

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษา แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยดังนี้

1. ความรู้เรื่องอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

1.2 สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง

1.3 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอัมพาตและการป้องกัน

1.4 สัญญาณอันตราย

1.5 ผลของโรคอัมพาต ต่อร่างกาย จิตใจ และความรู้สึก

1.6 การวางแผนการตรวจและการรักษา

1.7 การวินิจฉัย

1.8 การรักษา

1.9 การฟื้นฟูสภาพ

2. แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ

2.1 พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

3. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

3.1 การส่งเสริมสุขภาพ

3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

4. ทฤษฎีการเรียนรู้และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

4.1 ความหมายของการเรียนรู้

4.2 ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเรียนรู้

4.3 การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)

4.4 หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

- 4.5 การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning)
- 4.6 กระบวนการกลุ่ม (Group Process)
- 4.7 หลักการสอนความรู้แบบมีส่วนร่วม
- 4.8 การสอนด้านเจตคติแบบมีส่วนร่วม
- 4.9 การอบรมด้านทักษะพิสัยแบบมีส่วนร่วม
- 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เรื่องอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organisation หรือWHO1999) ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease หรือ Stroke) ไว้คือ เป็นอาการทางคลินิกของสมองที่เกิดและพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็วจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้เสียชีวิตหรือเกิดอาการนานกว่า 24 ชั่วโมง (อ้างใน Edmans, et al., 2001) คนไทยเรียก โรคอัมพาต แต่ถ้าผู้ป่วยรายใดมีอาการไม่รุนแรงยังพอขยับได้เรียก โรคอัมพฤกษ์ ซึ่งจะต้องมี 3 ภาวะกล่าวคือ

1. ภาวะนี้จะต้องเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง
2. จากเหตุในข้อ 1 มีผลทำให้สมองบางส่วนสูญเสียหน้าที่ เช่นพูดไม่ได้ อ่อนแรง
3. ระยะเวลาที่เป็นต้องเกิน 24 ชั่วโมง

อัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษาวิจัยนี้ หมายถึง ภาวะความพิการของร่างกายที่เป็นผลมาจากโรคหลอดเลือดในสมองแตก ตีบ หรือตัน และมีได้เกิดจากการได้รับบาดเจ็บหรือกั้นตรายของสมองที่เกิดจากอุบัติเหตุ ซึ่งทำให้เกิดอาการอ่อนแรง หรือเกร็งซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายที่เรียกว่าอาการอัมพาตครึ่งซีก

1.2 สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง

1. โรคหลอดเลือดสมองจากการอุดตัน (Occlusive Stroke or Ischemic Stroke) ได้แก่ การอุดตันของหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดที่เกิดภายในหลอดเลือด (Cerebral Thrombosis) หรือการอุดตันจากลิ่มเลือดที่หลุดลอยมาจากอวัยวะอื่น (Cerebral Embolism)
2. โรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) คือการแตกของหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นเอง ทำให้เกิดเลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage) หรือเกิดเลือดออกใต้ชั้นอะแรคโนอิด (Subarachnoid Hemorrhage)

จากสาเหตุต่างๆ ดังกล่าวจึงทำให้ปรากฏกลุ่มอาการทางคลินิกของระบบประสาท ทำให้กระบวนการทำหน้าที่ของสมองถูกรบกวนหรือสูญเสียหน้าที่ ซึ่งอาจเป็นชั่วคราวและสามารถ

กลับคืนเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมง (Transient Ischemic Attack [TIA]) หรือมีอาการคงอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง แต่หายอย่างสมบูรณ์ภายในเวลาไม่เกิน 3 สัปดาห์ (Reversible Ischemic Neurological Deficit: [RIND]) หรือมีอาการและอาการแสดงในลักษณะสมองเสียน้ำที่ทีละน้อยและคืบหน้าไปเรื่อยๆ อาจเป็นเวลาชั่วโมงหรือหลายวันจนกระทั่งเสียน้ำที่โดยสิ้นเชิง (Stroke in Evolution หรือ Progressive Stroke) หรือสมองเสียน้ำที่โดยสิ้นเชิงและไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ตั้งแต่ 48 ชั่วโมงขึ้นไป (Complete Stroke) ซึ่งอาการแสดงทั้งสองแบบหลังนี้ถือเป็นโรคหลอดเลือดสมองรุนแรง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถ้าเสียชีวิตมักเกิดในช่วง 30 วันแรกของการเกิดโรค หลัง 30 วันจะมีผู้รอดชีวิตประมาณร้อยละ 70-85 ซึ่งในปัจจุบันนี้อัตราการตายในช่วง 30 วันแรกลดลงเนื่องจากการที่มีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้มากขึ้น แต่ผู้ป่วยยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่และเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการรักษายาวนานและต่อเนื่อง (ภักยา จิตประไพ และ ภาริส วงษ์แพทย์, 2542; Periard & Ames, 1993) (อ้างในศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548)

1.3 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอัมพาตและการป้องกัน

เราแบ่งปัจจัยเสี่ยงออกเป็นสามชนิดคือ 1.) ปัจจัยเสี่ยงแน่ชัดที่ปรับเปลี่ยนได้ 2.) ปัจจัยเสี่ยงไม่แน่ชัดที่ปรับเปลี่ยนได้ และ 3.) ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ หากสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ก็สามารถป้องกันโรคอัมพาตได้ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ได้แก่

1.3.1 ปัจจัยเสี่ยงแน่ชัดที่ปรับเปลี่ยนได้

1. ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยอัมพาตร้อยละ 40 เกิดจากความดันโลหิตสูงให้คุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/85 มม.ปรอท แรงดันที่มากกว่า 160/90 จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหลักในการคุมความดันโลหิตเบื้องต้นประกอบไปด้วย การคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการลดน้ำหนัก หากการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตแล้วความดันโลหิตยังไม่ลงควรปรึกษาแพทย์ ข้อเสนอแนะให้ตรวจวัดความดันโลหิตทุก 2 ปีถ้าความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มม.ปรอทหลังจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือความดันโลหิตมากกว่า 180/100 มม.ปรอท ก็ให้ยาลดความดันโลหิต

2. การสูบบุหรี่ ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งเร็วขึ้น สารนิโคตินในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดแดงเกร็งลดความยืดหยุ่นของเส้นเลือด เพิ่มระดับ Fibrinogen และการเกาะตัวของเกร็ดเลือดลด HDL หัวใจทำงานมากขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น CO ในบุหรี่จะแย่ง Oxygen ทำให้หัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้นหากหยุดสูบบุหรี่วันนี้ก็ทำให้ความเสี่ยงลดลงวันนี้ นอกจากนี้การสูบบุหรี่ร่วมกับการกินยาคุมกำเนิดทำให้ปัจจัยเสี่ยงโรคอัมพาตเพิ่ม พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีอัตราการเกิดโรคเพิ่มขึ้น 2 เท่า ยิ่งเลิกนานเท่าใดความเสี่ยงก็จะลดลง เมื่อเลิกมากกว่า 5 ปีความเสี่ยงจะเท่ากับคนที่ไม่สูบบุหรี่

การเปลี่ยนไปสู่อีกอย่างอื่นก็ไม่มีประโยชน์ นอกจากนั้นผู้ที่อยู่ใกล้กับผู้ที่สูบบุหรี่ก็มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ข้อเสนอแนะคือ ให้เลิกสูบบุหรี่

3. โรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจวาย ลิ้นหัวใจตีบ หัวใจเต้นผิดปกติ Atrial Fibrillation เป็นการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติไม่สม่ำเสมอ เลือดไม่ถูกสูบฉีดออกไป ทำให้กลายเป็นลิ่มเลือดในหัวใจ แพทย์จะทราบจากการจับชีพจร และการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG ผู้ป่วยเหล่านี้เกิดลิ่มเลือดในหัวใจและสามารถหลุดลอยไปสมองได้ แพทย์อาจให้ Warfarin เพื่อป้องกันลิ่มเลือดแข็งตัว

4. Transient Ischemic Attacks (T.I.A.s) ผู้ป่วยอัมพาตร้อยละ 15-20 เคยมีอาการนี้ ต้องรีบปรึกษาแพทย์และรับประทานยา Aspirin ป้องกัน

5. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานมักจะมีความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงทำให้เพิ่มโอกาสเกิดโรคอัมพาตมีอัตราเสี่ยงต่อโรคเป็น 2-4 เท่าของคนปกติการรักษาเบื้องต้นคือการคุมอาหารการออกกำลังกายและลดน้ำหนัก

6. ไขมันในเลือดสูงโดยเฉพาะ Cholesterol และ LDL Cholesterol การควบคุม ประกอบด้วยการคุมอาหารออกกำลังกายและการใช้ยา

7. ผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดแดงแข็ง Atherosclerosis โดยเฉพาะหลอดเลือด Carotid Artery Disease เป็นเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองหากมีลิ่มเลือดหลุดลอยไปอุดตันทำให้เกิดโรค อัมพาตพบว่าผู้ชายจะมีโอกาสเป็นร้อยละ 7-10 ส่วนผู้หญิงจะมีโอกาสเป็นร้อยละ 5-7 เมื่ออายุเกิน 65 ปีแพทย์จะทราบโดยการฟังได้ยินเสียงฟู่ที่หลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงที่ขาตีบ (เวลาเดินจะปวดขา) จะมีโอกาสเกิดหลอดเลือดที่คอตีบด้วย ข้อเสนอแนะหากผู้ที่มีหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองตีบก็ควรไปปรึกษาแพทย์เพื่อผ่าตัด

1.3.2 ปัจจัยเสี่ยงไม่แน่ชัดที่ปรับเปลี่ยนได้

1. คนอ้วนจะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่าย โดยเฉพาะอ้วนแบบลงพุงข้อเสนอแนะให้ลดน้ำหนัก

2. ผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือดยังออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยป้องกันโรคหัวใจ

3. โภชนาการที่ไม่เหมาะสมมีหลักฐานยืนยันว่าการบริโภคผักและผลไม้จะช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด ข้อเสนอแนะให้รับประทานผักและผลไม้วันละ 5 ส่วน (ผลไม้หนึ่งส่วน= ส้มหนึ่งผล หรือ กว๊าวหนึ่งใบ กว๊าวหอมครึ่งใบ มะละกอ 8 ชิ้นคำ สับปะรด 6 ชิ้นคำ แดงโม 12 ชิ้นคำ ชมพู 3 ผล ขนุนสองวง เป็นต้น)

4. การดื่มสุรา ผู้ป่วยที่ดื่มสุรามากกว่า 5 แก้วต่อวันจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ข้อเสนอแนะให้ดื่มสุราน้อยกว่า 2 แก้วต่อวันในผู้ชายส่วนผู้หญิงให้น้อยกว่า 1 ดื่มแก้วต่อวัน

5. การใช้ยาคุมกำเนิด ความเสี่ยงเกิดจากการใช้ยาคุมกำเนิดที่มีระดับฮอร์โมนสูง ปัจจุบันมีระดับฮอร์โมนต่ำความเสี่ยงจึงไม่มาก ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ที่ไม่มีการตั้งครรภ์ให้รับประทานยาคุมกำเนิดได้แต่ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาคุมกำเนิด

6. ผู้ที่เป็น Hyperhomocystien (สูงกว่า 16 ไมโครโมล/ลิตร) ความเข้มข้นของสารตัวนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุ ข้อเสนอแนะควรรับประทานผักใบเขียว ผลไม้ พืชตระกูลถั่ว ปลา ข้าวกล้องเป็นประจำหากระดับสูงให้ยากรดโฟลิก 400 มก. และวิตามิน บี 1, 6, 12

7. ผู้ที่ติดยาเสพติด

1.3.3 ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้

1. พี่น้องพ่อแม่เป็นอัมพาต มีความเสี่ยงที่จะเกิดอัมพาต
2. อายุยิ่งมากความเสี่ยงยิ่งเพิ่ม ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มขึ้น 2 เท่าทุกอายุ 10 ปีที่เพิ่มขึ้นหลังอายุ 55 ปี
3. เพศโรคหลอดเลือดสมองมักเป็นกับเพศชาย แต่การตายผู้หญิงจะตายมากกว่าอายุผู้ชายอายุมากกว่า 45 ปีความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้น ผู้หญิงอายุมากกว่า 55 ปีความเสี่ยงจะเพิ่มมาก
4. เชื้อชาติ บางเชื้อชาติมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคอัมพาตได้ง่าย

1.3.4 วิธีลดปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลง หรือรักษาหรือควบคุมได้แก่

1. โรคความดันโลหิตสูง
2. โรคเบาหวาน
3. โรคหัวใจ เช่น การเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ

จากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เหล่านี้ จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่แล้วมาจากสาเหตุของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพส่วนตัวของแต่ละบุคคล มีเพียงส่วนน้อยที่อาจเกิดจากพันธุกรรม อายุและเพศซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นจึงสามารถควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยง นอกจากการรักษาความดันโลหิตสูง การรักษาเบาหวาน การงดบุหรี่ การรักษาไขมันในเลือดสูง ยังสามารถป้องกันโรคอัมพาตได้ดังนี้

1. ลดอาหารไขมัน โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว เช่น น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว เนื้อสัตว์ติดมัน หนั๋ง นม เนย ปลาทองโก๋ ของทอด เช่น ไก่ทอด กุ้งแชก โรตีสี มันทอด ใช้น้ำมันข้าวโพด น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันมะกอก

2. ให้รับประทานผักและผลไม้ให้มากเนื่องจากมีแร่ธาตุโฟเลตเสริม Folic และสารต้านอนุมูลอิสระ Antioxidant ซึ่งช่วยป้องกันโรคอัมพาตได้รับประทานอาหารตามหลัก
3. จำกัดการดื่มสุราไม่เกิน วิสกี้ 1 เป็ก ไวน์ไม่เกิน 1 แก้ว เบียร์ไม่เกิน 1 ขวด
4. ลดอาหารเค็ม ไม่ใส่เกลือ ไม่รับประทานอาหารดอง
5. ออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ อาจเดินเร็ว ๆ วันละ 30 นาทีอาจจะเดินกับเพื่อน สนทนารู้ใจทำให้เป็นกิจวัตรประจำวัน ถ้าไม่ชอบเดินอาจหากิจกรรมอื่น เช่น การเดินรำ การว่ายน้ำ จักรยาน เล่นกีฬา
6. รักษาน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

1.4 สัญญาณอันตราย

1. มีอาการชาหรืออ่อนแรงแขนขาหรือใบหน้าข้างใดข้างหนึ่ง
2. ตามัวหรือมองไม่เห็นข้างใดข้างหนึ่ง
3. พูดลำบากหรือพูดไม่ได้หรือไม่เข้าใจคำพูด
4. มีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง โดยไม่มีสาเหตุชัดเจน
5. มีอาการมึนงง หรือเดินไม่มั่นคง เสียศูนย์

1.5 ผลของโรคอัมพาต ต่อร่างกาย จิตใจ และความรู้สึก

สมองของคนเราแบ่งออกเป็น 4 ส่วนใหญ่ๆ ได้แก่ 1.) สมองซีกขวา (Right Cerebral Hemisphere) 2.) สมองซีกซ้าย (Left Cerebral Hemisphere) 3.) สมองน้อย (Cerebellum) และ 4.) ก้านสมอง (Brain Stem) โดยสมองแต่ละส่วนทำหน้าที่ต่างกัน

ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพสมองซีกขวา สมองซีกขวาทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายซีกซ้าย การกระชยะ และตำแหน่ง ดังนั้นผู้ป่วยที่มีโรคทางสมองซีกนี้จะมีอาการอ่อนแรงข้างซ้าย บางคนไม่สามารถใส่กระดุมเสื้อได้หรือใส่เสื้อผ้าผูกเชือกทรงเท้า

ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพสมองซีกซ้าย สมองซีกซ้ายทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายซีกขวา การพูด และภาษา ดังนั้นผู้ป่วยที่มีโรคทางสมองซีกนี้จะมีอาการอ่อนแรงข้างขวา บางคนพูดไม่ได้แต่รับรู้เรื่องถ้าเป็นมากจะไม่สามารถทั้งรับฟังและการพูด

ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองน้อย สมองน้อยทำหน้าที่ทรงตัว การประสานงานของกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยที่สมองส่วนนี้เสียหายจะมีการทรงตัวไม่ได้ เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน

ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ก้านสมองก้านสมองเป็นทางผ่านของเส้นประสาทที่นำคำสั่งจากสมองไปยังร่างกาย นอกจากนั้นยังควบคุมการหายใจ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ผู้ป่วยที่มีโรคตำแหน่งนี้อาจจะอ่อนแรงแขนขาข้างใดข้างหนึ่งหรืออ่อนแรงแขนขาทั้งสองข้าง ผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และความรู้สึกได้แก่

1. อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อข้างใดข้างหนึ่ง อาจจะเป็นทั้งแขนและขา
2. มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว เช่น การนั่ง การยืน หรือการเดินไม่ได้ แม้ว่ากล้ามเนื้อยังคงมีแรงอยู่
3. ปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถพูดและไม่สามารถเข้าใจภาษาทั้งพูดและเขียน (Global Aphasia) บางรายพูดไม่ได้แต่ฟังรู้เรื่อง (Motor Aphasia) บางรายพูดลำบาก (Dysarthria)
4. ผู้ป่วยบางรายไม่สนใจอวัยวะข้างใดข้างหนึ่ง มักเกิดในผู้ป่วยที่อ่อนแรงข้างซ้าย
5. มีอาการชา หรือปวดข้างใดข้างหนึ่ง
6. ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ ความคิด และการเรียนรู้
7. ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาเกี่ยวกับการกลืนอาหาร
8. มีปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ
9. ผู้ป่วยอาจมีอาการเหนื่อยง่าย
10. ผู้ป่วยอาจจะมีอารมณ์ผันผวนเช่น หัวเราะ หรือร้องไห้เสียงดัง

1.6 การวางแผนการตรวจและการรักษา

ผู้ป่วยที่มีสัญญาณอันตราย ควรดำเนินชีวิตโดยไม่ประมาท เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การเลือกรับประทานอาหาร และการตรวจสุขภาพประจำปี เมื่อแพทย์ได้ข้อมูลประวัติผู้ป่วยที่มีสัญญาณอันตราย แพทย์จะตรวจร่างกายโดยวัดความดันโลหิต ฟังหัวใจว่ามีเสียงลิ้นหัวใจรั่วหรือไม่ ฟังเสียงที่หลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอว่ามีเสียงฟู่หรือไม่ ถ้าได้ยินเสียงฟู่แพทย์จะส่งตรวจคลื่นความถี่สูง Doppler Ultrasound Scan เพื่อวัดว่าหลอดเลือดแดงที่คอตีบมากน้อยแค่ไหน ถ้าหากตีบน้อยกว่าร้อยละ 70 แพทย์จะให้ยา Aspirin หรือ Ticlopidine ถ้าหากตีบเกินร้อยละ 70 แพทย์จะแนะนำผ่าตัด

1.7 การวินิจฉัย สามารถทำได้หลายวิธีดังนี้

1. การใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า Magnetic Resonance Imaging (MRI) Scan ซึ่งสามารถบอกสมองขาดเลือดได้ดี
2. การใช้ X-Ray Computer สามารถบอกเส้นเลือดในสมองแตกได้ดี
3. การฉีดสีเข้าหลอดเลือดแดงที่คอ สามารถบอกว่ามี Aneurysm และ AVM Malformation ได้ดี

1.8 การรักษา

ขึ้นอยู่กับสาเหตุของการเกิดอัมพาต ขนาดของอัมพาต และขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละคน

1. คุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

2. ผู้ป่วยที่หลอดเลือดตีบ ต้องให้ Aspirin หรือ Ticlodipine เพื่อป้องกันลิ่มเลือด ถ้าผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเร็วอาจจะให้ยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยที่หลอดเลือดสมองแตกต้องคุมความดันในสมองไม่ให้สูงเกินไปโดยให้ยาขับปัสสาวะ ผู้ป่วยที่เป็น Aneurysm ให้รักษาโดยการผ่าตัด

1.9 การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation)

เป้าหมายสำคัญคือ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะช่วยเหลือตัวเอง และมีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงปกติมากที่สุด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถให้การฟื้นฟูได้ดี เป็นผู้ป่วยที่สามารถที่จะรับรู้ เข้าใจ และติดต่อกับคนอื่นได้ เพราะการเรียนรู้เป็นขั้นตอนการฝึกที่สำคัญของการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่การฟื้นฟูได้ผลดีจะต้องมีลักษณะดังนี้คือ

1. ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และสังคมที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย
2. มีการฟื้นตัวของความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้เร็วภายใน 1 - 2 สัปดาห์
3. มีการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อลำตัว สะโพก หัวไหล่โดยเร็วโดยเฉพาะกล้ามเนื้อส่วนต้นได้ภายใน 2-4 สัปดาห์
4. มีการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อแต่ละมัด โดยเร็วสามารถควบคุมกล้ามเนื้อแต่ละมัดได้ภายใน 4-6 สัปดาห์

5. มีอารมณ์ดี ไม่มีอาการซึมเศร้า มีการรับรู้ที่ดี

ผู้ป่วยที่การฟื้นฟูได้ผลไม่ดี

1. ผู้ป่วยอยู่ในระยะ Coma นานไป
2. อยู่ในระยะปากเปื่อย นานเกิน 2 เดือน
3. มีอาการเกร็งหรืออ่อนแรงกล้ามเนื้อต้นขา
4. ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย
5. ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา
6. ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสายตา
7. ผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน
8. ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า

9. ผู้ป่วยที่มีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคหัวใจ (Patel, Coshall, Rudd & Wolfe, 2002;

Tatemichi et al., 1994; Woodson, 2002) (อ้างในบุษราคัม คานาเพ็ชร, 2548)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพมีความจำเป็นอย่างยิ่งในผู้พิการ อัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง เพราะจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่จะเกิดตามมาเช่น อาการข้อติด ผิดรูป ข้อไหล่หลุด เป็นต้น ซึ่งจะเป็นอุปสรรคขัดขวางทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างราบรื่น มีพฤติกรรมสุขภาพไปในทางลบ ไม่มีพัฒนาการทางด้านร่างกาย รวมถึงเป็นภาระของญาติ ผู้ดูแล รวมถึงสังคมรอบข้าง อีกทั้งยังส่งผลต่อภาวะจิตใจของผู้พิการ มีแนวโน้มอยากฆ่าตัวตาย ซึ่งมาจากภาวะพร่องความสามารถจากความพิการที่เกิดขึ้น ดังนั้นการบำบัดฟื้นฟูร่างกาย และกล้ามเนื้อโดยกระบวนการทางกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด ในที่นี้รวมไปถึงการออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้าน การเข้ากลุ่ม สื่อและอุปกรณ์ในการช่วยเหลือด้านการบำบัดฟื้นฟู จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้พิการฟื้นฟูความสามารถตามศักยภาพที่มีอยู่ ช่วยเหลือตนเองและลดภาระของผู้ดูแล

2. แนวคิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

2.1 พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ที่เชื่อว่าจะทำให้ตนเองมีสุขภาพดี บุคคลแรกที่กล่าวถึงคือ แฮริสและกลูเตน (อ้างใน Pender, 1987) ให้ความหมายว่าเป็นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเพื่อดำรงภาวะสุขภาพ และเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์

กู๊ด (Good, 1959 อ้างใน นิ่มอนงค์ งามประภาส, 2549) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้ และการเปลี่ยนแปลงในที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น

เมอเรย์และเซนเนอร์ (Murray, Zentner, 1993) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมซึ่งจะช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้นและมีความผาสุก เกิดศักยภาพที่สูงสุดของครอบครัว กลุ่มชนและสังคม

จุฬารักษ์ โสตะ (ม.ป.ป.) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อทัศนคติ ค่านิยม ความรู้สึกและการแสดงออกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยและการฟื้นฟูสภาพ

สิวภรณ์ อุบลชลเขตต์ (2532) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า พฤติกรรมสุขภาพคือ พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมความเจ็บป่วย ตั้งแต่การตื่นนอน การนอน การทำความสะอาดร่างกาย การกินอาหาร พฤติกรรมมี 2 แบบคือ ถูกสุขลักษณะ และไม่ถูกสุขลักษณะ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับค่านิยม ความเชื่อ ความต้องการ แรงจูงใจ

กอตแมน (Gochman, 1988 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2532) กล่าวถึง พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแบ่งออกเป็น 3 ประเภท

- พฤติกรรมการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and Promotive Behaviors) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดีและไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อน เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค ส่วนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจะช่วยยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น

- พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness Behaviors) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เริ่มไม่แน่ใจในภาวะสุขภาพของตน คือ เริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นทำให้เกิดความสงสัยว่าตนเองจะเจ็บป่วยและต้องการหาความกระจ่างในอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยครอบคลุมตั้งแต่ปฏิกิริยาของบุคคลเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บป่วย การแสวงหาความช่วยเหลือหรือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่ตนเองเชื่อว่าจะสามารถให้ความช่วยเหลือได้ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน รวมทั้งการไม่ทำอะไรเลยแต่จะคอยให้อาการผิดปกติต่าง ๆ นั้นหายเอง

- พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Sick Role Behaviors) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่ทราบแล้วว่าตนเองเจ็บป่วย โดยอาจเป็นการทราบจากความคิดเห็นของตนเองหรือของผู้อื่นก็ได้ เช่น พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรค รวมทั้งการปฏิบัติตนเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย

นิมอณรงค์ งามประภาส (2549) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตนหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรือเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจ เจตคติ การปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม

ดังนั้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติ หรือ การแสดงออกของบุคคลในการกระทำ หรือเว้นกระทำไม่ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพหรือดูแลให้ร่างกายอยู่ในภาวะสุขภาพดี และจะเห็นได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

คาสล์ (Kasl) & คอปป์ (Copp) (อ้างใน บุญยมาส สันธิประมา, 2539) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นการปฏิบัติของบุคคลที่มีสุขภาพดี และพยายามกระทำเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย เช่น รับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การออกกำลังกาย การพักผ่อน การไปตรวจมะเร็งเป็นต้น

เทลเลอร์ (Taylor, 1991 อ้างในสุปรียา ตันสกุล, 2544) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในบุคคล เรียกว่า พฤติกรรมภายใน และการแสดงออกที่เป็นการเรียกว่าพฤติกรรมภายนอก ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล การป้องกันส่งเสริมรักษาจัดการกับสุขภาพของตน

สุปรียา ดันสกุล (2544) กล่าวว่าพฤติกรรมเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพของบุคคล เป็นสาเหตุของการเกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปอด มีผลต่อการพยากรณ์โรค (Disease Prognosis) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับโรคที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น การบริโภค การดื่มสุรา การออกกำลังกาย แต่ละพฤติกรรมมีความสลับซับซ้อน เป็นกลุ่มของพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมย่อย ๆ เช่น การออกกำลังกาย เป็นผลเกี่ยวเนื่องจากหลายพฤติกรรม ได้แก่ แรงจูงใจ ความเชื่อ ความรู้สึกต่อประโยชน์ ต่อผลลัพธ์ของการออกกำลังกาย การบังคับตนเอง รูปแบบหรือวิธีที่จะออกกำลังกาย การยอมรับสนับสนุนของคนในครอบครัว

จากที่กล่าวมาผู้วิจัยได้กำหนดพฤติกรรมสุขภาพสำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ได้แก่ พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายและฟื้นฟูสภาพ ด้านการพักผ่อน ด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและการรักษาสุขภาพ และด้านสุขภาพจิตกับการจัดการความเครียด

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง เป็นแบบแผนทางวัฒนธรรมและการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งจะ เป็นเครื่องทำนายว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างไร ดังนั้นการดูแลตนเองจึงหมายถึง การดูแลตนเองขณะมีสุขภาพดี ตลอดจนวิธีการส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ รู้จักป้องกันตนเองจากโรคและสิ่งอันตรายที่มีต่อสุขภาพตนเองรวมถึงสมาชิกในครอบครัว ด้วย ดังนั้นการดูแลตนเองจึงได้รับความสนใจและยอมรับว่ามีบทบาทสำคัญในเรื่องสุขภาพอนามัย

เลวิน (Levin, 1981) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นกระบวนการที่ประชาชนทั่วไปสามารถทำหน้าที่ด้วยตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคระยะเริ่มต้น และการรักษาเบื้องต้น ในระดับที่เป็นแหล่งประโยชน์สำคัญขั้นพื้นฐานในระบบบริการสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender, 1982) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลเริ่มและกระทำในแนวทางของตนเอง เพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ การดูแลตนเองจึงต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจนความต่อเนื่อง และเมื่อใดที่ได้กระทำอย่างถูกต้องครบถ้วนจะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลตนเองมากขึ้น

โอเรม (Orem, 1991) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของบุคคล เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลนั้น

องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความของการดูแลตนเองว่าหมายถึงการที่บุคคลมีความตั้งใจและมีความพยายามที่จะทำกิจกรรมใดๆ เพื่อให้เกิดผลในทางป้องกัน วิเคราะห์และรักษาโรค รวมทั้งการปฏิบัติตนหรือทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี และแต่ละคนมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง (กองการพยาบาล, 2537)

ในแนวคิดของโอเรม (Orem, 1985) การดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมที่จงใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate Action and Goal Oriented) ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการกระทำและผลของการกระทำ

ในระยะที่ 1 จะเห็นว่าบุคคลสามารถจะทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ นั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม และจะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่จะทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้น จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ทำนั้นจะต้องมีประสิทธิภาพ และให้ผลตามที่ต้องการ

ในระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย และการตั้งเป้าหมายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ถ้ากระทำไปสักระยะหนึ่ง การที่นักส่งเสริมสุขภาพมีความเข้าใจในแนวคิดของการดูแลตนเอง จะมีส่วนช่วยส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-Care Requisites) ประกอบด้วยการดูแลตนเอง 3 ด้าน คือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites)

เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล เป็นความต้องการพื้นฐานของชีวิต ได้แก่

1.1 คงไว้ซึ่งอาหาร น้ำ และอากาศที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เพื่อการเติบโต และพัฒนาการของร่างกาย ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และการทำงานของอวัยวะต่างๆ รวมถึงการเลือกรับประทานอาหารโดยไม่ทำให้เกิดโทษต่อร่างกาย

