือเข้าใจตรงกันระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้จัดโครงการกับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนที่จะร่วมกันแก้ปัญหาไปสู่ความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5) ความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นมาจากผู้บริหาร โครงการหรือจากตัวของผู้รับบริการเองเป็นหลักและ 6) ค้นหาแนวทางในการดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเป็นต้นแบบให้กับบุคคลและหน่วยงานได้นำไปใช้

ผลการตอบโจทย์ปัญหาเบื้องต้น

ผู้เขียนขอเสนอ รูปแบบเชิงสาเหตุทางจิตสังคม และพฤติกรรมของผู้บริหาร โครงการสร้างเสริมสุขภาพ

และผู้รับบริการในกลุ่มโรคอ้วนที่มีต่อความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ตามสมมุติฐาน ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมพอสังเขปได้ดังนี้

1. งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาในมุมมองด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนใหญ่เป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีด้านสุขภาพแบบทฤษฎีเดี่ยว เช่น ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) (Rosenstock, Hochbaum, Kegeles, & Leventhal, 1950; Becker & Maiman, 1975) แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน-นอกคนด้านสุขภาพ (Rotter, 1966) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) (Caplan, Robinson, & French, 1976) ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) ของ (Ajzen, 1991, 2002) และทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's health promotion model) (Pender, 1975, 2006) และPRECEDE-PROCEED Model (Lawrence & Marshall, 1987) ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) (Dunn & Rogers, 1986) เป็นต้น ดังผลวิจัยของ อริยา ทองกร (2550) ที่ได้สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากงานวิจัย 132 เรื่องโดยวิเคราะห์ห่อภิมาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงานรองลงมาเป็นผู้ป่วย นักเรียนนักศึกษาและผู้สูงอายุตามลำดับ ส่วนแนวคิดทางการส่งเสริมสุขภาพที่นิยมใช้กันมากคือ Pender's health promotion model คิดเป็นร้อยละ 72.72 รองลงมาเป็นแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model คิดเป็นร้อยละ 27.27 ผลการวิจัยจากการวิเคราะห์ด้วยเมต้า พบว่า ปัจจัยที่นำมาศึกษาจัดประเภทเป็นปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอกและปัจจัยชีวสังคม ซึ่งตัวแปรในกลุ่มปัจจัยภายใน พบว่า ค่านิยม (ค่า $r = 0.41$) เจตคติ (ค่า $r = 0.35$) การรับรู้ด้านสุขภาพ (ค่า $r = 0.31$) และความรู้ (ค่า $r = 0.24$) มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพมากตามลำดับ ส่วนปัจจัยภายนอก พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคม (ค่า $r = 0.38$) การมีและการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ (ค่า $r = 0.24$) การมีนโยบายส่งเสริม

สุขภาพ(ค่า $r=0.19$) และการได้รับข้อมูลข่าวสาร (ค่า $r=0.18$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากตามลำดับ และปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม(ค่า $r=0.18$) และระดับการศึกษา (ค่า $r=0.13$) มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพมากตามลำดับ

2. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของคนไทย

พบแนวโน้มโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายที่ให้การส่งเสริมสุขภาพ ที่ว่าเมืองไทยเข้มแข็งให้เป็นวาระแห่งชาติ แต่สถานการณ์ที่ผ่านมาได้มีการสำรวจสภาวะสุขภาพของคนไทยทั่วประเทศ โดยการตรวจร่างกาย (National health examination survey) มาแล้ว 3 ครั้ง โดยครั้งแรกในปี พ.ศ.2534 ครั้งที่ 2 ในปี พ.ศ.2539 และครั้งที่ 3 ในปี พ.ศ.2547 จากการสำรวจดังกล่าว พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังของคนไทย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โรคอ้วนเพิ่มจากร้อยละ 20 เป็น 25 และ 34 ตามลำดับ ส่วนโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.1 เป็น 8.1 และ 10.2 และจากการสำรวจครั้งล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2547 พบคนไทยเป็นโรคอ้วน 13 ล้านคน อ้วนลงพุง 12 ล้านคน เป็นโรคเบาหวาน 3 ล้านคน เป็นโรคความดันโลหิตสูง 10 ล้านคน ไขมันในเลือดสูง 7 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ทั้งการสูบบุหรี่และการดื่มสุราในผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้น

(วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551) การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของภาวะเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ร่วมกับกระแสวัฒนธรรมตะวันตกส่งผลรับประทานอาหารมากเกินความต้องการ โดยไม่ได้สมดุล อาหารที่ไม่สมดุลคืออาหารที่ประกอบด้วย ไขมันและน้ำตาลสูง มีใยอาหารน้อย ประกอบกับการไม่ออกกำลังกายและโรคอ้วนเป็นสาเหตุสำคัญที่นำมาสู่ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดอุดตันในสมอง และโรคเบาหวาน โรคเหล่านี้ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยที่สมควร (อังสินันท์ อินทรกำแหง, 2550) และข้อมูลอัตราการบริโภคน้ำตาลต่อคน

ที่เพิ่มสูงขึ้นกว่าเท่าตัวจาก 12.7 กิโลกรัม/คน/ปี ในปี พ.ศ.2526 เป็น 29.1 กิโลกรัม/คน/ปี ใน พ.ศ. 2544 ซึ่งคนไทยมีพฤติกรรม "กินหวานล้าหน้านานาประเทศ" ด้วยสถิติการกินน้ำตาลเฉลี่ย 16 ช้อนชาต่อคนต่อวัน ในขณะที่ค่าเฉลี่ยการกินหวานของคนทั่วโลกอยู่ที่ 11 ช้อนชาต่อคนต่อวัน และปริมาณน้ำตาลระดับพอดีที่ร่างกายรับได้ในแต่ละวันอยู่ที่ 6 ช้อนชา ต่อคนต่อวันมักเป็นอาหารประเภท น้ำอัดลม น้ำหวาน นมรสหวาน นมเปรี้ยว เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารนอกบ้าน อาหารสำเร็จรูป โดยหาซื้อจากร้านค้าหรือแผงลอยมากขึ้น โดยพบว่า คนไทยส่วนใหญ่ ซื้ออาหารปรุงสำเร็จจากร้านค้าสูงสุด รองลงมา คือ ตลาดสด และพ่อค้าเร่ อาหารเหล่านี้นอกจากจะไม่ได้คุณค่ายังมีปริมาณแคลอรีสูงและราคาแพง ก่อให้เกิดปัญหาโภชนาการ เช่น โรคอ้วน ปริมาณไขมันในเลือดสูงมากขึ้น (จดหมายข่าวรายเดือน สำนักงานพัฒนาระบบข่าวสารข้อมูลสุขภาพ วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2553 ประชาชาติธุรกิจออนไลน์)

3. การปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพของทั่วโลกได้ปฏิบัติมาเป็นเวลานาน

ให้เหตุผลว่า สภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจได้เปลี่ยนแปลงไปมากที่เป็นตัวกำหนดให้สุขภาพมีการแปรเปลี่ยนสลับซับซ้อนมากขึ้น คณะนักวิชาการที่สนใจงานส่งเสริมสุขภาพ ได้ศึกษาค้นคว้าหาวิธีและรูปแบบใหม่ๆ มาจัดการกับตัวกำหนดต่างๆ เพื่อให้สุขภาพดีให้นานที่สุดในชีวิต จนองค์การอนามัยโลก ยอมรับแนวคิด และร่วมกันจัดการประชุมนานาชาติครั้งแรกที่ประเทศแคนาดา มีผู้เข้าร่วมประชุมจาก 38 ประเทศ ได้ประกาศ "กฎบัตรอตตาวา" ให้ถือว่า เป็นคัมภีร์ของการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 และให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาพอันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลและกลุ่มบุคคล จะต้องสามารถบอก และตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถ

ตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพจึงมิใช่อยู่ในความรับผิดชอบของภาคสุขภาพ (Health sector) เท่านั้น และกฎบัตรออกตาวา ได้สรุปให้มีกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการคือ 1) การให้การศึกษ และข้อมูลข่าวสารทางสาธารณสุข 2) การชี้แนะ (Advocate) ให้ปัจจัยทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และชีววิทยา ให้เป็นผลดี โดยการชี้แนะเพื่อสุขภาพ 3) การตลาดสังคม (Social marketing) นำหลักวิชาการตลาด มาประยุกต์ใช้ 4) การทำให้มีความสามารถ (Enable) ให้ประชาชนทั้งหมด มีความสามารถใช้ศักยภาพทางสุขภาพ (Health potential) ของตนเอง จนกว่าประชาชนจะสามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ที่กำหนดสุขภาพของตนเองได้ 5) การไกล่เกลี่ย (Mediate) สิ่งที่ได้มาเพื่อสุขภาพที่ดี มิได้เกิดจากภาคสุขภาพแต่ฝ่ายเดียวเสมอไป แต่เกิดจากความต้องการของประชาชน ในฐานะปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน นักวิชาชีพ กลุ่มสังคม และบุคลากรทางสุขภาพ มีความรับผิดชอบสำคัญ ในการไกล่เกลี่ยระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ ในสังคม เพื่อผลดีต่อสุขภาพ (หทัย ชิตานนท์, 2541) ต่อมา มีการประชุมนานาชาติอีกในหัวข้อเกี่ยวกับ “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” อีกหลายครั้ง พบว่า เป็นความล้มเหลวของหลายประเทศ ที่ประชาชนมีศักยภาพในการควบคุมตัวกำหนดสุขภาพตนเองได้น้อยลง ภาครัฐจะสูญเสียอำนาจ เกียรติภูมิ และทรัพยากร โดยมีองค์กรเอกชน องค์กรไม่หวังผลกำไร ภาคชุมชน เข้ามามีบทบาทมากขึ้น ดังนั้น งานส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่จึงเป็นงานที่สำคัญ และมีความจำเป็นอย่างยิ่ง สำหรับประเทศไทย เนื่องจากความเปลี่ยนแปลงอย่างมากภายในสภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองจะมีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนมากขึ้น ในศตวรรษหน้า งานนี้จำเป็นต้องมี “ผู้เล่น” ใหม่ที่สำคัญคือ ภาคนโยบาย ด้วยกลยุทธ์ใหม่และวิธีการใหม่ จะต้องร่วมมือร่วมใจกัน เพื่อให้เกิดพลังอันเข้มแข็ง ในงานส่งเสริมสุขภาพของประชาชน

4. แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior change)

เป็นแนวคิดที่ผู้เขียนได้บูรณาการจากสหวิทยาการ โดยประยุกต์แนวคิดทางจิตวิทยาตามทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคม (Social cognitive theory) (Bandura, 1986) ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change theory) (Prochaska & DiClemente, 1983) และการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) เข้าไว้ด้วยกัน เพื่อกำหนดรายละเอียดเทคนิคและวิธีการปรับพฤติกรรมสุขภาพเป็นรายบุคคล และรายกลุ่มตามวิถีชีวิตหรือบริบททางจิตสังคมพื้นฐานของบุคคลกลุ่มเสี่ยงนั้นที่มาร่วมโครงการ ทั้งนี้ แนวคิดทางจิตวิทยาการปรับพฤติกรรม มิคุลัส (Mikulas, 1978: 9-12) ได้กำหนดคุณสมบัติของกระบวนการปรับพฤติกรรมไว้ 5 ประการ ดังนี้

1. การปรับพฤติกรรมไม่เน้นอดีต (Ahistorical) แต่จะให้ความสนใจพฤติกรรมของบุคคล ณ ที่นี้และขณะนี้ (Here and now) เป็นสำคัญ คือ สนใจว่าปัจจัยใดในขณะนั้นก่อให้เกิดและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในปัจจุบัน แต่ข้อมูลในอดีตจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับพฤติกรรม

2. การปรับพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้การตีตรา เพราะจะเป็นการทำลายบุคคล เช่น คนที่ถูกตีตราว่าเป็นคนอ้วนแล้วพฤติกรรมของเขาอาจเปลี่ยนแปลงไปอ้วนมากยิ่งขึ้นก็ได้

3. การปรับพฤติกรรม เป็นเรื่องเข้าใจได้ สามารถอธิบายให้ผู้รับการปรับพฤติกรรมเข้าใจได้ง่าย การให้เหตุผลและทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องได้ จะทำให้ได้รับความร่วมมือ จากผู้เกี่ยวข้องเหล่านั้นเป็นอย่างดี ในการดำเนินการปรับพฤติกรรม

4. ความสัมพันธ์ระหว่างนักปรับพฤติกรรมกับผู้รับการปรับพฤติกรรมไม่จำเป็นต้อง เป็นความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัวหรือเป็นรายบุคคล การปรับพฤติกรรมสามารถฝึกใครก็ตามเช่น ครู ผู้ปกครอง บุคลากร นิสิต นักศึกษาหรือผู้เกี่ยวข้องอื่นใด ให้มีความเชื่อมั่นใน

ตนเอง มีความคิดเชิงบวกที่ต้องการพัฒนาและสามารถใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรม ไปปรับตนเองและผู้อื่นก็ได้ การปรับพฤติกรรมบางอย่างก็สามารถกระทำเป็นกลุ่มพร้อมกันได้

5. ในการปรับพฤติกรรมสามารถฝึกบุคคลให้ปรับพฤติกรรมของตนเองได้ เทคนิคที่ใช้ส่วนใหญ่ ได้แก่ เทคนิคการควบคุมตนเอง (Self-control) การกำกับตนเอง (Self-regulation) ซึ่งเป็นวิธีการปรับพฤติกรรมที่ฝึกให้ บุคคลกระทำการปรับพฤติกรรมตนเองได้ด้วยตัวเอง เป็นเทคนิคที่ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย แต่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเป็นอย่างมาก บุคคลสามารถเรียนรู้ ทักษะการควบคุมตนเองจากแหล่งต่าง ๆ ได้ เช่น จากผู้ใกล้ชิด จากนิตยสาร จากตำรา จากคลินิก จากโทรทัศน์ หรือจากการให้คำปรึกษาและการฝึก เป็นต้น ในที่นี้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นหมายถึง การประยุกต์หลักการเรียนรู้ เพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรม โดยเน้นที่พฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้ หรือวัดได้เป็นสำคัญ และในงานเขียนครั้งนี้เน้น พฤติกรรมสุขภาพ 3 Self หรือ 3 ด้านคือ การรับรู้ความสามารถในการปรับพฤติกรรมตนเอง (Self-efficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self-regulation) และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care)

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

(Stages of change theory)

เป็นทฤษฎีของ โพรชาสกาและดิกลิเมนเท่ (Prochaska & DiClemente, 1983) ที่มีโครงสร้างขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงเป็นหัวใจหลักในการอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง ไม่ใช่เป็นเพียงเหตุการณ์หนึ่งๆเท่านั้น ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงเป็นกระบวนการต่อเนื่อง เริ่มจากขั้นที่ไม่สนใจปัญหาไปจนถึงขั้นลงมือปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไข ไปสู่พฤติกรรมใหม่ (คาร์นี สืบจากดี, 2551) ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ นับเป็นโครงสร้างหนึ่งของรูปแบบ ทรานส์ทีโอเรทิกอล (Trans-theoretical model:

TTM) ซึ่งประกอบด้วยโครงสร้างที่สำคัญ 5 ประการ คือ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Processes of change) การเปรียบเทียบผลดีและผลเสียของพฤติกรรม (Decision balance) ความมั่นใจในความสามารถของตัวเรา (Self-efficacy) และระดับความเคยชิน/สิ่งล่อใจ (Habit strength / temptation) (Kelly, 2008: 149; กนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล, 2549: 24-26) ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะขอกล่าวถึงเฉพาะ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเท่านั้น เริ่มต้นจาก โพรชาสกาและ ดิกลิเมนเท่ (Prochaska & DiClemente, 1983) ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการศึกษาผู้ป่วยติดบุหรี่และได้มีการประยุกต์ทฤษฎีดังกล่าวเพื่อการให้คำปรึกษาแนะแนวเพื่อการเลิกบุหรี่ ซึ่งได้ผลสำเร็จเป็นอย่างดี ต่อมานักวิจัยจึงได้นำทฤษฎี Stage of Change ไปประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมที่มีปัญหาอื่นๆ เช่น การติดแอลกอฮอล์ เป็นต้น หรือแม้แต่การส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การฝึกสติ การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ เป็นต้น (Homeffer-Ginter, 2008: 352) ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแบ่งออกเป็น 6 ขั้นดังนี้ ได้แก่ 1) *ขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation)* เป็นขั้นที่บุคคลไม่รับรู้ไม่ใส่ใจต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตน 2) *ขั้นลังเลใจ (Contemplation)* เป็นขั้นที่ บุคคลมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะเวลาอันใกล้นี้ มีความตระหนักถึงข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแต่ก็ยังคงกังวลกับข้อเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเช่นกัน จึงยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงในทันที 3) *ขั้นตัดสินใจเตรียมตัว (Preparation)* เป็นขั้นที่บุคคลตั้งใจว่าจะลงมือปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเร็วๆ นี้ (ภายใน 1 เดือน) บางคนอาจวางแผนว่าจะต้องทำอะไรบ้าง 4) *ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action)* เป็นขั้นที่บุคคลลงมือปฏิบัติ หรือกระทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 4 - 6 เดือน 5) *ขั้นกระทำต่อเนื่อง*

