**บทที่ 2**

**การทบทวนวรรณกรรม**

การวิจัยเรื่องการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพื้นฐานในการวิจัยโดยมีหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีการจัดการตนเองด้านสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

3. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

4. นโยบายกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

5. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

5.1 ความรู้เกี่ยวกับโรค

5.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ

5.3 แรงสนับสนุนทางสังคม

5.4 เจตคติ

5.5 แรงจูงใจ

5.6 การมีส่วนร่วม

5.7 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

5.8 แรงสนับสนุนจากครอบครัว

5.9 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

5.10 ภาวะซึมเศร้า

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

**2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการตนเอง (Self-management)**

**ความหมายการจัดการตนเอง (Self-management)**

**การจัดการตนเอง** มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Socail Learning Theory) ที่มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ

มีนักวิจัยต่างประเทศ ได้ให้ความหมายของคำว่า การจัดการตนเอง (Self-management) ไว้แตกต่างกันไปดังนี้

การจัดการตนเอง หมายถึงกระบวนการหรือผลลัพธ์ ที่เหมือนกันและแตกต่างกันระหว่างความรู้ของผู้ป่วยและความ รู้การจัดการตนเอง ความเกี่ยวพันกับการจัดการตนเอง และ ประสิทธิผลของการฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง

Browder and Shapiro (1985) กล่าวว่าการจัดการตนเอง เป็นการประเมินความรู้ ทักษะ และความสามารถของตนเองอย่างตรงตามความเป็นจริงโดยมีการตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมาย และการสร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งการควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ โดยเป็นกระบวนการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นรายบุคคล

BARLOW, HAINSWORTH, SHEASBY, & TURNER (2002) กล่าวว่า การจัดการตนเอง เป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการกับอาการแสดง การรักษาผลกระทบทางกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

Clark et al. (1991 cited in Barlow, Wright,Sheasby, Turner, & Hainsworth, 2002) กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติหรือทำ กิจกรรมในแต่ละวันเพื่อที่จะควบคุมหรือลดผลกระทบของโรคหรือการเจ็บป่วยต่อภาวะสุขภาพ การปรับตัวต่อปัญหาด้านจิตใจที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และการจัดการชีวิตประจำ วันเกี่ยวกับการเงินและเงื่อนไขทางสังคมสำหรับในบริบทของการจัดการโรคเรื้อรัง

Creer (2000) ให้หลักการของการจัดการตนเอง ไว้ว่า การจัดการตนเองจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความ เจ็บป่วยเกิดขึ้นและกำลังอยู่ในระหว่างการรักษา

Lorig, K. & Holman, H. (2003). ได้ให้นิยามของ คำว่า การจัดการตนเองไว้ว่าเป็นการเรียนรู้และการฝึกทักษะ ที่จำเป็นที่จะดำรงไว้ซึ่งความพอใจของการที่บุคคลนั้นต้อง อยู่กับโรคเรื้อรัง

Redman (2004) ให้ความหมายของการจัดการ ตนเองไว้ว่า เป็นการฝึกบุคคลที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังให้สามารถ เผชิญกับการรักษา คงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตในแต่ละวันกับ ครอบครัว กับอนาคต การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต รวมทั้ง ด้านจิตใจ อารมณ์โกรธ อารมณ์เศร้า

Gruman and Von Korff (1996) ได้ให้คำจำกัดความของการจัดการตนเอง โดยรวบรวมจากการทบทวนวรรณกรรมกว่า 400 เรื่อง โดยกล่าวว่า การจัดการตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ การติดตามเฝ้าระวังและจัดการกับอาการแสดงของการเจ็บป่วย การจัดการกับผลกระทบจากความเจ็บป่วย อารมณ์และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษา

Creer (1976) ให้หลักการของการจัดการตนเองไว้ว่า การจัดการตนเองจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นและกำลังอยู่ในระหว่างการรักษา

Lorig, K. & Holman, H. (2003). ได้ให้นิยามของคำว่า การจัดการตนเองไว้ว่าเป็นการเรียนรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นที่จะดำรงไว้ซึ่งความพอใจของการที่บุคคลนั้นต้องอยู่กับโรคเรื้อรัง

Redman (2004) ให้ความหมายของการจัดการตนเองไว้ว่า เป็นการฝึกบุคคลที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังให้สามารถเผชิญกับการรักษา คงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตในแต่ละวันกับครอบครัว กับอนาคต การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต รวมทั้งด้านจิตใจ อารมณ์โกรธ อารมณ์เศร้า

นอกจากนี้ การจัดการตนเองยังหมายถึง การเฝ้าระวังและจัดการกับอาการ การปฏิบัติตามแผนการรักษาและการจัดการกับผลกระทบของการเจ็บป่วย เพื่อคงแบบแผนการดำ เนินชีวิตที่มีสุขภาวะที่ดี การทำหน้าที่อารมณ์และสัมพันธภาพกับสังคมในผู้เป็นโรคเรื้อรัง(Schreurs, Colland, Kuijer, Ridder, & van Elderen, 2003) แนวคิดและทฤษฎีการจัดการ (Management) การจัดการ (Management) เป็นกระบวนการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (Goal) ขององค์การโดย อาศัยการวางแผน การจัดการ การชักนำหรือการเป็นผู้นำและการควบคุมทรัพยากรที่ใช้ในการจัดการอย่างมี ประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล (เกรียงศักดิ์ เอกพงษ์และคณะ. 2546 : 4) กระบวนการจัดการ (Managerial Process) ประกอบด้วยการทำหน้าที่สำคัญ 4 ประการคือ การวางแผน (Planning) การจัดองค์การ (Organizing) การเป็นผู้นำหรือผู้บริหาร (Leading) และการควบคุมกำกับ (Controlling) จากความหมายนี้การจัดการเป็น กระบวนการของกิจกรรมที่ต่อเนื่องและประสานงานกันซึ่งผู้จัดการต้องเข้ามาช่วยเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายของ องค์การ แนวคิดเกี่ยวกับวงจรคุณภาพของเดมมิ่ง PDCA (Plan-Do-Check-Act) เป็นกิจกรรมพื้นฐานในการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพของการ ดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้น คือ วางแผน-ปฏิบัติ-ตรวจสอบ-ปรับปรุง การดำเนินกิจกรรม PDCA อย่างเป็นระบบครบวงจรอย่างต่อเนื่องหมุนเวียนไปเรื่อย ๆ ย่อมส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและมี คุณภาพเพิ่มขึ้นโดยตลอด

วงจร PDCA นี้ได้พัฒนาขึ้นโดย ดร.วอล์ทเตอร์ ชิวฮาร์ท ต่อมา ดร.เอดวาร์ด เดมมิ่ง ได้ นำมาเผยแพร่จนเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายทำให้นิยมเรียกว่า “วงจรของเดมมิ่ง (Deming Cycle)” ความหมายและความสำคัญของวงจรของเดมมิ่ง (PDCA) วงจรคุณภาพของเดมมิ่ง (PDCA) หมายถึงระบบการบริหารงานที่มีคุณภาพ ซึ่งเป็นที่รู้จักแพร่หลาย ระบบหนึ่ง ประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน (Plan) การปฏิบัติตามแผน (Do) การตรวจสอบหรือการประเมิน (Check) การนำผลการประเมินย้อนกลับไปปรับปรุงแก้ไขการทำงาน (Action) การใช้วัฏจักรคุณภาพของเดมมิ่ง ต้องดำเนินการอย่างมีวินัยให้ครบวงจรหมุนเวียนไปไม่มีหยุดหย่อน (วรภัทร์ ภู่เจริญ, 2542 : 27) ซึ่งสามารถ อธิบายได้ดังนี้ 1. การวางแผน (Plan) หรือ P จะอธิบายความจำเป็นและสร้างความเข้าใจในการแก้ปัญหา ซึ่งอาศัย การร่วมแรงร่วมใจจากทุกหน่วยงานในการปรับปรุงแก้ไขอุปสรรค และข้อบกพร่องต่าง ๆ ขององค์การให้หมดไป อย่างเป็น โดยที่การวางแผนการสร้างคุณภาพจะมี 4 ขั้นตอน ต่อไปนี้

1.1 ตระหนักและกำหนดปัญหา ที่ต้องการแก้ไขหรือปรับปรุงให้ดีขึ้นโดยสมาชิก แต่ละคนจะร่วมมือในการระบุปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อที่จะร่วมกันทำการศึกษาและวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขต่อไป

1.2 เก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา เพื่อใช้ในการปรับปรุง หรือแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งควรจะวางแผนและดำเนินการเก็บข้อมูลให้เป็นระบบ เข้าใจง่าย และสะดวกต่อการใช้งาน เช่น ตาราง ตรวจสอบ แผนภูมิแผนภาพ หรือแบบสอบถาม เป็นต้น

1.3 อธิบายปัญหาและกำหนดทางเลือก วิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนแสดงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งนิยมใช้ วิธีการเขียนและวิเคราะห์แผนภูมิหรือแผนภาพ เช่น แผนภูมิก้างปลา เป็นต้น เพื่อให้สมาชิกทุกคนเกิดความเข้าใจ ในสาเหตุและปัญหาอย่างชัดเจน แล้วร่วมกันระดม ความคิด (Brainstorm) เพื่อมาทำการวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดมาดำเนินงาน

1.4 เลือกวิธีการแก้ไขปัญหา โดยร่วมกันวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมที่สุด ซึ่งอาจจะต้องทำวิจัยและหาข้อมูลเพิ่มเติม หรือกำหนดทางเลือกใหม่ที่มีความ น่าจะเป็นในการแก้ปัญหาได้มากกว่าเดิม 2. การปฏิบัติ(Do) หรือ D นำทางเลือกที่ตัดสินใจไปวางแผนปฏิบัติงาน (Action Plan) และลงมือ ปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพ 3. การตรวจสอบ (Check) หรือ C ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลงานที่ปฏิบัติโดยการเปรียบเทียบ ผลก่อนการปฏิบัติงาน และหลังปฏิบัติงานว่ามีความแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด ถ้าผลลัพธ์ออกมาตามเป้าหมาย ก็จะนำไปจัดทำเป็นมาตรฐาน แต่ถ้าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด โดยอาจจะสูงหรือต่ำกว่าที่ ต้องการ ก็ต้องทำการศึกษาและวิเคราะห์หาสาเหตุ เพื่อทำการแก้ไขปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพขึ้น 4. การปรับปรุง (Action) หรือ A กำหนดมาตรฐานจากผลการดำเนินงานใหม่ เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในอนาคต หรือ ทำการแก้ไขปัญหาต่างๆ ทั้งที่เกิดจากความไม่สอดคล้องกับความต้องการ ปัญหาที่ไม่ได้ คาดหวังและปัญหาเฉพาะหน้า จนได้ผลลัพธ์ที่พอใจ และได้รับการยอมรับจากทุกฝ่ายแล้วจึงจัดทำเป็นมาตรฐาน เราจะเห็นว่า วงจร PDCA จะไม่ได้หยุดหรือจบลง เมื่อหมุนครบรอบ แต่วงจร PDCA จะหมุนไปข้างหน้าเรื่อย ๆ โดยจะทำงานในการแก้ไขปัญหาในระดับที่สูงขึ้น ซับซ้อนขึ้น และยาก ขึ้น หรือเป็นการเรียนรู้ที่ไม่สิ้นสุด ซึ่งสอดคล้องกับปรัชญาของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (continuous improvement)

สรุปความหมายของแนวคิดการจัดการตนเอง (Selfmanagement) ประกอบด้วย

1. เป็นเรื่องของการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการ รักษา หรือการตัดสินใจในเรื่องของการรักษาที่จะนำไปสู่ เป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องนั้น

2. เป็นการเตรียมบุคคลเพื่อจัดการภาวะสุขภาพ ของตนเองในชีวิตประจำวัน

3. เป็นการฝึกปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง ฝึก ให้มีทักษะและความสามารถเพื่อที่จะลดผลกระทบทั้งทางด้าน ร่างกายและจิตใจจากการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเองหรือจาก ความร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพ

การประยุกต์การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความเจ็บป่วย ความเครียด ไม่ว่าจะมากหรือน้อย ก็ล้วนแต่กระทบกระเทือนต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเองและ คนที่เกี่ยวข้องด้วยทั้งสิ้น ความเจ็บป่วยมักจะก่อให้เกิดความ วิตกกังวล ความกลัว ความเครียด ความสิ้นหวัง หรือมีผลทำให้ การดำเนินชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากมาย ทำให้กลาย เป็นภาวะวิกฤติของชีวิตได้ (life crisis) ถ้าความเจ็บป่วยไม่รุนแรงมากนัก ผู้ป่วยก็พอจะปรับตัวได้ไม่ยาก กลับเข้าสู่ สภาพการดำเนินชีวิตตามเดิมของตนต่อไป แต่ในกรณีความ เจ็บป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง หรือคุกคามต่อชีวิต การปรับตัวก็ทำ ด้วยความลำบาก และมีผลกระทบต่อจิตใจรวมทั้งพฤติกรรม ของผู้ป่วยอย่างมาก จากการศึกษาถึงปฏิกิริยาทางจิตใจและ สังคม (Reactions to Physical Illnesses) อันเป็นผลมาจากการ เจ็บป่วยทางกายของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นทั้งที่พิจารณาว่าปกติหรือ ผิดปกติก็ตาม ย่อมจะมีผลต่อการดำเนินโรคและผลของการ รักษา ไม่ว่าจะเป็นผลในด้านทำให้โรคนั้นแย่ลงหรือดีขึ้นก็ตาม โดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ ดังนั้น การทำความเข้าใจ สังเกต และพิจารณาแบ่งแยก แยกแยะปฏิกิริยาต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่เกิด ขึ้นจึงเป็นสิ่งจำเป็น ถ้าหากบุคลากรทางการแพทย์สามารถ กระทำสิ่งเหล่านี้ได้ และนำไปปฏิบัติต่อผู้ป่วยของตนได้อย่าง เหมาะสม ก็ย่อมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ซึ่งย่อม นำไปสู่ผลการรักษาที่ดีขึ้นด้วย (ศรีประภา ชัยสินธพ, 2557)

**การประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองสู่การปฏิบัติ**

การที่ผู้เป็นโรคเรื้อรังต้องเผชิญอยู่กับโรคเป็นระยะเวลานาน และมีประสบการณ์ตรงทั้งจากตนเองและผู้เกี่ยวข้องซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตามความคิดเห็นและประสบการณ์ของตนเอง ดังนั้นการทำความเข้าใจปัญหาของผู้เป็นโรคเรื้อรังเหล่านี้ว่าคิดอย่างไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและมีความต้องการอะไรเพื่อหากลวิธีที่เหมาะสมในการสนับสนุนให้เกิดการจัดการตนเองในการควบคุมโรคได้สำเร็จ จึงเป็นบทบาทที่ท้าทายสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพจากการสัมภาษณ์ผู้เป็นโรคเบาหวาน พบว่าส่วนหนึ่งไม่มีความหวังว่าโรคที่เป็นอยู่จะหายหรือดีขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกหมดกำลังใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ “ถามหมอว่า....มีโอกาสหายไหมหมอ หมอก็บอกว่า ไม่หายหรอก เอาหละ ก็เลยให้มันขึ้นอยู่อย่างนี้แหละ กินมั่ง อดมั่ง ก็เลยตัดสินใจอย่างนี้แหละ”“คิดว่าเป็นเบาหวานแล้วไม่หาย อยู่มาป่านนี้แล้ว จะตายก็ตายไปเถอะ ก็เลยกินตามสบาย” “โรคนี้มันไม่หาย พี่สาวก็ตาย จะปฏิบัติตัวยังไงก็รักษากันอยู่อย่างเนี้ย พี่สาวหมดเงินเป็นแสนๆ ก็ไม่หายไม่รู้จะอดไปทำไม ก็ตายเหมือนกัน”

ผู้ป่วยส่วนหนึ่งเห็นว่าการดูแลควบคุมโรคเป็นหน้าที่ของแพทย์ ไม่ใช่หน้าที่ของผู้ป่วย การซักถามเกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วยจากแพทย์ เป็นสิ่งที่ไม่ควรทำ เพราะแพทย์จะเป็นผู้ตัดสินใจให้ตามความรู้ที่ศึกษามา“หมอเขารู้ เขาเรียนมา เราไม่ได้เรียน อย่างไรก็แล้วแต่เขา ไม่กล้าถาม เดี๋ยวจะว่ารู้มาก เป็นหน้าที่ของหมอเขา ถ้าน้ำตาลมันขึ้นก็แล้วแต่เขา” “ไม่เคยรู้ว่าน้ำตาลเท่าไร ไม่รู้ว่าแค่ไหนจะดีรู้แต่ว่าสูงหรือต่ำไปไม่ใช่หน้าที่เรา เราไม่ใช่หมอ...หมอเขาก็แก้เอง”ดังนั้น การทำให้ผู้เป็นโรคเรื้อรังเกิดความเข้าใจว่าบุคคลที่มีความสำคัญที่สุดในการควบคุมโรคให้ประสบความสำเร็จคือตัวผู้ป่วยเอง จึงเป็นเรื่องที่ต้องคำนึงถึงเป็นลำดับแรก เพราะผู้เป็นโรคเรื้อรังต้องดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน โดยใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับตนเองและคนในครอบครัว การทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคไม่ให้เกิดอาการรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อน จึงเป็นบทบาทโดยตรงของผู้ป่วยและคนในครอบครัว เพราะการควบคุมโรคไม่ได้ขึ้นอยู่กับการรักษาด้วยการใช้ยาเท่านั้น แต่เกี่ยวข้องกับการปรับการดำ เนินชีวิตและลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมรวมทั้งการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการควบคุมโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ตามในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อการควบคุมโรคต้องการความรู้เป็นฐานในการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยให้มีความเหมาะสมกับการนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์และชีวิตจริงของผู้ป่วยแต่ละราย

การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยประยุกต์ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ ทำได้ดังนี้

1. หากลวิธีในการช่วยให้ผู้เป็นโรคเรื้อรังและครอบครัวเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่อย่างชัดเจนในด้านสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ผลกระทบของโรคต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมโรคไม่ได้ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง อาการและอาการแสดงทีบ่งชี้ว่ามีการกำเริบหรือเกิดความผิดปกติที่เป็นผลจากการควบคุมโรคไม่ได้หลักสำคัญในการควบคุมโรค วิธีการจัดการเพื่อควบคุมโรคให้สงบ เกณฑ์หรือข้อบ่งชี้ที่แสดงว่ามีการควบคุมโรคได้ดีหรือใกล้เคียงกับคนปกติ โดยควรทำให้ผู้เป็นโรคเรื้อรังและครอบครัวเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ทั้งนี้ วิธีการทำให้ผู้เป็นโรคเรื้อรังและครอบครัวเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ สามารถทำได้หลายรูปแบบ เช่น การสอนรายบุคคล (individual education session) การสอนเป็นกลุ่มย่อย (small group education session) การอภิปรายกลุ่ม (group discussion) การให้คำปรึกษา (counseling) ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การเล่าเรื่อง (story telling)

2. ชักจูง โน้มน้าว และสนับสนุนให้ผู้เป็นโรคเรื้อรังและครอบครัวเรียนรู้ และเริ่มต้นในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การอภิปรายกลุ่มย่อย เพื่อกระตุ้นการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมโรคไม่ได้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรค การสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค

3. ฝึกการจัดการตนเอง ตามแนวคิดหรือทฤษฎีที่เลือกใช้ ในบริบทของการจัดการโรคเรื้อรัง การจัดการตนเองประกอบด้วย 4 ระยะ (Riegel, Carlson, & Glaser, 2000) ได้แก่ 1) รับรู้อาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย 2) ประเมินการเปลี่ยนแปลง 3) เลือกกลวิธีการแก้ไข การรักษา และ4) ประเมินผลสำเร็จของการรักษา ซึ่งบุคลากรทีมสุขภาพมีหน้าที่สำคัญในการร่วมวางแผนและตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง สนับสนุนข้อมูล และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวางแผนในการเฝ้าระวัง และการติดตามผล ตัวอย่างเช่น

การฝึกการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า (2554) โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ทำโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ปัจจัยชักนำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว การประเมินตนเองว่ามีความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น อันตรายหรือภาวะแทรกซ้อน แนวทางการรักษา หลักการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ไม่ให้กำเริบและป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยฝึกการจัดการตนเองที่สำคัญ เป็นรายบุคคล ดังนี้

1. การเฝ้าระวังอาการแสดงที่ผิดปกติได้แก่ การประเมินอาการบวมที่แสดงถึงภาวะน้ำเกินในร่างกาย การประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากและอาการแน่นหน้าอก ซึ่งเป็นความผิดปกติที่พบบ่อย

2. การควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยจำกัดอาหารเค็ม ลดอาหารไขมันสูง และเพิ่มอาหารที่มีโปรตีนสูง

3. การจำกัดน้ำดื่ม ฝึกการประเมินปริมาณน้ำดื่มและปัสสาวะในแต่ละวันว่ามีความสมดุล

หรือไม่ และฝึกการตัดสินใจในการปรับปริมาณน้ำดื่มให้เหมาะสมกับปริมาณปัสสาวะ

4. การส่งเสริมสมรรถภาพหัวใจ โดยทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับโรค ฝึกการปรับกิจกรรมที่ช่วยลดการใช้พลังงาน การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของโรค เช่น การเดินในทางราบ หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่หนักและฝืน ฝึกการบริหารปอด

5. การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการกำเริบหรือภาวะโรครุนแรงมากขึ้น รวมถึงการป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

6. ฝึกการปฏิบัติตนที่เหมาะสมในการควบคุมโรค ดังนี้

6.1 การรับประทานยาตามแผนการรักษา หาวิธีป้องกันการลืมรับประทานยา

6.2 การพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ

6.3 การมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับโรค การประเมินความพร้อมในการมี

เพศสัมพันธ์โดยไม่เกิดอันตราย

6.4 การบันทึกภาวะสุขภาพของตนเอง ฝึกการกำกับ ติดตาม เฝ้าระวังอาการและ

อาการแสดงของการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว และแก้ปัญหาอย่างทันท่วงที

6.5 การมาตรวจตามนัด

ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า (2554) เสนอวิธีการฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer (2000) ดังนี้

1. การตั้งเป้าหมาย ฝึกให้ผู้ป่วยสามารถตั้งเป้าหมายการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับ

พยาบาลโดยใช้เกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยเป็นแนวทาง เช่น ไม่มีอาการบวมกดบุ๋ม น้ำหนักไม่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ไม่มีอาการหายใจลำบาก ออกกำลังกายด้วยการเดินได้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

2. การรวบรวมข้อมูล ภายหลังการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ซึ่งรวมถึงอาการและอาการแสดงที่ต้องเฝ้าระวังที่แสดงถึงการกำเริบหรือภาวะแทรกซ้อนต้องฝึกให้ผู้ป่วยมีการสังเกตอาการดังกล่าวด้วยตัวผู้ป่วยเอง และฝึกการลงบันทึกในคู่มือ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์และประเมินความผิดปกติ เช่น การสอนให้ใช้แบบวัดอาการบวมที่มีภาพประกอบชัดเจน

