

ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ : แนวทางการดำเนินงานในงานสุขศึกษา และส่งเสริมสุขภาพ

สุปรียา ตันสกุล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ และหัวหน้าภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทความนี้เป็นกรออธิบายทฤษฎีที่นำมา
ใช้ในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปัจจัย
ด้านชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพล
ต่อพฤติกรรม บุคลากรสาธารณสุข สามารถ
นำข้อคิดนี้ เป็นแนวทางในการพัฒนางาน
วิเคราะห์เหตุผลของความล้มเหลวและความ
ล้มเหลว รวมทั้งใช้เป็นเครื่องมือ กลวิธีสำหรับ
แก้ปัญหาหรือดำเนินงาน สุขศึกษาและ
ส่งเสริมสุขภาพด้วยทฤษฎี หรือกรอบแนวคิด
ที่แตกต่างกัน

บทความประกอบด้วยแนวคิด 2 ส่วน
ดังนี้ (National Cancer Institute, 2003)

ส่วนที่ 1 แนวคิดพื้นฐานการประยุกต์
ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ

ส่วนที่ 2 ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่
สำคัญที่นำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สุขภาพ

ส่วนที่ 1 แนวคิดพื้นฐานการประยุกต์ ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ

ทำไมทฤษฎีและโมเดลสำคัญต่องาน
สุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ

โปรแกรมสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ
มีเป้าหมาย คือ ส่งเสริมสุขภาพ ลดการเสี่ยง
ต่อการเกิดโรค จัดการกับโรค/การเจ็บป่วย

เรื้อรัง ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และความพอเพียง
ของบุคคล ครอบครัว องค์กร และชุมชน เป็น
ที่น่าสังเกตว่าโปรแกรมหรือการดำเนินงาน
สุขศึกษาที่มีประสิทธิภาพ มักมี พื้นฐานจาก
ความเข้าใจที่ชัดเจนในด้านพฤติกรรมสุขภาพ
เป้าหมาย บริบท ของสิ่งแวดล้อม รวมทั้ง
การวางแผน กลยุทธ์ ตลอดจนการประเมินผล
ซึ่งทั้งหมดก็เป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับทฤษฎีหรือ
โมเดล

ทฤษฎีช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถวางแผน
ปฏิบัติงาน และประเมินผลกิจกรรม ซึ่งช่วย
ให้ตอบคำถามว่า ทำไม อะไร และอย่างไร ดังนี้

1. ทฤษฎีช่วยนำทางเพื่อค้นหาเหตุผลว่า
ทำไมกลุ่มเป้าหมายถึงปฏิบัติตาม/หรือไม่
ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข
รวมทั้งทำไมถึงไม่สนใจเรื่องการมีสุขภาพดี
2. ทฤษฎีช่วยชี้ชัดว่าผู้ปฏิบัติงานต้อง
รู้อะไรบ้างก่อนดำเนินงาน
3. ทฤษฎีช่วยให้ข้อมูลว่าจะจัดโปรแกรม
กลยุทธ์อย่างไร เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย
และก่อให้เกิดผลกระทบอย่างไร
4. ทฤษฎีช่วยให้ระบุขั้นตอนกิจกรรมเพื่อ
ควบคุม กำกับ วัด และประเมินผล
5. ทฤษฎีช่วยให้เข้าใจธรรมชาติของ
พฤติกรรมสุขภาพ อธิบายการเคลื่อนไหว

ของพฤติกรรม กระบวนการในการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งผลของปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ

6. ทฤษฎีช่วยให้อธิบายเป้าหมายของการดำเนินงาน วิธีการปรับเปลี่ยน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

7. ทฤษฎีช่วยอธิบายพฤติกรรมและเสนอแนะวิธีการที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนให้สำเร็จ

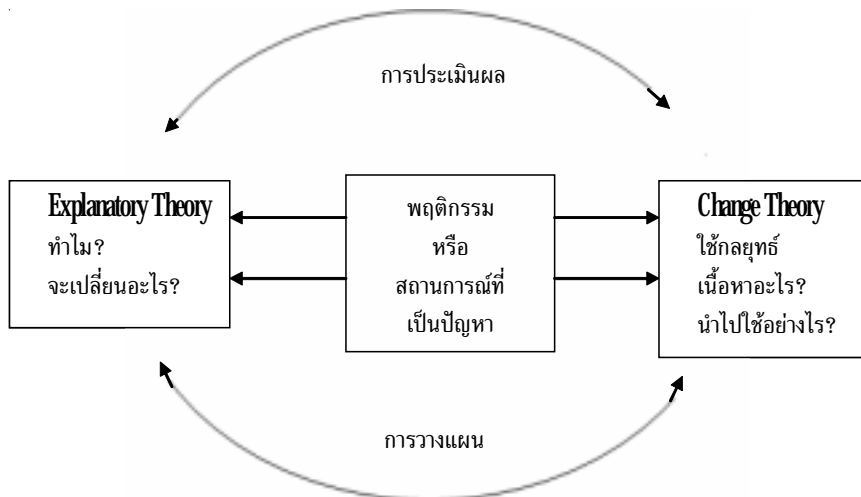
ทฤษฎีมี 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

- ทฤษฎีที่ใช้อธิบาย (Explanatory Theory) หรือ ทฤษฎีเกี่ยวกับปัญหา (Theory of Problem) เป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายปัจจัย

หรือสถานการณ์ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ระบุว่า ทำไมปัญหาจึงเกิดขึ้น เช่น ขาดความรู้ มีเจตคติไม่เหมาะสม ขาดความสามารถตนเอง ขาดแรงสนับสนุนจากสังคม หรือขาดทรัพยากร เป็นต้น