(Maintenance) เป็นขั้นที่บุคคลกระทำพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่องนานเกินกว่า 6 เดือน และมีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถเปลี่ยนแปลงได้ต่อไปเพิ่มขึ้น ระยะนี้ถือว่าเป็นการสร้างความมั่นคงของพฤติกรรม จนกลายเป็นนิสัยใหม่ และ 6) การกลับไปมีปัญหซ้ำ (Relapse) การที่บุคคลนั้นถอยกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิมก่อนที่จะเปลี่ยนแปลงอีก เป็นการปล่อยให้ตนเองมีภาวะอารมณ์จิตใจที่ประปราย โดยปกติ คนทั่วไปไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้อยู่ในระดับ Maintenance ได้สำเร็จ ตั้งแต่ครั้งแรกที่เริ่มลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การเลิกสูบบุหรี่มักต้องอาศัยความพยายามมากกว่า 3-4 ครั้งขึ้นไปกว่าจะสามารถเลิกบุหรี่ได้เด็ดขาดนานกว่า 6 เดือน แต่พบว่าส่วนมากร้อยละ 85 มักไม่มีการถอยกลับไปอยู่ในระดับไม่สนใจปัญหา และส่วนใหญ่ของการถอยกลับของระดับขั้น มักทำให้ผู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ซื้อคิดในการวางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จในครั้งต่อไป (กนิษฐาพันธ์ศรีนิรมล, 2549)

การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)

เป็นการกระตุ้นเร้าให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนักในศักยภาพที่ตนมี และดึงศักยภาพนั้นออกมาใช้อย่างเต็มที่และเต็มใจ เพื่อปรับปรุงพัฒนาวิถีชีวิต วิถีการทำงาน ให้บรรลุผลสำเร็จ ซึ่งผลสำเร็จที่เกิดขึ้นนี้จะมีอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่ง สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2553) ได้กล่าวว่า การเสริมพลังอำนาจเป็นกลวิธีสำคัญของการเสริมสร้างสุขภาพ และได้ให้ความหมาย การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ว่าหมายถึง การเพิ่มศักยภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพของพวกเขา การเสริมพลังอำนาจในชุมชน จึงเป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคล โดยผู้นำหรือชุมชนจะถ่ายโอนอำนาจ ให้อิสระในการตัดสินใจ และจัดหาทรัพยากรในการปฏิบัติงานให้ผู้ปฏิบัติ รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน และส่งเสริมให้บุคคลเกิดความสามารถในการทำงานและแก้ปัญหาต่างๆ ได้บรรลุผลสำเร็จของตนเองและชุมชน มีความสำคัญ

ต่อองค์กรทั้งในระดับบุคคลผู้ปฏิบัติ ผู้นำ และสำหรับในระดับองค์กรปัจจัยที่เอื้อให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในองค์กรคือระบบโครงสร้าง วัฒนธรรมในองค์กร ผู้บริหารองค์กรบุคลากร ความสัมพันธ์ของคนในองค์กร และลักษณะงาน และในเชิงจิตวิทยา “การมอบอำนาจ การตัดสินใจ หรือ Empowerment” หมายถึง การทำให้บุคคลที่ปฏิบัติงาน เกิดแรงจูงใจภายใน (Intrinsic motivation) รวมทั้ง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพียงพอ (Self-efficacy) ที่จะทำงานนั้นสำเร็จ สรุปได้ว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง ต้องคำนึงถึงระยะของความพร้อมที่จะรับการเปลี่ยนแปลงของแต่ละบุคคลซึ่งมีไม่เท่ากัน บางคนอาจยังไม่สนใจปัญหาไม่เห็นความสำคัญที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง หรือบางคนสนใจแต่ยังลังเลใจอยู่ ยังกลัวๆ กล้าๆ ที่จะเข้าร่วมกิจกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือบางคนอาจเริ่มเปลี่ยนแปลงแล้ว แต่ยังต้องการกำลังใจและแรงจูงใจภายนอกอยู่ มิฉะนั้นอาจจะยกเลิกไม่ทำพฤติกรรมนั้นต่อ

5. การแสดงบทบาทผู้นำทีม (The leading's role)

โพลเซอร์ (Polzer, 2004: 68 – 76) ศาสตราจารย์ด้านพฤติกรรมองค์กรของ โรงเรียนบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ได้เสนอว่า การแสดงบทบาทของผู้นำที่อยู่ในรูปแบบการทำงานเป็นทีม การที่จะทำหน้าที่ในการเป็นผู้นำทีมที่ดีได้นั้น เป็นเรื่องที่ทำทายเป็นที่ยิ่ง เนื่องจากธรรมชาติของการทำงานเป็นทีมที่ให้อิสระแก่สมาชิก ต้องอาศัยการประสานความร่วมมืออย่างเหนียวแน่น และให้ความเท่าเทียมกันของสมาชิกในกลุ่ม ดังนั้นโพลเซอร์ ได้เสนอว่า จากข้อจำกัดของหัวหน้าทีมดังกล่าว ที่ไม่อาจสวมบทบาทการเป็นเจ้านาย หรือ ผู้สั่งการได้ โพลเซอร์ จึงได้กำหนดบทบาทของผู้นำทีมว่ามี 4 บทบาทหลักด้วยกัน ได้แก่ บทบาทการเป็นผู้ริเริ่ม บทบาทการเป็นต้นแบบพฤติกรรม บทบาทการเป็นผู้แนะนำ และบทบาทการเป็นนักเจรจาต่อรอง บทบาททั้ง 4 ของผู้นำทีม เหมือนกับบทบาทของ

ผู้นำทีมที่ ดอนเนลลอน (Donnellon, 2006: 70 – 73) รองศาสตราจารย์ด้านพฤติกรรมองค์กรเสนอไว้ ซึ่งจากแนวคิดของ โพลเซอร์ และ ดอนเนลลอน เกี่ยวกับบทบาทของผู้นำทีม ทำให้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของทั้ง 2 ท่าน สร้างเป็นตัวแปรในการวิจัย ดังนี้

1. บทบาทการเป็นผู้ริเริ่ม (Leader as initiator) เป็นบทบาทที่ผู้นำทีมต้องเป็นผู้ริเริ่มในการลงมือทำสิ่งต่างๆ ซึ่งผู้นำทีมสามารถจูงใจให้สมาชิกในทีมทุ่มเทความมุ่งมั่นไปยังภารกิจที่ทีมต้องปฏิบัติ ซึ่งผู้นำทีมอยู่ในฐานะที่จะเป็นผู้ริเริ่มลงมือทำสิ่งต่างๆ ก่อนสมาชิกในทีม เนื่องจากผู้นำทีมไม่ต้องรับผิดชอบภาระหน้าที่จากงานประจำมากเท่ากับสมาชิกคนอื่นๆ และยังอยู่ในตำแหน่งที่เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างงานที่ทีมต้องทำในแต่ละวันกับวัตถุประสงค์ของทีม ในขณะที่สมาชิกทีมจะเป็นผู้ลงมือปฏิบัติหน้าที่ ภารกิจต่างๆ และผู้นำจะทำหน้าที่เชื่อมต่อ ระหว่างการปฏิบัติภารกิจของทีมกับผู้บริหารระดับสูง และบุคคลภายนอก ดังนั้น ผู้นำทีมจะต้องคอยกระตุ้นให้สมาชิกในทีมลงมือทำงานที่จำเป็นให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยการสร้างแรงจูงใจจากการเป็นผู้ริเริ่มเป็นการกระตุ้นสมาชิกในทีม