1.2 คงไว้ซึ่งการจับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ โดยการดูแลตนเองให้มีการจับถ่าย และการจัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการจับถ่าย รวมถึงการระบายสิ่งปฏิกูลให้เป็นไปตามปกติ ตลอดจนการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม ให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน โดยเลือกกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์และสติปัญญา มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว กับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม ซึ่งเป็นการพัฒนาตนเองให้ทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น เพื่อสร้างมิตรภาพและความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เป็นการส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง และการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5 การป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ โดยการที่สนใจและรับรู้ต่ออันตรายที่อาจเกิดขึ้น มีการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย การพยายามหลีกเลี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆ รวมถึงการควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.6 การส่งเสริมการทำหน้าที่และการพัฒนาการของตนเองภายใต้ระบบสังคม โดยการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาตนเอง กิจกรรมที่ส่งเสริมรักษาโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites)

เป็นการดูแลตนเองตามกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา แบ่งเป็น 2 อย่างคือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วัยต่าง ๆ คือขณะอยู่ในครรภ์มารดา วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ

2.2 การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ จะเห็นว่าการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เป็นเรื่องสำคัญมากในยุคปัจจุบัน ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของสังคมและเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วเช่น การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับเด็กวัยรุ่นเพื่อป้องกันสิ่งเสพติด การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health Deviation Self - care Requisites)

เป็นการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย ได้รับอันตรายหรือทุพพลภาพ เพื่อให้พึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด โดยในหัวข้อนี้มีส่วนสัมพันธ์กับงานวิจัยในการดูแลตนเองของผู้พิการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากเมื่อมีภาวะความพิการเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะต้องมีการดูแลตนเองเป็นอย่างมากเพื่อจะป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น อีกทั้งยังมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการเป็นโรคซ้ำหรือโรคแทรกซ้อนอื่นๆที่เกี่ยวข้องกัน เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น ผู้พิการจึงต้องมีความสนใจ และใส่ใจในการดูแลตนเองอยู่ตลอด

จากแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองสรุปได้ว่า การดูแลตนเอง หมายถึงกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลริเริ่มและปฏิบัติตนเองด้วยความเต็มใจ เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง เป็นการกระทำอย่างมีเป้าหมาย และต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ในด้านของการส่งเสริมสุขภาพนั้น บุคคลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการได้รับการ

ตอบสนอง และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือพิการ จะต้องดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป และการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง และหน้าที่ที่ปกติ เพื่อส่งเสริมการพัฒนาการและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การดูแลตนเองของผู้พิการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากจะเป็นการดูแลในด้านกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นพื้นฐานของชีวิตแล้วยังรวมไปถึงการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพเช่นในด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายและฟื้นฟูสภาพ ด้านการพักผ่อน ด้านการป้องกันการเจ็บป่วยและการรักษาสุขภาพ และด้านสุขภาพจิตกับการจัดการความเครียด เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

3. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

3.1 การส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender, 1987) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นกิจกรรมที่มุ่งส่งเสริมและยกระดับความเป็นปกติสุขหรือความผาสุกของชีวิต (Well-being) และศักยภาพในด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม เป็นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี (Approach Behavior) ไม่เน้นเรื่องโรคหรือปัญหาสุขภาพ มุ่งที่จะส่งเสริมภาวะสุขภาพในทางบวก คือมีสุขภาพที่ดีและมีชีวิตที่ปกติสุข ซึ่งจะแตกต่างจากการป้องกันโรค (Prevention) ซึ่งระบุไว้ว่าเป็นกิจกรรมที่มุ่งลดโอกาสและการขัดขวางหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วย

คาร์ (Kar, 1983) ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่าคือ กระบวนการกระทำของบุคคลและสังคมที่ทำให้เกิดวิวัฒนาการของการอยู่ดีมีสุข (Advancement of Well-being) และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพโดยดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเอง สังคม และรักษาไว้ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ

วอกเกอร์ และคณะ (Walker et al., 1990) ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าคือ การกระทำทางบวกของชีวิต มีผลโดยตรงต่อการคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ของบุคคล การบรรลุเป้าหมายในชีวิตและความสมปรารถนาของบุคคล

ชามานสกี และ เคลเซน (Shamansky & Clausen, 1980) ให้ความหมายการส่งเสริมสุขภาพไว้ว่าคือ กิจกรรมใด ๆ ที่มีวัตถุประสงค์ที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีความผาสุก และมีสุขภาพดีสูงสุดตามศักยภาพของบุคคลครอบครัว และชุมชนมีการพัฒนาบุคลิกภาพที่สนับสนุนให้ตนเองมีความสามารถลดเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดทั้งทางร่างกายและอารมณ์

องค์การอนามัยโลก (อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2534) การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถภาพในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้

บรรลุซึ่งภาวะอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม บุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเองสามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเองและสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้น สุขภาพจึงถูกมองว่าเป็นทรัพยากรสำหรับดำรงชีวิตประจำวันมิใช่เป้าหมายของการดำรงชีวิต

จากความหมายของการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวอาจจะอธิบายได้ 2 ลักษณะ คือ

ลักษณะที่หนึ่ง คือ มองที่ตัวบุคคลซึ่งจะเน้นที่การปฏิบัติตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งได้แก่ การปฏิบัติตนที่ถูกต้องในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การบริหารจัดการความเครียด เป็นต้น

ลักษณะที่สอง คือ มองที่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของการมีสุขภาพดีซึ่งอธิบายได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นผลรวมของการจัดสุขภาพ (การศึกษาด้านสุขภาพ) และการสนับสนุน ด้านองค์กร เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี (Green & Kreuter, 1991)

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model)

เพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้พัฒนารูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพจากแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ซึ่งได้กล่าวถึงความสำคัญของกระบวนการรับรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการอธิบายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่กระทำอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้นเป็นผลมาจากได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive-Perceptual Factors) เป็นกระบวนการขั้นแรกของการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ปัจจัยนี้มีผลโดยตรงต่อความโน้มเอียงที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยย่อย ดังนี้

1.1 ความสำคัญของสุขภาพ (The Importance of Health) การที่บุคคลเห็นความสำคัญของภาวะสุขภาพของตนเองมากเท่าไร บุคคลนั้นจะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้นเท่านั้น

1.2 การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (Perceived Control of Health) เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพว่ามาจากอำนาจภายในตนเองหรือมาจากอำนาจภายนอกตนเองกล่าวคือเมื่อบุคคลรับรู้ว่าการควบคุมสุขภาพของตนเองเป็นผลมาจากการแสดงพฤติกรรมของบุคคลนั่นเอง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความเชื่อความเป็นไปได้ต่อ การปฏิบัติตามคำแนะนำการรับรู้ถึงประโยชน์ และอุปสรรค

ในการป้องกันโรค อานาภายในตนเอง ในขณะที่ผู้เชื่ออานาภายนอกจะเชื่อหรือรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองเป็นผลมาจากผู้อื่นความบังเอิญหรือโชคชะตา ผู้ที่เชื่อในอานาภายในตนเองจะมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออานาภายนอกคน

1.3 การรับรู้ความสามารถภายในตนเอง (Perceived Self-Efficacy) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองจะสามารถประสบความสำเร็จเมื่อได้ลงมือกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ดังนั้น เมื่อบุคคลกระทำกิจกรรมส่งเสริมแล้วภาวะสุขภาพดีขึ้นบุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะกระทำกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้น

1.4 การรับรู้คำจำกัดความของสุขภาพ (Definition of Health) การให้ความหมายหรือคำจำกัดความทางสุขภาพของบุคคลจะส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น บุคคลที่ให้ความหมายของสุขภาพว่าเกี่ยวกับการปรับตัวหรือความสมดุลก็จะเป็นการกระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมป้องกันความเจ็บป่วย ในขณะที่บุคคลผู้ซึ่งให้ความหมายของสุขภาพว่าหมายถึงการบรรลุเป้าหมายในชีวิต (Self Actualization) จะเริ่มปฏิบัติกิจกรรมเพื่อยกระดับภาวะสุขภาพเพื่อความผาสุกในชีวิต (Well-being) นั่นคือ การที่บุคคลให้คำจำกัดความของสุขภาพแตกต่างกันมีผลต่อรูปแบบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน

1.5 การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ (Perceived Health Status) การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความถี่ในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากประสบการณ์ของบุคคลที่กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้วทำให้บุคคลเกิดความปกติสุขและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดีและส่งเสริมให้บุคคลเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต

1.6 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Benefits of Health Promoting Behaviors) การที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำที่มีประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของตนจะส่งผลต่อระดับการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ และสนับสนุนให้มีแนวโน้มที่จะกระทำอย่างต่อเนื่อง

1.7 การรับรู้อุปสรรคของการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Barriers of Health Promoting Behavior) การรับรู้อุปสรรครวมถึงความไม่สะดวกสบาย ความยากลำบาก และการไม่มีโอกาสกระทำพฤติกรรมจะส่งผลทางลบต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ก็จะลดหรืออาจหลีกเลี่ยงการกระทำเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

2. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยร่วมจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านปัจจัยทางด้านความรู้ - การรับรู้ของบุคคลนั้น คือ เป็น ปัจจัยที่มีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั่นเอง ปัจจัยร่วม ได้แก่

2.1 ปัจจัยทางประชากร ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา เชื้อชาติ อาชีพ ซึ่งจะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางอ้อมผ่านกลไกด้านความรู้ - การรับรู้

2.2 ลักษณะทางชีววิทยา จากการศึกษาพบว่าปัจจัยทางชีววิทยามีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น น้ำหนักของร่างกายมีผลต่อการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการพักผ่อนของบุคคลนั้นๆ

2.3 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) ปัจจัยส่งเสริมระหว่างบุคคลรวมไปถึงความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิด แบบแผนการดูแลสุขภาพของครอบครัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรสาธารณสุขจะส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.4 ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational Factors) ปัจจัยกำหนดด้านสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น บุคคลที่อยู่ในครอบครัวที่มีคนสูบบุหรี่โอกาสที่จะอยู่ในบรรยากาศที่ปลอดสารพิษก็จะมีน้อยลง เป็นต้น

2.5 ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Behavioral Factors) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เป็นประสบการณ์ในอดีตของบุคคลจะส่งผลให้บุคคลแสวงหาความรู้และทักษะการปฏิบัติมากขึ้น ซึ่งความรู้และทักษะการปฏิบัติเหล่านี้จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีและเหมาะสมได้

3. ตัวชี้แนะการกระทำ (Cue to Action) เพนเดอร์เสนอเพิ่มเติมว่าตัวชี้แนะการกระทำเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนให้บุคคลแสดง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

3.1 ตัวชี้แนะการกระทำภายใน เช่น การรับรู้ศักยภาพของตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาการ ความรู้สึกสุขสบายเมื่อได้กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความรู้สึกสุขสบายหลังการออกกำลังกายจะส่งผลให้บุคคลออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

3.2 ตัวชี้แนะการกระทำภายนอก ได้แก่ การสนทนากับบุคคลอื่นหรือโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพทางสื่อมวลชนจัดว่าเป็นตัวชี้แนะในการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญจากปัจจัยทั้ง 3 ด้าน คือ ปัจจัยความรู้-การรับรู้ปัจจัยร่วม และตัวชี้แนะการกระทำเพนเดอร์ได้นำเสนอถึงอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ดังนั้นสรุปได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นกิจกรรมที่มุ่งหวังที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพในทางบวก กล่าวคือ มุ่งหวังที่จะพัฒนาบุคคลให้มีระดับสุขภาพดียิ่งขึ้นเป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่องและยั่งยืน โดยเริ่มจากการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องด้านสุขภาพ กระตุ้นให้บุคคลได้คิดด้วยเหตุผลในทิศทางที่พึงปรารถนา ตัดสินใจเลือกวิถีการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับตนเองและนำไปทดลองปฏิบัติจนสามารถเลือกวิถีที่มีประสิทธิภาพที่สุดมาปฏิบัติจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพจะเป็นก้าวต่อไปจากภาวะปราศจากโรคไปสู่สุขภาพดีเลิศ (Excellent Health) หรือสุขภาพดีสูงสุด (Optimum Health)

3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพมีหลายปัจจัย ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 2 ปัจจัยใหญ่ ๆ คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น ลักษณะทางพันธุกรรม ฯลฯ และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เช่น สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม เป็นต้น (จิรประภา ภาวิไล, 2535)

ปัจจัยภายในตัวบุคคล

1. ลักษณะทางพันธุกรรม (Genetics) ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของลักษณะทางชีววิทยา ลักษณะพื้นฐานอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย (Innate Temperament) ระดับกิจกรรมและศักยภาพทางสติปัญญา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สัมพันธ์กับโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค เช่น โรคเบาหวาน มะเร็งเต้านม โดยเฉพาะ

2. เชื้อชาติ (Race) การแพร่กระจายของโรคมีส่วนเกี่ยวข้องกับเชื้อชาติ เช่น คนผิวดำมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งชนิด Sickle-cell Anemia และโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าบุคคลทั่วไป และชนชาติอเมริกันอินเดียนจะมีอัตราการเกิดโรคเบาหวานสูงมาก เป็นต้น

3. เพศ (Sex) ลักษณะนิสัยบางอย่างและโรคทางกรรมพันธุ์มักเกิดกับเพศหนึ่งมากกว่าอีกเพศหนึ่ง ซึ่งความผิดปกติที่มักเกิดขึ้นกับผู้หญิงคือ โรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) โรคเกี่ยวกับภูมิคุ้มกัน เช่น โรครูมาตอยด์ อารthritis โรค เอส แอลวี อี ฯลฯ การสูญเสียความรู้สึกลอยจากอาหารจากสาเหตุทางอารมณ์ (Anorexia Nervosa) โรคหิว (Bulimia) โรคเบาหวาน โรคเกี่ยวกับถุงน้ำดี โรคหอบหืด โรคอ้วน และโรคไทรอยด์ เป็นต้น ส่วนโรคที่มักเกิดกับเพศชาย ได้แก่ โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคไส้เลื่อน โรคทางเดินหายใจ โรคไขมันอุดตันในเส้นเลือด โรคจิตสควทวาร และวัณโรค เป็นต้น และจากการสังเกตพบว่า โรคที่มีผลต่อระบบสืบพันธุ์มักมีอันตรายการเกิดโรคได้เท่า ๆ กันในทั้งสองเพศ

4. อายุและระดับพัฒนาการ (Age and Development) การแพร่กระจายของโรคผันแปรไปตามอายุ เช่น โรคเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจอุดตันมักเกิดในชายกลางคน แต่เกิดไม่บ่อยในวัยหนุ่มสาว โรคเส้นหัวใจพิการมักเกิดในช่วงอายุ 25-40 ปี และโรคไกรณ มักเกิดในเด็กเล็กมากกว่าคนสูงอายุ เป็นต้น ส่วนระดับพัฒนาการก็เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญปัจจัยหนึ่ง กล่าวคือในช่วง 2-3 ปีแรก และช่วงสุดท้ายของชีวิตมนุษย์ ความสามารถในการตอบสนองต่อโรคจะน้อยลง เด็กทารกจะขาดวุฒิภาวะทางกายและจิตใจ และความเสื่อมโทรมของร่างกายและความสามารถในการรับรู้ความรู้สึก-รับรู้ในวัยชรา จะเป็นข้อจำกัดของความสามารถในการโต้ตอบกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายและก่อให้เกิดความเครียด