3. การวิเคราะห์และประเมินข้อมูลเป็นการฝึกการนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาเปรียบเทียบกับ

เกณฑ์และข้อมูลในวันก่อนหน้า เช่น ผลการประเมินอาการบวมกดบุ๋มที่หน้าแข้ง ว่ามีหรือไม่มี หากมีอยู่ในระดับใด ต่างจากวันก่อนหน้าหรือไม่ การมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเกิน 1 กิโลกรัม ใน 1 วัน หมายถึง มีน้ำคั่งในร่างกาย การนอนราบไม่ได้ ต้องนั่งหรือหนุนหมอนสูงขึ้นหลายๆ ใบ แสดงว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น

4. การตัดสินใจ เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยใช้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ เช่น การให้คู่มือผู้ป่วยที่ระบุอาการผิดปกติและแนวทางการแก้ไข การกำหนดสถานการณ์จำลองโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง ให้ผู้ป่วยประเมินว่าอยู่ในภาวะใด และให้ฝึกตัดสินใจว่าหากมีอาการดังกล่าวจะตัดสินใจอย่างไร รวมทั้งฝึกว่าอาการเช่นใดที่แสดงถึงภาวะที่รุนแรง ต้องรีบไปพบแพทย์ทันที

5. การปฏิบัติ เป็นการกระทำตามข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ และตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น หากผลการวิเคราะห์พบว่าเริ่มมีภาวะน้ำคั่งในร่างกาย สิ่งที่ต้องปฏิบัติคือ ลดปริมาณน้ำดื่มลง หากยังมีอาการกำเริบอยู่ ต้องจำกัดอาหารเค็มอย่างเคร่งครัด พักหรือหยุดกิจกรรม หากอาการไม่ดีขึ้นต้องรีบไปพบแพทย์ก่อนวันนัด

6. การประเมินตนเอง เป็นการฝึกการกำกับและประเมินตนเองเป็นระยะว่าควบคุมโรคได้

หรือไม่ โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ หากยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จะปรับพฤติกรรมใดที่จะทำ ให้บรรลุผลสำเร็จ

**การนำแนวคิดการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ และผลลัพธ์ต่อสุขภาพ**

จากการทบทวนงานวิจัยที่มีการนำ แนวคิดการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ และผลลัพธ์ต่อสุขภาพ พบว่า มีการศึกษาที่ใช้แนวคิดการจัดการตนเองเป็นกรอบในการศึกษา รวมทั้งมีการประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับทฤษฎีอื่นๆ เช่น ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Bandura,1997) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment)ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมได้ข้อค้นพบในประเด็นต่างๆดังนี้

**กลยุทธ์การสนับสนุนการจัดการตนเอง**

กลยุทธ์ในการสนับสนุนการจัดการตนเองที่สำคัญมีดังนี้

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและหลักการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ซึ่งเป็นการจัดในลักษณะกลุ่มย่อย (7-15 คน) หรือการให้ความรู้เป็นรายบุคคล โดยการใช้สื่อแบบต่างๆ ในการให้ความรู้ร่วมกับการใช้ตัวแบบ (role model) ซึ่งได้แก่ ผู้ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรคมาเล่าประสบการณ์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งนอกจากจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมากขึ้นแล้ว ยังเป็นการโน้มน้าว ชักจูง ให้เกิดความรู้สึกอยากควบคุมโรคได้เช่นเดียวกับตัวแบบ ทั้งนี้การให้ความรู้และหลักการจัดการตนเองจะได้ผลดียิ่งขึ้นเมื่อทำร่วมกับการฝึกทักษะเฉพาะที่จำเป็นสำหรับการควบคุมโรค (specific skill training) โดยผลการศึกษาพบว่าการให้ความรูแบบกลุ่ม และเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ ทีมสุขภาพ และผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ช่วยให้สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Milenkovi,Gavrilovic, Percan, & Petrovski, 2004)

2. การฝึกทักษะเฉพาะที่จำ เป็นในการควบคุมโรคสำ หรับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งสามารถทำ เป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล โดยทักษะเฉพาะที่จำ เป็นสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีประเด็นร่วมที่คล้ายคลึงกัน แต่มีประเด็นที่แตกต่างเกี่ยวกับทักษะบางประการที่เน้นเฉพาะโรคนั้นๆ ซึ่งการฝึกทักษะเฉพาะนี้มีความสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆจากการได้มีประสบการณ์ตรงด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 การอภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ในการควบคุมโรคของ

ผู้ป่วยแต่ละราย ปัญหา อุปสรรค และการแก้ปัญหา แรงจูงใจในการควบคุมโรค และปัจจัยที่ทำให้ควบคุมโรคได้สำเร็จEกลวิธีต่างๆ ที่ใช้ ในกรณีที่เป็นรายบุคคลควรให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

2.2 การสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ โดยให้ฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับ

การควบคุมโรคตามสถานการณ์ที่กำหนดครอบคลุมประเด็นเรื่องการควบคุมอาหารทั้งในการดำเนินชีวิตประจำวันและในโอกาสพิเศษ เช่น งานเลี้ยงสังสรรค์ งานเทศกาล หรือเมื่อเจ็บป่วย การออกกำลังกาย/การมีกิจกรรมที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วย การผ่อนคลายความเครียด การจัดเวลาในการพักผ่อน การประเมินและเฝ้าระวังอาการ อาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน และการแก้ไขเบื้องต้น รวมทั้งอาการที่ต้องไปพบแพทย์ จนเกิดความมั่นใจ

2.3 การฝึกการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

## 2.3.1 การกำหนดเป้าหมายในการควบคุมโรคที่เป็นไปได้จริง (realistic personal goal setting) บุคลากรทางการแพทย์ควรมีส่วนในการตั้งเป้าหมายการควบคุมโรคให้เหมาะสมกับอายุและสภาวะของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2551)

จากการศึกษาของ Wattana, Srisuphan,Pothiban, and Upchurch (2007) พบว่าการให้ผู้ที่เป็นเบาหวานได้เข้าใจถึงความสำคัญของการควบคุมโรคให้ถึงเกณฑ์ที่แสดงว่าควบคุมได้ ตามสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย และฝึกการตั้งเป้าหมายในการควบคุมโรคที่เป็นไปได้จริง ด้วยการหาวิธีสื่อสารด้วยภาพหรือสัญลักษณ์ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจได้ง่าย และนำไปสู่การปฏิบัติที่ได้ผลกว่าการบอกเพียงตัวเลขที่ยากต่อการจดจำโดยทำเป็นสื่อภาพต้นไม้ มีการกำหนดเป้าหมายในการควบคุมโรคเบาหวานร่วมกับพยาบาลผู้วิจัย ด้วยการกำหนดสีที่แสดงถึงระดับความสามารถในการควบคุมโรค โดยแบ่งเป็นสีเขียว(FBS 90-130 mg/dl, HbA1c < 7%) หมายถึง ควบคุมโรคได้ดี สีเหลือง (FBS 131-180 mg/dl, HbA1c 7-8%)หมายถึง ควบคุมโรคได้ระดับพอใช้ ต้องควบคุมให้เข้มงวดมากขึ้น และสีแดง (FBS >180 mg/dl, HbA1c > 8%) หมายถึง ควบคุมโรคไม่ได้ และมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องรีบแก้ไข โดยให้ผู้ที่เป็นเบาหวานตั้งเป้าหมายสีของใบไม้ของตนเองในการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดครั้งต่อไป รวมทั้ง กำหนดเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมเพื่อให้มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงตามสีของใบไม้ที่เลือกซึ่งพบว่าการให้ผู้ที่เป็นเบาหวานมีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมายในการควบคุมโรคโดยพิจารณาความสามารถของตนเองประกอบการตัดสินใจ มีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ที่เป็นเบาหวานสามารถปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคเบาหวานและสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้(วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 26 ฉบับเพิ่มเติม 1 กันยายน 2558 )

2.3.2 การฝึกการติดตามเฝ้าระวังและการประเมินตนเองในการควบคุมโรคมีความสำคัญต่อ

ความสำเร็จในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ชีวิตอยู่กับตนเองและครอบครัวที่บ้าน ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจึงจำเป็นต้องหากลวิธีในการช่วยให้ผู้ป่วยมีการกำกับติดตามตนเอง และประเมินความก้าวหน้าของการปฏิบัติด้วยวิธีที่ง่าย เช่น จัดทำเป็นคู่มือหรือเอกสารในการประเมินที่สามารถแปลผลได้ด้วยตนเอง และให้แนวทางการแก้ปัญหาที่ชัดเจน นำไปสู่การปฏิบัติได้ทันทีเมื่อผลการประเมินไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เช่น การแปลผลโดยใช้แถบสีที่ตรงกับการฝึกทักษะ โดยจากการศึกษาพบว่าการฝึกทักษะเป็นกลุ่มย่อย โดยให้ผู้ที่เป็นเบาหวานมีการเฝ้าระวังตนเองและการสังเกตอาการผิดปกติที่แสดงถึงภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ใช้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นกลุ่ม และให้สมาชิกกลุ่มเล่าประสบการณ์การเกิดอาการดังกล่าว รวมทั้งให้คู่มือสำหรับกลับไปทบทวนหรือศึกษาซ้ำเป็นส่วนสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด (Wattana,Srisuphan, Pothiban, & Upchurch, 2007) การกำกับติดตามและประเมินผลตนเองในการควบคุมโรค

2.3.3 การฝึกแก้ปัญหา (problem solving) และตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุ

เป้าหมายในการควบคุมโรค ผู้ป่วยต้องเข้าใจถึงอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงว่ามีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยหรืออาการแทรกซ้อนอะไร และสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงได้ถูก ต้องทั้งนี้ บุคลากรทางสุขภาพควรจัดกิจกรรมกระตุ้นโดยกำหนดเป็นสถานการณ์ การเล่นเกมส์ตอบคำถามและสรุปการเรียนรู้ หรือใช้ข้อมูลจากประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยแต่ละรายมาเป็นสถานการณ์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมกำหนดกลวิธีในการแก้ไข ( Journal of Phrapokklao Nursing College Vol.26 Suppl.1 September 2015)

3. การชักจูง โน้มน้าว ให้ลงมือปฏิบัติ และฝึกวิธีการสังเกตและติดตามผล

4. การให้คู่มือสำหรับนำไปทบทวน และเฝ้าระวังหรือกำกับติดตามการปฏิบัติของตนเองที่บ้าน

5. การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม

6. การติดตามเยี่ยมบ้านหรือเยี่ยมทางโทรศัพท์

**รูปแบบของกิจกรรม**

ในการพิจารณาเลือกรูปแบบการจัดกิจกรรมควรพิจารณาให้เหมาะสมตามลักษณะการเจ็บป่วยและความสะดวกของผู้ป่วย อาจทำเป็นกิจกรรมกลุ่มหรือรายบุคคล โดยออกแบบโปรแกรมให้มี กิจกรรมที่เป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคดังที่กล่าวมาข้างต้น และกิจกรรมในการฝึกทักษะที่จำเป็น ซึ่งกิจกรรมในแต่ละครั้งไม่ควรมีเนื้อหาแน่นเกินไป เพราะจะไม่เกิดประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติด้วยตนเอง การฝึกทักษะต้องเป็นการฝึกที่ง่ายและมีการทบทวนจนแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้จริงในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้เป็นโรคเรื้อรังควรมีระบบการติดตามและกระตุ้นเตือนเป็นระยะ(reinforcement) ตามระยะเวลาของการดำเนินงาน อย่างน้อยทุก 3 เดือน เนื่องจากผู้ป่วยมักตื่นตัวและตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนใหม่ในช่วงแรกๆ หลังจากนั้นหากไม่ได้รับการติดตามและกระตุ้นเตือน อาจมีการกลับไปกระทำ ตามความเคยชินหากไม่มีแรงจูงใจเพียงพอ จึงควรมีรูปแบบการติดตามและกระตุ้นเตือนเพื่อให้กำลังใจและช่วยแก้ปัญหา หรือให้คำปรึกษาหากผู้ป่วยปฏิบัติแล้วเกิดปัญหาหรืออุปสรรค ซึ่งอาจทำในรูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านหรือเยี่ยมทางโทรศัพท์ โดยเฉพาะในการศึกษาระยะยาว เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนใหม่

**ระยะเวลาและจำนวนครั้งในการจัดกิจกรรม**

สำหรับระยะเวลาที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ขึ้นอยู่กับ เนื้อหาและจำนวนสมาชิกกลุ่ม ซึ่งระยะเวลาในการให้ความรู้เป็นรายกลุ่มย่อยใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง ต่อครั้ง สำหรับรายบุคคลใช้เวลาประมาณ 1-1½ ชั่วโมง ต่อครั้ง การอภิปรายกลุ่มย่อยใช้เวลาประมาณ 1½ -2 ชั่วโมง ต่อครั้ง รวมเวลา 3-8 ชั่วโมง การให้คำปรึกษารายบุคคลใช้เวลา 30 นาทีและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ใช้เวลา 15-30 นาทีกิจกรรมส่วนใหญ่จะจัดติดต่อกันสัปดาห์ละครั้ง ตั้งแต่ 2 วัน ถึง 5 วัน เฉลี่ยวันละ 1-2 ชั่วโมง

**ผลลัพธ์ต่อสุขภาพ**

ผลการวิจัยจากหลายการศึกษาในคนไทย พบว่ารูปแบบของกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและหลักการจัดการตนเองรวมทั้งการฝึกทักษะการจัดการตนเองที่มีความเฉพาะในแต่ละโรค การให้คู่มือ และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ทั้งวิธีการจัดในลักษณะเป็นรายบุคคลและกลุ่มย่อย ได้ผลดีในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง เพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค ทำให้พฤติกรรมการควบคุมโรคดีขึ้น สามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์มากขึ้น มีภาวะสุขภาพดีขึ้น เช่น อาการหายใจลำบากลดลง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันลดลง ความเหนื่อยล้าลดลง ภาวะอ้วนลดลง หายจากภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (metabolic syndrome) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (ชดช้อย วัฒนะ, สุธน พรธิสาร,ณฐวรรณ รักวงศ์ประยูร และปริญญา แร่ทอง, 2552;ศันสนีย์ กองสกุล, 2552; จันทร์เพ็ญ หวานคำ , 2555,ปราณี สายรัตน์, 2555; ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า, ชดช้อย วัฒนะ,และพีระพงษ์ กิตติภาวงศ์, 2555; อรวรรณ ประภาศิลป์,ชดช้อย วัฒนะ, และทิพาพร ธาระวานิช, 2556)

จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ถือเป็นกุญแจสำคัญที่นำ ไปสู่ความสำเร็จและเพิ่มผลลัพธ์การดูแลที่มีประสิทธิภาพ การสนับสนุนการจัดการตนเองทำได้โดยการให้ความรู้เป็นฐาน รวมถึงกระบวนการในการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา การเพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการสนับสนุนให้มีการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริงไปใช้ปฏิบัติให้เกิดประโยชน์ การสนับสนุนการจัดการตนเองควรมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ค้นหาปัญหาจากมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการแก้ปัญหา อุปสรรคที่ถูกต้องและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่าแท้จริง ซึ่งพยาบาลหรือบุคลากรทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเรื้อรัง หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง สามารถนำกลยุทธ์การสนับสนุนการจัดการตนเองไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ โดยพิจารณาถึงเกณฑ์การควบคุมโรคในแต่ละรายและนำมากำหนดเป็นเป้าหมายสำคัญในการควบคุมโรคส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคและความรุนแรงได้ตามเกณฑ์ ซึ่งจะช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ลดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในที่สุด

**การประยุกต์การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**

ความเจ็บป่วย ความเครียด ไม่ว่าจะมากหรือน้อยก็ล้วนแต่กระทบกระเทือนต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเองและคนที่เกี่ยวข้องด้วยทั้งสิ้น ความเจ็บป่วยมักจะก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด ความสิ้นหวัง หรือมีผลทำให้การดำเนินชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากมาย ทำให้กลายเป็นภาวะวิกฤติของชีวิตได้ (life crisis) ถ้าความเจ็บป่วยไม่รุนแรงมากนัก ผู้ป่วยก็พอจะปรับตัวได้ไม่ยาก กลับเข้าสู่สภาพการดำเนินชีวิตตามเดิมของตนต่อไป แต่ในกรณีความเจ็บป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง หรือคุกคามต่อชีวิต การปรับตัวก็ทำด้วยความลำบาก และมีผลกระทบต่อจิตใจรวมทั้งพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างมาก จากการศึกษาถึงปฏิกิริยาทางจิตใจและสังคม (Reactions to Physical Illnesses) อันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยทางกายของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นทั้งที่พิจารณาว่าปกติหรือผิดปกติก็ตาม ย่อมจะมีผลต่อการดำเนินโรคและผลของการรักษา ไม่ว่าจะเป็นผลในด้านทำให้โรคนั้นแย่ลงหรือดีขึ้นก็ตามโดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ ดังนั้น การทำความเข้าใจ สังเกตและพิจารณาแบ่งแยก แยกแยะปฏิกิริยาต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจึงเป็นสิ่งจำเป็น ถ้าหากบุคลากรทางการแพทย์สามารถกระทำสิ่งเหล่านี้ได้ และนำไปปฏิบัติต่อผู้ป่วยของตนได้อย่างเหมาะสม ก็ย่อมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ซึ่งย่อมนำไปสู่ผลการรักษาที่ดีขึ้นด้วย (ศรีประภา ชัยสินธพ, 2557)

ปัจจุบันผู้ป่วยรับรู้และมีความเข้าใจในเรื่องโรคมากขึ้น แต่การปฏิบัติก็ยังจำกัดอยู่เนื่องจากว่า ผู้ป่วยยังต้องทำงานหาเลี้ยงตัวเองและครอบครัว ทำให้ไม่ค่อยมีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง ยกตัวอย่างเช่นผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องน้ำหนักตัวเกินก็มีปัญหาเรื่องปวดข้อ เหนื่อยง่าย ไม่สามารถออกกำลังกายได้ ผู้ป่วยบางคนก็ต้องฉีดยาเองที่บ้านหรือเจาะน้ำตาลเอง ก็ยังไม่มั่นใจว่าจะทำได้ถูกต้องหรือไม่ ดังนั้นการสอนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ให้มีความรู้เรื่องการจัดการตนเองสำคัญที่สุด เมื่อ 30 กว่าปีมาแล้ว ในประเทศสหรัฐอเมริกาหลักการเรื่องการจัดการตนเองได้เน้นในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในข้อมูลของสมาคมโรคเบาหวานของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้อธิบายไว้ว่าเป็นองค์กรที่ฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อให้ผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างไรก็ตาม ขณะนั้นการจัดการตนเองได้ผลดีเฉพาะกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังเท่านั้น ต่อมาNorris และคณะ ได้ทำการทดลองโดยนำโปรแกรมการจัดการตนเองมาใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานเพียงไม่กี่สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ค่า Glycosylate hemoglobin ลดลงจาก 0.76 เปอร์เซ็นต์ เหลือ 0.26 เปอร์เซ็นต์ นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักลดลง สูบบุหรี่ลดลง Norris และคณะ สรุปความหมายของคำว่า การจัดการตนเอง คือ การสอนเกี่ยวกับทักษะการลดน้ำหนัก การจัดการในเรื่องกิจกรรมแต่ละวัน การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการกับค่าน้ำตาลในเลือด

**งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

จงลักษณ์ ทวีแก้ว (2559) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้าน

ความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง กลวิธีการเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการใช้ยา กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 150 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการจัดการตนเอง แบบประเมินกลวิธีการเผชิญปัญหา แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและนำเครื่องมือไปทดลองใช้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93, .74, .92, .67 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติไควสแควร์ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ 16.36 (SD=7.89) กล่าวคือ มีภาวะซึมเศร้า 73 คน (48.7%) และไม่มีภาวะซึมเศร้า 77 คน (51.3%) เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการป่วย ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน และระดับ HbA1C ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนรายได้ การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง และกลวิธีการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=-.277,-.477,-.275 และ -.344 ตามลำดับ) ส่วนความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r=-.196)   
 จุฑามาศ จันทร์ฉายและคณะ (2555) ได้ศึกษาโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวานและการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 40 รายที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ซึ่งโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวานและการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นได้ประยุกต์มาจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้เวลาทดลอง 13 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมการสร้างเสริมความรู้ การรับรู้และพัฒนาทักษะ สร้างการรับรู้ความสามารถและทักษะการจัดการตนเอง การสนับสนุนการให้กำลังใจและการกระตุ้นเตือน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องการจัดการตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน (p<0.001)   
 นันนภัส พีระพฤฒิพงค์ และคณะ (2555) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองและระดับน้ำตาล ในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เป็นวิจัยแบบ One- group pre-post test design โดยมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 29 ราย ได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการดูแลตนเอง สำหรับ กรอบแนวคิดทางการวิจัยออกแบบโดย ภาวนา กีรติยุตวงค์ (2548) ซึ่งใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ของโอเร็มและทฤษฎีการบำบัดความคิด และพฤติกรรมของ แบ็ค ที่ประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานเป็น รายกลุ่ม ฝึกทักษะการปรับความคิด การสื่อสาร การแก้ปัญหา และกิจกรรมการดูแลตนเอง ใช้ระยะเวลา 16 สัปดาห์ หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลง จำนวน 22 ราย และค่าคะแนนความรู้และกิจกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าโปรแกรมดีกว่าก่อน เข้าโปรแกรม

เบญจมาศ ถาดแสง และคณะ (2555) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง จำนวน 34 ราย เป็นวิจัยกึ่งทดลอง มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น และดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แนวทางการรักษาโดยวิธีไม่ใช้ยาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การออกกำลังกาย การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน การรับประทานอาหาร การหยุดสูบบุหรี่ การจัดการปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์ และการรักษาโดยวิธีใช้ยาลดความดันโลหิต ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตน ซึ่งจะนำไปสู่การมีพลังอำนาจในการจัดการตนเองที่ดีและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม   
 ปราณี สายรัตน์ (2557) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำหน้าที่ ของร่างกาย การเกิดอาการกำ เริบเฉียบพลันและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงระดับ 3 แผนกผู้ป่วยนอกโรคทางเดินหายใจ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2556 สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกการ จัดการตนเองที่พัฒนาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ เครียร์(2000) ประกอบด้วยการให้ความรู้ เป็นกลุ่มย่อยเกี่ยวกับหลักการการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ฝึกทักษะการจัดการตนเองโดย ครอบคลุมเรื่อง การรับประทานอาหารและน้ำ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ เฉียบพลัน การพ่นยาอย่างถูกต้อง การบริหารการหายใจ การบริหารปอด การออกกำลังกายเพื่อ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและขา ให้คู่มือและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับ การดูแลปกติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์และสถิติทดสอบที ผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการ ทำหน้าที่ของร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p 0.05)และมีคุณภาพชีวิตสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.0001) การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรมีการศึกษา ซ้ำโดยขยายเวลาในการติดตามประเมินผลและเพิ่มกลวิธีการกระตุ้นติดตาม   
 ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า (2555) ได้ศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะการหายใจลำบาก การกลับ เข้ามารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบและคุณภาพชีวิต ศึกษาใน ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ระดับที่ 2 และ 3 จำนวน 34 ราย โดยสุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยโปรแกรมการ จัดการตนเองได้พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองโดย เครียร์ (Creer, 2000) กล่าวไว้ว่าการจัดการตนเองเป็นการ ควบคุมภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังและเป็นกระบวนการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมโรค โดยการส่งเสริม ความรู้และทักษะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ซึ่งประกอบ ด้วยการตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูลการประมวลและ การประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติและการ ประเมินผลการจัดการตนเองในการควบคุมโรค พบว่าหลังจาก ส่งเสริมการจัดการตนเองโดยการให้ความรู้เป็นรายบุคคล การฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมอาการกำเริบ และ การติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ให้กับกลุ่มทดลอง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะหายใจลำบาก ลดลง (p < 0.001)