- ทฤษฎีที่ใช้ปรับเปลี่ยน (Change Theory) หรือ ทฤษฎีสำหรับนำสู่การปฏิบัติ (Theory of Action) เป็นทฤษฎีที่แปลงแนวคิดสู่การปฏิบัติ เช่น การสร้างเนื้อหา (message) และกลยุทธ์ที่จะทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ทฤษฎีทั้ง 2 กลุ่มนี้มีส่วนสำคัญในการวางแผน และประเมินผลการดำเนินงาน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ทฤษฎีอธิบายและทฤษฎีปรับเปลี่ยนในกระบวนการวางแผนและประเมินผล

ทฤษฎีที่นำมาใช้ในงานสุขภาพศึกษา และส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่มาจากศาสตร์ด้านพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ ข้อคิดสำคัญคือ ไม่มีทฤษฎีเพียงทฤษฎีเดียวที่ตายตัวและสามารถนำมาใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จรูป เนื่องจากปัญหาด้านสุขภาพ พฤติกรรม วัฒนธรรม บริบทของสถานการณ์ สังคมเป็นเรื่องซับซ้อน และเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว บางทฤษฎีเน้นการเปลี่ยนแปลงที่หน่วยระดับบุคคล บางทฤษฎีเน้นการเปลี่ยนแปลงในระดับกลุ่มองค์กร วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 2 ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่สำคัญที่นำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ทฤษฎีที่นำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถจำแนกเป็น 3 ระดับคือ

1. ทฤษฎีหรือโมเดลระดับบุคคล (Individual/Intrapersonal Health Behavior Models/ Theories)
2. ทฤษฎีระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal Health Behavior Theories)
3. ทฤษฎีระดับชุมชน สังคม (Community Level Models/Theories)

ทฤษฎีหรือโมเดลระดับบุคคล และระหว่างบุคคลมีพื้นฐานแนวคิดมาจากทฤษฎีในกลุ่มพฤติกรรม - ปัญญา (Cognitive - Behavioral Theories) โดยมองความสัมพันธ์ 2 ประเด็นคือ

1. พฤติกรรม (การกระทำ) สัมพันธ์กับปัญญา (Cognition)

นั่นคือ บุคคล คิด รู้ รู้สึก อะไร จะส่งผลต่อการกระทำ

2. ความรู้จำเป็นต่อการเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอ กระบวนการทางปัญญาอื่นๆ เช่น การรับรู้ การตั้งใจ ทักษะ และปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อมมีบทบาทสำคัญด้วย

1. ทฤษฎีหรือโมเดลที่ใช้ปรับพฤติกรรมระดับบุคคล

ทฤษฎีระดับบุคคลมองที่การปรับเปลี่ยนปัจจัยภายในตัวคน เช่น ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ แรงจูงใจ อึดทนในทัศน พัฒนาการของมนุษย์ ประสบการณ์ในอดีต ทักษะ และพฤติกรรม (การ กระทำ)

บทความนี้จะนำเสนอทฤษฎีระดับบุคคล 5 ทฤษฎี/โมเดล ดังนี้

1.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: Rosenstock, Becker, Kirscht, et al.)

1.2 โมเดลการประมวลข่าวสารข้อมูลของผู้บริโภค (Consumer Information Processing Model: Bettman, McGuire, et al.)

1.3 ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action: Ajzen & Fishbein)

1.4 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: Ajzen)

1.5 โมเดลขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือแบบจำลองการเปลี่ยนแปลง

(Stages of Change Model or Transtheoretical Model: Prochaska & Dillemente)

1.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นโมเดลแรกๆ ที่พัฒนามาจากพฤติกรรมศาสตร์ เพื่อที่จะศึกษาปัญหาสุขภาพ โดยมีสมมติฐานว่า เมื่อบุคคลเกิดความกลัว รับรู้ภาวะคุกคามที่จะถึงตัว บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคและจัดการกับปัญหา โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ตนจะได้รับ

โครงสร้างของ HBM มี 4 องค์ประกอบ คือ

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) เป็นความคิด ความเชื่อของบุคคลว่าตนมีโอกาสที่จะเกิดโรคนั้นๆ

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นความคิด ความเชื่อที่บุคคล ประเมินความรุนแรงของโรคที่มีต่อตนในด้าน การเจ็บป่วย พิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก การเกิดโรคแทรกซ้อน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived Threat) ของโรคความมีมากน้อยเพียงใด ซึ่งบุคคลมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

3) การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ เป็นความคิด ความเชื่อว่าการกระทำตามที่ได้รับคำแนะนำ เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ลดความ

เสี่ยง หรือความรุนแรงลงได้

4) การรับรู้อุปสรรค/ค่าใช้จ่าย เป็นความคิด ความเชื่อว่าการกระทำตามที่ได้รับคำแนะนำ นั้นเป็นสิ่งยุ่งยาก เสียค่าใช้จ่าย ทำได้ยาก ฯลฯ

การที่บุคคลจะตัดสินใจทำตามคำแนะนำ ก็ขึ้นอยู่กับการที่บุคคลเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสีย ของการกระทำนั้นๆ และพบว่า การทำตามคำแนะนำมีข้อดีมากกว่า

ตัวแปรอีกตัวที่สำคัญคือ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) ซึ่งเป็นเหตุการณ์ทั้งภายใน และภายนอกที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดความพร้อมที่จะลงมือทำ เช่น การให้เอกสาร สิ่งพิมพ์ การรณรงค์ ทางสื่อมวลชน คำแนะนำจากเพื่อน บุคลากรทางสาธารณสุข อยู่ในรูปของการให้คำปรึกษารายบุคคล และการให้ข้อมูลผ่านสื่อมวลชน

ต่อมาในปี 1988 มีการเพิ่มองค์ประกอบความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งได้นำมาจากทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura เพื่อใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การบริโภคเกิน การขาดการออกกำลังกาย

HBM พัฒมาขึ้นเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ การตอบคำถามว่าทำไมพฤติกรรมเหล่านี้จึงเกิดขึ้น และจะปรับเปลี่ยนได้อย่างไร HBM จึงเป็นกรอบที่ใช้สร้างข่าวสารทางสุขภาพ (health message) เพื่อจูงใจให้บุคคลตัดสินใจที่จะมีสุขภาพที่ดี