5. ความสัมพันธ์ระหว่างกายและจิต (Mind-Body Relationship) การตอบสนองทางอารมณ์ต่อความเครียดส่งผลต่อการทำงานของร่างกายอย่างไร ปฏิกริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นในการ

ตอบสนองต่อการทำงานของร่างกายจะมีผลต่อสุขภาพเช่นไร ความสัมพันธ์เหล่านี้สามารถอธิบายได้จากการเกิดความเครียดทางอารมณ์ (Emotional Distress) อาจไปเพิ่มโอกาสในการเกิดโรคซ้ำในอวัยวะนั้น ๆ หรือเป็นสาเหตุชักนำในการเกิดโรคได้ กล่าวคือ ความเครียดทางอารมณ์จะไปมีอิทธิพล โดยลดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันผ่านทางระบบประสาทส่วนกลางและระบบต่อไทรอยด์ ทำให้เกิดการติดเชื้อในร่างกาย โรคเมเร็งและโรคเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันขึ้น

6. อัตมโนทัศน์ (Self-Concept) ไม่ว่าบุคคลนั้นจะรู้สึกในแง่บวกหรือแง่ลบเกี่ยวกับตัวเอง ก็จะส่งผลต่อการรับรู้และการควบคุมสถานการณ์ของบุคคลนั้น บุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ในทางลบอาจมีพฤติกรรมตามการคาดหวังของบุคคลอื่นมากกว่าความปรารถนาของตนเอง ทักษะคติสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและช่วงเวลาของการรักษาที่กำหนดไว้ได้ ความรู้สึกหมดหวังหรือความกลัวอาจเป็นสาเหตุของโรคและการตายได้ในที่สุด เช่น หญิงที่ป่วยเป็น Anorexia ซึ่งทำให้ตนเองขาดสารอาหารที่จำเป็น เพราะมีความเชื่อว่าเธออ้วนเกินไป แม้ว่าจะมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์หรือต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานก็ตาม

จะเห็นได้ว่าปัจจัยภายในนั้นส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นเองบางครั้งเป็นตั้งแต่เกิดจึงเป็นปัจจัยที่มีการควบคุมหรือแก้ไขยาก ทั้งที่ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพเช่นกัน ต่างจากปัจจัยภายนอกที่เกิดมาจากลักษณะนิสัย สิ่งแวดล้อมและบริบทต่างๆภายนอกบุคคลดังนี้

ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล

1. แบบแผนชีวิต (Life-Style) ประกอบด้วยรูปแบบการทำงาน การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้าและวิธีเผชิญกับความเครียด แบบแผนชีวิตที่รับประทานอาหารมากเกินไป การออกกำลังกายไม่เพียงพอและการมีน้ำหนักเกินมาตรฐานจะมีส่วนในการเกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดอุดตัน โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหารจะเพิ่มอัตราการเกิดฟันผุ การติดยาและการดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้มีอาการอ่อนเพลียทั้งร่างกายและจิตใจ และการสูบบุหรี่มากเกินไปจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งในปอด โรคถุงลมโป่งพอง และโรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

2. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) สิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้านและสุขภาพสิ่งแวดล้อมมีผลต่อสุขภาพ กล่าวคืออาหาร อากาศและน้ำที่เป็นพิษจะส่งผลต่อการเกิดมะเร็งหลายชนิดทั้งทางตรงและทางอ้อม อุณหภูมิของสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ อย่างมากนี้เป็นสาเหตุ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เพราะบุคคลที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมเช่นนั้น จะต้องสูญเสียพลังงานไปมากกว่าที่จะสะสมพลังงานไว้ในร่างกาย บุคคลที่มีการปรับตัวทางร่างกายน้อยจะมีการตอบสนองต่อการเกิดผลข้างเคียงจากภาวะอุณหภูมิในร่างกายต่ำกว่าปกติหรือสูงกว่าปกติได้มาก

นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของฤดูกาลก็ส่งผลต่อสุขภาพเช่นกัน เช่น โรคหวัดหรืออาการแพ้ต่าง ๆ มักเกิดบ่อยในฤดูหนาว เป็นต้น

3. มาตรฐานความเป็นอยู่ (Standard of Living) อาชีพ รายได้และการศึกษาเป็นปัจจัยส่วนใหญ่ในการตัดสินระดับทางสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์กับสุขภาพ อัตราการเกิดโรคและอัตราการตาย สุขอนามัยส่วนบุคคล นิสัยการรับประทานอาหาร การชอบแสวงหาคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาสุขภาพจะมีความแตกต่างกันในกลุ่มที่มีรายได้สูงและรายได้ต่ำ เช่น การป้องกันความเจ็บป่วยในผู้ที่ยากจนจะไม่มี ความสำคัญเท่ากับการหารายได้มาดำรงชีพ และผู้ที่ยากไร้จะไม่พยายามไปรับการตรวจจากแพทย์ ไม่พยายามดูแลความสะอาดภายในบ้าน หรือการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าซึ่งจะช่วยส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ความตึงเครียดจากการปฏิบัติตามบทบาททางสังคม และตามตำแหน่งอาชีพที่สูงขึ้น เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับความเครียดได้ การปฏิบัติตามบางบทบาทอาจทำให้ต้องรับประทานอาหารมากขึ้นหรือใช้ยา ดื่มเครื่องดื่มจำพวกแอลกอฮอล์มากขึ้น และอาชีพบางประเภททำให้นุคคลนั้นเป็น โรคบางอย่าง เช่น คนงานในโรงงานอาจได้รับสารก่อมะเร็งได้

4. วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี (Culture) การที่บุคคลมีการรับรู้ประสบการณ์และการเผชิญกับสุขภาพ ความเจ็บป่วยได้อย่างไรนั้น ส่วนหนึ่งเป็นผลจากความเชื่อทางวัฒนธรรม โดยบุคคลบางพวกจะยอมรับการพึ่งพาหรือคำปรึกษาจากหมอพื้นบ้าน หรือความเชื่อตามพื้นบ้าน มากกว่าการปฏิบัติตามด้านสุขภาพ เนื่องจากกฎทางวัฒนธรรม ค่านิยมและความเชื่อจะช่วยให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคงและสามารถที่จะทำนายผลที่ออกมาได้ หรือมีจะนั้นคำคัดค้านจากกลุ่มที่ยึดมั่นในความเชื่อและค่านิยมเก่า ๆ อาจไปเพิ่มความรู้สึกขัดแย้ง ความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยและอาจกลายมาเป็นส่วนที่สนับสนุนให้เกิดความเจ็บป่วยได้

5. ครอบครัว (Family) นอกจากครอบครัวจะทำให้เกิดโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมแล้ว ครอบครัวยังถ่ายทอดแบบแผนในการดำรงชีวิตประจำวันแก่บุตรด้วย การถูกทารุณทั้งด้านร่างกายและจิตใจในระยะยาว อาจเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพได้ เนื่องจากสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมทางสังคม การที่บุคคลนั้นมีอิสระในการแสดงอารมณ์ตึงเครียด การไม่เป็นบุคคลที่แยกตัวจากผู้อื่น มีบรรยากาศที่เปิดกว้างในการติดต่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรักจะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลนั้นบรรลุถึงศักยภาพสูงสุดในตัวเขา

6. เครือข่ายสนับสนุนทางสังคม (Support Network) การที่มีคนที่ไว้ใจ เพื่อนหรือบุคคลคอยให้กำลังใจ และมีความพึงพอใจในงานที่ทำ จะทำให้บุคคลนั้นหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยได้ โดยบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือ จะทำให้บุคคลที่ได้รับการช่วยเหลือสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสม ส่วนบุคคลที่ได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายสังคมที่ไม่เพียงพอจะเปิด

โอกาสให้พวกเขากลายเป็นบุคคลที่เจ็บป่วยง่าย เมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยและเมื่อต้องแสวงหาการศึกษา

7. พื้นที่ ภูมิประเทศ (Geographic Area of Residence) ปัจจัยทางสภาพภูมิประเทศจะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น โรคมาเลเรียและกลุ่มอาการที่สัมพันธ์กับโรคมาเลเรียและกลุ่มอาการที่สัมพันธ์กับโรคมาเลเรีย เช่น Sick-cell Hemoglobin จะปรากฏบ่อยในเขตเมืองร้อนมากกว่าเขตอากาศปกติ และโรค Multiple Sclerosis จะมีแพร่หลายมากในเขตยุโรปส่วนเหนือและส่วนกลาง แคนาดา ภาคใต้ และอเมริกาเหนือมากกว่าในเอเชีย แอฟริกา แม็กซิโกและอแลสกา เป็นต้น

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้นโดยใช้ปัจจัยภายนอกเป็นสิ่งที่สามารถทำได้เนื่องจากมันเป็นบริบทภายนอกที่เมื่อมีการศึกษาหาสาเหตุปัจจัยเหล่านี้แล้วส่วนใหญ่เกิดจากการประพฤติดน สังคม สิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ไม่เหมือนกับปัจจัยภายในที่มาแต่กำเนิด อยู่ในร่างกาย เป็นบริบทที่ยากต่อการแก้ไข

นอกจากการมองปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพจากปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกแล้ว Lawrence W. Green และคนอื่นๆ มองปัจจัยภายในและภายนอกที่มีผลต่อพฤติกรรม ของบุคคลในกรอบของ PRECEDE FRAMEWORK ดังนี้ (กุลชติ ภูมิรินทร์, 2535)

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) เป็นผลที่เกิดจากการเรียนของแต่ละบุคคลโดยตรง ซึ่งอยู่ในลักษณะของความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ค่านิยมและเจตคติ ที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาของสุขภาพ การเกิดหรือการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยโน้มน้าวให้อยู่ในระดับที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ต้องอาศัยประสบการณ์ การเรียนรู้ที่ต่อเนื่องกันมาตั้งแต่จุดเริ่มแรกของการเรียนรู้ ซึ่งอาจได้รับมาจากผู้ปกครอง สิ่งแวดล้อมภายในครอบครัวหรือจากสังคม สิ่งแวดล้อมทั่วไป เช่น การรักษาความสะอาดของปากและฟันในเด็ก เริ่มตั้งแต่บิดา มารดาจะเป็นคนจัดเตรียมอุปกรณ์ เช่น แปรงสีฟัน ยาสีฟัน พร้อมทั้งสอนวิธีการแปรงฟัน อาจทำให้ดูเป็นตัวอย่าง ให้เด็กเลียนแบบและทำตาม ต่อมาเด็กก็จะพัฒนาการเรียนรู้และฝึกฝนทักษะของตนเอง โดยที่มีบิดามารดาคอยตักเตือนให้แปรงฟันอย่างถูกวิธีและสม่ำเสมอ เด็กจะพัฒนามาเรื่อยๆจนเป็นนิสัย เมื่อโตขึ้น

2. ปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling Factors) ได้แก่ สภาพแวดล้อม และกิจกรรมต่างๆ ที่เอื้ออำนวย ให้แต่ละบุคคลได้มีโอกาสกระทำการเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างพอเพียงเหมาะสม และต่อเนื่องจนกระทั่งเกิดการพัฒนามาเป็นทักษะและพฤติกรรมอย่างถาวร เช่น การจัดให้นักเรียนทุกคนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการและรับผิดชอบ โครงการสุขภาพในโรงเรียนตามระดับความรู้ความชำนาญ ที่จะปัจจัยสำคัญที่จะปลูกฝังหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นได้ โดยมีปัจจัยอื่น ๆ เป็นแรงเสริม

3. ปัจจัยสนับสนุน (Reinforcing Factors) ซึ่งได้แก่ตัวบุคคลต่าง ๆ ในครอบครัว ในโรงเรียน และสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งมีบทบาทในการสั่งสอน อบรม แนะนำชักจูง ควบคุมดูแล กระตุ้นเตือน ที่จะเสริมสร้างให้กระทำหรือการตัดสินใจปฏิบัติในสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพด้วยตนเอง โดยได้รับแรงโน้มน้าวและกำลังสนับสนุนจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น แสดงท่าทีรักใคร่เอ็นดู เมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง หรือการให้คำชมเชยเมื่อเด็กคืบคลานหมดแก้ว หรือรับประทานผักสดได้

การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้ผู้พิการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยไม่รู้สึกลำบากว่าเป็นภาระของญาติ ครอบครัว สังคม แต่การได้รับการส่งเสริมสุขภาพจากนักส่งเสริมสุขภาพแต่เพียงอย่างเดียว ก็อาจไม่ช่วยให้ผู้พิการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การที่ผู้พิการมีส่วนร่วมในการที่จะเรียนรู้ในเรื่องของพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จะเป็นการส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าเพราะเรื่องของสุขภาพไม่มีใครรู้ดีเท่ากับบุคคลที่เป็นเจ้าของร่างกายเอง การวิจัยนี้จึงนำการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการฟื้นฟูสภาพโดยให้ผู้พิการเรียนรู้ด้วยตนเองกับเหล่าผู้พิการด้วยกัน จากนั้นญาติ ผู้ดูแลรวมถึงอาสาสมัครประจำหมู่บ้านจะได้เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อเป้าหมายคือ ให้ผู้พิการมีพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจดีขึ้น

4. ทฤษฎีการเรียนรู้และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

4.1 ความหมายของการเรียนรู้

Good (1998) ให้ความหมายของการเรียนรู้ ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองหรือพฤติกรรมอันเนื่องมาจากบางส่วน หรือทั้งหมดของมวลประสบการณ์

Klein (1991) ให้ความหมายของการเรียนรู้ว่า เป็นกระบวนการของประสบการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวร ซึ่งการเปลี่ยนพฤติกรรมนี้ไม่ได้มาจากวุฒิภาวะหรือสัญชาตญาณ

กล่าวโดยสรุป การเรียนหมายถึงกระบวนการอันซับซ้อนที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคล ทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา และด้านอารมณ์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้เป็นผลอันเนื่องมาจากมวลประสบการณ์ (อ้างในถนิมพันธ์ อรุณกิจ, 2544)

ในงานวิจัยนี้การเรียนรู้มีส่วนสำคัญ เนื่องจากปัญหาที่ทำให้ผู้พิการมีพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ไม่ดีส่วนหนึ่งมาจากการขาดความรู้ทั้งในเรื่องของการดูแลตนเอง การบริโภคอาหาร การฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงความรู้ด้านโภชนาการ เมื่อได้รับประสบการณ์ด้านการเรียนรู้จะทำให้เกิดความสนใจ ความเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม

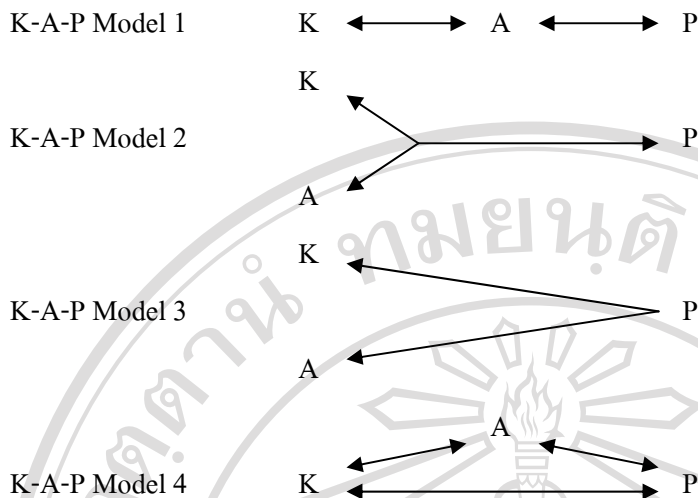
4.2 ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเรียนรู้