รัตนา พรหมบุตร ( 2554 ) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการตรวจรักษา ณ คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระบี่ จำนวน 40 คน เลือกเข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองโดยการจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค และประเภทของยาที่รักษา กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเองที่สร้างจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Bourbeau และคณะ (2003) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ เครื่องตรวจสมรรถภาพปอด โดยการวัดอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออก วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที ผลการวิจัยพบว่า 1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองมีอาการกำเริบเฉียบพลันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออก (สมรรถภาพปอด) เพิ่มขึ้น ( = 373.50, SD = 39.11) 2. อาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออก (สมรรถภาพปอด) เพิ่มขึ้น ( กลุ่มทดลอง= 373.50, SD = 39.11, กลุ่มควบคุม = 231.00, SD =33.86)

สุทิน พิศาลวาปี (2551) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดและค่า C-reactive protein ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดและค่า C-reactive protein ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin และคณะ (1986) และการกำกับตนเองของ Kanfer and Goldstein (1980) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โปรแกรมประกอบด้วย 1. การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย 2. การวางแผนและปฏิบัติ 3. การติดตามประเมินผล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เคยมีประสบการณ์อาการกำเริบจำนวน 60 คน เลือกเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องอายุ ระดับความรุนแรงของโรคและประวัติการสูบบุหรี่ โดยที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดการรับรู้อาการหายใจลำบาก เครื่องตรวจวัดระดับ C-reactive protein และ เครื่องตรวจสมรรถภาพปอดแบบพกพา โดยการวัดอัตราไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออกและปริมาตรอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาที วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณา สถิติทดสอบค่าที (t-test) และสถิติทดสอบค่าซี (Z-test) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1. ค่าเฉลี่ยของอัตราไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออกและปริมาตรอากาศที่หายใจออกอย่าง แรงใน 1 วินาทีของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 2. ค่าเฉลี่ยของอัตราไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออกและปริมาตรอากาศที่หายใจออกอย่าง แรงใน 1 วินาทีของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 3. สัดส่วนของผู้ป่วยที่มี C-reactive protein ค่าบวก (> 5 mg./L) ภายหลังการทดลองของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ   
 เสาวลักษณ์ คูณทวี (2550) ได้ศึกษา โปรแกรมการจัดการตนเองและการบริหารกาย–จิตแบบชี่กง ต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีและความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการบริหารกาย–จิตแบบชี่กง ต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีและความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จังหวัดนครปฐม ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 20 คน จับคู่โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ ระยะเวลาการเป็นเบาหวานและชนิดของยารักษาเบาหวาน กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองและการฝึกบริหารกาย-จิตแบบชี่กง เป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมการจัดการตนเองและการบริหารกาย – จิตแบบชี่กงที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยมีแผนการสอนและคู่มือเป็นสื่อที่ใช้ในโปรแกรม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของกิจกรรมและความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบค่าที ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1. ค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ([mean] ก่อนการทดลอง = 8.75 %, SD = 1.09 ; [mean]หลังการทดลอง = 7.96 %, SD = 1.01, t –test = 5.91 ) 2. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ([mean] ก่อนการทดลอง = 146.65 mmHg, SD = 11.87; [mean] หลังการทดลอง= 119.80 mmHg, SD= 14.55, t –test = 7.07 ) 3. ค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาที่ลดลง ของกลุ่มทดลอง มีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( [d] กลุ่มทดลอง = .78 , SD = 0.59, [d]กลุ่มเปรียบเทียบ = -.03, SD = 0.62, t –test = 4.24 ) 4. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาที่ลดลง ของกลุ่มทดลอง มีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( [d] กลุ่มทดลอง = 26.85 , SD = 16.98, [d] กลุ่มเปรียบเทียบ = 18.15, SD = 9.61, t-test = 1.99 )

**2.2 หลักการและแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ**

**ความหมายของผู้สูงอายุ** คําที่ใช้เรียกบุคคลว่า คนชราหรือผู้สูงอายุนั้น โดยทั่วไปเป็นคํา

ที่ใช้เรียกบุคคลที่มีอายุมาก ผมขาว หน้าตาเหี่ยวย่น การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (ราชบัณฑิตยสถาน,

2546, หน้า 347) ให้ความหมายคําว่าชราว่า แก่ด้วยอายุชํารุดทรุดโทรม แต่คํานี้ไม่เป็นที่นิยมเพราะ

ก่อให้เกิดความหดหู่ใจ และความถดถอยสิ้นหวัง ทั้งนี้จากผลการประชุมของคณะผู้อาวุโส โดย

พล.ต.ต. หลวงอรรถสิทธิสุนทรเป็นประธาน ได้กําหนดคําให้เรียกว่า ผู้สูงอายุแทน ตั้งแต่วันที่ 1

ธันวาคม 2512 เป็นต้นมา ซึ่งคํานี้ให้ความหมายที่ยกย่องให้เกียรติแก่ผู้ที่ชราภาพว่าเป็นผู้ที่สูงทั้ง

วัยวุฒิ คุณวุฒิและประสบการณ์

สุรกุล เจนอบรม (2541, หน้า 6 - 7) ได้กําหนดการเป็นบุคคลสูงอายุว่า บุคคลผู้จะเข้าข่าย

เป็นผู้สูงอายุมีเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกันโดยกําหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุ

ไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological aging) จากจํานวนปีหรืออายุที่ปรากฏจริงตามปฏิทินโดยไม่นําเอาปัจจัยอื่นมาร่วมพิจารณาด้วย

2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological aging หรือ Biological going) กระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแตละปี

3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological aging) จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สติปัญญา การรับรู้และเรียนรู้ที่ถดถอยลง

4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological aging) จากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุมบุคคล ตลอดจนความรับผิดชอบในการทํางานลดลง

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2544, หน้า 10 - 11) ได้เสนอข้อคิดเห็น ของ บารโร และสมิธ (Barrow & Smith) ว่า เป็นการยากที่จะกําหนดว่าผู้ใดชราภาพหรือสูงอายุแต่สามารถพิจารณาจากองค์ประกอบตาง ๆ ได้ดังนี้คือ

1. ประเพณีนิยม (Tradition) เป็นการกําหนดผู้สูงอายุ โดยยึดตามเกณฑ์อายุที่ออกจากงาน เช่น

ประเทศไทยกําหนดอายุวัยเกษียณอายุเมื่ออายุครบ 60 ปี แต่ประเทศสหรัฐอเมริกา กําหนดอายุ 65 ปี เป็นต้น

1. การปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกาย (Body functioning) เป็นการกําหนดโดยยึดตามเกณฑ์ทาง

สรีรวิทยาหรือทางกายภาพ บุคคลจะมีการเสื่อมสลายทางสรีรวิทยาที่แตกต่างกันในวัยสูงอายุอวัยวะ ต่าง ๆ ในร่างกาย จะทํางานน้อยลงซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนอายุ 50 ปีฟันอาจจะหลุดทั้งปากแต่บางคนอายุถึง 80 ปีฟันจึงจะเริ่มหลุด เป็นต้น

3. การปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Mental Functioning) เป็นการกําหนดตามเกณฑ์ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์การจํา การเรียนรู้และความเสื่อมทางด้านจิตใจ สิ่งที่พบมากที่สุดในผู้ที่สูงอายุ คือ ความจําเริ่มเสื่อม ขาดแรงจูงใจซึ่งไม่ได้ หมายความว่าบุคคลผู้สูงอายุทุกคนจะมีสภาพเช่นนี้

4. ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self - Concept) เป็นการกําหนดโดยยึดความคิดที่ผู้สูงอายุมองตนเอง เพราะโดยปกติผู้สูงอายุมักจะเกิดความคิดว่า “ตนเองแก่อายุมากแล้ว” และส่งผลต่อบุคลิกภาพทางกาย ความรู้สึกทางด้านจิตใจ และการดําเนินชีวิตประจําวัน สิ่งเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามแนวความคิดที่ผู้สูงอายุนั้น ๆ ได้กําหนดขึ้น

5. ความสามารถในการประกอบอาชีพ (Occupation) เป็นการกําหนดโดยยึดความสามารถ

ในการประกอบอาชีพ โดยใช้แนวความคิด จากการเสื่อมถอยของสภาพทางร่างกายและจิตใจ คนทั่วไปจึงกําหนดว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพักผ่อน หยุดการประกอบอาชีพ ดังนั้นบุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุจึงหมายถึงบุคคลที่มีวัยเกินกว่าวัยที่จะอยู่ในกําลังแรงงาน

6. ความกดดันทางอารมณ์และความเจ็บป่วย (Coping with Stress and Illness) เป็นการ

กําหนดโดยยึดตามสภาพร่างกาย และจิตใจ ผู้สูงอายุจะเผชิญกับสภาพโรคภัยไข้เจ็บอยู่เสมอ เพราะ

สภาพทางร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมลง นอกจากนั้น ยังอาจเผชิญกับปัญหาทางด้านสังคมอื่น ๆ ทําให้เกิดความกดดันทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอีก ส่วนมากมักพบกับผู้มีอายุระหว่าง 60 - 65 ปีขึ้นไป

นอกจากนั้น ศศิพัฒน์ ยอดเพชร ได้เสนอผลการศึกษาภาคสนามว่า การกําหนดอายุที่

เรียกว่าเป็น “คนแก่” ส่วนใหญ่ระบุว่ามีอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่บางพื้นที่มีขอพิจารณาอื่น ๆ ประกอบ

เช่น ภาวะสุขภาพ บางคนอายุประมาณ 50 - 55 ปีแต่มีสุขภาพไม่แข็งแรงมีโรคภัยและทํางานไม่

ไหว ผมขาว หลังโกง ก็เรียกวา “แก่” บางคนมีหลานก็รู้สึกว่าเริ่มแก่และเริ่มลดกิจกรรมเชิง

เศรษฐกิจลง กลุ่มผู้สูงอายุไม่ใส่ใจต่อตัวเลขอายุแต่พิจารณาตัดสินจากองค์ประกอบ เช่น สภาพ

ร่างกาย ปวดเอว ปวดตามข้อ เดินไปไกล ๆ ไม่ไหว ทํางานหนักไม่ค่อยได้เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง

เป็นต้น

จากความหมาย ผู้สูงอายุที่นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึง สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง

ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และจิตใจไปในทางที่เสื่อมลง มีบทบาท

ทางสังคม และกิจกรรมในการประกอบอาชีพลดลง

**การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ** จากการกําหนดว่า บุคคลที่อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2531, หน้า 27) (ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนตะวันออก, 2543, หน้า 8) ได้เสนอข้อมูลขององค์การอนามัยโลก โดย อัลเฟรด เจ คาห์น (Professor Dr. Alfred J. Kahn) แห่งมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย มีการแบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น ในลักษณะของการแบ่งช่วงอายุที่เหมือนกัน คือ

1. ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60 - 74 ปี

2. คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75 - 90 ปี

3. คนชรามาก (Very old) มีอายุ90 ปีขึ้นไป

ยูริค และคนอื่น ๆ (Yuriek & others 1980, หน้า 31 อ้างถึงใน ภาวิณี วรประดิษฐ, 2552)

เสนอการแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุตามสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ(National Institute of Aging)

ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (Young - Old) มีอายุ60 - 74 ปี

2. กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (Old - Old) มีอายุ75 ปีขึ้นไป

สําหรับประเทศไทย ผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุ60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป พบว่าอายุขัยเฉลี่ย

เพศหญิง 75 ปี เพศชาย 68 ปีและได้แบ่งช่วงผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม (สํานักงานสถิติแห่งชาติ,

2551) คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60 - 69 ปี)

2. กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70 - 79 ปี)

3. กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ80 ปีขึ้นไป)

จากข้อมูลการจัดเกณฑ์ช่วงอายุของผู้สูงอายุที่นักวิชาการ องค์การ หน่วยงาน กําหนดไว้

นั้น สรุปได้ว่าการแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุค่อนข้างใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยกําหนดใช้การแบ่งช่วงอายุ

แบบของประเทศไทย ในการดําเนินการวิจัยครั้งนี้คือช่วงอายุตั้งแต่ 60 - 69 ปี (ภาวิณี วรประดิษฐ,

2552)

**ลักษณะความชรามี2 ลักษณะ**

1. ความชราแบบปฐมภูมิ (Primary aging) เป็นความชราตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับทุกคน

2. ความชราแบบทุติยภูมิ(Secondary aging) เป็นความชราที่สามารถหลีกเลี่ยงได้เกิดจากการละเลยไม่รักษาตนเอง ใช้ร่างกายทํางานหนัก หรืออาจเกิดจากการมีโรคภัยไข้เจ็บ(ละเอียด แจ่มจันทร์และสุรีย์ ขันธรักษ์วงศ์, 2549)

**ทฤษฎีความสูงอายุ**

ความสูงอายุความชราหรือความแก่เป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับสิ่งมีชีวิตทุกชนิดอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้นักทฤษฎีหลายคนได้พยายามที่จะอธิบายในเรื่องปรากฏการณ์ของการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยชรา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของความสูงอายุนี้จะ แตกต่างกันไป ขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ ทําให้สาเหตุของความชราแตกต่างกันไป มีกระบวนการเกิดและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความสูงอายุต่าง ๆ กัน ไม่สามารถที่จะอธิบายได้ด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเท่านั้น แต่ ต้องอาศัยหลาย ๆ ทฤษฎีมาประกอบกัน ทฤษฎีความสูงอายุประกอบดวย

**1. ทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพ (Biological theories of aging)**ทฤษฎีความสูงอายุเชิง

ชีวภาพ เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายความชราทางชีววิทยา ซึ่งเกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงทาง

กายภาพที่เกิดขึ้นภายในร่างกายของสิ่งมีชีวิตทุกชนิด เมื่อเข้าสู่วัยชรากระบวนการเปลี่ยนแปลงของ

ความชราที่เกิดขึ้นมักจะสัมพันธ์กับอายุของสิ่งมีชีวิต ซึ่งอธิบายในเรื่องของผลกระทบของความ

ชราที่ทําให้ระบบการทําหน้าที่ของอวัยวะในร่างกายทํางานได้ลดลง จนกระทั่งไม่สามารถทําหน้าที่

ได้ตามปกติเหมือนในวัยเด็กหรือวัยหนุ่มสาวซึ่งทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพที่เป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน ได้แก่

**1.1 ทฤษฎีความสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Genetic theory) การศึกษาหลายทฤษฎีที่พบ ได้แก่**

**1.1.1 ทฤษฎีพันธุกรรมทั่วไป (General genetic theory)**กลาวคือ อายุขัยของสัตว์แต่ละชนิดจะมีอายุขัยไม่เท่ากัน ทั้งนี้ถูกกําหนดขึ้นโดยรหัสพันธุกรรม เช่น แมลงหวี่มีอายุขัยเฉลี่ยประมาณ 1 วัน หนู 2-3 ปี สุนัข 12 ปี ม้า 25 ปีและมนุษย์ 70 ปี สําหรับผู้หญิงจะมีอายุขัยยืนกว่าผู้ชายโดยเฉลี่ยประมาณ 8 ปี ลักษณะทางเพศถูกกําหนดขึ้นโดยเพศชายจะมีโครโมโซม xy ส่วนเพศหญิงมีโครโมโซม xx และเนื่องจากเพศหญิงมีโครมาติน x มากกว่าเพศชาย จึงทําให้มีอายุยืนกว่า

นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวใดที่มีบรรพบุรุษที่มีอายุขัยยืนยาว บุคคลในครอบครัวนั้นก็จะมีอายุขัยยืนยาวด้วยเช่นกัน แต่ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดลอมก็จะมีผลให้รหัสพันธุกรรม ซึ่งเป็น

ตัวกําหนดอายุขัย เปลี่ยนไปได้เช่นกัน

**1.1.2 ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมในเซลล์(Cellular genetic theory)**ยีน (Gene)เป็นตัวควบคุมลักษณะทางพันธุกรรม เรียงตัวอยู่บนโครโมโซมยีนจําเพาะคู่หนึ่งซึ่งหน่วยหนึ่งมาจากพ่อและอีกหน่วยหนึ่งมาจากแม่เป็นตัวกําหนดลักษณะหนึ่ง ๆ ของคน ส่วนประกอบทางเคมีของยีน คือ DNA (Deoxyribo nucleic acid) เป็นโปลีนิวคลีโอไทด(Polynucleotide) เป็นเกลียวคู่ประกอบด้วยส่วนที่เป็น แกนกลาง คือ น้ำตาล ดีออกซีไรโบส (Deoxybose) กับกลุ่มฟอสเฟต และเบสของ DNA คือ พิวรีน (Purine) และไพริมิดีน (Pyrimidine) แขนทางด้านข้างพิวรีนของ DNAคือ อดีนีน (Adanine, A) หรือ กัวนีน (Guanine, G) และไพริมิดีน ของ DNA คือ ไทมีน (Thymine,T) หรือไซโตซีน (Cytosine, C) การจับคู่ของเบสจะเป็นการจับอย่างจําเพาะเจาะจง คือ อะดีนีนจับกับไทมีนด้วย Hydrogen bond 2 bond และกัวนีนจับกับไซโตซีนด้วย Hydrogen bond 3 bond ยีนควบคุมลักษณะทางพันธุกรรม โดยควบคุมการสรางเอนไซม์ โดยการควบคุมการสร้างโปรตีน เนื่องจากเอนไซม์ทุกตัวมีโปรตีนเป็นองค์ประกอบที่สําคัญ ยีนหนึ่งควบคุมลักษณะของโปลีเปปไทด์หนึ่งชนิด (One gene-one polypeptide) ส่วนประกอบนี้จะทําหน้าที่เป็นรหัสพันธุกรรม (Genetic code) ฉะนั้น ถ้าโมเลกุลของ DNA ถูกทําลายไปจะทําให้สารประกอบอยู่ถัดตําแหน่งไปได้ยีนก็จะมีความผิดปกติเอนไซม์ที่สร้างโดยการควบคุมของยีนที่ผิดปกติอาจจะมีน้อยหรือไม่ทําหน้าที่ก็ได้มีผลให้ปฏิกิริยาในร่างกายต้องอาศัยเอนไซม์ตัวนี้มาเกี่ยวข้องก็จะเกิดขึ้นได้น้อย หรือเกิดไม่ได้เลย การทําหน้าที่ของเซลล์ก็จะเสียไป และในที่สุดก็จะมีความผิดปกติและตายได้

**1.1.3 ทฤษฎีการผ่าเหล่า (Somatic mutation theory)**เกิดขึ้นเนื่องจากรังสีทําให้มีการเปลี่ยนแปลงของ DNA เป็นตัวเร่งให้แก่เร็วขึ้น รังสีจะทําใหโครโมโซมผิดปกติและมีจํานวนมากขึ้น จากการทดลองในหนูพบว่า หนูที่ไม่ได้รับรังสีก็จะเจริญเติบโต ตามปกติและมีอายุขัยยาวนานกว่าเกือบ 1 เท่า รังสีทําให้เซลล์ชนิดที่สามารถแบ่งตัวได้เกิดการผ่าเหล่าขึ้น เมื่อมีการผ่าเหล่าสะสมเพิ่มมากขึ้นจนถึงจุดที่เสียหน้าที่ของยีน และโครโมโซม จะทําให้ร่างกายไม่สามารถผลิตโปรตีนได้เซลล์จะตาย (ชูศักดิ์ เวชแพทย, 2531) เช่น เซลล์ของเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาวและเซลล์เยื่อบุของลําไส้และผิวหนัง การผ่าเหล่าจะพบได้ภายหลังที่มีการแบ่งเซลล์ในรุ่นต่อไปเนื่องจากมีความผิดพลาดในการจําลอง ส่วนเซลล์ชนิดที่ไม่สามารถแบ่งตัวได้อีก เช่น เซลล์ประสาท เซลล์กล้ามเนื้อลายที่มีการผ่าเหล่าจะพบได้น้อยที่สุด ส่วนสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม ถ้าไม่ได้รับรังสีเลย จํานวนเซลล์ที่มีการผ่าเหล่าจะพบได้น้อยมาก เซลล์ที่ได้รับรังสีจะมีการทําลายของDNA ซึ่งภายในเซลล์จะมีกลไกในการซ่อมแซมด้วยแต่จะช้ากว่าการทําลาย ทําให้เซลล์ตายในที่สุด

**1.1.4 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error theory of aging)**ภายในนิวเคลียสของเซลล์มีรหัสพันธุกรรมซึ่งเป็นโครงสร้างของโมเลกุลของ DNA รหัสพันธุกรรมจะถูกคัดออก และแปลอีกหลายขั้นตอนจึงจะได้โมเลกุลของโปรตีนหรือเอนไซม์ตัวสุดท้าย โปรตีนที่เกิดขึ้นจะประกอบด้วยกรดอะมิโน ซึ่งจะมีการสร้างบนไรโบโซม (Ribisome) รหัสพันธุกรรมจาก DNA ที่จะถายทอดไปยังไรโบโซมจะ ต้องอาศัยโมเลกุลของ DNA (Dibonucleic acid) ที่เรียกว่า m-RNA (Messenger RNA) ฉะนั้น ถ้ามีความผิดพลาดเกิดขึ้นในขั้นตอนของการถ่ายทอดข้อความในการสังเคราะห์โปรตีนหรือเอนไซม์ จะทําให้มีการจําลองโปรตีนหรือเอนไซม์ซึ่งมีลักษณะและคุณสมบัติผิดไปจากเดิม และไม่สามารถทําหน้าที่ดังเดิมได้เป็นเหตุให้เซลล์ตายในที่สุด นอกจากนี้พบว่าเอนไซม์ส่วนใหญ่จะทําหน้าที่ได้น้อยลง เมื่ออายุมากขึ้น ในขณะที่เอนไซม์บางชนิดจะทําหน้าที่ได้มากขึ้น การเปลี่ยนแปลงจะเกิดได้มาก ในวัยหนุ่มสาวอัตราการเกิดจะเป็นเร็วขึ้น ทําให้เซลล์ไม่สามารถทํางานได้ตามปกติต่อมาเซลล์ก็จะตาย ความสูงอายุเกิดจากการสะสมความผิดพลาด หรือความบกพร่องเกี่ยวกับส่วนประกอบระดับโมเลกุลของเซลล์ซึ่งเกิดในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการทางชีวเคมีของการสร้างโปรตีนในเซลล์ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นในวัยหนุ่มสาว ต่อมาเมื่อสูงอายุมากขึ้นอัตราการเกิดจะเป็นเร็วขึ้น ถ้าความผิดพลาดสะสมถึงระดับหนึ่งเซลล์หรือเนื้อเยื่อจะค่อย ๆ เสื่อมสภาพและตาย หรือเซลล์อาจไม่ตายแต่การทําหน้าที่อาจจะหยุดชะงักทําให้เสียสมดุลการควบคุมของร่างกาย โดยเฉพาะเซลล์สําคัญ เช่น เซลล์สมอง เป็นต้น