ข้อจำกัดของ HBM มี 2 ประการ คือ

1) อาจจะมี ความเชื่อ และเจตคติอื่นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนอกเหนือจากองค์ประกอบทั้ง 4

2) ยังมีงานวิจัยไม่เพียงพอที่จะชี้ให้เห็นว่า ความเชื่อต้องเกิดก่อนจึงจะทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงจริงๆ แล้วพฤติกรรมเปลี่ยนก่อนความเชื่อก็อาจจะเป็นไปได้

1.2 โมเดลการประมวลข่าวสาร ข้อมูลของผู้บริโภค (Consumer Information Processing Model : CIP)

โมเดลการประมวลข่าวสารข้อมูลของผู้บริโภค (CIP) พัฒนาขึ้นเพื่อศึกษาการตัดสินใจ และประมวลข่าวสาร ไม่ใช่เฉพาะเจาะจงด้านสุขภาพอย่างเดียว แต่เรื่องของข่าวสารข้อมูลเป็นเครื่องมือ สำคัญของงานสุขศึกษา ประเด็นที่น่าสนใจก็คือ ทำไมคนจึงไม่สามารถรับรู้ เข้าใจ ยอมรับข่าวสารได้ทั้งหมด CIP อธิบายว่า บุคคลมีความสามารถในการประมวลข่าวสารอย่างจำกัด (Information processing capacity) ในด้านปริมาณและความจำ นักสุขศึกษาจะต้องเข้าใจว่าทำไมบุคคลจึงใช้ หรือ ไม่ใช้ข้อมูลที่ได้รับ รวมทั้งเข้าใจว่าการรับข้อมูล รวมทั้งการประเมินข้อมูลว่าจำเป็นกับตัวเขามากแค่ไหน ขึ้นอยู่กับแรงจูงใจ ความใส่ใจ สภาพการณ์การรับรู้ในขณะนั้น

CIP สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษาได้ดังนี้

- 1) ข่าวสารข้อมูลจะต้องเข้าถึงได้ง่าย
- 2) ใหม่มีประโยชน์
- 3) การนำเสนอควรน่าสนใจ ไม่ซับซ้อน ดังนั้น ในการออกแบบ

ข่าวสารจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเลือกประเด็นที่สำคัญที่สุด มีประโยชน์มากที่สุด นำเสนอไว้ในส่วนแรก และหรือส่วนท้ายของเนื้อหา เพื่อเอื้อให้จำได้ดีที่สุด หาวิธีการใช้สื่อเพื่อเรียกร้องความใส่ใจ ข่าวสารบางส่วนอาจถูกแปลงเป็นคำลี ลี้นๆ ง่ายๆ หรือรูปภาพ สัญลักษณ์ เช่น การติดฉลากไขมันต่ำ แคลอรี 0% เป็นต้น

CIP ประกอบด้วย 2 แนวคิดหลัก คือ

1) บุคคลมีข้อจำกัดในการรับข้อมูลในแต่ละครั้ง

2) การจะเพิ่มความสามารถในการรับข้อมูล จะต้องใช้กลยุทธ์การเพิ่มความจำ เช่น การจัดกลุ่มข้อมูล (chunk) การให้กฎวิธีการคิดที่รวดเร็ว เป็นต้น

1.3 ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned : TRA)

TRA เป็นทฤษฎีทางเจตคติที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมที่ควบคุมได้ด้วยตนเอง [Volitional (willful) Control] บุคคลที่มีเจตนา (Intention) จะกระทำพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง (Specific behavior) มาจาก 2 ปัจจัยคือ

1) เจตคติต่อพฤติกรรมนั้น (Attitude toward behavior)

เจตคติต่อพฤติกรรมถูกกำหนดโดยความเชื่อเกี่ยวกับผลกระทบ และการประเมินคุณค่าของผลกรมนั้น

ตามทฤษฎีนี้ ถ้าบุคคลเชื่อว่าการทำพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลกระทบทางบวก (Positive outcome) เขาก็จะมีเจตคติในทางที่เห็นด้วย

ต่อพฤติกรรมนั้น ตรงกันข้ามถ้าบุคคลเชื่อว่าถ้าทำพฤติกรรมแล้วจะได้รับผลกระทบที่ไม่พึงปรารถนา (Negative outcome) เขาก็จะมีเจตคติไม่เห็นด้วย หรือต่อต้านพฤติกรรมนั้น

2) อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงต่อการทำพฤติกรรม (Subjective norms)

อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิงถูกกำหนดโดยความเชื่อว่าคุณหรือกลุ่มที่สำคัญสำหรับเขาคิดว่าเขาควรทำไม่ควรทำพฤติกรรมนั้น และแรงจูงใจที่จะคล้อยตามบุคคลหรือกลุ่มบุคคลความีมากน้อยแค่ไหน

ถ้าบุคคลเชื่อว่าคนอื่น หรือกลุ่มคนที่สำคัญต่อเขาเชื่อว่าเขาควรทำพฤติกรรมนั้น และยิ่งถ้ามีแรงกดดันจากสังคมเพิ่มมากขึ้น เขาก็จะยังมีแรงจูงใจที่จะทำตามเพิ่มมากขึ้น ตรงกันข้ามถ้าเขาเชื่อว่าคนที่สำคัญของเขาไม่เห็นด้วยหรือคัดค้านไม่ให้นำพฤติกรรมและเขารับรู้ว่ามีแรงกดดันทางสังคมต่อต้านเพิ่มขึ้น เขาก็จะไม่คล้อยตามและไม่ทำพฤติกรรมนั้น

1.4 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior : TPB)

Ajzen ได้เสนอ TPB ขึ้นมาใหม่โดยแยกตัวมาจาก TRA โดยเพิ่มตัวกำหนดเจตนาอีก 1 ตัว นอกเหนือจากเจตคติต่อพฤติกรรม อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง คือ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control: PBC) ซึ่ง Ajzen อธิบายความหมายไว้ว่าเป็นการรับรู้ของบุคคล ว่าเขามีความสามารถที่จะทำพฤติกรรมนั้น และความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