2. บทบาทการเป็นต้นแบบพฤติกรรม (Leader as model) ทั้งนี้ผู้นำทีม หรือผู้จัดการต่างก็สามารถใช้พฤติกรรมของตนเองเป็นเครื่องมือในการกำหนดกรอบพฤติกรรมของสมาชิกในทีมได้ แต่ผู้นำทีม ต้องใช้เทคนิคนี้มาใช้งานมากกว่าผู้จัดการหลายเท่าตัว เนื่องจากไม่มีเครื่องมืออื่น เช่น การเลื่อนตำแหน่ง การพิจารณาผลตอบแทน และการทำโทษ มาใช้เพื่อให้ตนเองมีอิทธิพลเหนือสมาชิกทีมคนอื่นได้ ในทางปฏิบัติ นั้น การเป็นต้นแบบของความขยันขันแข็ง ความยุติธรรม ความมีน้ำใจ ความเฉลียวแหลมในการตัดสินใจ เป็นเครื่องมือที่ทรงพลังมากในทีมงาน ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเปรียบเสมือนกับเป็นการวางรากฐานให้สมาชิกในทีมปฏิบัติตาม เพราะไม่ต้องการรู้สึกรู้สึกว่าเขาเป็นคนไม่มีคุณภาพ

ทั้งนี้ ผู้นำทีม สามารถเป็นต้นแบบด้านพฤติกรรมให้กับสมาชิกในทีมได้หลายวิธีด้วยกัน เช่น หากต้องการให้สมาชิกในทีมไปพบลูกค้าของบริษัท ผู้นำทีมจะไม่ใช้คำสั่งให้พวกเขาทำหน้าที่นี้ แต่ผู้นำทีมต้องเป็นผู้ออกไปพบลูกค้าด้วยตนเอง ซึ่งจะเป็นต้นแบบให้สมาชิกคนอื่นๆ ปฏิบัติตาม ในโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเช่นเดียวกัน หากผู้นำทีมต้องการให้สมาชิกในทีมออกไปพบปะกับประชาชนเพื่อขอความร่วมมือ ผู้นำทีมต้องทำเป็นตัวอย่างให้เห็น โดยไม่ใช้อำนาจในการสั่งการสมาชิกในทีม

3. บทบาทการเป็นนักเจรจาต่อรอง (Leader as negotiator) ในขั้นเริ่มแรกของการสร้างทีมงานหน้าที่ ที่หนักที่สุดก็คือ การหาสมาชิกในทีมจากพนักงานในแผนกต่างๆ ขององค์กร ซึ่งวิธีการนี้ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ จะเห็นได้ว่า อำนาจที่จำกัดของหัวหน้าทีม เป็นตัวเร่งให้ความสามารถส่วนบุคคลในการเป็นผู้เจรจาที่ดี เป็นอิทธิพลของหัวหน้าทีม นอกจากนี้ยังพบว่า ในการทำงานของทีมโดยทั่วไป ต้องมีการประสานเพื่อขอใช้ทรัพยากรของแผนกอื่นๆ ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว ก็จะต้องเป็นหน้าที่ของผู้นำทีม ที่จะต้องประสานความร่วมมือให้กับทีมงาน วิธีการที่ดีที่สุดในการเจรจากับผู้เป็นเจ้าของทรัพยากรต่างๆ

4. บทบาทการเป็นผู้แนะนำ (Leader as Coaching) ผู้นำทีมที่ดีจะต้องมีวิธีการพัฒนาความสามารถของสมาชิกในทีมให้สูงขึ้น โดยส่วนมากแล้ววิธีการที่ได้ดีก็คือ การเป็นผู้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติงานแก่สมาชิกทีม โดยส่วนมากหัวหน้าที่จะเป็นผู้ที่มีประสบการณ์สูงกว่าสมาชิกในทีมงานการให้คำแนะนำจะช่วยให้สมาชิกมีความพยายามเพิ่มมากขึ้น ทำให้มั่นใจได้ว่างานที่จะได้รับจะเป็นงานที่เรียบร้อย ช่วยให้สมาชิกในทีมทำงานเต็มศักยภาพของตนเพิ่มมากขึ้น

6. ความฉลาดทางอารมณ์ของทีม

ซึ่งนักวิชาการในประเทศไทยได้ใช้คำนี้ในความหมายที่แตกต่างกันไป ไม่ว่าจะเป็น สติปัญญาทาง

อารมณ์ เขาวนอารมณ์ ปรีชาเชิงอารมณ์ แต่ คำที่ใช้กันอย่างแพร่หลายมากที่สุดก็คือความฉลาดทางอารมณ์ กรมสุขภาพจิต (2543 :9) ได้สรุปความหมายไว้ว่า ความสามารถทางอารมณ์จะช่วยให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างสร้างสรรค์และมีความสุข มีองค์ประกอบ ได้แก่ เข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น และแก้ไขความขัดแย้งได้ เป็นความหมายที่คล้ายกับ เมเยอร์และสโลเวย์ (Mayer & Salovey, 1997: 45) ที่อธิบายว่าเป็นความสามารถในการเข้าใจอารมณ์ของตนเองและความสามารถที่จะแสดงอารมณ์ของตนเองออกมา รวมทั้งเข้าใจอารมณ์และการแสดงอารมณ์ของผู้อื่น สามารถใช้อารมณ์ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการคิด การจำ และช่วยให้เกิดมุมมอง การแก้ปัญหาในทางที่สร้างสรรค์ สามารถแยกแยะ วิเคราะห์อารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับงาน หรือสถานการณ์ในขณะนั้น และสามารถที่จะจัดการกับอารมณ์ของผู้อื่น โดยการให้กำลังใจเมื่อเขาท้อแท้ และ สอดคล้องกับแนวคิดของ โกลแมน (Goleman, 1998: 68) ที่ให้ความหมายไว้ว่าเป็นความสามารถในการตระหนักถึงความรู้สึกของตนเองและความรู้สึกของผู้อื่น ทำให้สามารถบริหารหรือจัดการกับอารมณ์ของตน มีแรงจูงใจในตัวเอง และมีความสามารถทางด้านทักษะในการสัมพันธ์กับผู้อื่น สามารถสรุปได้ว่า ความฉลาดทางอารมณ์เป็นความสามารถของบุคคลที่จะเข้าใจ จัดการ และใช้ประโยชน์จากอารมณ์ของตนเองให้เกิดประโยชน์สูงสุด ตลอดจนจนสามารถทำความเข้าใจในความรู้สึกของผู้อื่น สร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างกันและกัน และสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี

ความฉลาดทางอารมณ์ของทีม (Emotional Intelligence as Teams – EQ Team)

ความฉลาดทางอารมณ์ของทีมไม่ได้เกิดจากการนำความฉลาดทางอารมณ์ของสมาชิกในทีมรวมเข้าด้วยกัน แต่มีพื้นฐานมาจากบรรทัดฐานทางสังคมที่ก่อให้เกิดความตระหนักรู้ การควบคุม ความเป็นเอกลักษณ์กลุ่ม และการรับรู้ความสามารถของกลุ่ม ถึงแม้ว่าความฉลาดทางอารมณ์ของทีมจะแตกต่างจาก