Bloom (1984) ได้แบ่งพฤติกรรมการเรียนรู้ออกเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ด้านความรู้/พุทธิปัญญา (Cognitive Domain) หมายถึง สิ่งที่แสดงให้รู้ว่าคุณคนนั้นรู้
คิดเกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับความรู้ ความจำ ข้อเท็จจริง
2. ด้านเจตคติ (Affective Domain) หมายถึง สภาวะทางด้านจิตใจของบุคคลเกี่ยวกับ
สุขภาพ เกี่ยวข้องกับความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ ไม่ชอบ การให้คุณค่า
3. ด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) หมายถึง สิ่งที่บุคคลปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ
เป็นการปฏิบัติที่แสดงออกมา และสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ เช่น การเลือกรับประทานอาหาร
การพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น (อ๋างในถนินันท์ อรุณกิจ, 2544)

Schwartz (1975) กล่าวถึงรูปแบบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเรียนรู้ทั้ง 3 ด้าน คือ
ด้านพุทธิพิสัย เจตพิสัย และทักษะพิสัย (Knowledge-Attitudes-Practices KAP Model) พบว่ามี
ความสัมพันธ์กันใน 4 ลักษณะ (แผนภูมิ 3)

- รูปแบบที่ 1 : ความรู้มีความสัมพันธ์กับเจตคติซึ่งส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ
- รูปแบบที่ 2 : ความรู้ และเจตคติมีความสัมพันธ์กันและทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา
- รูปแบบที่ 3 : ความรู้ และเจตคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และเจตคติ
ไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน
- รูปแบบที่ 4 : ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม มีเจตคติเป็นตัวกลาง
ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา



แผนภาพ 2.1 รูปแบบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเรียนรู้

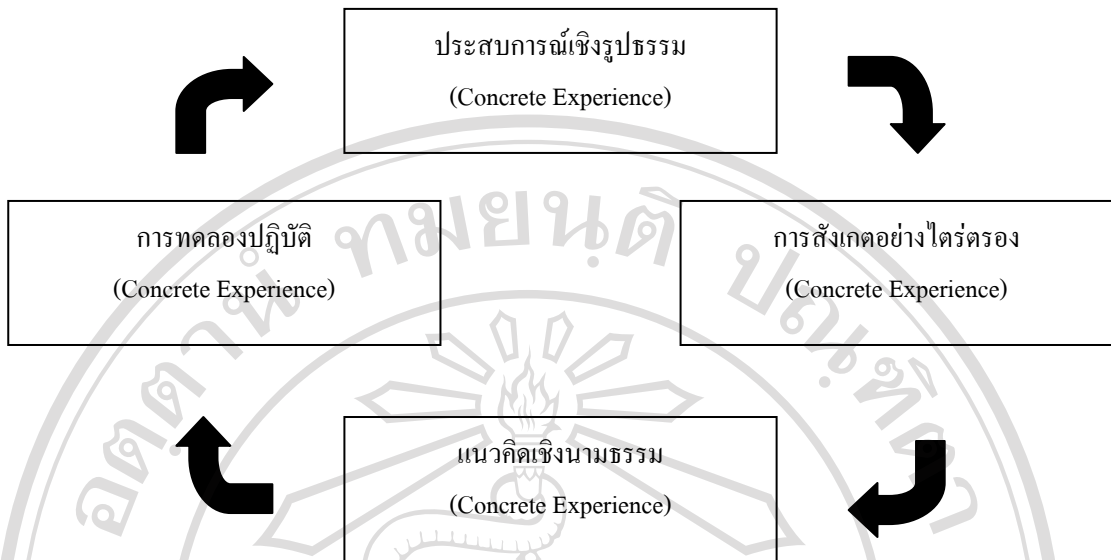
ที่มา : Knowledge-Attitudes-Practices Model จาก Nancy E Schwart, 1975, p.30

รูปแบบความสัมพันธ์เหล่านี้ สามารถนำมาใช้ในงานวิจัยเพื่อที่จะสามารถดูความสัมพันธ์และค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นตามกระบวนการทั้ง 4 รูปแบบโดยบางคนอาจเกิดขึ้นเพียงรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง หรือหลายรูปแบบก็ได้

4.3 การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)

กลุ่มนักปรัชญาการศึกษา (1980) ได้เริ่มใช้วิธีการเรียนรู้จากการกระทำ (Learning by Doing) ซึ่งเป็นพื้นฐานการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ที่ดึงความสามารถของผู้เรียนออกมาในรูปของการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ (Active Learning) ผู้เรียนจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอนมากขึ้น ผู้สอนกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดแก้ปัญหามากขึ้นและยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน

ในทศวรรษที่ 80 ได้มีการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ (Learning Process) รูปแบบใหม่ที่เรียกว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) David A. Kolb ได้เสนอว่าประสบการณ์เป็นแหล่งของการเรียนรู้ และการพัฒนาตามรูปแบบของโคลด์ (Kolb's Model) เป็นวงจรของการเรียนรู้ ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ประสบการณ์เชิงรูปธรรม การสังเกตอย่างไตร่ตรอง มโนทัศน์เชิงนามธรรม และการทดลองปฏิบัติ จากองค์ประกอบดังกล่าว เขียนเป็นวงจร (แผนภูมิ 2) ตามแนวคิดของโคลด์ มุ่งสอนให้ผู้เรียน เรียนเพื่อเรียนรู้ (Learn to Learn) เนื่องจากมีจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้ คือ ให้นักเรียนได้พัฒนาความสามารถจากองค์ประกอบหลักทั้ง 4 องค์ประกอบ ซึ่งจะพัฒนาให้ผู้เรียน เกิดการคิดที่ซับซ้อน มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เข้าใจในเนื้อหาความรู้ มีความสามารถในการแก้ปัญหา และสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ในการทำงานได้ง่ายขึ้น



แผนภาพ 2.2 วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามรูปแบบของโคลบ์

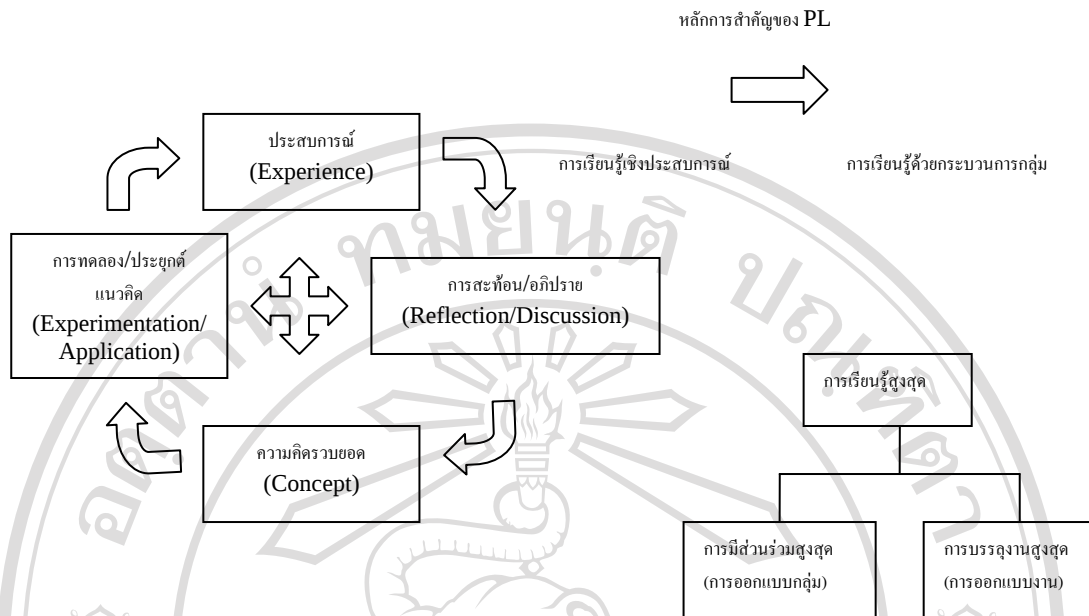
ที่มา : Kolb's Model จาก David A. Kolb, 1991

จากแนวคิดของโคลบ์นี้ ต่อมา นักการศึกษาและนักฝึกอบรมได้นำรูปแบบนี้ไปใช้ในการสอนและฝึกอบรมต่างๆ ซึ่งการเรียนรู้ที่ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมและยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางนั้นมีหลายชื่อ เช่น การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) การเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม (Prior Learning) และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ในงานวิจัยนี้ได้นำการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยมุ่งให้ผู้พิการเรียนรู้เพื่อรู้ และสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ในการแก้ไขปัญหา และสามารถนำไปใช้ได้ในการดำเนินชีวิต

4.4 หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) เป็นการเรียนรู้ที่ D.J. Nicole นักฝึกอบรมเชื่อว่าเป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ได้ดีที่สุด โดยผ่านการสังเคราะห์ จากผลการศึกษาวิจัยรูปแบบการเรียนรู้หลายรูปแบบ (Meta Analysis) จนได้โครงสร้างพื้นฐานของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย หลักการเรียนรู้พื้นฐาน 2 อย่าง ดังแผนภูมิ 3

1. การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning)
2. กระบวนการกลุ่ม (Group Process)



แผนภาพ 2.3 หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545, Kolb DA, Rulin IM, Osland Js,

Organizational Behavior : an Experiential Approach. Fifth ed. Engleweed : Pretice Hall, 1991

ในงานวิจัยนี้จะอยู่ในช่วงของการบรรลุงานสูงสุด คือกลุ่มตัวอย่างจะมีส่วนร่วมสูงสุดในการจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีญาติ อสม. และผู้พิการที่มารับการฟื้นฟูในศูนย์ เข้าร่วมในโปรแกรม ตั้งแต่ 1.) การค้นหาปัญหาจากประสบการณ์ทั้งประสบการณ์ของผู้พิการที่ประสบผลสำเร็จจากการมีการดูแลเองที่ดี กับประสบการณ์ของผู้พิการที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง จากนั้น 2.) อภิปรายสะท้อนปัญหาที่เกิดขึ้น 3.) นำมาสรุปความคิดรวบยอด ญาติ และ อสม. จะช่วยในการวิเคราะห์และหาแนวทางที่ต้องการ จากนั้นเจ้าหน้าที่จะมีบทบาทในการให้ความรู้ในเรื่องของความพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้พิการ และ 4.) เมื่อได้ความรู้และทราบถึงกระบวนการร่วมกันแล้วจะร่วมกันทำสื่อในการช่วยจำทำออกกำลังกาย(การออกแบบงาน) เพื่อการบรรลุงานสูงสุด มีการติดตามประเมินความรู้ ความสามารถ การช่วยเหลือโดยการสอนกลุ่ม การชี้แนะ สนับสนุนให้กำลังใจในการพัฒนาความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และมีส่วนร่วมในการประเมินวัดผลของกิจกรรม

4.5 การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning)

1. ความหมายของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

Johnson ให้ความหมายของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ว่ามาจากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ (Action Theory) อาศัยประสบการณ์เดิมของผู้เรียน และปรับเปลี่ยนให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้ 3 ประการ คือ 1) ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของความรู้ 2) ผู้เรียนมีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ และ 3) ประสบการณ์เดิมของผู้เรียนเกิดการขยายตัวในด้านทักษะอย่างกว้างขวาง

2. หลักการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอาศัยหลักการเรียนรู้ที่ชี้ให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางโดยให้ผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม โดยมีหลักสำคัญ 5 ประการ คือ

1. เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์เดิมของผู้เรียน
2. ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ทำทนายอย่างต่อเนื่องและการเรียนรู้แบบเข้าร่วมกิจกรรม
3. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียน
4. ปฏิสัมพันธ์ที่มีทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่มีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง
5. มีการสื่อสารด้วยการพูดหรือการเขียนเป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้

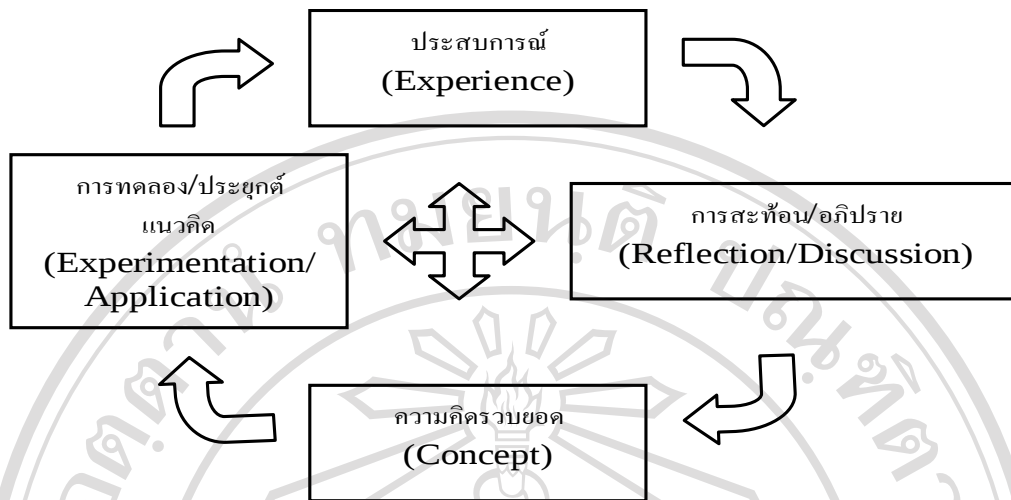
3. องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

Kolb (1991) กล่าวว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้

- 3.1 ประสบการณ์ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนนำประสบการณ์เดิมของตนมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้
- 3.2 การสะท้อนความคิดและอภิปราย ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสแสดงออกเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างลึกซึ้ง

3.3 ความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด ผู้เรียนเกิดความเข้าใจและนำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอด อาจเกิดขึ้นโดยผู้เรียนเป็นฝ่ายริเริ่ม แล้วผู้สอนช่วยเติมแต่งให้สมบูรณ์ หรือในทางกลับกันผู้สอนเป็นผู้นำทางและผู้เรียนประสานต่อจนเกิดความคิดนั้นสมบูรณ์เป็นความคิดรวบยอด

3.4 การทดลองหรือประยุกต์แนวคิด ผู้เรียนนำเอาสารที่เรียนรู้และเกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ในลักษณะ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ จนเกิดเป็นแนวทางปฏิบัติของผู้เรียนเอง



แผนภาพ 2.4 วงจรและทิศทางขององค์ประกอบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้ง 4 ประการ จะเป็นไปอย่างพลวัตร (Dynamic) คือ จะอยู่ไม่นิ่ง โดยอาจจะเริ่มต้นจากจุดใดจุดหนึ่งและเคลื่อนย้ายไปมาระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ดังนั้นในแง่ของการเรียนการสอนจึงอาจเริ่มต้นที่จุดใดก่อนก็ได้ แต่ที่สำคัญต้องจัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้ครบทุกองค์ประกอบ

4.6 กระบวนการกลุ่ม (Group Process)