**1.1.5 ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution theory)**ความสูงอายุมีการปรับตัวตามวิวัฒนาการของสิ่งมีชีวิต โดยจะมีการสร้างสรรค์สิ่งที่ดีกว่าเพื่อความอยู่รอดในสิ่งแวดลอมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ความสูงอายุเป็นสิ่งที่ผนวกเข้าเป็นช่วงชีวิตหนึ่งของการเจริญและแพร่พันธุ์ของระยะเวลามีชีวิตจะสั้นลงเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม ความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง

**1.1.6 ทฤษฎีนาฬิกาชีวภาพ (Watch spring theory)**ความสูงอายุถูกกําหนดไว้โดยรหัสที่อยู่ในยีนกําหนดให้เซลล์ต่าง ๆ หรือระบบแก่ลงเมื่อถึงเวลาที่กําหนดให้สําหรับมนุษย์ที่อยู่ในสิ่งแวดลอมที่ดีจะมีอายุเฉลี่ยประมาณ 85 - 90 ปี กระบวนการของความสูงอายุประกอบด้วยการเจริญเติบโต การพัฒนาและเสื่อมลงจนกระทั่งตายไปในที่สุด เป็นวัฎจักรที่เกิดขึ้นภายในช่วงระยะเวลาหนึ่งที่มีการกําหนดไว้แล้ว

**1.2 ทฤษฎีความสูงอายุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Nongenetic cellular theory)**ทฤษฎีนี้เกี่ยวกับระยะเวลาที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเซลล์ซึ่งแบ่งออกได้อีกหลายทฤษฎีคือ

**1.2.1 ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and tear theory)**ทฤษฎีนี้ได้เปรียบเทียบสิ่งมีชีวิตคล้ายกับเครื่องจักร เมื่อมีการใช้งานมาก ๆ ก็จะเกิดความผิดปกติขึ้น แต่มนุษย์และเครื่องจักรจะแตกต่างกันเพราะมนุษย์สามารถที่จะซ่อมแซมตัวเองและใช้งานต่อไปได้โดยกระบวนการสร้างใหม่เพื่อทดแทน เช่น เซลล์ของผิวหนัง เซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว เป็นต้น แต่มีเซลล์บางชนิดไม่สามารถแบ่งตัวได้อีก ได้แก่ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เซลล์กล้ามเนื้อลาย และเซลล์ประสาท เมื่ออายุมากขึ้นเซลล์ก็จะเสื่อมลงและตาย ทําให้การทํางานของอวัยวะเหล่านี้ลดลง

**1.2.2 ทฤษฎีการสะสม (Accumulative theory)**ความสูงอายุของเซลล์เกิดจากการคั่งค้างของของเสีย สะสมในเซลล์เป็นระยะเวลานาน ทําใหเซลล์เปลี่ยนแปลงรูปร่างและเสียปฏิกิริยาทางเคมีในการสร้างพลังงานและเซลล์อาจตายได้ การสะสมของเสียจากการเผาผลาญอาจจัดเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเซลล์ที่ไม่มีการแบ่งตัวได้อีก จึงไม่สามารถเปลี่ยนแปลงตัวเอง เช่น เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เซลล์ประสาทสมอง ไขสันหลัง และเซลล์ของไต ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความสูงอายุเป็นผลมาจากการสะสมที่เป็นอันตรายต่อเซลล์สารนี้มีสีดํา เรียกวา ไลโปฟสซิน (Lipofuscin) สารไลโปฟสซินนี้คือ รงควัตถุไขมัน (Fatty pigment) หรือรงควัตถุชรา (Age pigment) สามารถตรวจพบได้โดยใช้ Fluorcent microscope เท่านั้น เชื่อว่าสารนี้เป็นผลผลิตได้มาจากการแตกตัวของโปรตีนและไขมัน ในขบวนการที่มีการใช้ออกซิเจนมากเกินไป(Peroxidation) ของผนังเซลล์ และเป็นของเสียในกระบวนการเมตาบอลิซึม มีคุณสมบัติไม่ละลายน้ำ พบวาไลโปฟสซินจะถูกสะสมมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น พบได้มากในเนื้อเยื่อของตับ รังไข่ เซลล์ประสาท กล้ามเนื้อหัวใจและสุดท้ายจะพบได้ที่ผิวหนัง อัตราการสะสมจะไม่เท่ากันขึ้นกับเนื้อเยื่อของแต่ละชนิด

นอกจากนี้พบว่าจํานวนของ RNA ในเซลล์ประสาทจะลดลงเป็นสัดส่วนโดยตรงกับการเพิ่มของไลโปฟสซิน ไลโปฟสซินที่อยู่ในไซโตพลาสมาของเซลล์จะทําให้กอลใจบอดี้และโมโตคอนเดรียไม่ทํางาน โดยปกติกอลใจบอดี้จะทําหน้าที่ขนส่งสารออกจากเซลล์ ส่วนไมโตคอนเดรียทําหน้าที่สร้างพลังงานและเอนไซม์เพื่อนําไปใช้ในกระบวนการต่าง ๆ ของเซลล์เมื่อร่างกายมีไลโปฟสซินมากขึ้น ก็จะมีผลต่อการเผาผลาญภายในเซลล์และทําให้คุณสมบัติในการซึมผ่านของผนังเซลล์ลดลงและเปลี่ยนแปลงไป จากการศึกษาพบว่า ไวตามินอีและซีลีเนียม (Selenium) สามารถทําให้ลูกโซ่ของไลโปฟสซินแตกจากกันได้ยับยั้งการทําลายไขมันที่เป็นส่วนประกอบของผนังเซลล์ (Fatty membrane) และป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับเซลล์ด้วย จากการทดลองในสัตว์พบว่าถ้าเพิ่มไวตามินอีในอาหารจะสามารถลด การสร้างไลโปฟสซินได้

**1.2.3 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free radial theory)**Harman เป็นผู้เสนอทฤษฎีนี้เชื่อว่าความสูงอายุเกิดจากร่างกายมีการสะสมของอนุมูลอิสระมากขึ้นจนเกิดเป็นสารหรือโมเลกุลที่มีฤทธิ์ทําลาย อนุมูลอิสระอาจเกิดจากการ Metabolism ของร่างกายเอง หรือจากการรับเข้าจากภายนอกก็ตาม แล้วไปทําปฏิกิริยากับไขมันที่ไม่อิ่มตัวในเซลล์ ได้แก่ ไมโตคอนเดรีย ไลโซโซม และเยื่อหุ้มนิวเคลียส ทําให้มีการใช้ออกซิเจนมากขึ้นเกิดเป็นอนุมูลอิสระมากขึ้น ก่อให้เกิดการยับยั้งการทําปฏิกิริยากับสารอื่น ๆ ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทํางานลดลง เช่น เมื่อไมโตคอนเดรียทําปฏิกิริยากับอนุมูลอิสระ ทําให้ประสิทธิภาพการทํางานลดลง เยื่อหุ้มเซลล์ถูกทําลายทําให้เพิ่มปริมาณน้ำเข้าสู่เซลล์มากขึ้น ระบบสมดุลของน้ำในเซลล์เสียไป ในที่สุดส่งผลทําให้เซลล์ตายได้ ในปกติร่างกายจะมีกลไกการกําจัดของเสีย หรือสารที่ร่างกายไม่ต้องการ รวมทั้งซ่อมแซมส่วนที่ถูกทําลายตลอดเวลา แต่เชื่อว่าการสะสมของอนุมูลอิสระเกิดขึ้นรวดเร็วกว่าการซ่อมแซม การรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของวิตามิน C และ E ซึ่งเป็นสาร Antioxidant จะมีส่วนช่วยยับยั้งการทํางานหรือการสร้างอนุมูลอิสระได้

**1.2.4 ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-linking theory)** ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ความสูงอายุเกิดขึ้นจากมีการเชื่อมตามขวางของโมเลกุลของโปรตีนส่วนใหญ่จะพบการเชื่อมตามขวางมากที่สุดในอิลาสตินและคอลลาเจน ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันในร่างกายของสิ่งมีชีวิต ที่เป็นส่วนประกอบของโครงสร้างร่างกาย ช่วยพยุงและให้ความแข็งแกรงเนื้อเยื่อเหล่านี้จะพบมากในผิวหนัง เอ็น กระดูก กลามเนื้อ หลอดเลือดหัวใจ

อัตราของการเชื่อมตามขวางจะเป็นมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น แต่จะเกิดเร็วในช่วงอายุ 30-50 ปีขึ้นไป นอกจากนั้นยังมีปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมหลายประเภทที่ทําให้มีการเพิ่มอัตราการเชื่อมตามขวาง ได้แก่ สารประกอบอัลดีไฮด์ ทองแดง แมกนีเซียม และ Oxidizing fat ดังนั้นเมื่ออายุมากขึ้นเนื้อเยื่อคอลลาเจนและอิลาสตินจะมีการเชื่อมตามขวางมากขึ้น ทําให้สูญเสียความยืดหยุ่น มีลักษณะแข็ง แตกและฉีก ขาดง่ายขึ้น ก่อให้เกิดผลต่อการซึมผ่านของสารที่เยื่อหุ้ม ทําให้การแพร่และการดูดซึมของก๊าซสารอาหาร แอนตี้บอดี้ทอกซิน ตลอดจนเมตาโบลัยท์ต่าง ๆ ผ่านผนังหลอดเลือดลดลง เอ็นจะแข็งและแห้ง ผิวหนังแห้งเหี่ยว ฟันหลุดร่วง กล้ามเนื้อเสียความยืดหยุ่น ผนังหลอดเลือดมีแรงตึงตัวลดลง ทําให้ประสิทธิภาพในการทํางานของหลอดเลือด และอวัยวะตางๆ มีประสิทธิภาพในการทํางานลดลง

**1.2.5 ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดและการปรับตัว (Stress and adaptation theory)**ปฏิกิริยาของร่างกายต่อความเครียด จะมีผลรบกวนการทํางานของเซลล์และทําให้เซลล์ตายได้ ภาวะที่ต้องเผชิญกับความเครียดบ่อย ๆ จะทําให้เกิดความสูงอายุได้เร็ว

**1.3 ทฤษฎีความสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับสรีรวิทยา (Physiological theory)**ทฤษฎีนี้กล่าวถึงความมีอายุเป็นผลมาจากความล้มเหลวของการทํางานต่าง ๆ ภายในร่างกาย และความบกพร่องของกลไกในการควบคุมทางสรีรวิทยา ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

**1.3.1 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological theory)**ระบบภูมิคุ้มกันประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ หลายส่วน ทําหน้าที่ป้องกันร่างกายจุลินทรีย์ที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อมภายนอกและเซลล์แปลกปลอม ซึ่งเป็นอันตรายต่อร่างกายของตนเอง เช่น การติดเชื้อ เซลล์มะเร็ง กลไกในการป้องกัน มี 2 วิธี คือ

1. การสร้างแอนติบอดี้เพื่อทําลายจุลินทรีย์และโปรตีนที่แปลกปลอม

2. การสร้างเซลล์ชนิดหนึ่ง เพื่อทําหน้าที่ในการกินและย่อยเซลล์หรือสิ่งแปลกปลอม

ระบบภูมิคุมกันที่สําคัญ คือ

1. การตอบสนองระบบภูมิคุ้มกันโดยผ่านเซลล์ (Cell-mediated immune response = CMR) เซลลที่ทําหน้าที่นี้ ได้แก่ ที-ลิมโฟซัยท์ (T-Lymphocyte)

2. การตอบสนองระบบภูมิคุ้มกันโดยการใช้สารน้ำ (Humoral immune response) หมายถึง แอนติบอดี้(Antibody) เซลล์ที่รับผิดชอบ คือ บี-ลิมโฟซัยท์(B-Lymphocyte) และเซลล์ของพลาสมา (Plasma cell) นอกจากนี้ยังมีสารน้ำอื่น ๆ มาร่วมการทํางานด้วย ทั้ง ที-ลิมโฟซัยท์และบี-ลิมโฟซัยทนี้ผลิตจากไขกระดูกที่อยู่ในกระดูกสันหลัง เมื่อมีเชื้อโรคหรือสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ร่างกาย บี-ลิมโฟซัยท์จะเปลี่ยนพลาสมา และทําหน้าที่เป็นแอนตี้บอดี้ซึ่งสามารถมีปฏิกิริยากับสิ่งแปลกปลอมหรือแอนติเจนได้โดยปกติที-ลิมโฟซัยท์จะซับซ้อนมากขึ้น บางส่วนจะช่วย บี-ลิมโฟซัยท์ในการสังเคราะห์แอนตี้บอดี้บางส่วนจะกดการสังเคราะห์แอนตี้บอดี้นอกจากนี้ยังทําหน้าที่ขับเนื้อเยื่ออื่น ๆและป้องกันการสร้างเนื้อ งอก เมื่ออายุมากขึ้นพบ ว่าการทําหน้าที่ที-ลิมโฟซัยท์จะไม่แน่นอน หน้าที่ของเซลล์มักจะลดลงทําให้ระบบภูมิคุ้มกันลดลงมาก มีผลทําให้กลไกการป้องกันตนเองลดลงด้วย จากสัตว์ทดลอง พบว่า ระบบของภูมิคุ้มกันในสัตว์ที่มีอายุมากจะมีน้อยกว่าสัตว์ที่อายุน้อย และระบบภูมิคุ้มกันยังเสื่อมสมรรถภาพในการจําโครงสร้างของโมเลกุลหรือเซลล์ที่อยู่ในร่างกายด้วย ทําให้แอนติบอดี้มีปฏิกิริยากับเซลล์ของร่างกายตนเอง (Autoimmune antibody) ในเลือดสูงทําให้เกิดโรคภูมิคุ้มกันทําลายตนเอง (Autoimmune disease) เช่น โรคโลหิตจางบางชนิด ข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคหัวใจรูมาติก หลอดเลือดแข็งเนื่องจากมีสารไขมันอุดตัน โรคความดันโลหิตสูง ฯลฯ นอกจากนี้ความสามารถในการจําเซลล์ที่เปลี่ยนแปลงไปเสื่อมลง เช่น เซลล์มะเร็ง ในปัจจุบันพบว่าโรคมะเร็งในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากความล้มเหลวของระบบภูมิคุมกันก็ได้ การสูงอายุเพิ่มมากขึ้นนี้อาจเนื่องมาจากความล้มเหลวของระบบภูมิคุ้มกันก็ได้

**1.4 ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับระบบประสาท และต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine theory)**โดยปกติการทํางานของระบบสมอง ประสาทอัตโนมัติและต่อมไร้ท่อจะทํางานประสานและควบคุมซึ่งกันและกัน เพื่อให้ร่างกายดํารงชีวิตอยู่ได้ตามปกติแต่เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนภายในร่างกาย เช่น

1.4.1 ต่อมใต้สมอง โดยเฉพาะต่อมใต้สมองส่วนหน้า จะเสื่อมหน้าที่ลงอย่างรวดเร็ว ฮอร์โมนต่ำ ซึ่งเป็นผลให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ขนบริเวณรักแร้และหัวหน่าวร่วง อวัยวะเพศเสื่อมและเล็กลง

1.4.2 ต่อมไทรอยด์จะมีขนาดเล็กลงหลังอายุ50 ปีขึ้นไป 1.4.3 ตับอ่อน จะผลิตอินซูลินได้น้อยลง เป็นผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

**2. ทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคม (Psychosocial theories of aging)**ทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคม จะอธิบายในเรื่องของบทบาทและสัมพันธภาพของบุคคลในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ซึ่งทฤษฎีนี้จะมีความเกี่ยวข้องกับการปรับบทบาทและหน้าที่ในสังคม ตําแหน่งหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเหล่านี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อบุคลิกภาพ สถานภาพ โครงสร้างของครอบครัวและการมีกิจกรรมในสังคม ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

**2.1 ทฤษฎีการถดถอยจากสังคม (Disengagement theory)**ทฤษฎีนี้ตั้งขึ้นโดย Cumming และ Henry เชื่อว่าบุคคลเมื่อถึงวัยสูงอายุจะสามารถยอมรับในบทบาทและหน้าที่ของตนที่ลดลง ทําให้ผู้สูงอายุสวนใหญ่มีลักษณะแยกตัวออกจากสังคมทีละน้อย หรือต้องการปล่อยวางเป็นอิสระ ทั้งนี้อาจเนื่องจากสัมพันธภาพของผู้สูงอายุและบุคคลรอบข้างมีน้อยลง เช่น การเกษียณอายุการทํางาน ทําให้การทํากิจกรรมร่วมกับเพื่อนร่วมงานมีน้อยลง หรือการแยกครอบครัวของบุตรหลาน ทําให้หมดสภาพของการเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทําให้ผู้สูงอายุมีการแยกตัวออกจากสังคม จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ผู้สูงอายุมีความสุขและพึงพอใจ เพราะว่าได้รับอิสระมากขึ้น ไม่ต้องอยู่ในระเบียบกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ในสังคม แต่ก็มีการศึกษาว่าเมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุอาจรู้สึกว่าคุณค่าในตัวเองลดลง ทําให้มีการถอนตัวออกจากการทํากิจกรรมในสังคมได้

ฉะนั้น ถ้าสังคมและบุคคลรอบข้างของผู้สูงอายุยอมรับ เปิดโอกาสและเคารพในตัวผู้สูงอายุจะทําให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น และทําให้รู้สึกว่ายังมีคุณค่ากับสังคม และบุคคลรอบข้างต่อไป

**2.2 ทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (The Activity theory)**Havighurst อธิบายว่า การที่ผู้สูงอายุจะประสบความสําเร็จได้(Successful aging) ผู้สูงอายุต้องมีการทํากิจกรรมอยู่เสมอ ไม่ถอนตัวออกจากสังคมและสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุจะมีความพึงพอใจในชีวิต ถ้ายังคงมีกิจกรรมในสังคม ซึ่งการทํากิจกรรมจะช่วยส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีอัตโนทัศนที่ดี ทําให้รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถดําเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขได้อย่างไรก็ตามในการจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุควรจะเป็น กิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน

**2.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory)**ทฤษฎีนี้เสนอโดย Neugarten อธิบาย

ว่า ผู้สูงอายุอาจจะมีความสุขในการทํากิจกรรมต่าง ๆได้ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนการ

ดําเนินชีวิตที่มีมาในอดีตที่แต่ละคนเคยปฏิบัติมากอน และบุคลิกภาพเป็นผลมาจากความพึงพอใจ

ในชีวิตต่อการมีบทบาทในกิจกรรมนั้น ๆ ในบางครั้งทฤษฎีนี้ถูกเรียกว่า ทฤษฎีพัฒนาการ

(Developmental theory) หรือทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personlity theory) เพราะว่าเมื่อบุคคลเข้าสู่วัย

สูงอายุแต่ละคนจะพยายามคงความต่อเนื่องในเรื่องของนิสัย ความชอบ ความเชื่อ ค่านิยมและ

ปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อบุคลิกภาพของเขาในวัยต้น ๆ ของชีวิต ฉะนั้นบุคคลรอบข้างควรเข้าใจถึง

พฤติกรรมความต่อเนื่องของผู้สูงอายุซึ่งเป็นผลมาจากบุคลิกภาพส่วนตัวว่าพฤติกรรมพวกเขามีมา

ตั้งแต่วัยหนุมสาว และควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการตัดสินใจที่จะเลือก เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความ

พึงพอใจและไม่ขัดแย้งต่อความรู้สึกภายในของผู้สูงอายุ

**2.4 ทฤษฎีอีริกสัน (Erikson, s Epigenetic theory)**อีริกสัน ได้แบ่งพัฒนาการทาง

บุคลิกภาพของชีวิต โดยเน้นความแตกต่างของความสัมพันธ์ระหว่างช่วงอายุของคนเรากับความ

ต้องการด้านเจตคติและทักษะ และความต้องการด้านจิตใจไว้เป็น 8 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะแรกเกิดถึง 1 ปี เป็นลักษณะของความเชื่อถือไว้วางใจ กับไม่มีความเชื่อถือไว้วางใจ

ระยะที่ 2 ระยะ 2 - 3 ปีเป็นลักษณะของความอิสระกับความละอาย ความสงสัยไม่แนใจ

ระยะที่ 3 ระยะ 3 - 5 ปี เป็นลักษณะของความคิดริเริ่มกับความรู้สึกผิด

ระยะที่ 4 ระยะ 6 ปี เป็นลักษณะของความขยันหมั่นเพียรกับความรู้สึกด้อย

ระยะที่ 5 ระยะวัยรุ่น เป็นลักษณะของการทํางานเข้าใจรู้จักตนเองได้กับความสับสนไม่เข้าใจตนเอง

ระยะที่ 6 ระยะเริ่มเป็นผู้ใหญ่เป็นลักษณะของความใกล้ชิดสนิทสนมและความเป็นปึกแผ่นกับความโดดเดี่ยวอ้างว้าง

ระยะที่ 7 ระยะผู้ใหญ่และผู้ใหญ่กลางคน เป็นลักษณะของการให้กําเนิดและเลี้ยงดูบุตรกับการหมกมุ่นใฝ่ใจแต่ตนเอง

ระยะที่ 8 ระยะวัยชรา เป็นลักษณะของความมั่งคงสมบูรณ์กับความหมดหวังทอดอาลัย

ในช่วงวัยระยะที่ 7 และ 8 เป็นช่วงที่ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแล ระยะที่7 อยู่ในช่วงอายุ 25 - 65 ปี เป็นช่วงวัยที่มีความทะเยอทะยาน มีความคิดสร้างสรรต์ต่าง ๆ ต้องการสร้างความสําเร็จในชีวิต ถ้าในช่วงวัยนี้ประสบความสําเร็จ จะส่งผลให้มีความมั่นคงมีความภาคภูมิใจในตนเอง และสืบทอดต่อไปยังรุ่นลูกหลาน อีริกสันเรียกกลุ่มนี้ว่า “Genertivity” แต่ถ้าในช่วงวัยระยะที่7 ไม่ประสบความสําเร็จในชีวิต เมื่อเขาสู่วัยสูงอายุจะเงื่องหงอย ขาดความกระตือรือรน กลุ่มนี้เรียกว่า “Stagnation”