ความฉลาดทางอารมณ์ของบุคคล แต่ทฤษฎีนี้ก็นำ โครงสร้างทางสติปัญญาของบุคคลมาเป็นรากฐานในการสร้างองค์ประกอบต่างๆ ดรูกทและวอฟฟ์ (สยามล เอกะกุลานันต์, 2550: 48 – 50; อ้างอิงจาก Druska & Woff, 2001) กล่าวว่า ไม่จำเป็นว่าสมาชิกในทีมที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงเมื่อรวมกันแล้วจะทำให้ความฉลาดทางอารมณ์ของทีมสูงตาม ดังนั้นทีมจะต้องสร้างให้เกิดบรรทัดฐานร่วมกันที่เอื้อให้เกิดการตระหนักรู้อารมณ์ และการควบคุมอารมณ์ ให้สามารถนำทีมไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น จากแนวคิดพื้นฐานดังกล่าว ดรูกท และวอฟฟ์ (สยามล เอกะกุลานันต์, 2550: 48 – 50; อ้างอิงจาก Druskat & Woff, 2001: 138b) ได้ให้ความหมายของความฉลาดทางอารมณ์ของทีมไว้ว่า เป็นความสามารถที่ทีมจะทำให้เกิดบรรทัดฐานทางสังคมร่วมกันในการบริหารกระบวนการทางอารมณ์ ในแนวทางที่ทำให้เกิดความไว้วางใจ ความเป็นเอกลักษณ์ของกลุ่ม และการรับรู้ความสามารถของกลุ่ม ความฉลาดทางอารมณ์ของทีม มีมิติที่หลากหลายเป็นการรับรู้ของผู้นำทีมที่มีต่อสมาชิกทีมในภาพรวม ดังนี้ 1) ความตระหนักรู้ของสมาชิกทีม (Teams awareness of members) สมาชิกในทีมได้ตระหนักถึงความรู้สึก ความต้องการ และห่วงใยต่อสมาชิกคนอื่นๆ โดยมีพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นได้คือการรับฟังความคิดเห็นของคนอื่น และแสดงความเข้าใจในความรู้สึกของสมาชิกในทีมได้อย่างเหมาะสม 2) การควบคุมสมาชิกทีม (Teams regulation of member) เป็นความสมดุลในพฤติกรรมที่สมาชิกในทีมใช้ในการควบคุมซึ่งกันและกันเอง เป็นทั้งผู้ทำการควบคุมและถูกควบคุมในขณะเดียวกันเพื่อสร้างบรรทัดฐานในการทำงานร่วมกัน มีองค์ประกอบที่สามารถสังเกตเห็นได้คือได้ทำการเผชิญหน้ากับผู้ที่ต่อต้านบรรทัดฐานของทีม โดยการแสดงให้สมาชิกในทีมเห็นว่าพฤติกรรมที่เขาได้แสดงออกนั้นอยู่นอกเหนือกฎเกณฑ์ของทีม และดูแลเอาใจใส่ผู้อื่น โดยการแสดงความปรารถนาดีต่อกันและกัน ไว้วางใจซึ่งกันและกัน 3) การตระหนักรู้ทีม (Teams self-awareness) ตระหนักในสภาวะทางอารมณ์ การ

แสดงออกและทรัพยากรของทีม ประกอบด้วย การประเมินทีม กล่าวคือ ทีมมีการประเมินตนเองเกี่ยวกับสถานะทางอารมณ์ จุดอ่อน จุดแข็งในด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในการปฏิบัติงานร่วมกัน และการแสวงหาข้อมูลย้อนกลับที่มาจากแหล่งภายนอกทีม 4) การควบคุมทีม (Teams self-regulation) เป็นความสามารถที่ทีมได้ทำการบริหารจัดการกับสถานะทางอารมณ์ของทีมและสร้างการตอบสนองที่พึงประสงค์ ประกอบด้วย การสร้างแหล่งทำงานกับอารมณ์ซึ่งทีมจะสร้างบรรยากาศต่างๆ เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจ ยอมรับ และตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์ของทีม สร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีโดยการปลูกฝังให้สมาชิกในทีมคิดทางบวกกับเหตุการณ์ในช่วงเวลาต่างๆ การคาดการณ์และการแก้ไขปัญหาล่วงหน้าโดยการร่วมกันพยากรณ์ปัญหาที่จะเกิดขึ้น ค้นหาแนวทางป้องกัน แก้ไข รวมถึงการรับผิดชอบในผลลัพธ์ที่เกิดจากการตัดสินใจร่วมกัน 5) การตระหนักรู้ทางสังคมของทีม (Teams social awareness) เป็นการรับรู้ถึงเรื่องราวความเป็นไปเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม สิ่งเร้าต่างๆ นอกทีม ที่อาจจะอิทธิพลต่อทีมงาน ประกอบด้วย การตระหนักรู้องค์การโดยที่ทีมเข้าใจเกี่ยวกับระบบสังคมและการเมืองในองค์กรที่มีอยู่, การตระหนักรู้ระหว่างทีม โดยการยอมรับความหวังและความต้องการของทีมอื่นๆ ในองค์กร และ 6) ทักษะทางสังคมของทีม (Teams social skills) เป็นการตระหนักรู้ถึงปัญหาขององค์การและทีม เพื่อจะก่อให้เกิดเครือข่ายทางสังคมทั้งระหว่างสมาชิกในทีม และระหว่างทีมงานกับองค์กรอื่นๆ โดยการสร้างความสัมพันธ์ภายนอกทีม นั้น เป็นการพยายามที่จะให้ความช่วยเหลือทีมงานอื่นๆ ในองค์กรของตน และรู้จักการรับความช่วยเหลือจากภายนอกทีม ได้อย่างเหมาะสม

7. การสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชา

ไวน์ (Wine, 1990: 294) ให้ความหมายว่าเป็นระดับของการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม เป็นความช่วยเหลือที่เห็นเป็นรูปธรรมซึ่งได้แก่ การแนะแนวความคิด การเสริมแรง

ทางสังคม ความมั่นคงทางอารมณ์ ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมมีลักษณะเป็นการสื่อสารแบบสองทาง จะเกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน แนวคิดดังกล่าวคล้ายกับ พาวเวอร์ส (Powers, 1988: 41) เสนอว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นกลุ่มทรัพยากรที่เกิดขึ้นจากความผูกพันและเครือข่ายทางสังคม โดยพิจารณาในประเด็นของเนื้อหา คุณภาพ ความซับซ้อนและทิศทางการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย โครงสร้างที่ซับซ้อนและความเกี่ยวพันที่เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม เพื่อแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกันมีการแลกเปลี่ยนความคิดความรู้สึกต่อกันทำให้บุคคลให้ความช่วยเหลือในด้านการจัดการปัญหาต่างๆ และช่วยบรรเทาผลกระทบจากความเครียดสามารถบรรเทาความเครียดก่อให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจและมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่อไปซึ่งเป็นพฤติกรรมที่องค์การต้องการ ตามแนวคิดของเฮาส์และคานท์ (House & Kahn, 1985 : 201) มีการแบ่งการสนับสนุนทางสังคมทั้งหมดเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการถ่ายทอดด้านอารมณ์ระหว่างกันและกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคคลที่ได้รับการถ่ายทอดเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ มีความมั่นใจ รู้สึกถึงความเป็นพวกเดียวกัน โดยที่อารมณ์ที่แสดงต่อกันเป็นอารมณ์ในทางบวก ได้แก่ การแสดงออกซึ่งความเอื้ออาทร การเห็นอกเห็นใจ การยอมรับนับถือ และการแสดงความยินดีเมื่อเกิดความสำเร็จขึ้น 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการสนับสนุนซึ่งและกันในด้านข้อมูล ข่าวสาร ที่มีความจำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน อาจจะเป็นข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ การเรียน และกิจกรรมต่างๆ ทั้งนี้รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้รับข้อมูล เช่น การปรับปรุงลักษณะการพูด นิสัย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการพัฒนาในตัวผู้รับข้อมูล 3) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal support) เป็นการที่บุคคลให้การสนับสนุนในการเพิ่มคุณค่าให้กับผู้ได้รับการสนับสนุน ทำให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนรู้สึกดีว่า

ตนเองมีคุณค่าในกลุ่ม ในสังคม ซึ่งเป็นความรู้สึกทางใจที่รู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองได้รับความยกย่อง เมื่อทำการพิจารณาแล้วพบว่า มีความคล้ายคลึงกับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเป็นอย่างมาก และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการได้รับการสนับสนุนทางด้านทรัพยากรต่างๆ ที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตหรือการทำงาน เช่น เป็นการได้รับการสนับสนุนทางด้านเงิน วัสดุอุปกรณ์ในการทำงาน และบุคลากรที่จำเป็นสำหรับการดำเนินโครงการ วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ได้รับการสนับสนุนบรรลุตามเป้าหมายของตน

8. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ความหมายของสัมพันธภาพ นักวิชาการให้ความหมายแตกต่างกัน ความหมายพื้นฐานที่ให้ไว้โดยราชบัณฑิตยสถาน ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความผูกพัน ความเกี่ยวข้อง สำหรับ เกย์ (มณี ดิประสิทธิ์, 2541 : 7 ; อ้างอิงจาก Gay, 1981) ให้ความสนใจที่ระยะเวลาในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ว่าเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นทีละเล็กทีละน้อย อย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งกลายเป็นแบบแผนในการปฏิบัติระหว่างกัน กลายเป็นองค์ประกอบของความคุ้นเคย แตกต่างจากแนวคิดของ ซิกเกอร์ริง ที่เชื่อว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นเรื่องของความอดทนที่จะอยู่ร่วมกัน มนุษย์จะต้องรู้จักอดทนที่จะเก็บสัญชาตญาณในการต่อสู้ ดิ้นรนเพื่อเอาตัวรอดไว้ภายในจิตใจ โดยการหันมาให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนบุคคลอื่นเพื่อเปลี่ยนแปลงรูปแบบการพึ่งพาจากการพึ่งพาแต่ตนเอง เป็นการพึ่งพาซึ่งกันและกัน การอดทนที่จะอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นนั้นเป็นความสามารถที่จะยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคลได้มากขึ้น จนกระทั่งก่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีต่อกันและกัน ฟินลิป (พิสิทธ์ ปทุมบาล, 2532 : 16 ; อ้างอิงจาก Philip, 1966 : 125) อธิบายถึง สัมพันธภาพว่า เป็นลักษณะของความเกี่ยวข้องกันระหว่างบุคคล รวมทั้งความสัมพันธ์ทางสังคม อันจะนำมาซึ่งการพัฒนา รูปแบบการมีส่วนร่วม ต่อความคาดหวัง ความสัมพันธ์ทางอารมณ์ และการ

ปรับตัวทางสังคม ทั้งนี้จะต้องเคารพในสิทธิ และความเป็นตัวของตัวเองของบุคคลอื่นด้วย

ทฤษฎีที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพ

จากการศึกษางานวิจัยที่ใช้ตัวแปร สัมพันธภาพ (Relationship) ในระดับต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นในครอบครัว ในกลุ่มเพื่อน และในกลุ่มผู้ร่วมงาน พบว่าจะใช้ทฤษฎีสามมิติของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (FIOR – Fundamental Interpersonal Relation Orientation) เสนอโดย วิลเลียม ชูทส์ ใช้อธิบายถึงพื้นฐานของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งทฤษฎีนี้ได้อธิบายว่า ความต้องการของบุคคลในด้านความรู้สึกและการแสดงออกเชิงพฤติกรรมเป็นสิ่งที่สามารถอธิบายการแสดงออกของบุคคลได้ ในการเข้ากลุ่มของบุคคลเป็นเพราะแรงขับของ 3 เหตุผล วิลเลียม ชูทส์ ได้แบ่งมิติของการเข้าไปมีความสัมพันธ์กับกลุ่มของบุคคลไว้ 3 มิติ

มิติที่ 1 การเข้ากลุ่ม (Inclusion) บุคคลในมิตินี้จะมีลักษณะชอบเข้ากลุ่ม ชอบไปงานเลี้ยงต่างๆ และชอบทำสิ่งต่างๆ ที่เป็นการเริ่มต้น เช่น การเริ่มสนทนากับคนแปลกหน้าก่อน ร่วมชุมนุมในกิจกรรมทางการเมือง ร่วมสังสรรค์ ในขณะที่บุคคลที่มีลักษณะตรงข้ามในมิตินี้ชอบที่จะอยู่คนเดียว มีความเป็นตัวของตัวเองสูง ไม่ต้องการที่จะเริ่มสนทนากับบุคคลอื่นก่อน และหลีกเลี่ยงงานต่างๆ ซึ่งความแตกต่างใจมิตินี้ มีตั้งแต่ระดับ Over Social (มีความทุกข์เมื่ออยู่ลำพัง) ไปจนถึง Under Social (มีความทุกข์เมื่อมีคนอื่นปรากฏอยู่)

มิติที่ 2 การควบคุม (Control) ลักษณะของบุคคลที่อยู่ในมิตินี้จะชอบการมีอำนาจควบคุม และอิทธิพล มีความสุขที่ได้รับมอบหมายให้ทำการดูแลผู้อื่น ชอบที่จะเป็นนายสั่ง หรือเป็นผู้ทำหน้าที่การตัดสินใจของกลุ่ม ในขณะที่บุคคลที่มีลักษณะตรงข้ามในมิตินี้จะไม่ชอบการควบคุมผู้อื่น หรือมีสภาพที่มีอำนาจอยู่เหนือผู้อื่น พอใจที่จะไม่ออกคำสั่งให้ใครทำอะไรตามคำสั่งของตน และพยายามทำทุกอย่างเพื่อค้นหาสภาพที่ไม่มี การบังคับ และรับผิดชอบอะไรเลย ดังนั้นบุคคลในมิตินี้มีตั้งแต่ระดับ Autocratic (รู้สึกทุกข์เมื่อไม่ได้ควบคุม

ผู้อื่น) ถึงระดับ Abdicates (รู้สึกเป็นทุกข์เมื่อต้องรับผิดชอบหรือควบคุมผู้อื่น)

มิติที่ 3 รักใคร่ ผูกพัน (Affection) ลักษณะของบุคคลที่อยู่ใต้อิทธิพลนี้จะชอบการใกล้ชิดสนิทสนมกับบุคคลอื่นๆ แต่ไม่ต้องการเป็นฝ่ายเริ่มก่อน แต่จากประสบการณ์ของ วิลเลียม ซูทส์ ในการใช้แบบวัด ไพโร- บี ทำให้ผู้ตอบสับสนแยกไม่ออกในการใช้คำว่า Affection ระหว่างความหมายของความชอบที่เป็นความรู้สึก กับความชอบที่เป็นพฤติกรรม ในมิตินี้จึงเปลี่ยนมาใช้คำว่า Openness แทน ซึ่งคนที่อยู่ใต้อิทธิพลนี้จะมีคามพึงพอใจเมื่อได้รับความสัมพันธ์จากผู้อื่น ชอบที่จะมีคนมาทำความสนิทสนม คั่นเคียงด้วย ซึ่งคนที่มีลักษณะตรงข้ามจะมีลักษณะของการหลีกเลี่ยงจากการเปิดเผยกับบุคคลอื่นๆ ก่อนข้างที่จะรักษาสัมพันธ์ภาพในระดับที่คุ้นเคยมากกว่าการสนิทสนม

สัมพันธภาพในการทำงาน

ในบริบทของการทำงานนั้นจากการศึกษาของ เดนซ์ (Dentsch, 1972 : 275 – 319) เสนอไว้ว่าโครงสร้างของกระบวนการทำงานในหน่วยงานจะแตกต่างกันแม้ว่าจะอยู่ในองค์กรเดียวกันก็ตาม แต่ละรูปแบบของความสัมพันธ์จะมีจุดเริ่มต้นของการแสดงออกเชิงพฤติกรรมที่แตกต่างกัน เกณฑ์ในการพิจารณาสัมพันธภาพในหน่วยงานมีด้วยกัน 4 เกณฑ์ ได้แก่

1. การเริ่มสัมพันธภาพด้วยความเชื่อถือ

ไว้วางใจ (Trust orientation) สัมพันธภาพที่เริ่มต้นความรู้สึกดังกล่าวมักจะเป็นสัมพันธภาพที่มีความต่อเนื่องและยาวนาน เหมาะสมกับการทำงานร่วมกัน

2. สัมพันธภาพร่วมด้วยความหวาดระแวง

(Antagonistic orientation) จะมีลักษณะที่ผู้ร่วมงานแต่ละคนต่างจ้องที่จะหาผลประโยชน์จากองค์กร และจากเพื่อนร่วมงาน สัมพันธภาพมักเป็นไปเพื่อการรักษาผลประโยชน์ ซึ่งจะไม่มีความราบรื่นและไม่พัฒนาไปอย่างต่อเนื่องเท่าที่ควร

3. เริ่มสัมพันธภาพด้วยการร่วมมือกันทำงาน

(Cooperation orientation) มีจุดเริ่มต้นอยู่ที่การพึ่งพา

อาศัยในการทำงานระหว่างกัน เมื่อขาดบุคคลใดไปแล้วจะทำให้งานมีอุปสรรค ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร องค์กรที่เริ่มความสัมพันธ์เช่นนี้บุคลากรจะเริ่มต้นสร้างมิตรภาพก่อนและทำเพื่อรักษาไว้