ชวลิตดา ขวัญเมือง (2541, อ้างใน กาญจนา ไชยพันธ์, 2549) ได้ให้ความหมายของ กระบวนการกลุ่ม หมายถึง กระบวนการที่ช่วยให้นักเรียนได้มีพัฒนาการในด้านทัศนคติ ค่านิยม และพฤติกรรมที่บกพร่องเป็นปัญหาควรแก้ไขโดยกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ จึงเป็นวิธีการเปิดโอกาสให้นักเรียนเข้าใจความต้องการของตนเองและของผู้อื่น จากการสัมผัสด้วยการปฏิบัติจนเกิดการค้นพบสิ่งที่ต้องการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์ต่อการปฏิบัติตนในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น

ชญญา อภิบาลกุล (2542, อ้างใน กาญจนา ไชยพันธ์, 2549) กลุ่มสัมพันธ์ คือ การศึกษาเรื่องเกี่ยวกับกลุ่มคนเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในเรื่องทัศนคติ พฤติกรรม และความสัมพันธ์ของคนและกลุ่มอันจะเป็นประโยชน์ต่อความเป็นอยู่ และการทำงานร่วมกันของกลุ่มคนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม สมาชิกกลุ่ม ได้ร่วมทำกิจกรรมสิ่งใดสิ่งหนึ่งในกลุ่มโดยกิจกรรมนั้นได้พิจารณาไตร่ตรองแล้วว่าเหมาะสมกับสมาชิกกลุ่ม ก่อให้เกิดการเรียนรู้และสามารถนำสิ่งที่ได้รับภายในกลุ่มมาแก้ไข ประยุกต์ใช้ใน ชีวิตประจำวันให้ไปในทางที่ถูกต้อง เหมาะสม นอกจากนั้นการรวมกลุ่มเพื่อแก้ไขปัญหาหนึ่งจะส่งผลไปสู่การรู้จักตนเอง รู้จักการทำงานร่วมกับผู้อื่นให้เป็นไปได้ด้วยดีอีกด้วย

จุดมุ่งหมายของกระบวนการกลุ่ม ถวิล ชาราโกชน์ (2522, อ้างใน กองสุกศึกษา, 2540)

1. เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะสำคัญของกระบวนการกลุ่ม
2. เพื่อให้เข้าใจถึงหลักวิธีการในการทำงานของกลุ่ม
3. เพื่อให้รู้จักแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน อันเป็นแนวทางต่างๆของการแก้ปัญหาของกลุ่ม
4. เพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น ซึ่งเป็นการสร้างความสัมพันธ์อันดีในการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม
5. เพื่อให้บุคคลได้เสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพของตนเองให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
6. เพื่อให้ได้นำเอาสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ในกระบวนการกลุ่ม นำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

ประโยชน์ของกระบวนการกลุ่ม

ในการทำกระบวนการกลุ่มนั้น (วินิจ เกตุขำ, 2522, อ้างใน ครุณี แปงทิศ, 2545) ได้สรุปประโยชน์ไว้ดังนี้

1. ผลงานที่กลุ่มสร้างออกมา (Product)
 2. กระบวนการทำงานของกลุ่ม (Process) ซึ่งมีดังนี้
 - 2.1 ประโยชน์ในด้านพัฒนาการ (Development Values)
 - 2.2 สนองความต้องการพื้นฐาน เช่น ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกกลุ่ม สร้างความอบอุ่นใจแก่สมาชิก เกิดความมั่นใจ
 - 2.3 ความต้องการความปลอดภัย
 - 2.4 ความต้องการยอมรับจากหมู่คณะ
 3. การสร้างพัฒนาการด้านอารมณ์และสังคม ทำให้สมาชิกได้รู้จักปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ในสังคม การควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์
 4. การพัฒนาด้านทัศนคติ การแก้ไขปัญหามุ่งเน้นที่จะพัฒนา ด้านทัศนคติที่ดีจึงจะทำให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ช่วยให้ผู้ใดได้พัฒนาตนเอง
- ความแตกต่างของกลุ่มลักษณะต่าง ๆ (อุบล นิวัติชัย, 2537)

1. กลุ่มผู้ให้ความรู้ ผู้ให้ข้อมูล วัตถุประสงค์ของกลุ่ม เป็นการให้ความรู้ คำแนะนำ หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง การดูแลตนเองและสุขภาพมักไม่อาศัยกระบวนการกลุ่ม และหลักทางจิตวิทยามากนัก เพราะผู้บอกมักจะได้รับความเชื่อถืออยู่ และสมาชิกกลุ่ม ก็พร้อมจะปฏิบัติตามอยู่แล้ว ลักษณะของกลุ่มนี้จะใช้ประโยชน์เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ เมื่อสมาชิกเข้าใจปัญหาของตนเองอยู่แล้วว่าขาดความรู้ ขาดข้อมูล

2. กลุ่มบำบัดหรือการปรึกษาปัญหาแบบกลุ่ม วัตถุประสงค์ของกลุ่มเป็นการพัฒนาสมาชิกในด้านการคิดแก้ปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเองโดยมีพื้นฐานความเชื่อที่ว่าคนแก้ปัญหาตนเองได้ แต่เนื่องจากมีอารมณ์ ความกังวลหรือขาดประสบการณ์ ทำให้ดูเหมือนว่าแก้ไขไม่ได้ กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกรู้จักตัวเองได้มองเห็นปัญหาและแลกเปลี่ยนวิธีการแก้ไขปัญหาของตนกับกลุ่มได้พัฒนาความมั่นใจที่จะกระทำพฤติกรรมสุขภาพใหม่ ๆ ที่เขาต้องการ ตลอดจนประทับใจซึ่งกันและกัน กลุ่มลักษณะนี้ผู้นำกลุ่มจะต้องอาศัยความเข้าใจเรื่องกระบวนการกลุ่ม และทักษะในการเอื้อสมาชิกได้พัฒนาตนเองในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และอาศัยความเต็มใจของสมาชิกที่จะมีส่วนร่วมด้วย

3. กลุ่มจิตบำบัดหรือกลุ่มเพื่อการรักษาบำบัด ผู้ที่มีความบกพร่องทางจิต วัตถุประสงค์ของกลุ่มเป็นการรักษาความเสื่อมหน้าที่ของจิตใจ บุคลิกภาพ และกลุ่มลักษณะนี้อาศัยความชำนาญเฉพาะของผู้นำกลุ่มที่จะวินิจฉัยปัญหา ระบุปัญหาโดยพิจารณาจากประวัติในอดีตที่นำมาสู่ความยุ่งยากทางอารมณ์ การเสียน้ำตาในชีวิตประจำวัน กระบวนการกลุ่มไม่เน้นประสบการณ์ร่วมของสมาชิก แต่ขึ้นกับผลการวินิจฉัยปัญหา หรือความเจ็บป่วยความผิดปกติต่าง ๆ

การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มเป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญ ซึ่งกระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุดและทำให้บรรลุงานสูงสุด (แผนภูมิ 5)

กระบวนการกลุ่ม



การเรียนรู้สูงสุด



การมีส่วนร่วมสูงสุด + การบรรลุงานสูงสุด

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

ที่มา : จากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545

All rights reserved

1. การมีส่วนร่วมสูงสุด (Maximum Participation)

การมีส่วนร่วมสูงสุดของผู้เรียนขึ้นอยู่กับกรอบแบบกลุ่ม มีตั้งแต่กลุ่มเล็ก 2 คน จนกระทั่งกลุ่มใหญ่ ซึ่งกลุ่มแต่ละประเภทมีข้อดีและข้อจำกัดต่างกัน ผู้เรียนทุกคนควรมีส่วนร่วมในทุก

กิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบ ดังนั้นผู้สอนควรพิจารณาออกแบบกลุ่มให้เหมาะสมกับผู้เรียนและ กิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้ กลุ่มแต่ละประเภทมีข้อบ่งชี้และข้อจำกัด

การที่ผู้สอนออกแบบกลุ่มที่หลากหลายให้ผู้เรียนได้ทำกิจกรรมในแต่ละชั่วโมงสอนจะทำให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้ตามลักษณะกลุ่มแต่ละประเภท การทำกิจกรรมกลุ่มช่วยให้ผู้เรียน มีโอกาสแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้ดีมาก มีการเคลื่อนไหวในการเรียนรู้ ตลอดเวลา ทำให้ผู้เรียนมีความตื่นตัวในการเรียนรู้และมีความสนใจอย่างต่อเนื่อง

2. การบรรลุงานสูงสุด (Maximum Performance)

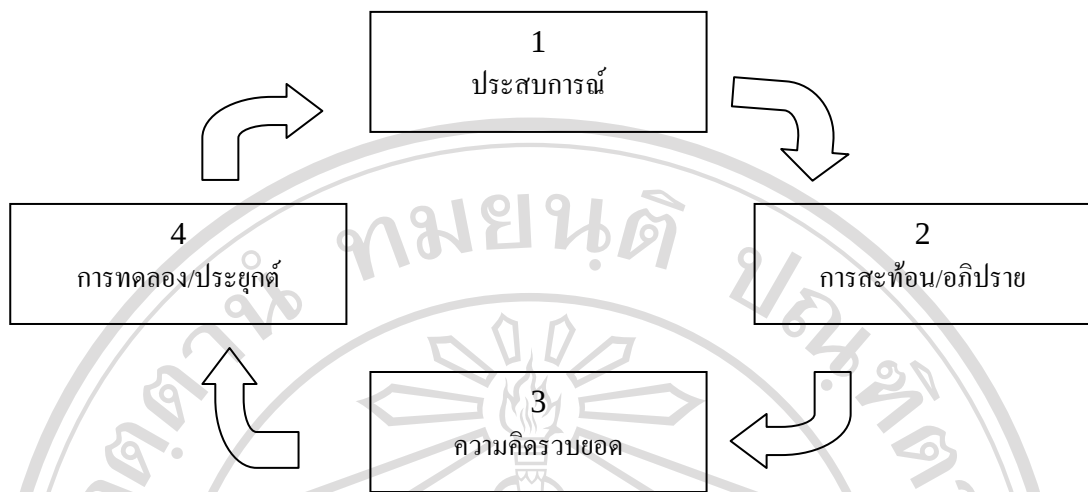
จากประเภทของกลุ่มชนิดต่างๆ จะเห็นว่า แม้ผู้เรียนจะได้มีส่วนร่วมมาก แต่ยังมีข้อจำกัด อยู่บ้าง เช่น ต้องใช้เวลามาก ขาดความลึกซึ้งหรือความหลากหลายในประเด็นอภิปรายสิ่งเหล่านี้ เป็นหัวใจสำคัญของการบรรลุงานสูงสุด ซึ่งเราสามารถกำหนดได้จากการออกแบบงานให้เกิดการ บรรลุงานสูงสุด โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญของการกำหนดงาน ดังนี้

1. กำหนดกิจกรรมให้ชัดเจนว่าจะแบ่งกลุ่มอย่างไร เพื่อทำอะไร ใช้เวลามากน้อยแค่ไหน
2. กำหนดบทบาทของสมาชิกในกลุ่มให้ชัดเจน
3. กำหนดโครงสร้างของงานที่ชัดเจน บอกรายละเอียดของกิจกรรมและบทบาท เป็นกำหนดการที่ผู้สอนแจ้งแก่ผู้เรียนโดยทำเป็นใบงานหรือใบชี้แจง ดังนี้
 - 3.1 ใบงานเป็นข้อความกำหนดงานที่มีรายละเอียด เพื่อให้ผู้เรียนในกลุ่มทำงานได้ สำเร็จ ผลงานที่ได้จากการทำงานตามใบงานจะเป็นข้อสรุปที่มีความลึกซึ้ง เป็นไปตามประเด็นที่ผู้สอน ต้องการ ใบงานใช้มากในกิจกรรมองค์ประกอบสะท้อน/อภิปราย และการทดลอง/ประยุกต์แนวคิด และมีผลอย่างมากต่อการที่ผู้เรียนจะทำงานได้สำเร็จในเวลาที่กำหนด และตรงตามวัตถุประสงค์
 - 3.2 ใบชี้แจง เป็นคำชี้แจงในการทำกิจกรรมกลุ่ม มีรายละเอียดไม่มากนักจึงไม่ต้องทำ เป็นใบงาน ผู้สอนอาจเขียนกระดานให้ผู้เรียนอ่านพร้อมกัน ใช้มากในองค์ประกอบประสบการณ์ หรือประยุกต์แนวคิด

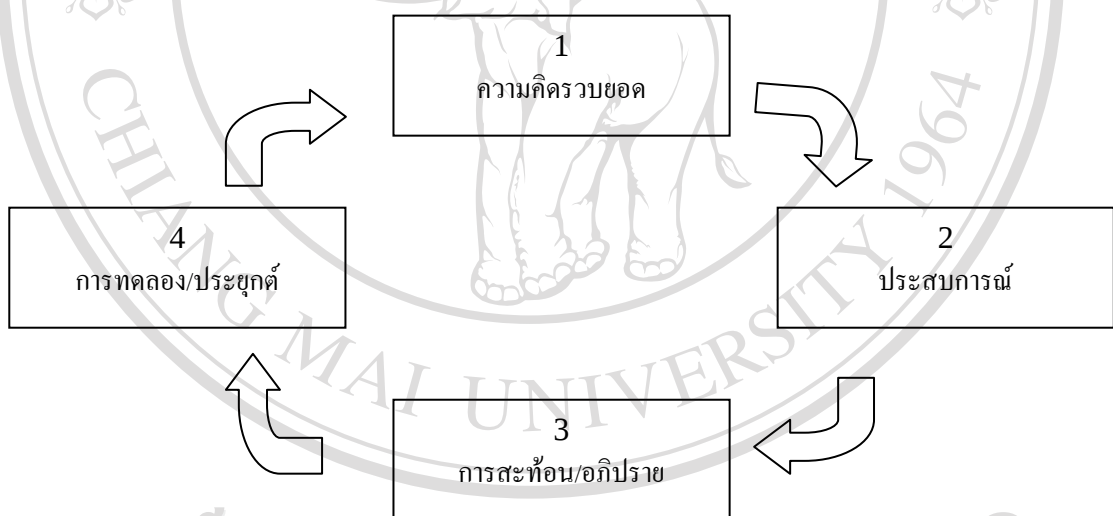
ในงานวิจัยนี้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบในหลายกลุ่ม บางช่วงเป็นกลุ่มใหญ่หลายคน แต่ถ้า ต้องการให้มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ก็จะใช้เป็นกลุ่มย่อยเพื่อให้ผู้มีการมีส่วนร่วมตามลักษณะ กลุ่ม มีโอกาสแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีความสนใจต่อเนื่อง

4.7 หลักการสอนความรู้แบบมีส่วนร่วม

สอนความรู้ที่ใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยสร้างพื้นฐานและเป็นองค์ประกอบ ร่วมทั้งหมด นั่นก็คือ ความคิดสร้างสรรค์ และความคิดวิเคราะห์วิจารณ์ ลักษณะเฉพาะการสอน ความรู้ ที่ยึดหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ได้เริ่มจากองค์ประกอบ ประสบการณ์ หรือความคิดรวบยอด ดังแผนภูมิ



แผนภาพ 2.6 การอบรมด้านพุทธพิสัยโดยเริ่มจากองค์ประกอบของประสบการณ์



แผนภาพ 2.7 การอบรมด้านพุทธพิสัยโดยเริ่มจากองค์ประกอบความคิดรวบยอด

การอบรมด้านพุทธพิสัยโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทั้ง 4 องค์ประกอบ สามารถจัดกิจกรรมแต่ละองค์ประกอบดังนี้