**2.5 ทฤษฎีของเพค (Peck, s theory)**โรเบิรต เพค ได้แบ่งผู้สูงอายุเป็นสองกลุ่ม คือ ผู้สูงอายุวัยต้น อยู่ในช่วงอายุ 55 - 75 ปีและวัยปลายอยู่ในช่วง 75 ปีขึ้นไป ซึ่งทั้งสองกลุ่มนี้จะมีความแตกต่างทั้งด้านกายภาพ และจิตสังคม ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่าผู้สูงอายุมีการพัฒนาการ 3 ประการ คือ

2.5.1 ความรู้สึกของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับงานที่มีทําอยู่ผู้สูงอายุจะรู้สึกภาคภูมิใจและเห็นว่าตนเองมีคุณค่า แต่เมื่อเกษียณอายุแล้วความรู้สึกนี้จะลดลง ฉะนั้นบางคนจะสร้างความพึงพอใจต่อไปโดยการหางานอื่นทําแทน เช่น ปลูกต้นไม้

2.5.2 ผู้สูงอายุยอมรับว่าเมื่ออายุมากขึ้น สมรรถภาพของร่างกายเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ ร่างกายมีความแข็งแรงลดลง ชีวิตจะมีความสุข ถ้าสามารถยอมรับและปรับความรู้สึกนี้ได้

2.5.3 ผู้สูงอายุยอมรับว่าร่างกายต้องเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติยอมรับเรื่องความตายโดยไม่รู้สึกกลัว

**2.6 ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ (Maslow, s theory)**Maslowได้อธิบายทฤษฎีว่าแต่ละบุคคลจะมีลําดับขั้นตอนความต้องการไม่เหมือนกัน การพยายามทําเพื่อให้ได้มาซึ่งความต้องการจะเป็นแรงจูงใจทําให้ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ซึ่ง Maslow ได้กล่าวถึงความต้องการพื้นฐาน ได้แก่ ความต้องการทางร่างกาย ความปลอดภัย ความรัก การมีคุณค่าในตนเองและการยอมรับจากผู้อื่น ตามลําดับขั้น เมื่อบุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการในระดับหนึ่ง เขาจะพยายามที่จะแสวงหาความต้องการในระดับที่สูงขึ้น ฉะนั้นเมื่อบุคคลอายุมากขึ้น ความต้องการขั้นพื้นฐานได้รับการตอบสนองแล้ว ผู้สูงอายุจึงต้องการที่จะเป็นผู้ที่มีอํานาจใจตนเอง มีความอิสระ ตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้าง และเป็นที่ยอมรับของคนทั่วไป

**2.7 ทฤษฎีของจุง (Jung, s theory of andividualism)**ทฤษฎีนี้อธิบายว่าบุคคลเมื่อเข้าวัยกลางคน มักจะเริ่มถามตัวเองเกี่ยวกับคุณค่า ความเชื่อของตนเอง หรือความฝันต่าง ๆ ที่ยังไม่ได้ทํา ซึ่งจะเป็นช่วงที่บุคคลจะค้นหาเป้าหมายในชีวิตของตนเอง เขามักจะถามว่าอะไรที่เขารู้สึกว่าอยากจะทําแต่ยังไม่ได้ทํา และมักพยายามคนหาคําตอบนั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะสามารถยอมรับในการกระทําที่ผ่านมา ไม่ว่าจะเป็นความสําเร็จหรือข้อบกพร่อง ที่เกิดขึ้นกับเขาในอดีต

**2.8 ทฤษฎีของบูเลอร์ (Course of human life theory)**Buhler ได้อธิบายเกี่ยวกับบุคลิกภาพของผู้สูงอายุว่า แต่ละคนจะมีเป้าหมายในชีวิตที่แตกต่างกัน ซึ่งทุกคนจะใช้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีต ไม่ว่าจะเป็นประสบการณ์ที่ดีที่เขาสามารถบรรลุเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ หรือประสบการณ์ที่ผิดพลาดหรือ ล้มเหลว เพื่อนํามาปรับปรุงแก้ไขปัจจุบัน โดยผ่านกระบวนการทบทวนชีวิต เรียกว่า “Life review process” ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผู้สูงอายุทบทวนถึงช่วงวัยต่าง ๆ ในชีวิตตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันและนําประสบการณ์ต่าง ๆ มาปรับปรุงหรือคงไว้เพื่อที่จะทําให้พวกเขาบรรลุเป้าหมายในชีวิตได้

**สรุป**

จะเห็นได้ว่าทฤษฎีความสูงอายุนั้นอาจสรุปได้เป็นทฤษฎีการถูกกําหนด (Programmed

change theories) คือ การเปลี่ยนแปลงตลอดช่วงชีวิตได้ถูกกําหนดไว้ล่วงหน้าในยีน และทฤษฎีการ

ถูกทําลาย (Random damage, Unprogrammed theories) คือ ส่วนของร่างกายค่อย ๆ ถูกทําลายจาก

สิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตามยังไม่มีทฤษฎีหนึ่งทฤษฎีใดที่สามารถอธิบายความสูงอายุได้ครอบคลุม

ทั้งหมด ความสูงอายุเป็นหลาย ๆ กระบวนการที่เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน ความรู้จากศาสตร์เพียงสาขา

หนึ่งไม่อาจอธิบายกระบวนการสูงอายุได้อย่างสมบูรณ์รวมทั้งกระบวนการสูงอายุมีความสัมพันธ์

เชื่อมโยงกับปัจจัยภายในและภายนอกของร่างกายด้วย (บุญศรี นุเกตุและปาลีรัตน พรทวีกัณทา,

2548)

**การเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุ**

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะ

ส่งผลกระทบ ต่อความสามารถในการดําเนินชีวิต อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

และจิตใจ ที่เป็นผลมาจากอายุที่เห็นได้ชัด ได้แก่

**1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Biological change)**เมื่ออายุมากขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในทุกระบบหน้าที่ของร่างกาย ตั้งแต่ในระดับเซลล์ความสามารถในการทํางานของระบบต่าง ๆ ลดลง

**1.1 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก**ฝ่อลีบ ไม่แข็งแรง ไม่สามารถพยุงข้อไว้ได้ทําให้การเคลื่อนไหวช้าลง รวมกับความไวของการตอบสนองของเซลล์ประสาทลดลง อวัยวะเกี่ยวกับการทรงตัวในหูชั้นในเสื่อมไป ทําให้ผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะเปลี่ยนอิริยาบถ เคลื่อนไหว หรือตอบโต้ เมื่อจําเป็นต้องใช้ความเร็ว มากกว่าปกติได้ จึงมีการเสี่ยงที่จะเสียการทรงตัว พลัดหกล้มง่าย และเมื่อเกิดอุบัติเหตุแล้ว มักจะเกิดความผิดปกติที่รุนแรง และภาวะทุพพลภาพได้

**1.2 ระบบประสาทสัมผัสพิเศษ** เช่น

1.2.1 สายตามีปัญหาการมองไม่ชัด จากสายตายาว ต้อกระจก กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมทําให้การกรอกตาตาม การมองภาพเคลื่อนไหวไม่ชัด

1.2.2 การได้ยินมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากประสาทรับเสียงในหูชั้นในเสื่อมจากอายุที่มากขึ้น

1.2.3 การรับรส และกลิ่น มีแนวโนมลดลง ลิ้นรับรสได้น้อยลง โดยเฉพาะรสหวาน ทําให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มรับประทานอาหารหวานมากขึ้น

**1.3 ผิวหนังและเยื่อบุต่าง ๆ**รวมทั้งเยื่อบุช่องปาก มีความยืดหยุ่นลดลง ปริมาณไขมันใต้ผิวหนังลดลง เกิดการเหี่ยวย่นบางลง บาดเจ็บ และเกิดรอยแผลได้ง่าย

**1.4 ระบบหายใจ และไหลเวียนโลหิต** หลอดเลือดที่แข็งตัวจากการเสื่อมตามวัยเป็นสาเหตุหนึ่งของความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุซึ่งถ้าเป็นมากอาจทําให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจสมองไม่พอ เกิดอาการใจสั่น เจ็บหน้าอกได้หน้ามืดเป็นลมได้

**1.5 ระบบการบดเคี้ยว**และการเปลี่ยนแปลงในชองปาก

**1.6 ระบบย่อยอาหาร**และระบบขับถ่าย ต่อมน้ำลายที่ขับน้ำลายน้อยลง น้ำย่อยในกระเพาะ

ที่ลดลง ทําใหการกลืน และการย่อยอาหารทําได้ไม่ดีการดูดซึมน้อยลง การเคลื่อนไหวของลําไส้ที่

ลดลง ทําให้ท้องอืด หรือท้องผูกเพิ่มขึ้น การรับประทานที่มีกากใย รวมกับการมีระบบการบดเคี้ยว

ที่ดีจะช่วยการทํางานของกระเพาะลําไส้ให้ร่างกายนําสารอาหารไปใช้งานง่ายขึ้น ขับถ่ายดีขึ้น

**1.7 ระบบการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย** มีอัตราลดลง (Basal metabolic rate) การใช้พลังงานของร่างกายลดลง เกิดภาวะน้ำหนักเกิน อ้วนง่าย

**1.8 ระบบอื่น ๆ** เช่น ระบบต่อมไขมัน มีการผลิตฮอร์โมนลดลง เช่น ตับอ่อน ผลิต

อินซูลินน้อยลง อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานง่ายกว่าวัยอื่น ระบบการตอบสนองต่อการอักเสบ

ของระบบภูมิคุมกันที่เสื่อมไป ตามอายุที่มากขึ้น จนเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

**2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychologacal Change)**การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

และอารมณ์ จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การแยกไปของสมาชิกใน

ครอบครัว และการหยุดจากงานที่ทําอยู่เป็นประจํา เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

**3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social change)**การเปลี่ยนแปลงทางสังคมนั้นเป็นสิ่งที่

ผู้สูงอายุต้องประสบ ภาระหน้าที่และบทบาทของผู้สูงอายุจะลดลง มีข้อจํากัดทางร่างกาย ทําให้

ความคล่องตัวในการคิด การกระทํา การสื่อสาร สัมพันธภาพทางสังคมมีขอบเขตจํากัด ความห่าง

เหินจากสังคมมีมากขึ้น ความมีเหตุผล และการคิดเป็นไปในทางลบเพราะ สังคมมักจะประเมินว่า

ความสามารถในการปฏิบัติลดลง ถึงแม้ว่าจะมีผู้สูงอายุบางคนแสดงให้เห็นว่า ความมีอายุมิได้เป็น

อุปสรรคต่อการดําเนินบทบาท และหน้าที่ทางสังคมก็ตาม กรมการศึกษานอกโรงเรียน (2541, หนา 37-38) ได้นําเสนอข้อมูลการเปลี่ยนแปลงวัยของผู้สูงอายุดังนี้

1. ด้านร่างกาย เซลล์ในร่างกายมนุษย์มีการเจริญและเสื่อมโทรมตลอดเวลา โดยใน

ผู้สูงอายุมีอัตราการเสื่อมโทรมมากกว่าการเจริญ ทั้งนี้การเสื่อมโทรมทางจิตจะทําให้มีความรู้สึกว่า

โดดเดี่ยว อ้างว้าง

2. ระบบหายใจ เสื่อมสภาพลงเพราะ อวัยวะในการหายใจเข้า-ออกลดความสามารถ

ในการขยายตัว ปอดเสียความยืดหยุ่น ถุงลมแลกเปลี่ยนแก๊สลดน้อยลง ปอดรับออกซิเจนได้น้อยลง

3. ระบบการไหลเวียนเลือด หัวใจ หลอดเลือด มีเนื้อเยื่ออื่นมาแทรกมากขึ้น ทําให้การ

สูบฉีดเลือดของหัวใจไม่แข็งแรงเหมือนเดิม มีปริมาณสูบฉีดลดลง หลอดเลือดแข็งตัว และ แรงดัน

เลือดสูงขึ้น ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะลดปริมาณ

4. สติปัญญาของผู้สูงอายุสติปัญญาเริ่มเสื่อมถอย เชื่องช้า ต้องใช้เวลาในการคิดวิเคราะห์ทบทวนนานกว่าจะตัดสินใจได้ การตอบโต้ทางความคิดไม่ฉับพลันทันทีแต่มีเหตุผลและประสบการณ์ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการคิดและตัดสินใจ แต่บางครั้งไม่กล้าตัดสินใจอะไร

5. การเรียนรู้ของผู้สูงอายุการเรียนรู้เรื่องใหม่ๆ หรือเทคโนโลยีใหม่ของผู้สูงอายุเป็นไปได้ช้า ต้องใช้เวลาเรียนรู้นานกว่าที่จะรู้ปรับเปลี่ยนความคิด และการกระทําได้แต่การเรียนรู้ที่มีความสอดคล้องกับประสบการณ์เดิม และความรู้เดิมที่มีอยู่จะสามารถเรียนรู้ได้รวดเร็ว

6. พฤติกรรมและธรรมชาติของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้

6.1 ถ้าไม่มีกิจกรรมอะไรทําอยู่ว่าง ๆ จะรําคาญและคิดฟุ้งซ่านหรืออาจจะบ่นพึมพํา

6.2 บางช่วงจะหลง ๆ ลืม ๆ

6.3 สายตาไม่ดีอ่านหนังสือที่มีขนาดอักษรตัวเล็กเกินไม่ได้และอ่านได้ไม่นาน

6.4 ชอบอ่าน ฟัง ดูข่าว ความก้าวหน้าและความเป็นไปของบ้านเมืองมากกว่า

บันเทิง หรือตําราวิชาการ

6.5 มีช่วงเวลาของความสนใจยาวนาน และมีสมาธิดีถ้ามีความตั้งใจจะทําสิ่งใดจากข้อมูลที่ศึกษา การเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุข้างต้น สรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเริ่มเสื่อมลงไปตามอายุของผู้สูงอายุซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมตลอดจนบทบาทหน้าที่และสัมพันธภาพทางสังคมลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อการเกิดภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วยของผู้สูงอายุหากไม่มีวิธี ป้องกันและการจัดการภาวะสุขภาพที่เหมาะสม(ภาวิณี วรประดิษฐ, 2552)

**4. ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง**การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจดังกล่าวเป็นไปในทางเสื่อมถอย เป็นธรรมชาติในผู้สูงอายุอยู่แล้ว แต่การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นเร็ว หรือช้าขึ้นกับสาเหตุ2 ประการ คือ กรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อม แม้กรรมพันธุ์จะมีส่วน แต่ปัจจุบัน พบว่า ปัจจัยแวดล้อม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสําคัญ ได้แก่

**4.1 ภาวะโภชนาการ**ทั้งภาวะโภชนาการขาด และภาวะโภชนาการเกิน นอกจากจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย และจิตใจผู้สูงอายุในทางเสื่อมถอย โดยตรงแล้ว ยังเป็นสาเหตุของการเกิด และสัมพันธ์กับความรุนแรงของรอยโรค และโรคเรื้อรัง เช่น การขาดสารอาหารพวกวิตามินบีสัมพันธ์กับเกิดรอยโรคปากนกกระจอก การได้รับอาหารประเภทไขมันอิ่มตัวมาก เช่น กะทิสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด อาหารรสเค็ม หรืออาหารที่มีเกลือในปริมาณสูง สัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เป็นตน

**4.2 ภาวะโรคเรื้อรัง และอุบัติเหตุ** ถ้าควบคุมโรคให้อยู่ในภาวะที่เหมาะสมไม่ได้หรือมีอุบัติเหตุที่ทําให้เกิดความผิดปกติที่รุนแรง และภาวะทุพพลภาพ จะส่งผลต่อการเสื่อมถอยของร่างกาย และจิตใจในผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว เช่น ผู้สูงอายุที่ปกติมีการได้ยินลดลง เนื่องจากการเสื่อมของประสาทรับเสียงในหูชั้นในอยู่แล้ว แต่ถ้ามีโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง หรือเบาหวาน จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติของเส้นเลือดเลี้ยงหูชั้นในง่ายขึ้น อาจทําให้เกิดหูอื้อ หูตึงได้หรือผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ที่ควบคุมไม่ได้จะมีแนวโน้มการเสื่อมของตา เส้นประสาทเสื่อม มือเท้าชา ผิวหนังอักเสบง่าย เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อในช่องปาก และการสูญเสียฟันง่ายกว่า เร็วกว่าผู้สูงอายุที่ปกติเป็นตน

**4.3 วิถีชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพ** เป็นปัจจัยที่สามารถช่วยทั้งชะลอการเปลี่ยนแปลง เช่น พฤติกรรมการออกกําลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์หรือเป็นปัจจัยที่ช่วยเร่งการเสื่อมถอย เช่น พฤติกรรมเสี่ยง การสูบบุหรี่ดื่มสุรา อาจก่อให้เกิดโรคมะเร็งที่ตับ ปอด เป็นต้น ดังนั้น แม้จะสูงวัย หากมีการปฏิบัติตน และได้รับการดูแลที่เหมาะสม ก็จะสามารถชะลอความชรา มีสุขภาพร่างกายที่ดีเหมาะสมกับวัยได้ (กองทันตสาธารณสุข, 2548)

ปี 2560 จำนวนประชากรประเทศไทยจะเพิ่มจาก 65.5 ล้านคน เป็น 66.1 ล้านคนในปี 2564

สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 17.1 เป็นร้อยละ 19.8

**2.3 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(Chronic Obstructive Pulmonary Disease –COPD ) หมายถึง โรคที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจที่ไม่สามารถทำให้เป็นปกติได้ (Not fully reverseible airway obstruction )ซึ่งการอุดกั้นจะค่อยเป็นค่อยไป และเกิดจากการอักเสบของปอดที่เกิดจากสิ่งกระตุ้น( GOLD Guidelines .1992 :147 ) ดังนั้นการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ เมื่อมีประวัติเสี่ยงต่อการเกิดโรคเช่น บุหรี่ จะมีหรือไม่มีอาการไอ มีเสมหะและ หอบเหนื่อยหรือไม่ก็ตามควรจะต้องมีการตรวจสมรรถภาพปอดด้วย สไปโรมิตรีย์เมื่อได้ยาขยายหลอดลมแล้วค่า FEV1/FVC ยังน้อยกว่า ร้อยละ 70 ก็ถือว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเลย(วัชรา บุญสวัสดิ์. 2553 :119)

2.3.1 **พยาธิสรีรวิทยาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

มีการอักเสบในหลอดลมและเนื้อปอด เมื่อผู้ป่วยสูดสารระคายเคือง เช่น ควันบุหรี่ ควันไฟ มลพิษทางอากาศ เข้าไปในหลอดลม สารระคายเคืองเหล่านี้จะก่อให้เกิดการอักเสบในหลอดลม เนื้อปอด และเส้นเลือด การอักเสบนี้จะทำให้มีการหลั่งเอนไซม์เช่น Protease ออกมา ทำให้มีการทำลายและซ่อมแซมเกิดขึ้นทั้งในหลอดลม เนื้อปอด และเส้นเลือด ซึ่งทำให้เกิดพยาธิสภาพของโรคที่หลอดลมเล็กและเนื้อปอด ซึ่งในคนปกติหลอดลมจะถูกยึดไว้ด้วยเนื้อปอด (alveolar attachment) เวลาที่หายใจออกหลอดลมจะถูกบีบให้เล็กลงเนื่องจากความดันในช่องอก แต่คนปกติหลอดลมจะเล็กลงไม่มากเพราะมี alveolar attachment คอยยึดไว้อยู่ แต่ในคนที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะพบความผิดปกติที่หลอดลม และที่เนื้อปอด โดยที่หลอดลมจะพบว่ามีเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจซึ่งเป็นส่วนที่แก้ไขได้ และที่เนื้อปอดจะพบว่ามีการทำลาย ของ alveolar attachment ทำให้หลอดลมแฟบเวลาหายใจออก ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนที่แก้ไขไม่ได้ ดังนั้น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทางเดินหายใจจะมีการอุดกั้น บางส่วนแก้ไขได้ และบางส่วนแก้ไขไม่ได้( วัชรา บุญสวัสดิ์. 2553 : 119) การเปลี่ยนแปลงทาง พยาธิสรีรวิทยาของปอดนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้ป่วยดังนี้ 1)การสร้างเยื่อเมือกมากกว่าปกติ ร่วมกับมีการทำงานของขนกวัดที่ผิดทำหน้าที่ไป ทำให้ผู้ป่วยไอเรื้อรัง มีเสมหะ ซึ่งอาจเป็นอาการนำของโรค 2)การตีบของหลอดลมร่วมกับการสูญเสียการหดคืนของปอดทำให้เกิดการถูกจำกัดของทางเดินอากาศและการดักจับอากาศ3)การตีบของหลอดลม การทำลายของเนื้อปอด และหลอดเลือด จะรบกวนการแลกเปลี่ยนก๊าซ ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด และภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงกว่าปกติ

2.3.2 **อาการและอาการแสดง**

อาการเริ่มแรกของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มักเกิดขึ้นอย่างช้าๆ และค่อยๆเลวลงเรื่อยๆ อาการที่พบได้บ่อยได้แก่ หอบเหนื่อย( dyspnea )โดยเฉพาะเวลาต้องออกแรงมากขึ้น ไอเป็นพักๆและเพลีย(fatique )หลังออกแรง ( สมจิต หนุเจริญ. 2552 :244 ) เมื่อเริ่มแรกอาจไม่มีอาการเลย จนกว่าจะเป็นมากพอสมควรจึงเกิดอาการหายใจลำบากขณะออกแรงเกิดขึ้น ส่วนใหญ่จะเกิดหลังอายุ 40 ปีขึ้นไป ( American Lung Association.2005 ) ในผู้ป่วยหลอดลมอักเสบเรื้อรัง มักจะมีประวัติไอมานานก่อนจะมีอาการเหนื่อยหอบ อาการไอมักจะเป็นในตอนเช้าโดยเฉพาะเมื่อลุกจากที่นอน หรือหลังจากสูบบุหรี่ เสมหะมักเป็นสีขาวและเป็นสีเหลือง หรือสีเขียวเมื่อมีการติดเชื้อแทรก เมื่อโรคดำเนินต่อไป การถ่ายเทอากาศในถุงลมจะลดลง ออกซิเจนในเลือดแดงลดลง เหนื่อยง่ายเวลาออกกำลังกาย

2.3.3  **ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**( อัมพรพรรณ ธีรานุตร. 2542 )

1) ผลจากการสูบบุหรี่ (Active cigarette smoking ) เป็นปัจจัยสำคัญทีสุด พบว่า ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีประวัติสูบบุหรี่ แต่ผู้ที่สูบบุหรี่จัดจะเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่ถึงร้อยละ 20 แสดงว่ามีปัจจัยอื่นเกี่ยวข้อง คนที่สูบบุหรี่ไประยะหนึ่งจะพบการเปลี่ยนแปลงจากการทำลายเซลล์ขนกวัดที่เยื่อบุหลอดลม(Ciliated columnar cells )ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมที่เข้าสู่ปอดลดน้อยลง ความผิดปกติของสมรรถภาพปอด และอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากกว่ามากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่