4. สัมพันธภาพด้วยการแข่งขันกัน

(Competitive orientation) เป็นความสัมพันธ์ที่แต่ละฝ่ายต่างต้องกระทำกิจกรรมร่วมกันตามลักษณะของโครงสร้างงาน ทว่า แต่ละฝ่ายต่างก็มีเป้าหมายเป็นของตนเอง ดังนั้นในขั้นตอนสุดท้ายของการร่วมกันทำงานนั้นแต่ละฝ่ายต่างก็มีเป้าหมายที่จะเป็นผู้ชนะซึ่งหากไม่มีความสัมพันธ์ต่อกันในขั้นเริ่มต้นการเป็นผู้ชนะจะไม่มี ความหมายใด เช่น เข้าร่วมประกวดนางงาม เป็นต้น

นอกจากนี้ อาร์โนลด์และเฟลด์แมน (Arnol & Feldman, 1980: 297 – 298) อธิบายลักษณะของสัมพันธภาพในหน่วยงานว่า มีความสำคัญต่อระดับความเครียดในการทำงาน ในกระบวนการทำงาน การประสานงานในองค์กรนั้นบุคคลไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์หรือสัมพันธภาพได้ ซึ่งบุคคลที่จำเป็นต้องมีสัมพันธภาพด้วยในหน่วยงานมี 3 กลุ่ม ได้แก่ การมีสัมพันธภาพกับผู้บังคับบัญชา การมีสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน และการมีสัมพันธภาพกับผู้ใต้บังคับบัญชา สัมพันธภาพในหน่วยงานเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการประสานงานร่วมกันเป็นอย่างมาก เพราะในการทำงานตัวบุคคลจะต้องทำการประสานงานกับ ผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และผู้ที่ใต้บังคับบัญชา อาร์โนลด์และเฟลด์แมน ได้เสนออีกว่า สัมพันธภาพที่ไม่ดีนอกจากจะทำให้การทำงานเป็นไปอย่างติดขัดยังมีผลต่อปัญหาด้านอารมณ์ตามมา

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ในการสังเคราะห์องค์ความรู้ครั้งนี้ อาศัยหลักสหวิทยาการหรือหลายสาขาร่วมกัน และจากการรวบรวมแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งทางจิตวิทยา สังคมวิทยา พฤติกรรมสุขภาพ งานวิจัยที่

เกี่ยวข้อง และระเบียบวิธีวิจัยที่ซับซ้อนขึ้นตามสภาพ ปัญหาและโครงสร้างของกลุ่มตัวอย่าง ในปัจจุบันที่ยาก ซับซ้อนต่อการแก้ไข มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย และมีการออกแบบงานวิจัยที่ต้องใช้สถิติขั้นสูงเพื่อตอบ คำถามงานวิจัยได้ลึกและให้น่าเชื่อถือมากขึ้น

ในการศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุแบบพหุระดับ ด้านจิตสังคมและพฤติกรรมของผู้บริหาร โครงการ สุขภาพและผู้รับบริการในกลุ่มโรคอ้วน ที่มีอิทธิพลต่อ ความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมเสี่ยงครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญา (Social cognitive learning theory) ของแบนดูรา (Bandura) มา กำหนดเป็นกรอบในการศึกษา ตามที่ แบนดูรา อธิบายว่า การเรียนรู้เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและ สภาพแวดล้อมในสังคม ซึ่งทั้งบุคคลและสิ่งแวดล้อมมี อิทธิพลต่อกันและกัน แบนดูรา (Bandura) กล่าวว่า คนเรามีปฏิสัมพันธ์ (Interact) กับสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวเราอยู่เสมอ การเรียนรู้เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ผู้รับและสภาพแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อกันและกัน พฤติกรรมของคนเราส่วนมากจะเป็นการเรียนรู้โดยการ สังเกต (Observational learning) หรือการเป็นตัวแบบ (Modeling) โดยทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิ ปัญญา ได้อธิบายสาเหตุการเกิดพฤติกรรมของบุคคลมา จาก 2 ประการ คือ ตัวแปรทางจิตและทางสังคม

สาเหตุการเกิดพฤติกรรมบริหาร โครงการ สุขภาพของผู้บริหารโครงการสุขภาพ ประกอบด้วย

1. ตัวบุคคล (Person) ประกอบด้วยกลุ่มปัจจัย ทางจิต ซึ่งเป็นพฤติกรรมภายใน ได้แก่ บทบาททีม เขา วัฒนธรรมของทีม และเขาสุขภาพ
2. จากสภาพแวดล้อมทางสังคม ประกอบด้วย กลุ่มปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจาก ผู้บังคับบัญชา การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมทีม สัมพันธภาพระหว่างผู้บริหาร โครงการกับผู้รับบริการ

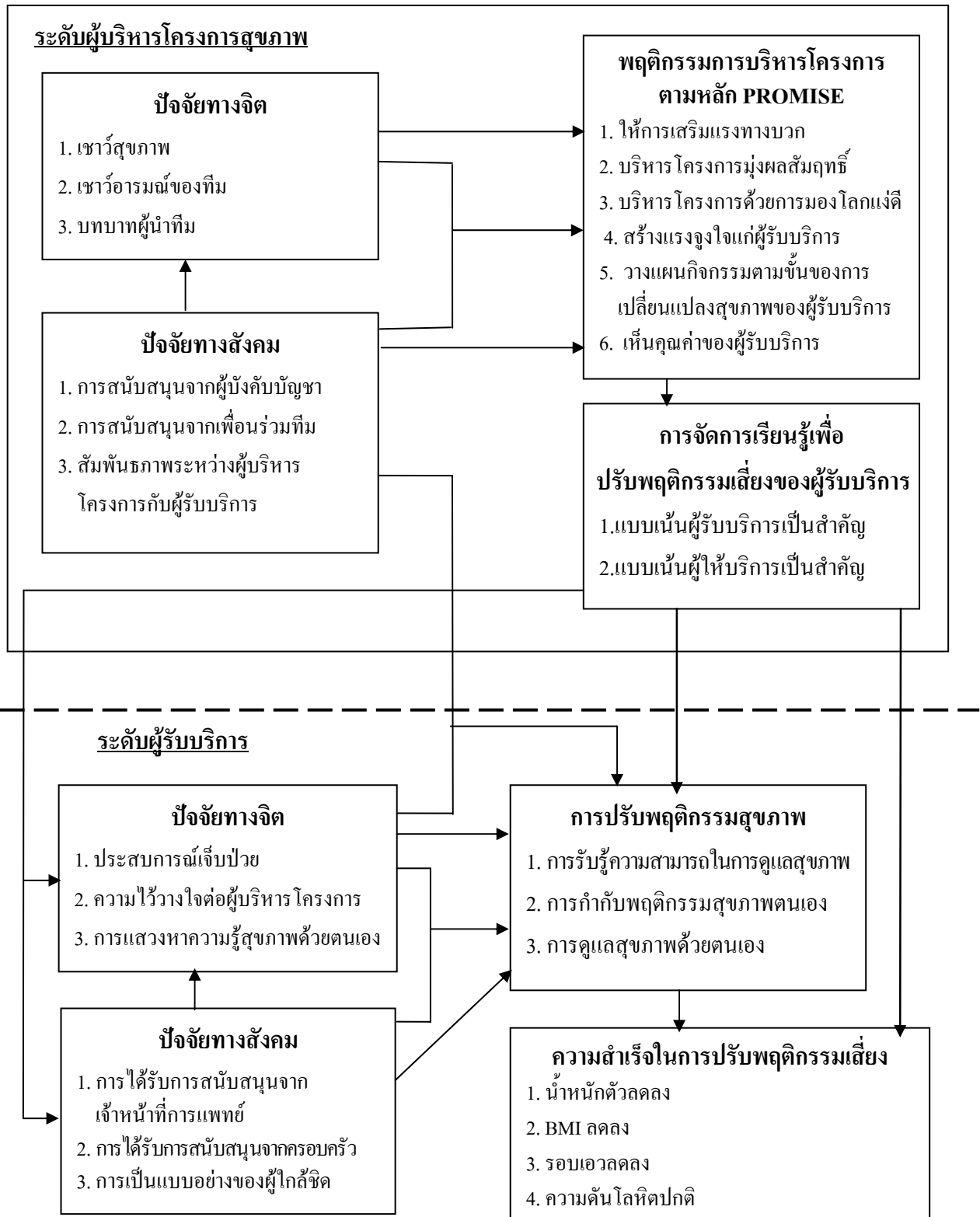
สาเหตุ พฤติกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของกลุ่มผู้รับบริการ โรคอ้วน ประกอบด้วย