ประสบการณ์ ผู้สอนจัดกิจกรรมให้ผู้เรียนได้นำเสนอความรู้ที่แต่ละคนมี อาจใช้การจับคู่พูดคุยกันในระยะเวลาสั้น ๆ แล้วผู้สอนสุ่มถามแต่ละคู่ การให้ผู้เรียนได้นำเสนอความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับเนื้อหาที่ผู้สอนจะสอนจะช่วยให้ผู้สอนได้ทราบถึงความรู้ หรือประสบการณ์เดิมของผู้เรียนซึ่งจะเป็นประโยชน์ในองค์ประกอบต่อไป

ความคิดรวบยอด จากประสบการณ์ที่ผู้เรียนนำเสนอผู้สอนสามารถสรุปเป็นแนวคิดรวบยอด และบรรยายเพิ่มเติม แต่ถ้าผู้สอนเริ่มต้นด้วยการบรรยายความคิดรวบยอด อาจจะบรรยายไปบางส่วน แล้วให้ผู้เรียนได้นำเสนอประสบการณ์ แล้วสรุปความคิดรวบยอดทั้งหมด ทุกครั้งที่ให้ผู้เรียนนำเสนอ ประสบการณ์ ผู้สอนต้องสรุปและเชื่อมโยงประสบการณ์นั้น กับความคิดรวบยอดด้วย

การสะท้อน/อภิปราย จากเนื้อหาความรู้ที่ผู้เรียนได้รับไปแล้วผู้สอนสามารถจัดกิจกรรม เพื่อให้ผู้เรียนได้เข้าใจเนื้อหายิ่งขึ้น และเพื่อเป็นการเตรียมความรู้ในการนำไปใช้ ผู้สอนอาจใช้ ใบงานกำหนดกลุ่มผู้เรียนและกิจกรรมให้อภิปรายในประเด็นสำคัญของความรู้

ตาราง 2.1 แผนการอบรมความรู้แบบมีส่วนร่วม

องค์ประกอบของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	ลักษณะเฉพาะของการสอนความรู้แบบมีส่วนร่วม
ประสบการณ์ จับคู่สะท้อนความคิดและ อภิปราย กลุ่มย่อย 5-6 คน	ตั้งคำถามจากประสบการณ์เดิมของผู้เรียน ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความรู้ เพื่อสร้างความรู้ ตามงานที่ได้รับมอบหมาย
ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่	การบรรยาย (โดยผู้สอนหรือสื่อ) การรายงาน ผลงานกลุ่มหรือบูรณาการความรู้ของกลุ่มย่อย โดยการอภิปรายในกลุ่มใหญ่
ประยุกต์แนวคิด กลุ่มย่อย 5-6 คน	ผู้เรียนได้ทำกิจกรรมที่ประยุกต์ความรู้ที่เกิดขึ้น เช่น เขียนคำขวัญจัดบอร์ด ทำรายงาน เขียน เรียงความ หรือแนวทางปฏิบัติของตนเอง

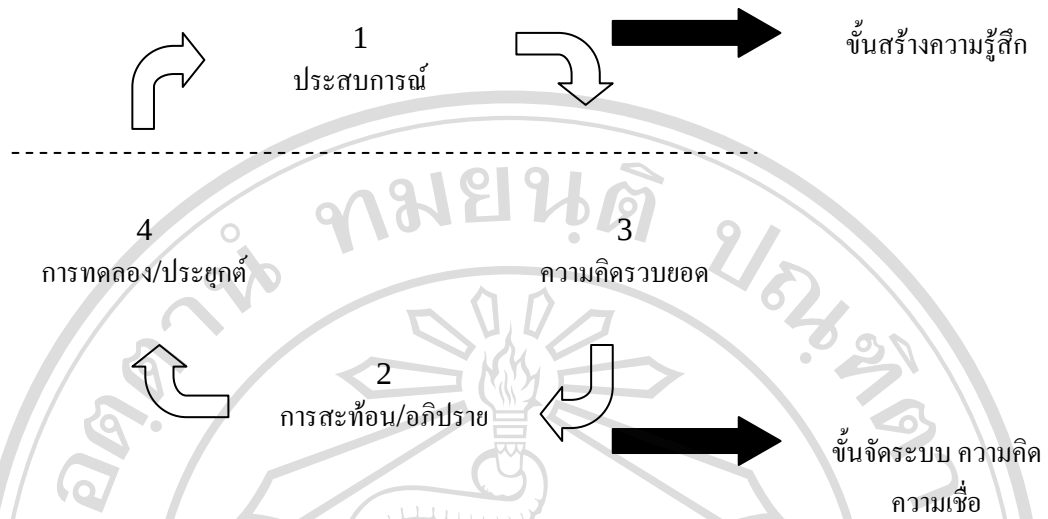
ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545

ในงานวิจัยได้นำกระบวนการทั้งสี่ขั้นตอนโดยในขั้นประสบการณ์ก็อาจให้ผู้คุยถึง ประสบการณ์เกี่ยวกับเนื้อหาหรือประสบการณ์เดิมจากนั้นนำประสบการณ์สรุปเป็นความคิดรวบยอด ให้เชื่อมโยงจากนั้นจะนำเนื้อหาที่ผู้ฝึกการได้รับมาจัดเป็นกิจกรรมให้เข้าใจเนื้อหามากยิ่งขึ้น

4.8 การสอนด้านเจตคติแบบมีส่วนร่วม

การสอนด้านเจตคติ (Attitude) เป็นการปรับเปลี่ยนหรือเสริมสร้างให้ผู้เรียนมีความรู้สึกรัก ความคิด ความเชื่อต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างเจตคติที่ดีของบุคลากรให้มี ต่อองค์กร งานที่ปฏิบัติเป็นสิ่งที่จำเป็น เพราะถ้าบุคลากรมีเจตคติที่ดีต่องานแล้ว แนวโน้มที่จะ เกิดพฤติกรรมที่ดี ย่อมเกิดขึ้นได้ไม่ยาก

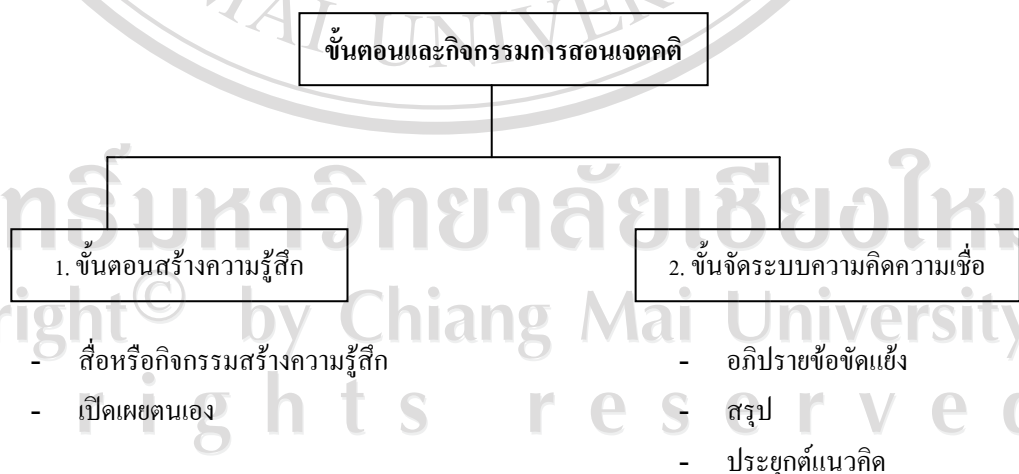
การจัดการฝึกอบรมเจตคติสามารถใช้กระบวนการเรียนรู้ประสบการณ์ทั้ง 4 องค์ประกอบตามขั้นตอนตามแผนภูมิ 8



แผนภาพ 2.8 การอบรมด้านจิตพิสัยโดยเริ่มจากองค์ประกอบประสบการณ์

หลักการสอนเจตคติแบบมีส่วนร่วม

การสอนเจตคติจะมุ่งเน้นการสอนด้านเจตคติพิสัย ซึ่งมีองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ การสร้างความรู้สึกที่สอดคล้องกับเจตคติดังกล่าว และการจัดระบบความคิดความเชื่อ เมื่อนำมาสัมพันธ์กับหลักการทั่วไปของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การสอนจึงต้องมีทั้ง 2 องค์ประกอบ ดังแผนภูมิ 9



แผนภาพ 2.9 หลักการสอนเจตคติแบบมีส่วนร่วม

ที่มา : จากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541

แผนการอบรมเจตคติแบบมีส่วนร่วม

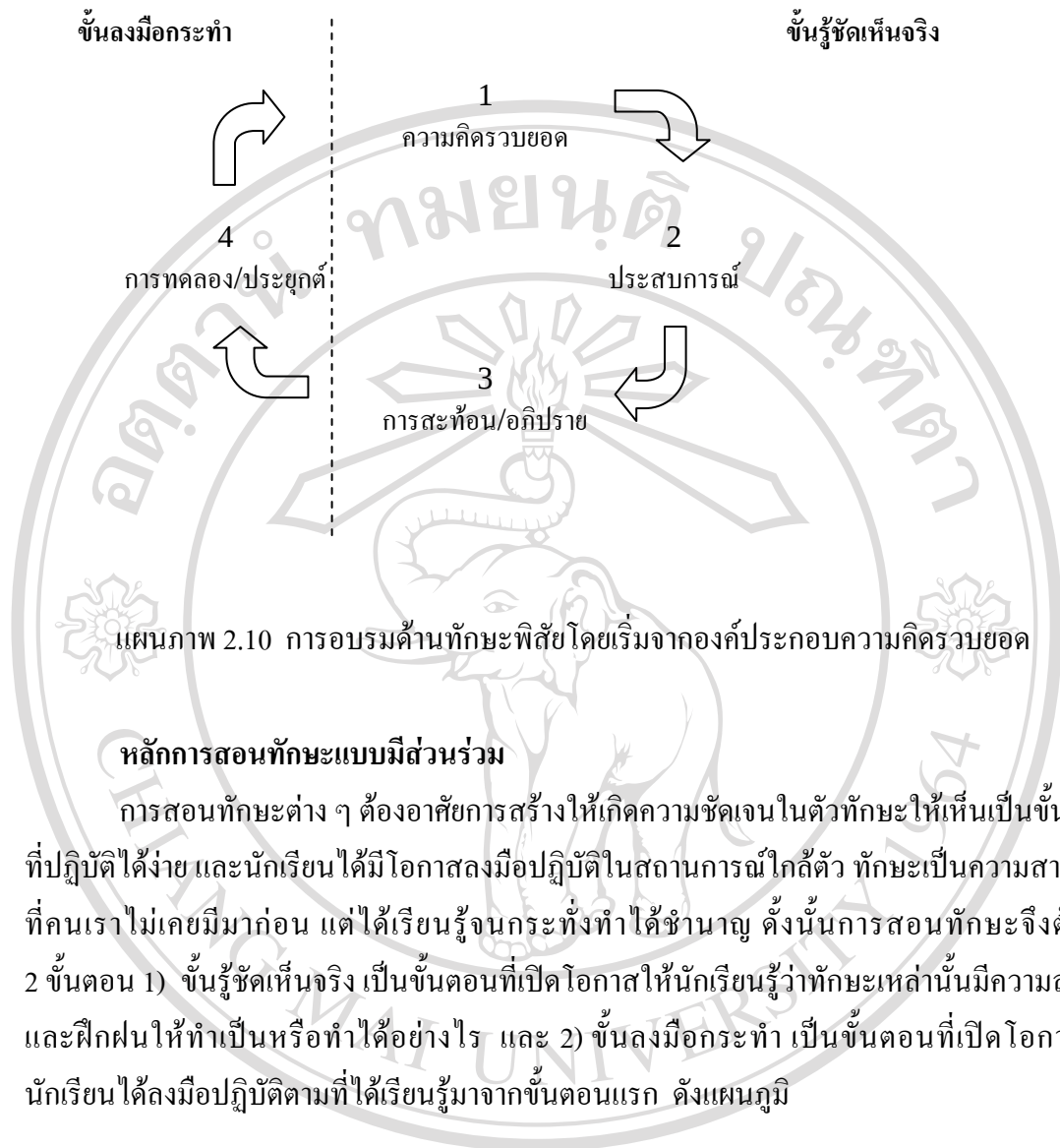
ตาราง 2.2 แผนการอบรมเจตคติแบบมีส่วนร่วม

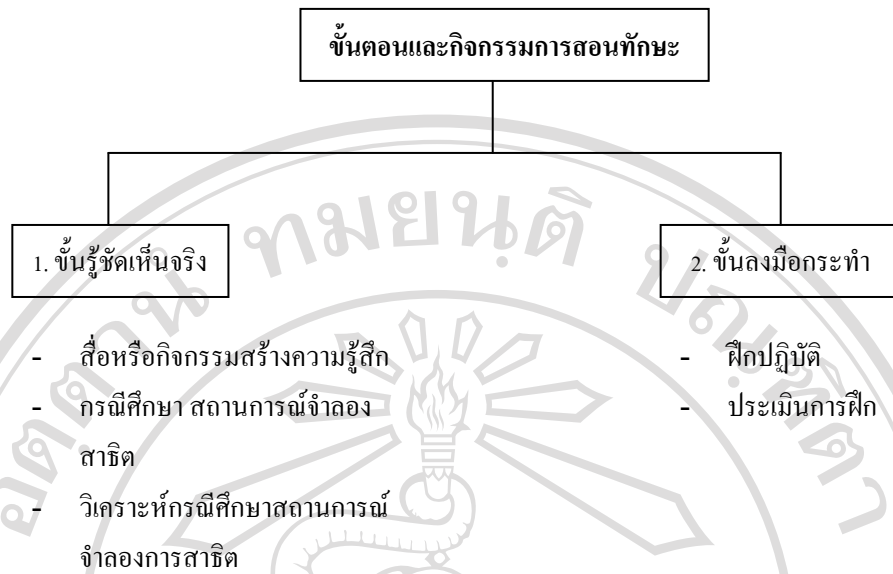
องค์ประกอบการเรียนรู้/กลุ่ม	กิจกรรม
ขั้นสร้างความรู้สึก ประสบการณ์ กลุ่มใหญ่	ผู้นำเสนอสื่อ/กิจกรรมเพื่อสร้างความรู้สึกให้ ผู้เรียนรู้สึกร่วมกับเรื่องที่นำเสนอ เช่น วิดีทัศน์ เพื่อสร้างความรู้สึกเห็นใจ ไม่รังเกียจ หรือเก ช่วยกันแก้ปัญหา ช่วยเหลือกัน
ขั้นจัดระบบความคิดความเชื่อ สะท้อนความคิด/ อภิปราย กลุ่มย่อย 5-6 คน ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่	ผู้สอนแบ่งกลุ่มผู้เรียนให้แต่ละกลุ่มทำกิจกรรม ตามใบงาน คืออภิปรายประเด็นที่ทำให้เกิด ความคิดเห็นหรือความรู้สึกที่แตกต่างกัน ตัวแทนกลุ่มย่อยแต่ละกลุ่มนำเสนอผลการ อภิปราย ซึ่งจะได้ความคิด ความเชื่อและ ความรู้สึกที่หลากหลาย วิทยากรสรุปสิ่งที่ได้ จากกลุ่มย่อยและกลุ่มบทความเพิ่มเติม
ทดลอง/ประยุกต์ กลุ่มย่อย 5-6 คน	ผู้เรียนแต่ละกลุ่มช่วยกันทำกิจกรรมที่เป็นการ ประยุกต์ความคิดรวบยอดของเจตคติที่เกิดขึ้น เช่น ช่วยกันเขียนคำขวัญเชิญชวน หรือรณรงค์ การจัดบอร์ด การเขียนบทความเชิญชวนต่าง ๆ