2) บุคคลที่สูดควันบุหรี่โดยที่ไม่สูบบุหรี่ (passive smoking) บุคคลเหล่านี้จะพบอาการและโรคระบบทางเดินหายใจได้บ่อย ผลการตรวจสมรรถภาพปอด(Lung Function Test) มักพบความผิดปกติ ซึ่งเกิดจากทางเดินหายใจถูกกระตุ้นเป็นประจำด้วยควันบุหรี่

3) มลพิษในอากาศ(Air pollution) มลพิษในอากาศประกอบด้วย ฝุ่นละออง ควัน สารมีพิษ ก๊าซต่างๆ เช่น ไนโตรเจนไดออกไซด์ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ และที่สาธารณะที่สำคัญ คือ การเผาไหม้เชื้อเพลิงในการประกอบอาหาร(biomass fuel) และสำหรับขับเคลื่อนเครื่องจักรต่างๆ(diesel exhaust)ก่อให้เกิดการระคายเคืองและเกิดการอักเสบของระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

4) อายุ เพศ เชื้อชาติ สภาพแวดล้อมทางสังคมและอาหาร คนสูบบุหรี่และอายุมาก โอกาสของการเกิดโรคนี้พบมากขึ้น เพศ เชื้อชาติและสภาพแวดล้อมทางสังคม เกี่ยวข้องกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยพบว่า เพศชายมีอาการทางระบบทางเดินหายใจจากการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง อัตราการตายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบมากในคนผิวขาวมากกว่าผิวสองสี อัตราการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคนฐานะทางเศรษฐกิจต่ำพบมากกว่าในคนฐานะเศรษฐกิจดีและเด็กที่เกิดในครอบครัวที่มีประวัติโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่ามีโอกาสเกิดเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในอนาคตมากขึ้น(American Thoracic Society,1995 )ลักษณะทางพันธุกรรม ที่สำคัญ คือ ยีนที่ทำให้เกิดการขาดสาร alpha-1 antitrypsin deficiency(AAT deficiency) เป็น protein ที่สร้างจากตับ มีหน้าที่ในการยับยั้งการทำงานของ neutrophil elastase ปกติเมื่อมีการอักเสบ Neutrophil จะหลั่ง neutrophil elastase ย่อยสลาย elastase ในถุงลมและจะทำให้เกิด emphysema ตั้งแต่อายุน้อยๆได้Airway hyperresponsiveness (หลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นมากกว่าปกติ) เชื่อว่าเมื่อมีหลอดลมไวกว่าปกติเมื่อเจอกับควันบุหรี่ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นจากภายนอกจะทำให้เกิดโรคนี้ได้อาชีพการงาน อาชีพบางอย่าง เช่น การทำเหมืองถ่านหิน การเผาถ่านหิน การทำงานในโรงงานปูนซีเมนต์ โรงงานสีข้าว ทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับการอุดกั้นทางเดินหายใจ มีการลดหย่อนของสมรรถภาพการทำงานของปอด และก่อให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ก่อให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น(Acute exacerbation)โดยเฉพาะเชื้อไวรัสมากกว่าเชื้อแบคทีเรีย

2.3.4  **การวินิจฉัยโรค**

1. อาการและอาการแสดง อาการที่สำคัญของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ หอบเหนื่อย ซึ่งจะเป็นมากขึ้นเรื่อยๆและหรือไอเรื้อรังมีเสมหะในช่วงเช้า ถ้าผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่สำคัญคือการสูบบุหรี่มาก ควรทำการสืบค้นเพิ่มเติมต่อไปเพื่อวินิจฉัยโรค อาการที่พบได้ คือ แน่นหน้าอก หรือหายใจมีเสียงวี๊ด ในกรณีที่มีอาการอื่น เช่น ไอออกเป็นเลือด หรือเจ็บหน้าอก จะต้องหาโรคร่วมหรือการวินิจฉัยอื่นเสมอ ที่สำคัญ คือวัณโรค มะเร็งปอด และหลอดลมโป่งพอง(Bronchiectasis)

2. การตรวจทางรังสี ภาพรังสีทรวงอก มีประโยชน์น้อยสำหรับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่มีความสำคัญในการแยกโรคอื่นในผู้ป่วย emphysema อาจพบ hyperinflation คือ กระบังลมแบนราบและหัวใจมีขนาดเล็กในผู้ป่วย cor pulmonale จะพบว่าหัวใจห้องขวาและ pulmonary trunk มีขนาดโตขึ้น และ peripheral vascular marking ลดลง การตรวจ high resolution (HRCT)ไม่มีความจำเป็นในการวินิจฉัย COPD แต่อาจช่วยแยกโรคอื่น

3. การตรวจสมรรถภาพปอด(spirometry) เป็นการตรวจที่ทำไม่ยากและไม่เจ็บตัว มีความจำเป็นในการวินิจฉัยโรคและจัดลำดับความรุนแรง โดยพบลักษณะของ airflow limitation โดยค่าFEV1/FVC หลังให้ยาขยายหลอดลมน้อยกว่าร้อยละ 70 และแบ่งความรุนแรงเป็น 4 ระดับ ร่วมกับอาการของโรค (สมาคม อุรเวชช์แห่งประเทศไทย,2548)การตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง มีประโยชน์เพื่อช่วยประเมินความรุนแรงของโรคและวางแผนติดตามการรักษา ในระยะแรกค่า PaO2 จะปกติ เมื่อโรคมีความรุนแรงมากขึ้นจะพบว่ามีค่า PaO2ต่ำลง เมื่อมีความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นอีก ค่า PaO2ค่าจะสูงขึ้น

2.3.5 **การประเมินความรุนแรงของโรค**

ความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะใช้ค่า FEV1 เมื่อเทียบกับค่ามาตรฐานเป็นตัวแบ่งความรุนแรงของโรค เพราะพบว่าการลดลงของ FEV1จะสัมพันธ์กับอัตราตาย ดังนั้น แนวทางการรักษา(guidelines)ต่างๆจึงจำแนกความรุนแรงของโรคโดยใช้ค่า FEV1เป็นหลัก GOLD guidelinesได้แบ่งความรุนแรงของโรคเป็น 4 ระดับ ตามค่า FEV1หลังให้ยาขยายหลอดลม จากเครื่อง spirometry ดังนี้

ระดับที่ 1 รุนแรงน้อย(stage I : Mild) ไม่มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมเล็กน้อยหรือปานกลางเริมมีการเปลี่ยนแบบแผนในการดำรงชีวิตเดินในที่ราบได้เหนื่อยเมื่อเดินขึ้นที่สูงหรือขึ้นบันได FEV1/ FVC น้อยกว่า 0.70FEV1มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ80ของค่ามาตรฐาน

ระดับที่ 2 รุนแรงปานกลาง(stage II : Moderate )มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมมากขึ้น แต่สามารถดูแลตนเองได้ เดินในที่ราบได้แต่ไม่กระฉับกระเฉงเท่าคนปกติเหนื่อยเมื่อเดินขึ้นที่สูงหรือขึ้นบันได FEV1/FVC น้อยกว่า 0.70FEV1ระหว่าง ร้อยละ50-79 ของค่ามาตรฐาน

ระดับที่ 3 รุนแรงมาก (stage III : Severe)มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมมากขึ้น แต่สามารถดูแลตนเองได้เดินในที่ราบไม่ได้เท่ากับคนปกติ เหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1ชั้น และต้องหยุดพักเมื่อขึ้นตึก 2ชั้น FEV1/FVC น้อยกว่า 0.70 FEV1ระหว่าง ร้อยละ30-49 ของค่ามาตรฐาน

ระดับที่ 4 รุนแรงมากที่สุด (stage IV: Very Severe) มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมเป็นอย่างรุนแรง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เดินเพียง 2-3ก้าวหรือแค่นั่งก็เหนื่อย เดินอย่างช้ามาก FEV1/FVC น้อยกว่า 0.70 FEV1น้อยกว่าร้อยละ 30ของค่ามาตรฐานหรือ FEV1น้อยกว่าร้อยละ 50ของค่ามาตรฐานร่วมกับมีภาวะ การหายใจล้มเหลวเรื้อรัง

สมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา แบ่งระดับการเสียหน้าที่ของร่างกายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้ 5 ระดับดังนี้คือ

ระดับที่ 1 ไม่มีข้อจำกัดใดๆ สามารถทำงานได้ตามปกติ โดยไม่หอบเหนื่อย FEV1 ประมาณ 3 ลิตร

ระดับที่ 2 มีข้อจำกัดเล็กน้อยถึงปากกลางในการทำกิจกรรม คือยังสามารถทำงานได้ แต่ไม่สามารถทำงานได้ แต่ไม่สามารถทำงานที่หนักหรือยุ่งยากบางอย่างได้ สามารถเดินทางราบได้แต่ไม่กระฉับกระเฉงเท่าคนปกติไม่สามารถเดินขึ้นที่สูงหรือบันไดได้เท่าคนวัยเดียวกันแต่สามารถขึ้นตึกสูง 1 ชั้นได้โดยไม่หอบเหนื่อยต้องเริ่มปรับแบบแผนชีวิต ค่า FEV1 ประมาณ2- 3 ลิตร

ระดับที่ 3 มีข้อจำกัดชัดเจนขึ้นไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ แต่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถเดินทางราบได้เท่าคนวัยเดียวกัน เหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึก สูง 1 ชั้น ค่า FEV1 ประมาณ1.5- 2 ลิตร

ระดับที่ 4 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากขึ้นไม่สามารถทำงานได้ เคลื่อนไหวได้ในขอบเขตที่จำกัด เดินทางราบมากกว่า 100 หลาไม่ได้ ต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 1 ชั้น แต่ยังสามารถดูแลตนเองได้ค่า FEV1 ประมาณ1.2 ลิตร

ระดับที่ 5 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมอย่างมาก การเคลื่อนไหวได้ในขอบเขตจำกัด ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เดินเพียง 2-3 ก้าว หรือลุกนั่งก็เหนื่อยเดินอย่างช้าๆ มากๆได้ 50 หลา ก็มีอาการเหนื่อยหอบมาก เหนื่อยหอบเมื่อแต่งตัวหรือพูด ค่า FEV1 ประมาณ 0.5 ลิตรหรือต่ำกว่า

**การประเมินผลเกี่ยวกับโรคถุงลมโป่งพอง**

**CAT (COPD Assessement Test)** คือ แบบประเมินเพื่อวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

COPD เป็นการประเมินอาการ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกดี และความมั่นใจของตนเองทั้ง หมด 8 หัวข้อ โดยผู้ป่วยให้คะแนนตนเองในแต่ละหัวข้อ ระหว่างดี (0) จนถึงแย่มาก (5) แล้วนำคะแนนแต่ละหัวข้อมารวมกัน ดังนั้นคะแนนคุณภาพชีวิตที่แย่ที่สุดจะเท่ากับ 40

**mMRC dyspnea scale** (modified Medical Research Counsil dyspnea scale) (คะแนนความรู้สึกเหนื่อย) MMRC เป็นมาตรวัดความรู้สึกเหนื่อยในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน โดยใหผู้ป่วยเลือกว่ามีความเหนื่อยอยู่ในระดับใด ตามตัวเลขจากน้อยไปมากเพียงข้อเดียว คะแนนที่มากที่สุดคือ 4

0 คุณไม่มีความรู้สึกเหนื่อยเลยแม้ต้องออกกำลังกายอย่างหนัก

1 คุณรู้สึกเหนื่อยเฉพาะเมื่อต้องเดินรีบๆ หรือเดินขึ้นที่สูงเล็กน้อยเท่านั้น

2 คุณเดินได้ช้ากว่าคนที่อายุใกล้เคียงกันเนื่องจากเหนื่อย หรือ ต้องหยุดเดินเพื่อพักหายใจ เมื่อเดินอยู่ในบ้าน

3 คุณต้องพักหายใจหลังเดินได้ระยะทาง 90 เมตร(100 หลา)หรือหลังเดินทางราบได้เพียง 2-3 นาที

4 คุณเหนื่อยเกินกว่าที่จะออกจากบ้านได้ หรือ เหนื่อยเมื่อต้องใส่เสื้อ หรือ ถอดเสื้อ

**Borg Scale Borg Score** คือ คะแนนประเมินความเหนื่อยขณะใดขณะหนึ่ง โดยอาจประเมินความเหนื่อย ขณะอยู่กับที่ ก่อนทำกิจกรรม ขณะกำลังทำกิจกรรม หรือภายหลังทำกิจกรรมก็ได้ การประเมินสามารถกระทำโดยกำหนดการตรวจวัดความเหนื่อยตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่เหนื่อยเลย 1-10 หมายถึง ระดับความเหนื่อยที่มากขึ้นเรื่อยๆ และระดับ 10 หมายถึงเหนื่อยมากที่สุดจนจะขาดใจ จากนั้นให้ผู้ป่วยประเมินตนเองว่ามีความเหนื่อยอยู่ระดับใด ระหว่าง 0-10

**6-Minute Walk Test** ปัจจุบันมีการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากขึ้น วิธีตรวจประเมินที่นิยมกันอย่างหนึ่ง คือ 6 minute walk test (6MWT) ซึ่งเป็นการตรวจประเมินสมรรถภาพ โดยให้ผู้ป่วยเดิน เร็ว ๆ เป็นเวลา 6 นาที

**ความเป็นมา** 6MWT เป็นการตรวจประเมินที่พัฒนาขึ้นเพื่อตรวจประเมิน สมรรถภาพผู้ป่วยโรคปอด โดย Balke เป็นผู้ที่เริ่มวัดสมรรถภาพ โดยบันทึกระยะทางที่เดินได้ในช่วงเวลาที่กำหนด จากนั้นได้ พัฒนาเป็น 12 minute walk test และนำมาใช้ประเมินผู้ป่วยหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โดยภายหลังได้ปรับลดเหลือ 6 นาทีเหมือนที่ใช้ในปัจจุบัน ความแตกต่างระหว่าง 6MWT กับ Cardiopulmonary exercise test (CPET) 6MWT และ CPET จัดเป็นการตรวจประเมินสมรรถภาพ (functional assessment) ที่ประเมินภาพรวมของระบบปอด และการหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบโลหิต ระบบ ประสาทและจิตใจ และระบบกล้ามเนื้อเหมือนกัน แต่ไม่สามารถใช้แทนกันได้ โดย CPET เป็นการตรวจที่นิยมทำโดย การเดินบนลู่วิ่ง หรือ ปั่นจักรยานและค่อย ๆ เพิ่มความหนัก ของการออกกำลังขึ้นเป็นระยะ ๆ จนทำต่อไปไม่ไหว หรือ maximal test และดูการตอบสนองทั้งด้านหัวใจ หลอดเลือด และการแลกเปลี่ยนกาซ ทำให้ทราบถึงอัตราการใช้ออกซิเจนสูงสุดในขณะออกกำลังอย่างเต็มที่ (peak oxygen uptake) ในขณะที่ 6MWT เป็นเพียง submaximal test ไม่สามารถบอก อัตราการใช้ออกซิเจนสูงสุดได้ อย่างไรก็ดีพบว่าระยะทางที่ได้จาก6MWT มีความสัมพันธ์ กับอัตราการใช้ออกซิเจนสูงสุด ยกเว้นในกลุ่มประชากรสมอง พิการ (cerebral palsy) ที่ไม่ค่อยสัมพันธ์กัน ส่วนกลุ่ม ประชากรหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (chronic heart failure) นั้นพบว่า 6MWT มีความสัมพันธ์กับอัตราการใช้ออกซิเจนสูงสุดในระดับ ปานกลางหากมีระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาที (6 minute walk distance, 6MWD) น้อยกว่า 490 เมตร

**ข้อห้ามและข้อควรระวัง** ได้แก่

- มี unstable angina หรือ กล้ามเนื้อหัวใจตายในช่วง 1 เดือน ก่อนทำการประเมิน

- ชีพจรขณะพัก มากกว่า 120 ครั้ง/นาที

- ความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure, SBP) มากกว่า 180 มม. ปรอท

- ความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure, DBP) มากกว่า 100 มม. ปรอท ควรหยุดการตรวจประเมินด้วย 6MWT เมื่อมีอาการ ดังนี้ เจ็บแน่นหน้าอก, เหนื่อยหอบ, ขาเป็นตะคริว, มึนงง, เดินโซเซ, ไม่มั่นคง, เหงื่อแตก และหน้าซีด

การเตรียมการตรวจประเมิน 6MWT ควรจัดเตรียมสถานที่ให้เหมาะสม อุปกรณ์ที่จำเป็นในการ ตรวจ และเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อม ดังนี้ สถานที่ ควรจัดเตรียมทางเดินที่ไม่มีสิ่งกีดขวาง ยาว 30 เมตร (100 ฟุต) ทำเครื่องหมายทุก ๆ 3 เมตร และ วางกรวยจราจรที่จุดกลับตัว ในกรณีที่มีพื้นที่จำกัด ทางเดินควรยาวไม่น้อยกว่า 15 เมตร (50 ฟุต) เพื่อจะได้ไม่ต้องเลี้ยวหรือกลับตัวบ่อย เพราะ ความยาวของทางเดินมีผลต่อ 6MWD สิ่งที่ควรทราบ อย่างหนึ่ง คือ ถ้าไม่มีทางเดินยาว 30 เมตร ไม่สามารถใช้ลู่วิ่ง(treadmill) แทนเนื่องจากระยะทางที่ได้จากการเดิน บนลู่วิ่ง 6 นาทีน้อยกว่า ระยะทางที่ได้จากการเดินบนพื้น 6 นาที อุปกรณ์ เป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการจับเวลาและวัดระยะ ทาง และใช้เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ นาฬิกาจับ เวลา, ตัวนับรอบ (mechanical lap counter), กรวยจราจร 2 อันเพื่อเป็นเครื่องหมายกลับตัว, เก้าอี้, กระดาษบันทึก พร้อมกระดานรอง, ออกซิเจน, เครื่องวัดความดันโลหิต, โทรศัพท์ และเครื่อง automated electronic defibrillator

การเตรียมผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสวมใส่เสื้อผ้าที่สบาย ไม่ รัดแน่นเกินไป และใส่รองเท้าสำหรับเดิน สามารถเดินโดย ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ใช้อยู่เป็นประจำ รับประทานอาหาร และยาได้ตามปกติ โดยแนะนำให้เป็นอาหารเบา ๆ และไม่ ออกกำลังในช่วง 2 ชั่วโมงก่อนการตรวจ

การตรวจประเมิน 6MWT มีขั้นตอนที่สำคัญ คือ

- ควรทำการตรวจในช่วงเวลาเดิมทุกครั้ง

- ไม่ต้องอบอุ่นร่างกายก่อนทำการตรวจประเมิน

- ควรให้ผู้ป่วยนั่งพักอย่างน้อย 10 นาทีก่อนทำการตรวจ ประเมิน

- จับชีพจร วัดความดันโลหิต ตรวจสอบว่ามีข้อห้ามใน การตรวจประเมินหรือไม่ ตรวจสอบความเหมาะสมของ เสื้อผ้าและรองเท้า

- อาจตรวจวัดความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (pulse oximetry) ระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาที (6MWD) และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คนปกติมีค่าเฉลี่ย 6MWD ประมาณ 536-560 เมตร ค่ามัธยฐานสำหรับเพศชายและเพศหญิงเท่ากับ 576 และ 494 เมตร ตามลำดับ ช่วงค่าตั้งแต่ 484–820 เมตร แต่ในคนสูง อายุ ค่าเฉลี่ยของ 6MWD ลดลงเหลือ 475 และ 406 เมตร ใน เพศชายและหญิงวัย 70-79 ปีตามลำดับ และเหลือเพียง 200-300 เมตร ในวัย 80-100 ปี

การคำนวณ Metabolic Equivalent Time (MET) จากระยะ ทางที่เดินได้ (6MWD) ให้คำนวณหาระยะทางที่เดินได้ เป็น เมตร/นาทีก่อน แล้ว นำค่าที่ได้คูณด้วย 0.1 เพื่อแปลงเป็น มล,/กก./นาที, นำค่าที่ได้ ไปบวกกับ 3.5 แล้ว หารด้วย 3.5 จะได้จำนวน MET สรุป สมการคำนวณ คือ MET = (3.5 + 0.1D) / 3.5 โดย D คือ ระยะทางที่เดินได้เป็นเมตรใน 1 นาที (ม./นาที) ตัวอย่าง เดิน 6MWD ได้ 300 เมตร หรือ เดินได้ 50 ม./นาที คิดเป็น 2.42 MET ดังแสดงในสมการด้านล่าง ดังนั้น MET= [3.5+ (0.1 x 50)]/3.5=8.5/3.5 = 2.42 กล่าวโดยสรุป 6MWT จัดเป็น submaximal test ที่ประเมิน สมรรถภาพในการทำกิจกรรม คือ การเดินของผู้ป่วย ซึ่งสามารถ ใช้ในการประเมินผู้ป่วยได้หลายโรคนอกเหนือจากโรคหัวใจ และปอด โดยใช้ 6MWD ในการคำนวณหา VO2 max และ MET รวมถึงบอกถึงความรุนแรงและการพยากรณ์โรค

จากระดับความรุนแรงส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(สมจิต หนุเจริญ. 2552 : 248-249)ดังนี้ ด้านร่างกาย มีคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง(carbondioxide narcosis) การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน สภาพของร่างกายเป็นด่างจากเมตาบอลิสม(Metabolism alkalosis) ไม่สามารถปรับชดเชยภาวะความเป็นกรด ของร่างกายที่เกิดจากการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ได้ มีการติดเชื้อทางเดินหายใจบ่อย มีภาวะหัวใจวายจากโรคปอดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ผู้ป่วยโรคนี้พบความผิดปกติด้านจิตใจหลายด้าน เช่น การเรียนรู้ ความมั่นคงของอารมณ์และการปฏิบัติงาน เป็นต้น คนเป็นโรคนี้จะมีความรู้สึกว่าตัวเองป่วยอยู่ตลอดเวลาเพราะเหนื่อยง่าย ออกแรงเพียงเล็กน้อยก็เหนื่อย ออกกำลังกายอย่างปกติไม่ได้ กิจกรรมทางกายหลายอย่างถูกจำกัดมีผลต่อจิตใจตามมา และไม่ทราบเรื่องโรคของตน บางคนคิดไปต่างๆนานา เพราะไม่มีใครอธิบายให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยส่วนมากไม่กล้าถามแพทย์ บางคนสงสัยว่าตนเองเป็นโรคติดต่อ จึงพยายามแยกตัวห่างจากผู้อื่น เกรงว่าจะถูกรังเกียจ นอกจากนั้นอาการส่วนมากที่พบในระยะหายใจไม่ปกติ ได้แก่ อาการหายใจลำบาก อ่อนแรง นอนไม่หลับ วิตกกังวล ไม่อยากมีส่วนร่วม เบื่อไม่สนใจชีวิต รู้สึกหมดหวัง หมดที่พึ่ง การเจ็บป่วยนานๆต้องพึ่งแพทย์ พยาบาล พึ่งญาติ ไม่เป็นตัวของตัวเอง ไม่กล้าแสดงความโกรธ เก็บซ่อนความรู้สึกไม่พอใจไว้ภายในเพราะกลัวถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงเป็นคนเฉยๆไม่ค่อยแสดงความรู้สึกยินดียินร้ายเพราะการแสดงอารมณ์รุนแรง จะทำให้เหนื่อยมากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยจึงตกอยู่ในภาวะที่ต้องอดกลั้นระงับความรู้สึก ชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงเป็นชีวิตที่ลำบากมากเพราะขาดอิสรภาพที่จะแสดงความรู้สึก