1. ตัวบุคคล (Person) ประกอบด้วยกลุ่มปัจจัย ทางจิต ได้แก่ ประสบการณ์การเจ็บป่วย ความไว้วางใจ ต่อ และการแสวงหาความรู้ทางสุขภาพด้วยตนเอง

2. จากสภาพแวดล้อมทางสังคม ประกอบด้วย กลุ่มปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจาก เจ้าหน้าที่การแพทย์ การได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัว และการเป็นแบบอย่างของผู้ใกล้ชิด

สำหรับ ตัวแปรผลที่เกิดจาก พฤติกรรมในกลุ่ม ผู้บริหารโครงการสุขภาพ ได้แก่ การจัดการเรียนรู้เพื่อ ปรับพฤติกรรมเสี่ยงของผู้รับบริการ และตัวแปรผลที่ เกิดจาก พฤติกรรมในกลุ่มผู้รับบริการโรคอ้วน ได้แก่ ความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมเสี่ยง

นอกจากนี้ ผู้เขียนได้ประยุกต์รูปแบบ ปฏิสัมพันธ์นิยม (Interactionism Model) มาเป็นกรอบใน การหาปฏิสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรทางจิตและทาง สังคมพฤติกรรม ภายในระดับกลุ่มผู้บริหาร โครงการ สุขภาพ ภายในระดับกลุ่มผู้รับบริการ และปฏิสัมพันธ์ ข้ามระหว่างระดับ (Cross level Interaction Effect) รูปแบบปฏิสัมพันธ์นิยมนี้จะเน้นการศึกษาลักษณะ ภายในจิตใจของบุคคล และการออกแบบการศึกษาวิจัย แบบขั้นสูง ให้ได้คำตอบที่เชื่อถือได้สูงสุด และ ครอบคลุมบริบทของความเป็นจริงตามวิถีการปฏิบัติ (Life style) ของบุคคลที่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อการปฏิบัติ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชน เพื่อ จะได้ข้อมูลจากผลการศึกษาที่สามารถยืนยันทิศทางที่ นำมาใช้ในการปรับพฤติกรรม ให้เหมาะสมสอดคล้องกับ ลักษณะของกลุ่มผู้รับบริการให้มากที่สุด เพื่อหาตัวแปร ที่หลากหลายในสาขาวิชาดังกล่าวมารวมเป็นตัวแปรทาง พฤติกรรมศาสตร์เพื่อตอบความมุ่งหมายของการศึกษา ดังแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงสาเหตุและผล ดัง ภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 ร่างรูปแบบเชิงสาเหตุแบบพหุระดับทางจิตสังคมและพฤติกรรมของผู้บริหารโครงการสุขภาพและผู้รับบริการในกลุ่มโรคอ้วนที่มีต่อความสำเร็จในการปรับพฤติกรรมเสี่ยง

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2543). คู่มือความฉลาดทางอารมณ์.

กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กนิษฐา พันธุ์ศรีนิรมล. (2549). *ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสของคัสของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์: การประยุกต์ใช้รูปแบบทรานสทิโอเรทิเคิล*. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย. (2545). *รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

คาร์นี สืบจากดี. (2551). *Stage of change-ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง*. บทความออนไลน์ สืบค้นเมื่อ 9 มกราคม 2551 จาก http://203.155.220.217/doh/deptd/Article/article_07.doc.

ดวงเดือน พันธุมนาวิน. (2541). *รูปแบบปฏิสัมพันธ์นิยม (Interactionism Model) เพื่อการวิจัยสาเหตุของพฤติกรรม และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์*. *วารสารทันตวิบาล*, 10 (2), 105 – 108.

พิสิทธิ์ ปทุมบาล. (2532). *ผลของการการเข้ากลุ่มแบบ Sensitivity Training ต่อการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

มณี ดิประสิทธิ์. (2541). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อัดมโนทัศน์ สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือของพยาบาลประจำการกับความสามารถในการตัดสินใจทางการพยาบาลฉุกเฉินของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิทยาลัยประชากรศาสตร์. (2551). *การสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2551 จาก http://www.cps.chula.ac.th/html_th/pop_base/pop_health/pop_health_053.htm.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2549). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม (Theories and Techniques in Behavior modification)*. พิมพ์ครั้งที่ 6. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2543). *สถานการณ์สุขภาพคนไทย การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2547). *สถานการณ์สุขภาพคนไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

สยามล เอกะกุลนันต์. (2551). *สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกทีม และกระบวนการทีมที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของทีมข้ามสายงานในโรงงานอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนยานยนต์*. ปริญญาานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2551). *อันดับโรคและภาวะโรค*. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2551. จาก http://www.thaincdinfo.com/index.php?option=com_content&task=view&id=30&Itemid=36.

อริยา ทองกร. (2550). *การศึกษาตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากการสังเคราะห์งานวิจัยโดยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ*. ปริญญาานิพนธ์. วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

อำพล จินดาวัฒน์. (2551). *ปฏิวัติมุมมองสุขภาพสู่สภาวะสังคมที่ดีกว่า*. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2551 จาก <http://www.naewna.com/news.asp?ID=86119>.

อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2550). *การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและดัชนีวัดภาวะวิกฤตชีวิตสตรีไทยสมรสวัยกลางคนที่ทำงานนอกบ้านในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล*. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 12(1), 49-71.

อังคินันท์ อินทรกำแหง ทัศนากองกัคดี และ วรสรณ์ เนตรทิพย์. (มิถุนายน, 2553). *ผลการจัดการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ*

- หน่วยงานภาครัฐและเอกชนในเขต กรุงเทพมหานคร. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 16(2), 96-112.
- อังสินันท์ อินทรกำแหง. (2552). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก PROMISE. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์
- หทัย ชิดานนท์. (2541). บรรยายเป็นปาฐกถา นำ ในการประชุมวิชาการประจำปีของทันตแพทยสมาคม. ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ 17 กรกฎาคม 2541 สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2551 จาก http://www.healththaichn.com/product_646643_th.
- Ajzen, Icek. (1991). *The Theory of Planned Behavior, Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, Icek. (2002). *Constructing a TpB Questionnaire: Conceptual and Methodological Considerations*. Retrieved June 11, 2009 from <http://www-unix.oit.umass.edu/izen/tpbrefs.html>.
- Arnold, B. H., & Feldman, D.C. (1980). *Organization Behavior*. New York: McGraw – Hill.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundation of Thought and Action: a Social of Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Becker, M.H. & Maiman, L.A. (January, 1975). Sociobehavioral Determinants of Compliance with health and medical care recommendations, *Med Care*, 13.
- Caplan, R.D. & French. (1976). *Adhering to Medical Regimens: Pilot Experiment in Patient Education and Social support*. An Arbor: University of Michigan Health Medical Care Recommendation. *Medical Care*, 13(1), 1-12.
- Dentsch, M. (1972). *Cooperation and trust : Some Theoretical Notes Nebraska Symposium on Motivation*. Lincoln: University of Nebraska press.
- Donnellon, A. (2006). *Leading Teams*. Boston: Harvard Business School Press.
- Goleman, D. (1998). *Working with Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- Homeffer-Ginter, K. (2008). Stage of Change and Possible Selves: 2 Tools for Promoting College Health. *Journal of American College Health*, 56(4), 351-358.
- House, J.S. & Kahn, R.L. (1985). Measures and Concepts of Social Support. *Social*. Retrieved February 12, 2008 from http://www.edgewaterhealth.com/developer2004/home/index.php?page_type=test_topic_faq&topic_id=144584&site_id=3&go_id=2&take_id=1#hq1.
- Kelly, C.W. (2008). *Commitment to Health Theory. Research and Theory for Nursing Practice: An International journal*, 22(2), 148-160.
- Mayer, J.D. & Salovey, P. (1997). “What is emotional intelligence” In P. Salovey & D.J. Sluyter (eds.), *Emotional development and emotional intelligence*. p.3-31. New York: Basic Books.
- Mikulas, W. (1978). *Behavior Modification*. New York: Harper & Row.
- Pender, N.J. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*. 5th (ed). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. 4th (ed). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Polzer, R. J. (2004). *Creating Team With an Edge*. Boston: Harvard Business School Press.
- Powers, B. A. (1988). Social Network, Social Support, and elderly Institution People. *Advances in Nursing Science*, 10 (2), 40 – 58.
- Prochaska, James O. & DiClemente, Carlo. (1983). Stages and processes of self change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monograph: General and Applied*, 80(1), 1-28.