TPB กล่าวถึงความเชื่อเป็น 3 ชนิดคือ

1) ความเชื่อเกี่ยวกับผลกระทบและการประเมินผลกรรมนั้น (Behavioral beliefs)

2) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงและแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Normative beliefs)

3) ความเชื่อเกี่ยวกับการจะควบคุมปัจจัยต่างๆ และความสามารถที่จะทำพฤติกรรม (Control beliefs)

ดังนั้น เจตคติต่อการทำพฤติกรรม อิทธิพลของกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม จึงร่วมกันมีผลต่อเจตนาเชิงพฤติกรรม ซึ่งถ้าบุคคลมีเจตคติเห็นด้วยต่อพฤติกรรมได้รับอิทธิพลจากกลุ่มอ้างอิงสนับสนุน และเชื่อว่าตนควบคุมพฤติกรรมนั้นได้มากเท่าไร บุคคลนั้นยิ่งจะมีเจตนาที่จะทำพฤติกรรมนั้นมากขึ้นเท่านั้น และเมื่อมีเจตนาที่หนักแน่นก็จะนำไปสู่การทำพฤติกรรมนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าบุคคลยังมีระดับของความสามารถที่จะควบคุมปัจจัยต่างๆ และมีความสามารถที่จะทำพฤติกรรมนั้นได้ เขาก็จะมีเจตนาที่จะทำพฤติกรรมเพิ่มขึ้น นำไปสู่โอกาสที่จะทำพฤติกรรมนั้นมากขึ้น

1.5 ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงหรือแบบจำลองการเปลี่ยนแปลง (Stages of Change Model or Transtheoretical Model : TTM)

โมเดลนี้มองบุคคลว่ามีความพร้อมหรือระดับของการถูกจูงใจ (Readiness or levels of motivation) แตกต่างกัน ซึ่งจะแตกต่างจากทฤษฎีที่กล่าวมาแล้วข้างต้นที่คาดว่าการใส่กิจกรรมทางสุขภาพเหมือนกัน

กัน จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงได้เหมือนกัน จริงๆ แล้วบุคคลน่าจะมีความพร้อมเจตนาที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมแตกต่างกัน (One-size doesn't fit all) บุคลากรที่ทำงานสุขศึกษาคงจะประสบกับปัญหาที่ว่ากว่าพฤติกรรมใหม่จะเกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง บุคคลมักเลิกปฏิบัติกลางคัน ซึ่งมักมาจากตัวบุคคลขาดแรงจูงใจที่หนักแน่นขาดความอดทนที่จะต้านทานต่อความต้องการ ลักษณะของพฤติกรรมใหม่นั้นซับซ้อนยุ่งยาก หรือขาดการสนับสนุนให้กำลังใจจากบุคคลใกล้ชิด TTM จึงถูกพัฒนาขึ้นโดยมองการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นกระบวนการ ซึ่งบุคคลจะอยู่ในขั้นของกระบวนการที่แตกต่างกัน ดังนั้นการวางแผนกลยุทธ์ กลวิธีจึงต้องสอดคล้องกับขั้นของบุคคลนั้นๆ

TTM แบ่งขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็น 5 ระดับ คือ

1. ขั้นไม่สนใจ (Precontemplation หรือ Ignorance)

เป็นขั้นที่บุคคลไม่คิดที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่คิดว่าตนมีปัญหาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้น เช่น คนที่สูบบุหรี่จะคิดว่าตนเองสามารถควบคุมการสูบบุหรี่ได้ จะหยุดเมื่อไรก็ได้ทันทีที่ต้องการหยุด และยังมีความสุขจากการได้สูบบุหรี่ มองไม่เห็นผลเสียที่เกิดขึ้น

2. ขั้นลังเลใจ (Contemplation หรือ Learning)

เป็นขั้นที่บุคคลเริ่มรับรู้ปัญหาว่าหากทำพฤติกรรมเดิมอยู่ เช่น สูบบุหรี่ ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ถ้าเป็นโรคจะเกิดความรุนแรงต่อชีวิตของตนและคนใกล้ชิด เริ่มประเมินประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น แต่ก็ยังเชื่อว่าบุหรี่หรือสารเสพติดมีคุณมากกว่าโทษ

3. ขั้นตัดสินใจ (Preparation หรือ Planning)

เป็นขั้นที่บุคคลคิดที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ โดยเริ่มวางแผน (Action-oriented Program) เช่น มาพบแพทย์ ซื้อหนังสือเกี่ยวกับวิธีการเลิกบุหรี่ หรือวิธีการออกกำลังกาย เป็นต้น

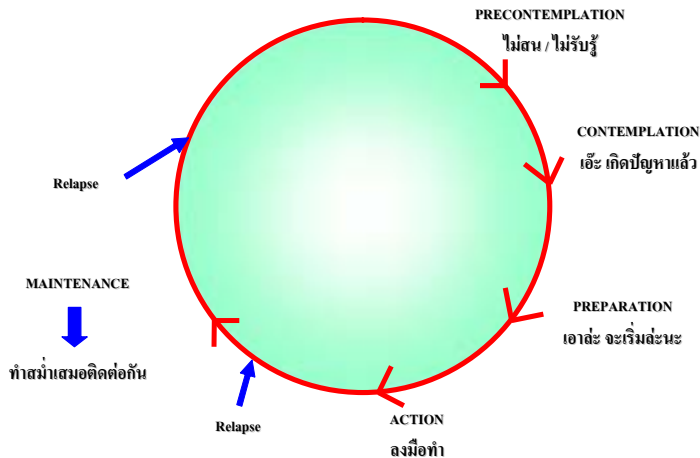
4. ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action หรือ Doing)

เป็นการลงมือทำ เช่น หยุด หรือลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ ซึ่งอาจจะทำได้ไม่สม่ำเสมอ

5. ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance หรือ Habit)

เป็นขั้นที่เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง อาจจะเริ่มทำจนกลายเป็นวิถีชีวิต แต่อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้ที่เลิกบุหรี่ได้หรือเลิกใช้สารเสพติดอื่นๆ ได้ อาจไม่ได้หมายความว่าเขาจะไม่กลับไปสูบบุหรี่อีก (Relapse)

ขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นนี้อธิบายง่าย ๆ ตามภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ประยุกต์จาก Naidoo, J., & Wills, J. Health Promotion: Foundations for Practice, 2000: 232)

สำหรับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด อาจจะเพิ่มมาอีก 1 ขั้นคือ ขั้นยุติ (Termination) ซึ่งหมายถึง ทำพฤติกรรมใหม่จนกลายเป็นชีวิตประจำวัน เช่น หยุดสูบบุหรี่ ไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ใดก็ไม่หันกลับไปสูบบอก

จากขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ แสดงว่าจะต้องวิเคราะห์ว่าบุคคลนั้นอยู่ในขั้นไหน เพื่อที่จะจัดกิจกรรมให้สอดคล้อง เพื่อจะทำให้บุคคลนั้นขยับไปสู่ขั้นตอนถัดไปได้

เมื่อคัดกรองระดับของขั้นได้แล้ว TTM ได้เสนอกระบวนการในการเปลี่ยนแปลง (Process of Change) ไว้ 10 องค์ประกอบด้วยกัน ดังนี้

1. การกระตุ้นให้ตื่นตัว (Conscious raising)

โดยการให้ข้อมูลความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงที่จะนำไปสู่อันตรายต่อตนเอง เป็นการให้ข้อมูลเรื่อง

โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง หากยังคงพฤติกรรมเดิม

2. การแสดงออกด้านอารมณ์ (Dramatic relief)

เป็นการจัดกิจกรรมกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ให้อุบายยนตร์ รูปภาพ พุดคุยเรื่องอันตรายจากการสูบบุหรี่ เพื่อจะเร้าให้เกิดความรู้สึกต้องการจะเปลี่ยนพฤติกรรม

3. การประเมินตนเอง (Self re-evaluation)

เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นให้บุคคลได้สะท้อนข้อดี ข้อเสีย ปัญหา อุปสรรคของพฤติกรรมเสี่ยงนั้น เพื่อให้เกิดความคาดหวังในประโยชน์จากการเลิกทำพฤติกรรมเสี่ยง

4. การประเมินสิ่งแวดล้อม (Environmental re-evaluation)

เป็นกิจกรรมที่ให้บุคคลได้สะท้อนถึงผลของการกระทำพฤติกรรมเสี่ยงที่กระทบหรือ

มีผลเสียต่อบุคคลอื่นที่มีความสำคัญสำหรับเขารวมทั้งบรรทัดฐานทางสังคม เช่น การสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อสุขภาพของคนในครอบครัว ถ้าเลิกสูบบุหรี่จะช่วยทำให้คนที่รักไม่เสี่ยงต่อการรับควันพิษจากบุหรี่ และสังคมก็เห็นด้วยกับการไม่สูบบุหรี่

5. ความสมดุลในการตัดสินใจ (Counter conditioning)

หมายถึง การให้บุคคลได้พิจารณาประเมินน้ำหนักของประโยชน์ (Pros) หรือข้อดีข้อเสีย (Cons) หากจะเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อนำมาสู่การตัดสินใจ

6. การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self efficacy)

เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างให้บุคคลเกิดความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำพฤติกรรมใหม่ได้ และถ้าทำแล้วจะเกิดผลลัพธ์ในทางที่ดีต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม (การสร้างให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นแนวคิดของทฤษฎีปัญญาทางสังคมของ Bandura)

7. ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ (Helping relationship)

การมีความสัมพันธ์ในเชิงช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจ จะเป็นการช่วยเอื้อให้พฤติกรรมใหม่เกิดง่ายขึ้น เช่น คนที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ ต้องการคนที่เข้าใจ ยอมรับให้กำลังใจ ซึ่งได้แก่ ครอบครัว เพื่อนสนิท รวมถึงบุคลากรสาธารณสุข

8. การจัดการเงื่อนไขผลกระทบ (Contingency management)

เป็นการให้ตัวเสริมแรงทางบวก หากทำพฤติกรรมใหม่ได้

9. การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus control)

เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ลดโอกาสของการถูกกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงนั้น

10. การประกาศอิสรภาพต่อสังคม

เป็นการสัญญา หรือแสดงตนต่อสังคมว่าตนจะยืนหยัดทำพฤติกรรมใหม่นี้อย่างต่อเนื่อง เช่น ไม่สูบบุหรี่ รวมทั้งแสดงตนว่ายินดีจะช่วยคนที่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงในอดีตเช่นตนเอง

การนำโมเดลนี้ไปประยุกต์ใช้ปรากฏตาม ตารางนี้

แนวคิด	ความหมาย	ควรนำไปใช้
Pre-contemplation	ไม่ตระหนักถึงปัญหา ไม่สนใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม	เพิ่มความตระหนักให้เกิดความต้องการจะเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงด้านความเสี่ยง และประโยชน์ที่จะได้รับ
Contemplation	เริ่มสนใจที่จะเปลี่ยน มองว่าพฤติกรรมเดิมเป็นปัญหา แต่ยังลังเล	จูงใจ กระตุ้น ให้วางแผนการปรับเปลี่ยนที่เฉพาะเจาะจง
Preparation	ลงมือวางแผนที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	สนับสนุนให้วางแผนที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ วางเป้าหมายที่ละชั้น
Action	ลงมือปฏิบัติตามแผน	สนับสนุนให้ข้อมูลป้อนกลับ ให้กำลังใจ และสนับสนุนทางสังคม สอนวิธีการแก้ปัญหา ให้การเสริมแรง
Maintenance	ทำซ้ำต่อเนื่อง จนกลายเป็นวิถีชีวิต	สนับสนุนการเผชิญปัญหา กระตุ้นเตือนหาทางเลือกที่เหมาะสม ป้องกันการเลิกปฏิบัติกลางคัน