ในงานวิจัยนี้จะจัดให้มีหลายกลุ่มผสมผสานเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้พิการ โดยดูตามความเหมาะสม และความเป็นไปได้ว่าในแต่ละกิจกรรมควรจะจัดกลุ่มแบบใด ประเภทใด

4.9 การอบรมด้านทักษะพิสัยแบบมีส่วนร่วม

ดังที่กล่าวมาแล้วในการสอนหรือการฝึกอบรม ผู้เรียนจะได้รับการพัฒนาทั้งด้านความรู้ เจตคติ และทักษะ ผสมผสานกันไปและบางครั้งอาจจะเน้นด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าอีก 2 ด้านตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร หรือวัตถุประสงค์เฉพาะของวิชานั้น ๆ ส่วนใหญ่หลักสูตรในการอบรม บุคคลากรเพื่อให้สามารถปฏิบัติงาน ได้มักจะเป็นการสอนให้เกิดทักษะซึ่งเป็นการสอนที่ผู้สอนต้องทำให้ผู้เรียนมีความเข้าใจอย่างชัดเจนในตัวทักษะ โดยทำเป็นขั้นตอนที่ปฏิบัติได้ง่ายและผู้เรียนได้มีโอกาสลงมือปฏิบัติในสถานการณ์ใกล้เคียง ซึ่งผู้สอนสามารถจัดกิจกรรมการสอนทักษะแบบมีส่วนร่วมที่ประกอบด้วยกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ทั้ง 4 องค์ประกอบ ดังนี้





แผนภาพ 2.11 หลักการสอนทักษะแบบมีส่วนร่วม
ที่มา : จากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้หลักการสอนทักษะแบบมีส่วนร่วมโดยมีขั้นตอนและกิจกรรมการสอนทักษะทั้งสองขั้น ทั้งขั้นรู้ชัดเห็นจริงจนถึงขั้นของการลงมือกระทำ เพื่อให้ผู้พิการได้ทั้งความรู้จากการเรียน การศึกษาจากกรณีศึกษา ได้ลงฝึกปฏิบัติรวมไปจนถึงได้ร่วมในการประเมินกิจกรรมและความสามารถของตนหลังได้รับกิจกรรม เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพฤติกรรมการณ์ตนเอง

จักรกฤษณ์ พิญาพวงศ์ (2541) ได้ศึกษารูปแบบความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยรวมของแรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยรวมของคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตพบว่า อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.001 ตามลำดับ

พิไลวรรณ ยอดประสิทธิ์ (2542) ศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มาตรวจรักษา ณ โรงพยาบาลเชิงราชประชาชน เคราะห์ จำนวน 60 คน เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน เข้าร่วมกิจกรรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองโดยรวม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหารเช้า การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการตรวจตามนัดดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองโดยรวม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหารเช้า การออกกำลังกาย และการรับประทานยา ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ด้านการตรวจตามนัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

มณฑิรา อินทะพันธ์ (2539) การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 2 ประการคือ ศึกษาพฤติกรรม的自我ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแออัดระแวก เขตเทศบาลนครเชียงใหม่ และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อหารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมต่อไป วิธีการศึกษาวิจัยเป็นวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ แหล่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญ คือ ผู้สูงอายุและผู้ให้ข้อมูลทั่วไปคือ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขสมาชิกในครอบครัว และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีแยกแยะข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ แล้วนำเสนอผลด้วยการบรรยายเชิงวิเคราะห์ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรม的自我ดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเมือง มีการดูแลสุขภาพตนเองดี เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุจะไม่ดูแลปฏิบัติตนอย่างไรเลย ปล่อยให้อาการของโรคหายไปเอง รักษาด้วยสมุนไพร บางครั้งใช้วิธีรักษาทางไสยศาสตร์ร่วมด้วย หรือหาซื้อยาแผนปัจจุบันรักษาโรค เมื่อมีอาการรุนแรงขึ้นจะไปพบแพทย์ตามสถานบริการสาธารณสุขหรือโรงพยาบาล ซึ่งผู้สูงอายุทุกคนได้รับบัตรสงเคราะห์ให้การรักษาพยาบาลฟรี หลังการเจ็บป่วยมีอาการหายเป็นปกติ ผู้สูงอายุจะปฏิบัติตนเหมือนกันกับการเจ็บป่วย คือ การเฝ้าระวังตนเองไม่ให้เกิดโรคขึ้นอีก เพื่อลดปัญหาภาระค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว พฤติกรรม的自我ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนมีส่วนสัมพันธ์กับบริบทของชุมชนและครอบครัว โดยเฉพาะระบบเครือญาติ เพื่อนบ้าน ภูมิปัญญาชาวบ้าน ขนบธรรมเนียมประเพณี แหล่งข่าวสารความรู้จากสื่อต่าง ๆ จากภายนอกและภายในชุมชน ทั้งโดยตรงและทางอ้อม ซึ่งสามารถส่งผลให้เกิดพฤติกรรม的自我ดูแลสุขภาพตนเองทั้งก่อนการเจ็บป่วย ระหว่างการเจ็บป่วยและหลังการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน

เรมวาล นันทสุภวัฒน์ (2524) ได้ทำการวิจัย เรื่องการประเมินการ自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า การประเมินการ自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยในด้านความรู้ทัศนคติและการยอมรับ

การปฏิบัติตนของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาการเป็นโรค มีความสัมพันธ์กับการดูแลของตนเอง

สุลี ทองวิเชียร และคณะ (2531) การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในวัยผู้สูงอายุ ที่ทำในกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองในระดับปานกลางค่อนข้างดี แต่พัฒนาการทางด้านร่างกายผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกาย ปัญหาสุขภาพที่พบคือ ปัญหาเกี่ยวกับสายตา หู และฟัน

สุริดา ไชยชาวงษ์ (2543) ได้ศึกษาเรื่องวิถีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของชาวบ้านโรงวัว ตำบลแม่ก้า อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวิถีการดำเนินชีวิต และมีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ และสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม รวมทั้งศึกษาเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาวิถีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย หรือผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงรายด้านพบว่า ด้านการบริโภคอาหาร มีการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารรสชาติเค็ม ด้านการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์พบว่า มีประวัติการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ ด้านการออกกำลังกายพบว่า ส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายในระดับซึ่งถือได้ว่าเป็นการออกกำลังกาย แต่ทำไม่สม่ำเสมอ และต่อเนื่องกัน ด้านการจัดการกับความเครียดพบว่าเกิดความเครียดบ่อยจากปัญหาทางเศรษฐกิจ และมีวิธีการจัดการกับความเครียดโดยมุ่งลดอารมณ์โดยใช้วิธีการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ วิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยหรือผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของชาวบ้านโรงวัวนี้ มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

อกินันท์ คุตระกูล (2545) ได้ศึกษาการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 131 คน เลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสันทราย อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เครื่องมือที่ใช้การเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยสองส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามของอรพินท์ ภายโรจน์ (2542) ที่สร้างจากแนวคิดของเบนดรูว์ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้ความสามารถที่อยู่ในระดับสูง คือ ด้านการมาตรวจตามนัด ด้านการรับประทานยา ส่วนการรับรู้ความสามารถในระดับค่อนข้างสูง ได้แก่ ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการออกกำลังกาย และด้านการควบคุมอาหาร

จากการวิจัยเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าสุขภาพส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับความเสื่อมตามวัยและภาวะความเป็นโรคในแต่ละบุคคล ซึ่งเมื่อมีพฤติกรรมในเรื่องของการดูแลตนเอง มีความใส่ใจ และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพที่ดี เฝ้ารวังตนเองไม่ให้เกิดโรคซึ่งข้อมูลที่ได้ทำให้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการหาวิธีการในการวิจัยนี้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้นำผลวิจัยที่ได้มาช่วยในเรื่องการจัดโปรแกรมให้สอดคล้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยทั่วไป เช่น การป้องกันไม่ให้เกิดโรค หรือ ในเรื่องการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดผลสำเร็จไปในทางที่ดีของโปรแกรม

5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือด

เปรมจิต จันทะแจ่ม (2550) ได้ศึกษาการฟื้นฟูสภาพโดยโปรแกรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ จะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วย สามารถควบคุมการเคลื่อนไหว เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งจะต้องออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพ มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละราย เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคอาจแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล ผลที่ได้คือ การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย และเพิ่มสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ดังนั้นปัญหานี้ควรได้รับการแก้ไข โดยการออกกำลังกาย ซึ่งพัฒนามาจากการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

รุ่งทิวา ไชยวงศ์ (2542) ได้ศึกษาการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และเปรียบเทียบวิธีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างเพศ และกลุ่มอายุ โดยการศึกษาในคลินิกพิเศษโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์วิธีการดำเนินชีวิต และข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า วิธีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมทั้งเจ็ดด้าน ควรแก้ไขและเมื่อพิจารณารายได้พบว่า ด้านความสามารถในการดูแลตนเองด้านโภชนาการด้านกิจกรรมนันทนาการ และการพักผ่อน ด้านการดูแลสุขภาพ และการใช้บริการของระบบสาธารณสุข ด้านการรู้จักอารมณ์ตนเอง และการจัดการกับความเครียด และด้านการอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมควรแก้ไขเช่นกัน ส่วนด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต้องแก้ไข การเปรียบเทียบวิธีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมทั้งเจ็ดด้านระหว่างเพศพบว่าเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนวิธีการดำเนินชีวิตสูงกว่าเพศชาย และกลุ่มอายุ 61 ปีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยของคะแนนวิธีการดำเนินชีวิตมากที่สุด

Teixeira-Salmela LF และคณะ (1999) ศึกษาเกี่ยวกับผลของ Program of Muscle Strengthening and Physical Conditioning พบว่ามีการเพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อส่วนขาส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น การฟื้นฟูสภาพที่บ้านจะมีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จจะต้องมีการเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่โดยการอบรมการใช้โปรแกรม และการประเมินสภาพผู้ป่วย ก่อนการดำเนินการฝึกออกกำลังกาย เน้นการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

จากงานวิจัยข้างต้นจะเห็นได้ว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และการปฏิบัติในเรื่องการฟื้นฟูสภาพ และการออกกำลังกาย แล้วพบว่า ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้น โดยจะต้องมีการออกแบบโปรแกรมให้เหมาะสมในกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย รวมถึงต้องมีความต่อเนื่องในการปฏิบัติ ผลที่ได้เหล่านี้ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมในด้านของการออกกำลังกายและฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้มีความเหมาะสมและส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด

5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม

ถนิมนันท์ อรุณกิจ (2547) การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการจัดกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมของญาติต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเนื้องอกสมอง ที่มารับบริการในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมจำนวน 25 ราย กลุ่มทดลองจำนวน 25 ราย โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการส่งเสริมให้ญาติเข้าโครงการกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในด้านความรู้ และประสบการณ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ ความรู้สึของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพ การปฏิบัติบทบาทที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยการให้คุณค่าเกี่ยวกับสุขภาพ ส่วนผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย และการสังเกต ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลองมีระดับการประเมินภาวะด้านร่างกายมากกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม และพบว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรมแล้วระดับการประเมินภาวะสุขภาพด้านร่างกายของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุฑามาส ยอดเรือน (2549) การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานที่รับการรักษาที่คลินิกพิเศษ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล โดยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 20 คน โดยทั้งสองกลุ่มจะได้รับการประเมินระดับน้ำตาลก่อนและหลังการทำ

กิจกรรมของกลุ่มทดลองกิจกรรมกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลร่วมกับญาติ 3 กิจกรรม คือ การจัดกิจกรรมให้ญาติได้เข้ามามีส่วนร่วม ทั้งกิจกรรมการควบคุมอาหาร กิจกรรมการออกกำลังกายและการดูแลเท้า กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเพื่อการตรวจพบแพทย์ตามนัด และการรับประทานยาของผู้ป่วย โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อเป็นการติดตามสังเกตการดูแลผู้ป่วยของญาติ ผลการศึกษาพบว่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการเข้าร่วมกลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือหลังเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยดีกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติของกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานหลังเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือภายหลังการทดลองระดับน้ำตาลเฉลี่ยของกลุ่มทดลองดีกว่าระดับน้ำตาลของกลุ่มเปรียบเทียบ

จากงานวิจัยข้างต้นจะเห็นได้ว่า การนำทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการวิจัย ส่งผลได้อย่างชัดเจนกับกลุ่มตัวอย่าง โดยมีส่วนในการทำให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้น การวิจัยนี้จึงได้นำทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมโดยการมีส่วนร่วมได้เพิ่มกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้พิการในศูนย์ ญาติ และ อสม.เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดโปรแกรม เพื่อหวังผลให้ผู้พิการมีความก้าวหน้าในเรื่องของพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

5.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

นริรัตน์ เรืองกิจเงิน (2547) การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลในด้านต่าง ๆ และปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลของสตรีวัยเจริญพันธุ์ชาวปกาเกอญอ วิธีการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลของสตรีวัยเจริญพันธุ์ชาวปกาเกอญอ จำนวน 7 ราย เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการและแบบเจาะลึก รวมทั้งสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัวและผู้รู้ที่อยู่ในชุมชน ผลการศึกษาวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ 8 ด้าน ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ชาวปกาเกอญอได้แก่ การบริโภคอาหาร การทำงาน การรักษาความสะอาดของร่างกาย การพักผ่อนและการออกกำลังกาย พฤติกรรมทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์ การตั้งครรภ์และการคลอด การใช้สารเสพติด การป้องกันและรักษาการเจ็บป่วย พบว่า พฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านมีลักษณะแบบผสมผสานตามแบบวัฒนธรรมความเชื่อในการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิม และวัฒนธรรมความเชื่อในการดูแลสุขภาพแบบการแพทย์สมัยใหม่

ซึ่งมีความสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ชนบทที่กำลังอยู่ในช่วงของการเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมเมือง และความทันสมัยมากขึ้น ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของสตรีวัยเจริญพันธุ์มี 5 ประการ สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ คือ ปัจจัยด้านตนเอง ได้แก่ การศึกษา บทบาทหน้าที่ที่มีต่อตนเองและครอบครัว ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนปัจจัยด้านชุมชน ได้แก่ การพัฒนาทางด้านโครงสร้างพื้นฐานและการบริการทางด้านสาธารณสุข ซึ่งปัจจัยแต่ละตัวนั้นมีความเชื่อมโยงกันกับปัจจัยในระดับเดียวกันและปัจจัยในระดับอื่นๆ

จากผลการวิจัยข้างต้น ทำให้ทราบว่าปัจจัยบางประการที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพเช่น การศึกษา ครอบครัว เศรษฐกิจ ชุมชน และการบริการด้านสาธารณสุข ซึ่งเชื่อมโยงและส่งผลต่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งสามารถนำปัจจัยเหล่านี้มาศึกษาในการทำวิจัยได้