2.3.6 **การรักษา**

1. เป้าหมายของการรักษาโรค

ป้องกันการดำเนินต่อไปของโรค บรรเทาอาการ เพิ่มความสามารถในการออกกำลังกาย เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและรักษาการกำเริบของโรค ป้องกันและรักษาโรคแทรกซ้อนที่จะเกิด ลดอัตราการตายจากโรค

2. การรักษาในช่วงระยะสงบ(stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease )

แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสงบ คือ การหยุดสูบบุหรี่และการรักษาด้วยยา รวมถึงมาตรการอื่นการดูแลรักษาผู้ป่วยอาศัยการประเมินความรุนแรงของโรคตามอาการและความผิดปกติจากสไปโรมิเตอร์ประกอบการตอบสนองต่อการรักษาปัจจัยอื่นที่นำมาใช้ประกอบในการประเมินความรุนแรงคือภาวะแทรกซ้อน หายใจล้มเหลวโรคอื่นที่พบร่วมและสภาวะ โดยรวมของผู้ป่วยในแต่ละราย การจัดแผนการรักษามีลักษณะเป็นไปตามระดับความรุนแรง ความเชื่อและความเข้าใจต่อโรคของผู้ป่วยมาประกอบเชิงบูรณาการ การให้ข้อมูล เกี่ยวกับโรคแก่ผู้ป่วยและญาติที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการเรียนรู้กับการใช้ชีวิตกับโรคนี้ดีขึ้น การเตรียมตัวเผชิญกับการกำเริบของโรคโดยมีแนวทางการรักษาดังนี้

1) การรักษาด้วยยา ( Phamacological therapy ) ยาที่ใช้มีหลายชนิด ได้แก่ยาขยายหลอดลม ยากลุ่มนี้ทำให้อาการและสมรรถภาพการทำงานของผู้ป่วยดีขึ้น ลดความถี่และความรุนแรงของการกำเริบและเพิ่มคุณภาพชีวิต ยาขยายหลอดลมที่นิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วย แบ่งได้ 3 กลุ่ม คือ Beta 2 –agonist , anticholinergic , และ xanthine derivative การเลือกใช้ยาชนิดชนิดหนึ่งหรือมากกว่า หนึ่งขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค และการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย การใช้ยาขยายหลอดลมที่ออกฤทธิ์ยาวมีประสิทธิภาพดีและสะดวกสำหรับผู้ป่วยมากกว่ายาออกฤทธิ์สั้น และทำให้สภาวะโรคโดยรวมดีขึ้น การบริหารยาขยายหลอดลมแนะนำให้ใช้วิธีสูดพ่น( meterd-dose หรือ dry-powder inhaler ) เป็นอันดับแรก ยกเว้นในรายที่ไม่สามารถใช้ยารูปแบบสูดได้ถูกวิธี การอนุโลมให้ใช้ยาชนิดรับประทานทดแทนได้ การใช้ยาสูดโดยวิธี neubulizer ขณะที่ผู้ป่วยไม่ได้มีอาการกำเริบของโรค ยังไม่มีข้อมูลชัดเจนว่ามีประโยชน์มากกว่าการใช้ยาโดยวิธีสูดดมคอร์ติโคสเตียรอยด์ ถึงแม้ว่าการให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ชนิดสูดอย่างต่อเนื่องจะไม่สามารถชะลอการลดลงของค่า FEV1แต่สามารถลดการกำเริบของโรคในผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการรุนแรงระดับ 3 ขึ้นไปที่มีอาการกำเริบบ่อยหรือรุนแรงและช่วยให้สภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น โดยที่ยังมีข้อมูลขนาดยาที่เหมาะสมและความปลอดภัยระยะยาวยาอื่นๆวัคซีน แนะนำให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ปีละ 1 ครั้ง ระยะเวลาที่เหมาะสมคือ เดือน มีนาคม- เมษายน แต่อาจให้ได้ตลอดทั้งปี ยาละลายเสมหะ อาจพิจารณาให้ในรายที่มีเสมหะเหนียวข้นมาก ยา Anti-oxidant เช่น N-acetylcysteine

2). การรักษาอื่นๆที่ไม่ใช่ยา

2.1 การเพิ่มสมรรถภาพร่างกาย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อมีอาการเหนื่อยง่าย ผู้ป่วยมักลดกิจกรรมที่ต้องออกแรงต่างๆลงเพื่อลดอาการเหนื่อยหอบ ทำให้กล้ามเนื้อต่างๆของร่างกายอ่อนลงเป็นผลให้สมรรถภาพของร่างกายลดลงไปอีก เนื่องจากว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด การใช้ยาทั้งหลายไม่สามารถแก้ไขการอุดกั้นทางเดินหายใจให้เป็นปกติได้ ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายก็จะมีบทบาทมาก การฟื้นฟูสมรรถภาพประกอบด้วย

2.1.1 การให้ความรู้กับผู้ป่วย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรคและการใช้ยาต่างๆ อาการข้างเคียงจากการใช้ยา เทคนิคการใช้ยาพ่น การที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรคอย่างละเอียดจะทำให้ผู้ป่วยลดความกังวลใจและความร่วมมือในการรักษาดีขึ้น

2.1.2 กายภาพบำบัด ( physiotherapy) การสอนการไอเพื่อกำจัดเสมหะ การหายใจโดยห่อปาก pursed-lip breathing นานประมาณ 5 นาที ทั้งนี้อาจทำพร้อมกันไปกับการบริหารกล้ามเนื้อทั่วไป การฝึกหายใจเข้าออกช้าๆและการผ่อนคลายก็จะช่วยลดอาการเหนื่อยหอบได้

2.1.3 การออกกำลังกาย การออกกำลังจะทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น การออกกำลังที่เหมาะสมที่สุดคือ การเดิน โดยให้ผู้ป่วยออกกำลังติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาทีต่อวัน สัปดาห์ละ 3 วัน

2.1.4 การสนับสนุนทางด้านจิตสังคมและจิตใจแก่ผู้ป่วยด้วยระยะเวลาสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่ทำให้เกิดผลคือ 8 สัปดาห์ และถ้าสามารถทำให้ต่อเนื่องนานกว่านั้นก็จะเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลได้มากขึ้น แต่ควรระวังในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจรุนแรง โรคหลอดเลือดสมอง หรือข้อเข่าเสื่อม

2.1.5 การให้การรักษาด้วยออกซิเจนระยะยาว การรักษาด้วยออกซิเจนเป็นระยะเวลา มากกว่า 15 ชั่วโมงต่อวัน สามารถทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้น โดยทำให้เกิดประโยชน์ต่อระบบโลหิตวิทยา ระบบการไหลเวียนโลหิต สมรรถภาพการออกกำลัง สภาวะจิตใจและ lung mechanicsm

3)  **การผ่าตัดรักษา**

3.1 การผ่าตัดปลูกถ่ายปอด การผ่าตัดจะได้ผลดีขึ้นกับการคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสม การผ่าตัดจะช่วยให้มีสมรรถภาพปอดดีขึ้นและลดอาการหอบเหนื่อยของผู้ป่วย

3.2 การผ่าตัดลดปริมาตรส่วนเกินของเนื้อปอด(Lung volume reduction surgery LVRS) เป็นการตัดเนื้อปอดส่วนที่โป่งพองออก พบว่า ทำให้แรงหยุ่นตัวกลับของเนื้อปอดดีขึ้นลมไหลออกได้ดีขึ้นทำให้ลมค้างในปอดลดลง กล้ามเนื้อหายใจทำงานลดลง ความรู้สึกหอบเหนื่อยของผู้ป่วยจึงดีขึ้น ยังไม่มีข้อมูลจากการศึกษาที่สมบูรณ์เพียงพอถึงความคุ้มค่าการผ่าตัดเปลี่ยนปอด เกณฑ์ทั่วไปที่ยอมรับกันคือ FEV1 น้อยกว่าร้อยละ 35 ของค่ามาตรฐาน PaO2 น้อยกว่า 55-60 มม.ปรอท PaCO2 น้อยกว่า 50 มม.ปรอท

**งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

จอม สุวรรณโณและคณะ (2552) ได้ศึกษาปัจจัยด้านอาการหายใจเหนื่อยหอบ สมรรถนะการทำงานของปอด และ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการทำนายภาวะซึมเศร้าของ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถของตัวแปร ได้แก่ อาการหายใจเหนื่อย หอบ สมรรถนะการทำงานของปอด และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการร่วม กันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง 155 ราย มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่า ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วย นอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่งและโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ 1 แห่งในภาคใต้ เก็บ รวบรวมข้อมูลโดยประเมินอาการหายใจเหนื่อยหอบด้วยคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความถี่ของ การเกิดอาการ และมาตรวัดประมาณค่าความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อยหอบ ประเมิน สมรรถนะการทำงานของปอดโดยใช้ค่าอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออกซึ่งวัดด้วย เครื่องมือพีคโฟรว์ ใช้ดัชนีบาร์เทลสำหรับประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยสำหรับประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติบรรยาย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทั้งสามด้านร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 26 โดยความถี่ของ อาการหายใจเหนื่อยหอบสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ดีที่สุด คือ ร้อยละ 10 ความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มความสามารถในการทำนายภาวะซึมเศร้าอีกร้อยละ 9 และ สมรรถนะการทำงานของปอดเพิ่มความสามารถในการทำนายภาวะซึมเศร้าอีกร้อยละ 6 ตาม ลำดับ ในขณะที่ความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อยหอบไม่มีค่าสำคัญทางสถิติในการทำนายภาวะ ซึมเศร้า การจัดการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะต้องเน้นที่การลด ความถี่ของอาการหายใจเหนื่อยหอบ ส่งเสริมสมรรถนะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ ป้องกันความก้าวหน้าของระดับการอุดกั้นของปอด

ณัฏฐภณิชา ดวงแสง(2556) ได้ศึกษาการจัดการกับอาการหายใจลำบากของผ้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการกับอาการหายใจลำบากของผู้สูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิก โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ได้มาโดยการสุ่ม ตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 40 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์อาการ และความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก แบบสัมภาษณ์กลวิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบาก และแบบสัมภาษณ์ผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .60, .70 และ 1.00 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิง พรรณนา ผลการศึกษา สรุปได้ดังนี้ 1. ด้านประสบการณ์อาการและความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก พบว่าผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่มีอาการหายใจลำบากเลยใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาขณะสัมภาษณ์และในช่วง 1 สัปดาห์ (ร้อยละ 92.5, 92.5และ72.5 ตามล าดับ) 2. ด้านกลวิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง พบว่ากลวิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองของผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M =39.30, SD =4.35) 3. ด้านผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการด้านคุณภาพชีวิต พบว่า คุณภาพชีวิตด้าน ความสุขและความพึงพอใจในชีวิตปัจจุบันของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (M = 7.93, SD =1.34 และ M = 8.35, SD =1.23 ตามลำดับ)

**2.4 นโยบายกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

Road map แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข 4 Phase (ตุลาคม 2559 ถึง พ.ศ. 2579) ประกอบด้วย 4 Excellence Strategies (16 แผนงาน 48 โครงการ)

Phase 1 (2560-2564) ปฏิรูประบบ 1. พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย 2. การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 3. ความปลอดภัยด้านอาหารและลดปัจจัยเสี่ยง ต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

Phase 2 (2565-2569) สร้างความเข้มแข็ง 1. ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ 2. ระบบหลักประกันสุขภาพ 3. ความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์และ การคุ้มครองผู้บริโภค 4. ระบบธรรมาภิบาล

Phase 3 (2570-2574)สู่ความยั่งยืน

1. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ 2. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 3. ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ 4. ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ/เขตเศรษฐกิจพิเศษ

Phase 4 (2575-2579)เป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย

1.การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ 2. การผลิตและพัฒนากำลังคน 3. การพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการ กำลังคนด้านสุขภาพ 4. การพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและ ภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ

**พัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้าน** คือ

1.การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (P&P Excellence) คือ บูรณาการกระทวงต่างๆ ดูแลผู้สูงอายุและเด็ก ลดการบาดเจ็บจากการจราจร ลดกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง มะเร็ง โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน

2.ระบบบริการ (Service Excellence) คือ จัดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 6,500 คน ภายใน 10 ปี ดูแลคนไทย 65 ล้านคน และภายในปี 2560 คนไทย 1 ล้านครอบครัวจะมีแพทย์เวชศาสตร์ดูแล จัดระบบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล (Long Term Care) ทั่วประเทศ จัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1,000 คนในโรงพยาบาลใหญ่ทั่วประเทศ และจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMCO) และศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ

3.การพัฒนาคน (People Excellence) คือ การแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาล วางแผนอัตรากำลังคน ร่วมมือกับมหาวิทยาลัยในแต่ละภูมิภาคเพื่อพัฒนาบุคลากร ปรับระบบค่าตอบแทนบุคลากรสาธารณสุข

4.ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence) ได้แก่ คือ อภิบาลระบบสาธารณสุข สร้างต้นแบบองค์กรคุณธรรม สร้างความมั่นคงด้านยาและเวชภัณฑ์ โดยเน้นการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและพัฒนาสมุนไพร จัดระบบการเงินการคลังสาธารณสุข เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ ด้านสิทธิประโยชน์และการบริหารจัดการระหว่าง 3 กองทุน และจัดระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ จัดตั้งสำนักงานมาตรฐานและการจัดการสารสนเทศระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Data Clearing House)

แผนสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) เป้าหมายที่ 1 ประชาชนสุขภาพดี ลด Premature Mortality เพื่อเพิ่ม (LE) ให้อายุยืน 80 ปีจำนวนผู้เสียชีวิตรวม 156,561 ราย ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง เสียชีวิต 4,647 ราย ความชุกของโรคในคนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 0.6 ปี 2560 กำหนดService Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD) : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome) 1. ลดอัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2. อัตราการตายลดลง 3. มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service Outcome) 1. อัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2. อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน 3. อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่

**นโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

เน้นการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย (COPD Clinic Model) จัดให้มีบริการคลินิก COPD และบริการเลิกบุหรี่

**ตัวชี้วัด / ผลลัพธ์ที่ต้องการ** อัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง <130 ครั้ง ต่อแสนประชาอัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน >60%

**บริบทการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม**

จังหวัดมหาสารคาม มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 970,701 คน เพศชาย 478,527 คน คิดเป็น ร้อยละ 49.30 เพศหญิง 492,174 คน คิดเป็นร้อยละ 50.70 แบ่งเขตการปกครองเป็น 13 [อำเภอ](https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%AD%E0%B8%B3%E0%B9%80%E0%B8%A0%E0%B8%AD) 133 [ตำบล](https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%95%E0%B8%B3%E0%B8%9A%E0%B8%A5)

1,804 [หมู่บ้าน](https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%AB%E0%B8%A1%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%9A%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%99)

1.มีแนวทางการดูแลตามแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ.2553 COPD Guideline

1) มีการประเมินผู้ป่วยเพื่อเป็นเกณฑ์ในการรักษา โดยใช้อาการทางคลินิก ได้แก่ ระดับของอาการหอบเหนื่อย ความถี่และความรุนแรงของอาการหอบกำเริบ( exacerbation) รวมถึงการตรวจ spirometry โดยดูค่าของ FEV 1

2) มีเป้าหมายในการรักษา คือ การป้องกันหรือชะลอการดำเนินของโรค บรรเทาอาการ โดยเฉพาะอาการหอบเหนื่อย ทำให้ exercise tolerance ดีขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน ป้องกันและรักษาภาวะอาการกำเริบ ลดอัตราการเสียชีวิต เพื่อคงสภาพร่างกายให้ดีที่สุดในด้าน อาการ ความถี่ของการใช้ยาขยายหลอดลม โรคหรือภาวะร่วม โครงสร้างและสมรรถภาพปอด สถานสุขภาพ กิจกรรมในแต่ละวัน และลดความเสี่ยงที่จะเกิดในอนาคต ในด้านการกำเริบของโรค ความเสื่อมสถานะสุขภาพ โรคหรือภาวะร่วมที่อาจเกิดขึ้นใหม่ ความเสื่อมของโครงสร้างและสมรรถภาพปอด ผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการเสียชีวิต

3) มีการเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ที่สำคัญได้แก่ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่อย่างถาวร โดยใช้พฤติกรรมบำบัด หรือใช้ยาร่วมเลิกบุหรี่ การหลีกเลี่ยงหรือลดมลภาวะ เช่น การใช้เตาถ่านในที่อากาศถ่ายเทไม่ดี เป็นต้น

4) การรักษาด้วยยา ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อบรรเทาอาการ ลดการกำเริบ และเพิ่มคุณภาพชีวิต ได้แก่ ยาขยายหลอดลม แนะนำให้ใช้วิธีสูดพ่น (metered-dose หรือ dry-power inhaler)เป็นอันดับแรกเนื่องจากมีประสิทธิภาพสูงและผลข้างเคียงน้อย ไม่ควรใช้ยา ICS เพียงอย่างเดียว ควรใช้ยาผสมระหว่าง ICS และ LABA จะมีประสิทธิภาพดีที่สุด นอกจากนี้ ควรได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ปีละ 1 ครั้ง มีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (pulmonary rehabilition) เพื่อลดอาการของโรค เพิ่มคุณภาพชีวิตและเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และในผู้ป่วยบางราย อาจจะมีการบำบัดด้วยออกซิเจนระยะยาว การรักษาโดยการผ่าตัด หรือหัตถการพิเศษโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ กรณีที่ไม่สามารถดูแลได้แล้วควรมีการวางแผนชีวิตระยะสุดท้าย (End of life plan)

5) การประเมินและติดตามโรค ทุกครั้งที่มาพบแพทย์ ควรติดตามอาการเหนื่อยหอบ (อาจใช้ MMRC scale หรือ visual analogue scale )การทำกิจกรรมประจำวัน ความสามารถในการออกกำลังกาย ความถี่ของการหอบกำเริบของโรค อาการแสดงของการหายใจลำบาก และการประเมินวิธีการใช้ยาสูด ในทุก 1 ปี ควรวัด spimetry ในผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยคุกคามกิจวัตรประจำวัน ควรวัด BODE Index ,6 minute walk distance ระดับ oxygen saturation หรือ arterial blood gases

ขั้นตอนการบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมทำงานเป็นสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่

พยาบาล ทำหน้าที่ บันทึกข้อมูล (Register ) ผู้ป่วยรายใหม่ ซักประวัติ ประเมินสภาพระดับความรุนแรงและ ลงบันทึกในแฟ้มประวัติ ในแบบฟอร์ม Appendix 1 สำหรับคนป่วยรายใหม่ และ Appendix 2 เป่า PEFR (Peak Expiratory Flow Rate )

แพทย์ ทำหน้าที่ ให้การรักษาตามแนวทางปฏิบัติตามที่กำหนดและได้มาตรฐานตาม Guildline

เภสัชกร ทำหน้าที่ ให้ความรู้เรื่องการใช้ยาชนิดต่างๆ รวมถึงการฝึกปฏิบัติในการใช้ยาขยายหลอดลม อาการที่ผิดปกติเมื่อมีอาการแพ้ยา และอาการข้างเคียงจากการใช้ยาสเตียรอยด์

นักกายภาพบำบัด มีหน้าที่ ทำกายภาพบำบัดฝึกการบริหารการหายใจ การทดสอบการเดิน 6 minute walk

จากกระบวนการดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการลงข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ตามฐานสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) เพื่อจัดเก็บข้อมูลของกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในแต่ละโรงพยาบาล ในระบบการดูแลผู้ป่วยดังที่กล่าวมานั้น ยังไม่ได้มีรูปแบบที่เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยเฉพาะ ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติ และมีการวัดผลสัมฤทธิ์ของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนี้ขึ้น

**วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่**

ใน ปี 2559 จังหวัดมหาสารคามมีผู้ป่วย COPD ประมาณ 4,024 คน อัตราการกำเริบ

เฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีแนวโน้มสูงเกิน 130 ต่อแสนประชากร โดย ปี 2557-2559 พบ 189.47, 176.89 และ 157.93 ตามลำดับ และในช่วง 3 เดือนแรกของ ปี 2560 อยู่ที่121.35 ต่อแสนประชากร

**นโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

เน้นการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย (COPD Clinic Model) จัดให้มีบริการคลินิก COPD และบริการเลิกบุหรี่ ใน รพ.ทั้ง 13 แห่งแต่ที่สามารถให้บริการครบวงจรและมีมาตรฐานมี 5 คลินิก ได้แก่ รพ.มหาสารคาม, บรบือ,พยัคฆภูมิพิสัย, โกสุมพิสัย และยางสีสุราช อายุรแพทย์ 11 คน แต่อยู่ในรพ.มหาสารคาม 10 คน รพ.โกสุมพิสัย 1 คน พยาบาลเฉพาะทาง 7 คนใน รพ. 4 แห่ง และมีเครื่อง spirometer 5 เครื่อง ซึ่งไม่ครอบคลุมจากผลการดำเนินงาน พบว่า รพ.ที่มีคลินิก COPD ที่ได้มาตรฐาน ส่วนใหญ่อัตราการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่ำกว่าเกณฑ์

ส่วนการดำเนินงานคลินิกเลิกบุหรี่ พบว่า ยังมีศักยภาพในการรักษาน้อยกว่ามาตรฐาน เนื่องจากไม่มียาในการรักษาร่วมกับการให้คำปรึกษาแบบเข้มข้น

สำหรับการดำเนินงาน รพศ./รพท./รพช. อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน ได้แก่  
 - วินิจฉัยถูกต้องตามมาตรฐานการรักษา  
 - มีการติดตามการรักษา เช่น MMRC, CAT score  
 - มีการประเมินการใช้ยาพ่นควบคุม (controller)  
 - ให้คำแนะนำการสูบบุหรี่ในผู้ที่ยังสูบ   
 สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ขาดการวินิจฉัยที่ถูกต้อง เนื่องจากขาดเครื่องspirometry และขาดยาที่จำเป็นในการรักษา

**2.5 ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

**5.1ปัจจัยด้านความรู้**

**ความหมายของความรู้**

ความรู้ ( Knowledge) เป็นความสามารถที่ใช้ข้อเท็จจริง หรือเนื้อหาด้านความรู้ความคิดการหยั่งรู้ การเห็นหรือการสามารถเชื่อมโยงความคิดเข้ากับเหตุการณ์ได้ ความรู้เป็นนามธรรมเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาความจำ การจัดระบบระเบียบข้อมูลใหม่และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537 : 77) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า ความรู้ เป็นพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะโดยการนึกได้ หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน เช่น ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริทฤษฎี โครงสร้างวิธีแก้ปัญหา กฎต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นต้น