2. ทฤษฎีระหว่างบุคคล (Interpersonal Health Behavior Theories)

ทฤษฎีในกลุ่มนี้มีความเชื่อว่า บุคคลมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม บุคคลจะได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนช่วยเหลือด้านข้อมูล ความคิด อารมณ์ จากคนในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน กลุ่มเพื่อน บุคลากรสาธารณสุข และกลุ่มสังคมอื่นๆ และความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้จะมีผลต่อความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลนั้น

บทความนี้จะนำเสนอทฤษฎีระดับระหว่างบุคคล 2 ทฤษฎีดังนี้

2.1 ทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) (Bandura)

2.2 เครือข่ายทางสังคม/แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Networks/Social Support Theories) (Eng, Isract, et al.)

2.1 ทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory : SCT)

SCT มองพฤติกรรมบุคคลเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงโดยถูกกำหนดจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (Environment factors) และปัจจัยภายในตัวคน (Personal factors) ในลักษณะแบบการกำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) กล่าวคือ บุคคลสามารถปรับสิ่งแวดล้อมได้เท่ากับ ที่สิ่งแวดล้อมปรับบุคคล

SCT เน้นแนวคิด 3 ประการ คือ

- 1) การเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational learning)
- 2) การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy)
- 3) การกำกับตนเอง (Self-regulation)

1) แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต เป็นกระบวนการที่บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน ซึ่งเป็นผลมาจากการสังเกต การฟัง การอ่าน เกี่ยวกับพฤติกรรมของคนอื่น หรือเกิดขึ้นเมื่อบุคคล สังเกตการกระทำของคนอื่น (เรียกว่าตัวแบบ: Modeling) และการเสริมแรงที่ตัวแบบได้รับแล้ว บุคคลนั้นเกิดความคาดหวัง (Expectation) ว่าตนจะได้รับเช่นเดียวกันหากทำพฤติกรรม กระบวนการนี้เรียกว่า Vicarious experience การเสนอตัวแบบจึงเป็นเทคนิคสำคัญของ SCT ในการนำไปใช้ในการปรับพฤติกรรม

2) การรับรู้ความสามารถตนเอง

บุคคลจะต้องถูกสอนหรือฝึกให้เกิดความสามารถทางพฤติกรรม (Behavioral capability) เพื่อให้รู้ว่าเขาจะต้องทำอะไร และทำอย่างไร โดยใช้การสร้างให้เกิดความคาดหวังหากทำพฤติกรรมและสร้างให้เกิดความมั่นใจว่าตนสามารถทำพฤติกรรมนั้นได้ แหล่งของการพัฒนาความสามารถตนเองมี 4 แหล่ง คือ

1. การเรียนรู้จากการประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Mastery learning)
2. การเรียนรู้จากการใช้ตัวแบบ (Vicarious learning)

3. การชักจูงด้วยวาจา (Verbal persuasion)

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal)

เมื่อบุคคลเกิดความมั่นใจในความสามารถตนเองเขาก็จะมีแรงจูงใจที่จะเผชิญกับอุปสรรค อุดทน มีความพยายามที่จะทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ กลวิธีการเพิ่มความสามารถตนเองทำได้โดย การตั้งเป้าหมาย แต่ต้องเริ่มจากเป้าหมายระยะสั้นๆ เป็นไปได้ แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้น เช่น การ ออกกำลังกาย ควรเริ่มจาก 10 นาทีต่อวัน ถ้าทำสำเร็จค่อยเพิ่มระยะเวลา ความถี่ในการออกกำลังกาย การตั้งเป้าหมายนี้ควรควบคู่ไปกับการทำสัญญา การปฏิบัติตัวโดยกำหนดรางวัล การให้ข้อมูล บ่อนกลับ การชมเชย รวมทั้งการใช้วิธีการควบคุมกำกับตนเองด้วย

3) การกำกับตนเอง

Bandura เชื่อว่า พฤติกรรมบุคคลไม่ได้เป็นผลมาจากการเสริมแรง และการลงโทษจาก คนอื่นเพียงอย่างเดียว แต่บุคคลสามารถทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก การกระทำของตนด้วยการจัดหาผลกรรมด้วยตนเองได้

การกำกับตนเองประกอบด้วย 3 กระบวนการ คือ

1. การสังเกตตนเอง (Self-observation)

บุคคลต้องรู้ว่าตนเองกำลังทำอะไร ทำอย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ มากน้อยแค่ไหน เพื่อให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการกำหนดมาตรฐานของการกระทำ และประเมินว่าพฤติกรรมของตนใกล้เคียง หรือห่างจากมาตรฐานระดับใด

2. กระบวนการตัดสินใจ (Judgement process)

เมื่อสังเกตพฤติกรรมที่ทำอยู่ได้แล้ว จะต้องนำมาเทียบเคียงกับมาตรฐาน โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิงมาตรฐานส่วนบุคคล

3. การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction)

การพัฒนามาตรฐานในการประเมิน และตัดสินใจนำไปสู่การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ทั้งทางบวก ทางลบ มีการกำหนดรางวัลให้ตนเองหากทำพฤติกรรมนั้นได้

2.2 เครือข่ายทางสังคม/แรงสนับสนุนทางสังคม

เครือข่ายทางสังคม ได้แก่ กลุ่มครอบครัว เพื่อนสนิท เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน ฯลฯ ที่มีลักษณะ 3 ประการคือ 1) มีโครงสร้าง (Structural) เช่น จำนวนคน การรู้จักมักคุ้นกัน 2) มีการปฏิสัมพันธ์ (Interactional) เช่น การแบ่งปันความช่วยเหลือ ระยะเวลาของการมีปฏิสัมพันธ์ ความถี่ของการพบปะกัน ความง่ายในการพบปะ และ 3) มีหน้าที่ (Functional) เช่น ให้แรงสนับสนุนทางสังคม พันธะสัญญาต่อกัน และให้ความรู้สึกมีคุณค่าทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ชนิดของการช่วยเหลือที่สมาชิกที่เป็นเครือข่ายทางสังคม ให้การสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ให้ความรู้สึก (Emotional support) เช่น การฟัง แสดงให้เห็นว่าสนใจ ยอมรับ ไว้วางใจ 2) การสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของ (Instrumental support)

ได้แก่ การให้อุปกรณ์ สิ่งของ เงิน เวลา เพื่อเชื้อให้เกิดพฤติกรรม 3) การสนับสนุนด้านข้อมูล (Informational appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ

3. ทฤษฎีโมเดลระดับชุมชน

3.1 องค์การชุมชน (Community Organization)

3.2 ทฤษฎีการกระจายด้านนวัตกรรม (Diffusion of Innovation Theory) (Rogers & Shoemaker)

3.3 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงองค์การ (Organizational Change Theories)

3.3.1 Stage Theory of Organizational Change

3.3.2 Organizational Development Theory

3.4 โมเดลเชิงนิเวศวิทยา (Ecological Models)

3.1 องค์การชุมชน

เป็นกระบวนการที่บุคคล กลุ่มผู้นำ ชุมชนใช้ระบุปัญหา แสวงหาทรัพยากร วางแผนดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาของชุมชน กระบวนการนี้สามารถนำแนวคิดทฤษฎีทางด้านระบบของสังคม เครือข่ายสังคม การสนับสนุนทางสังคม โมเดลเชิงนิเวศวิทยา ทฤษฎีปัญญาสังคมเข้ามาประยุกต์ใช้ โดยก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 3 แบบ คือ

1) การพัฒนาชุมชน (Locality development)

เป็นโมเดลที่เน้นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่มาจากความร่วมมือ การเห็นพ้องต้องกัน การสร้างความเข้มแข็งในชุมชนของสมาชิกชุมชนเพื่อที่ช่วยกันระบุปัญหาดำเนินงานแก้ไข

ปัญหาของชุมชน บุคลากร สาธารณสุข จัดว่าเป็นบุคคลภายนอกที่จะช่วยประสานและเอื้อให้กิจกรรมต่างๆ บรรลุเป้าหมาย

2) การวางแผนทางสังคม (Social planning)

เป็นกิจกรรมที่ชุมชนลงมือวางแผนเป้าหมาย หาแนวทางในการแก้ปัญหา ร่วมกับ ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกชุมชน ช่วยชี้แนะเทคนิคต่างๆ ที่ชุมชนจะนำไปใช้

3) การกระทำทางสังคม (Social action)

เป็นทั้งกิจกรรมและกระบวนการที่ชุมชนลงมือดำเนินการแก้ไขปัญหา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรม มีการใช้การชี้แนะสาธารณะผ่านสื่อ (Media advocacy) หรือการใช้สื่อสารมวลชนเพื่อกระตุ้นให้เกิดนโยบายสาธารณะ

แนวคิดที่นำมาใช้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับชุมชนมี 2 แนวคิดหลัก คือ

การสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) และความตระหนัก (Critical consciousness) การสร้างพลังอำนาจ หมายถึงกระบวนการที่บุคคลและชุมชนเกิดความรู้สึกมีพลังที่จะควบคุมจัดการ เพื่อเปลี่ยนแปลงชุมชนของตน การสร้างพลังอำนาจมี 2 ระดับระดับแรกเป็นเรื่องที่บุคคลเกิดการมีส่วนร่วม

ทางสังคม ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจนเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถที่จะควบคุมสิ่งต่างๆ ได้ ระดับที่ 2 เป็นความรู้สึกของชุมชนที่มีความมั่นใจและมีทักษะที่จะจัดการแก้ไข ปัญหา แนวคิด critical consciousness เป็นการที่ชุมชนได้รับโอกาสพูดคุย ทำความเข้าใจเกี่ยวกับแก่นแท้ของปัญหา ทั้งนี้ยึดหลักการ 2 ข้อคือ หลักการมีส่วนร่วม (Principle of participation) และหลักของความสัมพันธ์ (Principle of relevance) ซึ่งจะต้องเริ่มจากเรื่องที่ชุมชนต้องการมองเห็นว่า เป็นปัญหาจะเกิดความรู้สึกความเป็นเจ้าของ เพื่อนำไปสู่การสร้างพลังความสามารถของทั้งบุคคล และชุมชนรวมทั้งการใช้นโยบายสาธารณะ เพื่อการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม โดยใช้การชี้แนะสาธารณะผ่านสื่อมวลชนเป็นกลวิธีที่สำคัญ

3.2 ทฤษฎีการกระจายอำนาจนวัตกรรม

ทฤษฎีนี้กล่าวถึง วิธีการที่จะขยายแนวคิดใหม่ผลิตภัณฑ์ใหม่ เทคโนโลยี และการปฏิบัติที่เกิดขึ้นในสังคมหนึ่งไปสู่ชุมชนหรือสังคมอีกแห่งหนึ่ง โดยใช้ช่องทางในการสื่อสาร (Communication channels) และระบบสังคม (Social system) เช่น เครือข่ายบรรทัดฐาน โครงสร้างทางสังคมเพื่อให้ชุมชนตระหนักถึงประโยชน์หรือรู้สึกที่ดีขึ้นกว่าเดิมสอดคล้องกับความต้องการปฏิบัติได้ง่าย ได้ผลชัดเจนเป็นรูปธรรม การใช้ช่องทางในการสื่อสารเน้นการสื่อสารสองทาง (Two-way communication) ที่มี การแลกเปลี่ยนความรู้สึกความเข้าใจระหว่างผู้รับผู้ส่ง รวมทั้งการ

ใช้การสื่อสาร 2 ขั้นตอน (Two-step flow of communication) ที่ใช้กลุ่มผู้นำทางความคิด (Opinion leaders) เป็นผู้ถ่ายทอดลงสู่ชุมชน เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่จะยอมรับนวัตกรรมนั้น

3.3 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงองค์กร

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากการปรับที่ระดับบุคคล ระหว่างบุคคล กลุ่ม แล้วการใช้นโยบายการจัด/ปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ก็เป็นสิ่งสำคัญจะเห็นได้ชัดเจนคือ เรื่องการควบคุมการสูบบุหรี่ที่มีกฎหมายห้ามสูบ/ห้ามขาย/ห้ามแสดง รวมทั้งกำหนดพื้นที่ห้ามสูบบุหรี่ก็เป็นตัวอย่างที่ดี

องค์กรเป็นหน่วยที่ค่อนข้างซับซ้อน ที่เกี่ยวข้องกับระบบสังคม ทรัพยากร สมาชิก บทบาทที่มีวัฒนธรรมเฉพาะตัว ดังนั้น ถ้าจะเปลี่ยนแปลงองค์กรจะต้องส่งเสริมให้เกิดนโยบาย สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพ รวมทั้งเพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหา

ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงองค์กรที่จะกล่าวในบทความนี้มี 2 ทฤษฎี คือ

Stage Theory และ Organizational Development Theory

3.3.1 Stage Theory

ทฤษฎีนี้มีพื้นฐานคิดที่มองการปรับเปลี่ยนต้องเริ่มทีละขั้น เริ่มจากสร้างความตระหนัก โดยการวิเคราะห์ปัญหา การริเริ่มดำเนินงานโดยการให้ผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบายได้มีส่วนร่วมการลงมือปฏิบัติ โดยการจัดการฝึกอบรม การสนับสนุนทรัพยากร

เครื่องมือ เพื่อช่วยแก้ปัญหา และเมื่อองค์กรเกิดการเปลี่ยนแปลงแล้ว ก็ถึงขั้นคงไว้ซึ่งนโยบายหรือโปรแกรมใหม่ๆ ที่บุคลากรทุกระดับใน องค์กรช่วยกันคิดค้นขึ้นมา

3.3.2 Organizational Development Theory

ทฤษฎีนี้มององค์กรที่เชิงโครงสร้าง และระบบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของ คนทำงาน และแรงจูงใจ การมุ่งค้นหาวิเคราะห์ ปัญหาที่มุ่งเน้นที่มนุษย์สัมพันธ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของวิธีการทำงาน ใช้การวางแผน การจัดกิจกรรม และการประเมินผล โดยมีผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก เป็นผู้ช่วยในการระบุนโยบาย และเอื้อให้เกิดกระบวนการวางแผน และกลวิธีที่นำมาใช้ให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

4. โมเดลเชิงนิเวศวิทยา (Ecological Model)

การดำเนินงานสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพไม่ใช่เป็นแค่การจัดกิจกรรมทางการศึกษาอย่างเดียว แต่จะต้องเกี่ยวข้องกับการชี้แนะสาธารณะ ความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงองค์กร การพัฒนานโยบาย การสนับสนุนด้านงบประมาณ การเปลี่ยนแปลง สิ่งแวดล้อม ซึ่งต้องอาศัยกลวิธีที่หลากหลาย และดำเนินงานในระดับพหุปัจจัย ทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องระดับบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม

แนวคิดของโมเดลนี้ มองว่า

1) พฤติกรรมถูกกำหนดโดยพหุปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์กร ชุมชน และ

นโยบายสาธารณะ ตัวอย่างเช่น การที่ผู้หญิงไม่ไปตรวจมะเร็งเต้านมโดยเมมโมแกรม นอกจากมาจากความกลัวว่าจะตรวจพบว่าเป็นมะเร็ง ซึ่งเป็นปัจจัยระดับบุคคลแล้วยังขึ้นกับความยากในการนัดตรวจ ค่าใช้จ่ายที่มีราคาสูง แพทย์อาจจะไม่แนะนำให้ตรวจโดยใช้เมมโมแกรม ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กฎระเบียบด้วย

2) มีความเป็นไปได้ในเรื่องของการสัมพันธ์แบบกำหนดซึ่งกันและกัน (reciprocal causation) ระหว่างบุคคลภายใต้สภาพแวดล้อมของเขา ดังนั้น พฤติกรรมจึงถูกกำหนด และกำหนดสภาพสังคมสิ่งแวดล้อม

ดังนั้น การนำโมเดลนี้ไปใช้จะต้องจัดกิจกรรมให้เกิดการปรับเปลี่ยนในหลายๆระดับ เช่น คลินิกดูแลสุขภาพที่ให้บริการกับคนงานจะทำให้คนงานเลิกสูบบุหรี่ได้ ก็ต่อเมื่อมีนโยบายห้ามสูบบุหรี่ในที่ทำงาน หรือสถานที่ทำงานปลอดบุหรี่ รวมทั้งผู้ที่สูบบุหรี่จะต้องเกิดความตระหนัก เห็นถึงโทษของการสูบบุหรี่รับประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่ และ

เพื่อนๆ ที่ทำงานทั้งหญิงและชายจะต้องไม่สนับสนุนให้สูบบุหรี่ เป็นต้น โดยใช้ทฤษฎี/โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับบุคคลระหว่างบุคคล องค์กร

เอกสารอ้างอิง

- สุปรียา ต้นสกุล. (2549). **จิตวิทยากับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิฑูรย์ การปก.
- Glanz, K., Lewis, F., M. and Rimer, B.K. (eds). (1977). **Health behavior and health education**, San Francisco : Jossey-Bess Publishers.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2000). **Health promotion : Foundations for practice**. (2nd eds). London: Bailliere Tindall.
- National Cancer Institute, U.S. National Institute of Health. (2003). **Theory at a glance : A guild for health promotion**. U.S. National Institute of Health.