สมศักดิ์ ศรีสันติกุล ( 2538 : 56 ) กล่าวถึง ความรู้ใน 3 ทัศนะ ดังนี้ ทัศนะที่ 1เป็นทัศนะของบุคคลทั่วไปว่า เป็นการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในธรรมชาติและสังคมและสิ่งที่พบเห็นได้ด้วยตนเองตามพื้นฐานความสามารถของแต่ละบุคคล ในทัศนะที่ 2 ในส่วนของนักวิชาการนั้นได้ให้ความหมายของความรู้ว่า เป็นความคิดรวบยอดที่เป็นนามธรรมโดยที่อยู่ในแต่ละสาขาหรือแขนงวิชาจะมีความรู้ที่แตกต่างกัน ทัศนะที่ 3 คือนักปฏิบัติได้ให้ความหมายความรู้ว่า เป็นความเข้าใจในเหตุการณ์ ปรากฎการณ์ต่างๆที่เกิดในธรรมชาติและในสังคม ที่สามารถนำมาใช้ได้

วราภรณ์ รุจิวิวัฒนกุล (2543 : 44-57) กล่าวว่า ความรู้ คือ ข้อมูลสารสนเทศผสมผสานกับประสบการณ์

Bloom (1971 : 355) กล่าวว่า ความรู้ เป็นความสามารถในการใช้ข้อเท็จจริง (Facts) หรือเนื้อหาความคิด (Ideas) ความหยั่งรู้หยั่งเห็น (Insights) หรือความสามารถเชื่อมโยงความคิดเข้ากับเหตุการณ์ และการประเมินความรู้ หมายถึง การประเมินการเปลี่ยนแปลงจากความรู้เดิม ใน 2 แนวด้วยกัน คือ เนื้อหาที่เรียน และทักษะในการใช้เนื้อหาความรู้

จากความหมายของความรู้ที่กล่าวมา พอสรุปได้ว่า ความรู้ คือ ข้อเท็จจริงต่าง ๆ ด้านเนื้อหา ความคิด สิ่งที่ศึกษาได้จากการเรียนรู้หลายวิธี ที่ได้รับจากประสบการณ์ การศึกษาค้นคว้า การสังเกต การสะสมไว้ สามารถจำได้ โดยอาศัยความสามารถและทักษะทางสติปัญญาวิเคราะห์และเชื่อมโยง ที่สามารถทำให้ผู้เรียนรู้ได้รับทราบข้อมูลต่าง ๆ ได้

ความรู้ เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ความเข้าใจในเนื้อหา เรื่องสาเหตุการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการ ภาวะแทรกซ้อน วิธีการป้องกันและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ซึ่งกระบวนการให้ความรู้ได้แก่ การสอน การให้สุขศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการดูแลตนเอง

**ระดับการเรียนรู้**

**การเรียนรู้ตามทฤษฎีของ บลูม( Bloom** 1975 : 65-197)Bloom ได้แบ่งการเรียนรู้เป็น 6 ระดับ

1. ระดับที่ระลึกได้ หมายถึง การเรียนรู้ในลักษณะที่จำเรื่องเฉพาะวิธีการปฏิบัติ กระบวนการ และแบบแผนได้ความสำเร็จในระดับนี้คือ ความสามารถในการนำข้อมูลจากความจำออกมาใช้ได้

2. ระดับที่รวบรวมสาระสำคัญได้ หมายถึงบุคคลสามารถทำบางสิ่งบางอย่าง มากกว่าการจำเนื้อหาที่ได้รับ และสามารถที่จะเขียนข้อความเหล่านั้นด้วยตนเอง สามารถแสดงให้เห็นภาพ ความหมายแปลความและเปรียบเทียบความคิดเห็นอื่นๆหรือคาดคะเนผลที่เกิดได้

3. ระดับการนำไปใช้เป็นระดับที่ผู้เรียนสามารถนำเอาข้อเท็จจริงตลอดจนการนำความคิดที่เป็นนามธรรมไปปฏิบัติได้จริงอย่างเป็นรูปธรรม

4. ระดับการวิเคราะห์ เป็นระดับที่สามารถนำเอาความคิดในรูปของการนำแนวคิดมาแยกเป็นส่วนประเภทหรือการนำเอาข้อมูลต่างๆมาประกอบกันเพื่อการปฏิบัติตนเอง

5 . ระดับการสังเคราะห์ คือการนำข้อมูล และแนวคิดต่างๆมาประกอบกันและนำไปสู่การสร้างสรรค์ซึ่งเป็นสิ่งใหม่จากเดิม

6. ระดับการประเมินผล คือความสามารถใช้ความรู้เพื่อจัดตั้งเกณฑ์การรวบรวมข้อมูล การวัดข้อมูลตามมาตรฐานเพื่อตัดสินถึงระดับประสิทธิผลของกิจกรรมแต่ละอย่าง

ได้จำแนกจุดมุ่งหมายการเรียนรู้ออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. พุทธิพิสัย (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านสมองเป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับสติปัญญา ความคิด ความสามารถในการคิดเรื่องราวต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งพฤติกรรมทางพุทธิพิสัย 6 ระดับ ได้แก่

1.1 ความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถในการจดจำแนกประสบการณ์ต่างๆและระลึกเรื่องราวนั้นๆออกมาได้ถูกต้องแม่นยำ

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถบ่งบอกใจความสำคัญของ

เรื่องราวโดยการแปลความหลัก ตีความได้ สรุปใจความสำคัญได้

1.3 การนำความรู้ไปประยุกต์ (Application) เป็นความสามารถในการนำหลักการ

กฎเกณฑ์และวิธีดำเนินการต่างๆของเรื่องที่ได้รู้มา นำไปใช้แก้ปัญหาในสถานการณ์ใหม่ได้

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวที่สมบูรณ์

ให้กระจายออกเป็นส่วนย่อยๆได้อย่างชัดเจน

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการผสมผสานส่วนย่อยเข้าเป็น

เรื่องราวเดียวกัน โดยปรับปรุงของเก่าให้ดีขึ้นและมีคุณภาพสูงขึ้น

1.6 การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการวินิจฉัยหรือตัดสินกระทำ

สิ่งหนึ่งสิ่งใดลงไป การประเมินเกี่ยวข้องกับการใช้เกณฑ์คือ มาตรฐานในการวัดที่กำหนดไว้

2. จิตพิสัย (Affective Domain)(พฤติกรรมด้านจิตใจ)ทัศนคติเป็นความเชื่อของบุคคลการกระทำ สถานการณ์หรืออื่น ๆ รวมทั้งท่าทีแสดงออกที่บ่งถึงสภาพจิตใจที่มีต่อสิ่งหนึ่งพฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับจิตใจ ลักษณะนิสัย คุณธรรม ประกอบด้วย 5 ขั้น ดังนี้

1.การรับรู้

2. การตอบสนอง

3. การเกิดค่านิยม

4. การจัดระบบ

5. บุคลิกภาพ

3. ทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) (พฤติกรรมด้านกล้ามเนื้อประสาท)พฤติกรรมด้านนี้เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่แสดงออกมาในสถานการณ์หนึ่ง ๆ พฤติกรรมด้านนี้ต้องอาศัยความรู้ ความคิด และทัศนคติ เป็นส่วนประกอบ เป็นพฤติกรรมที่ประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่ทำให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ในด้านสุขภาพถือว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีความสุข

**การวัดความรู้**

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2531 : 87 ) ได้กล่าวว่าเป็นการวัดสมรรถภาพของสมองในด้านการระลึกออกของความจำที่เกี่ยวกับเรื่องราว ประสบการณ์ การเคยรู้ เคยเห็น โดยใช้เครื่องมือคือแบบทดสอบซึ่งแบ่งเป็น 3 ประเภทดังนี้

1. แบบทดสอบด้านการปฏิบัติ ( Performance test) เป็นการทดสอบด้วยการลงมือจริงๆเช่นการแสดงละคร การฝีมือ การพิมพ์ดีด เป็นต้น

2. แบบทดสอบเขียนตอบ (Paper-Pencil test) เป็นแบบทดสอบที่ใช้ทั่วไปซึ่งใช้กระดาษดินสอหรือปากกาเป็นอุปกรณ์ ช่วยตอบโดยที่ผู้ตอบต้องตอบทั้งหมด

3. แบบทดสอบปากเปล่า(Oral test) ทดสอบด้วยการพูดแทนการเขียน

ไพศาล หวังพานิช (2526 : 77) แบ่งลักษณะของคำถามในการวัดความรู้ไว้ 3 ระดับดังนี้

1. ถามความรู้ในเนื้อเรื่อง เป็นการถามรายละเอียดในเนื้อหาข้อเท็จจริงต่างๆของเรื่องราวทั้งหลาย

2. ถามความรู้ในวิธีการดำเนินการเป็นการถามวิธีปฎิบัติต่างๆ ขั้นตอนการปฏิบัติทั้งหลาย

3. ถามความรู้รวบยอดเป็นการถามข้อสรุปและหลักการ จากหลักทฤษฎี หลักวิชา และโครงสร้าง

**งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความรู้**

**กัลยากร การุญ** ( 2551 : 66 )ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษาบ้านไผ่ทอง ตำบลช้างมิ่ง อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร จำนวน 128 คน มีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน 1) ศึกษาสภาพปัญหา และบริบทของชุมชน 2) สร้างยุทธศาสตร์3) ขั้นทดลองใช้ 4) ขั้นปรับปรุง โดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า หลังการอบรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกโดยใช้เทคนิค AIC กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกสูงกว่าการพัฒนา และผลการใช้ยุทธศาสตร์การพัฒนากลุ่มเป้ามีการพัฒนา มีพฤติกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่าการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

**มุกดา สอนประเทศ** (2545 : 45) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยก้าวหน้า ตำบลกุดดู่ อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 180 รายเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้อยู่ในระดับสูง โดยคำถามที่ตอบถูกมากที่สุดคือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากๆถ้าไม่รับการรักษา อาจเกิดอัมพาตได้ มีระดับการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง คือ การไปรับการตรวจตรงตามวันเวลาที่แพทย์นัด การรับประทานยา ไม่สูบบุหรี่ ระดับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**รุ้งลาวรรณ พันธจักร** (2549 :76 ) ศึกษาเกี่ยวกับผลการใช้โปรแกรมสุขศึกษา ที่มีต่อความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพยุหะคีรีจำนวน 30 คนโดยใช้เครื่องมือแผนการสอนสุขศึกษา คู่มือผู้ป่วย สติกเกอร์กระตุ้นเตือน การออกกำลังกาย แบบสอบถามความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เกี่ยวโรคความดันภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแตกต่างกัน และมีการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องการควบคุมระดับความดันโลหิตและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาแตกต่างกัน ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ธันยาภรณ์ โพธิ์ถาวร**(2549 :57 ) ศึกษาผลการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด เป็นการศึกษากึ่งทดลอง 2กลุ่มวัดก่อนและหลัง โดยกลุ่มทดลองได้รับความรู้ด้านสุขภาพกลุ่มควบคุมดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับความรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**วิลาวรรณ เกิดโชค**( 2550 : 71) ศึกษาถึงผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลบุคคลที่พึ่งพาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัว : การศึกษานำร่อง ใช้กรอบแนวคิดของโอเร็ม ที่โรงพยาบาลสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มแยกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลการสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยวิธีการสอน สนับสนุน ชี้แนะ จัดสิ่งแวดล้อม พบว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลและการให้ความรู้มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**วีระพล ภิมาลย์** ( 2550 : 56 ) ศึกษาถึงผลลัพธ์การให้ความรู้และคำแนะนำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยนอกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลท่าวังผา แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบผลการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประเมินผลโดยใช้แบบทดสอบความรู้ การรักษาและวิธีการปฏิบัติตัว ความถี่ในการหอบกำเริบ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต คือ WHOQOL-BREFฉบับภาษาไทย แบ่งเป็น 5 ด้าน physical,phychological,social-relationship,environment,และquality of life ผลการทดลองพบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรักษาและการปฏิบัติตัวจากกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความถี่ในการหอบกำเริบลดลงในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม คุณภาพชีวิตกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมในบางด้าน ซึ่งงานวิจัยนี่พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยามีความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรักษาและการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**วันวิสาข์ โลหะสาร** (2550 : 67) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดต่อความรู้เรื่องโรคและทักษะการจัดการตนเองโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 รายแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหืด ใช้กระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม โดยใช้เครื่องมือ แบบสัมภาษณ์ แบบวัดความรู้เรื่องโรคหืดและทักษะการจัดการตนเอง พบว่ากลุ่มทดลอง มีความรู้เกี่ยวกับโรคโดยรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีทักษะการจัดการตนเองสูงกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 ซึ่งการให้ความรู้ในรูปแบบของการมีส่วนร่วม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคหืดเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีทักษะการจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง

**สวรรค์ รุจิชยากูร** (2550 : 86) ได้ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการสอนต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคหืด ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 15 ราย โดยใช้เครื่องมือ แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืด ดัชนีคุณภาพชีวิต ใช้โปรแกรมการสอนพร้อมอุปกรณ์ และใช้แบบทดสอบชุดเดียวกันทดสอบก่อนหลังการทดลอง พบว่า ความรู้ ความเข้าใจของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมการสอน มากขึ้นกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลัง ดีกว่า และคุณภาพชีวิต ภายหลังที่ได้รับโปรแกรมการสอนดีขึ้นก่อนได้รับโปรแกรมการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในงานวิจัยนี้แสดงถึงการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองนั้น ทำให้ความรู้ ความเข้าใจและคุณภาพชีวิตดีขึ้น

**สุทธิดา กุดเนียม** (2551 : 10 ) ศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่พึ่งอินซุลินที่มารับบริการในสถานีอนามัยตำบลบ้านกุ่ม อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยาโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 50 รายพบว่าผู้ป่วยมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ขาดความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ทัศนคติอยู่ในระดับต่ำเชื่อว่าไม่มีอาการผิดปกติไม่ต้องมาพบแพทย์ตามนัด การขาดยาไม่มีผลร้ายแรง และควรรับประทานอาหารมากๆจะทำให้สุขภาพแข็งแรง พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องได้แก่การเพิ่มขนาดยาเองและหยุดยาโดยไม่ได้มาปรึกษาแพทย์ ดังนั้นแนวทางการพัฒนาความรู้ทัศนคติโดยมี 1 ยุทธศาสตร์ 2 กลยุทธ์ 3 แผน ดังนี้คือ ยุทธศาสตร์การส่งเสริมความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม กลยุทธ์ ได้แก่การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง กลยุทธ์ที่ 2 การปรับเปลี่ยนทัศนคติ และมีแผนการเสริมสร้างความรู้ และการปรับเปลี่ยนทัศนคติ ซึ่งพบว่าเมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมที่ถูกต้องแล้วส่งผลให้เกิดการดูแลตนเอง ให้สุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีได้

**อันวาร์ เบ็ญอิสมาแอล** (2554 : 38 )ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง:กรณีศึกษา โรงพยาบาลทุ่งยางแดง จังหวัดปัตตานี เป็นการวิจัยกึ่งทดลองจำนวน 40 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะ 12 สัปดาห์ประกอบด้วย 1)การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ 2)การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด 3)การเลิกบุหรี่ 4) การดูแลด้านจิตสังคม โดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบจำลอง PRECEDE Framwork ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริม คะแนนคุณภาพชีวิตกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า การศึกษาเรื่องความรู้และระบบการสนับสนุน มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งการให้ความรู้ การสอน และช่วยชี้แนะรวมถึงการจัดโปรแกรมการเรียนรู้ ส่งผลต่อการดูแลตนเอง ให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ทั้งนี้ ต้องมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติและ มีการเสริมสร้างความรู้ และเน้นกระบวนการการมีส่วนร่วม ของผู้ป่วยเพื่อให้เห็นความสำคัญในการจัดการและดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

**5.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)**

**5.2.1 ความหมายความเชื่อด้านสุขภาพ**

Miton Rokeach (1970 ) ความเชื่อเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคลซึ่งฝังแน่นอยู่ในความเข้าใจเมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อนั้นจะเป็นแนวโน้มชักนำให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้นๆ

จรรยา สุวรรณทัต ( 2527 : 55 )ความเชื่อ คือ ความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่ก็ได้ และทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้นๆ

King (1984 : 55 ) ความเชื่อที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการป้องกันโรค การปฏิบัติตามแบบแผนการรักษาหรือคำแนะนำซึ่งความเชื่อนี้จะมีผลต่อการตัดสินใจของบุคคลในการแสวงหาหรือเลือกวิธีการรักษาเมื่อเกิดความเจ็บป่วยและมีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคลในด้านการป้องกันโรคและการให้ความร่วมมือในการรักษาของบุคคลเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้พัฒนาขึ้นในช่วงปี ค.ศ. 1950-1960 M.Rosenstock M.Hochbaum , Stephen S.Kegeles ริเริ่มการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล (Preventive Health Behavior) ) แต่ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงนำไปใช้ในอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness Behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick –role Behavior)

Rosenstock(1974 : 330) นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล หลีกเลี่ยงจากโรค การค้นหาโรคหรือควบคุมโรค ถ้าบุคคลนั้นเอาใจใส่ต่อตนเองในการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่คุกคามนั้นๆบุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า 1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2) โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตเขา 3) การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคจะให้ผลดีต่อเขาในการช่วยลดโอกาสต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค และไม่ควรมีอุปสรรคด้านจิตวิทยา เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บป่วย ความอาย

ความพร้อมที่จะแสดงการกระทำ

ความเสี่ยงที่จะรับรู้

ความรุนแรงที่จะรับรู้

การประเมินผลได้และผลเสียของการแสดงการกระทำ

การกระทำ

การกระทำที่มีอยู่ตามการรับรู้

ปัจจัยกลไกที่ทำให้เกิดการแสดงการกระทำ

**แผนภาพที่ 1** แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของ Rosenstock และคณะ(1974)

**5.2.2 องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย**

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่า ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะหมายถึง 1) ความเชื่อต่อความถูกต้องที่มีต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับมาเป็นโรคซ้ำอีก และ 2) ความรู้สึกของผู้ป่วย ว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ดังนั้นบุคคลจะหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพ เบคเกอร์ สรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี และเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินถึงความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตนเองซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึงนี้ อาจมีความหมายแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน การรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและป้องกันโรคของบุคคลได้

3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits of Taking the Health Action Minus the Barriers or Costs of that Action) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลจะรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นสามารถหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย หรือโรคได้ ถึงแม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือ ยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำจะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ โดยมีความเชื่อว่า สิ่งที่ปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง โดยไม่มีอุปสรรค หรือความยุ่งยากที่จะขวางกั้นการปฏิบัตินั้น ๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ และได้ข้อสรุปการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยมากกว่าพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่นเดียวกันการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

4 )**สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action)**สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker, Maiman (1975)ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน(Internal Cues)ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues)ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

5) **การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers)**การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

5) ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยร่วม หมายถึง เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ช่วยส่งเสริม หรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่

1. ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

2. ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อนกลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

3. ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

**การรับรู้ของบุคคล**

การรับรู้ถึงความเสี่ยงในการเป็นโรคและความรุนแรงของโรค

การปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค

การรับรู้ในผลประโยชน์

ที่จะได้รับ (เปรียบเทียบกับ) ความยากลำบากในการป้องกันโรค

การรับรู้ถึงภาวะคุกคาม

ของโรค

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (อายุ เพศ เผ่าพันธุ์) ปัจจัยทางสังคมวิทยา (บุคลิกภาพ สถานภาพ กลุ่มเพื่อนฝูง ฯลฯ )

ปัจจัยเชิงโครงสร้าง (ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค ฯลฯ)

**แผนภาพ**

สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติหรือแรงจูงใจปัจจัยกระตุ้นการรณรงค์ ทางสื่อมวลชน คำแนะนำจากเพื่อน บัตรนัดจากเจ้าหน้าที่ การป่วยของสมาชิกในครอบครัว หนังสือพิมพ์หรือวารสาร

**แผนภาพที่ 2** แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ Becker และคณะ (1975)

**5.2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ**

1. ความเชื่อและศาสนาเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตต่อมนุษย์รวมไปถึงเรื่องสุขภาพด้วย ศาสนาแต่ละศาสนาสอนให้มีความเชื่อแตกต่างกันไป ความเชื่อเป็นปัจจัยพื้นฐานให้เกิดการกระทำต่างๆ ทั้งด้านดีและด้านร้าย การนับถือภูตผีปีศาจ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยย่อมมีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากอำนาจเหนือธรรมชาติจึงมีแนวโน้มมีวิธีการรักษาในรูปแบบการเลี้ยงผีปัดรังควาญ( โยธิน บุญเฉลย 2534 : 52) ความเชื่อหรือศาสนาทำให้ความคิดและการปฏิบัติของแต่ละคนแตกต่างกันทำให้การดูแลตนเองแตกต่างกันไปด้วย

2. ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมีความสำคัญและเกี่ยวข้องต่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับด้านองค์ประกอบการติดต่อสื่อสาร การให้ความรู้และให้ข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางสุขภาพ

3.ลักษณะและประสบการณ์ของบุคคลในอดีตทั้งทางบวกและทางลบมีความสำคัญต่อการรับรู้ของบุคคล บุคคลที่ผ่านการเรียนรู้ในอดีตและเก็บไปเป็นประสบการณ์ทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจส่งผลให้เกิดความเชื่อ( ทัศนีย์ เกริกกุล 2547 : 47) และแรงจูงใจด้านสุขภาพที่เกิดจากประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

**งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

**อโณทัย เหล่าเที่ยง** (2550 : 80-82) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานโดยแบบสัมภาษณ์ ความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ แรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไป และปัจจัยร่วมต่าง ๆ สำหรับแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานประกอบด้วยพฤติกรรมด้ายบริโภค พฤติกรรมด้านเกี่ยวกับการรักษา การออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านอารมณ์และสังคม และพฤติกรรมด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมที่สุด และพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กันทางบวก ( r = .186) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

**มะยาซิน สาเมาะ** ( 2550 : 87 ) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลปูยุด อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่าง 100 คนโดยใช้แบบสอบถาม วัดความเชื่อด้านสุขภาพ แบบวัดกิจกรรมการดูแลตนเองและแบบสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมถูกต้องอยู่ระดับปานกลางมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับถูกต้องดี และความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

**ระวีวรรณ กัณทะกาลัง** (2550 : 58) ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสองแคว จังหวัดน่าน เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาจำนวน 62 ราย ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ระดับปานกลาง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน อยู่ระดับปานกลาง การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์การรักษาปฎิบัติตนอยู่ในระดับเหมาะสมมาก การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตนอยู่ในระดับเหมาะสมน้อย และมีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับปานกลาง

**มงคลชัย แก้วเอี่ยม** ( 2550 : 60 ) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลหนองกลางนา อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี จำนวน 60 คนพบว่ามีการรับรู้สุขภาพระดับดีและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มี เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคภาวะแทรกซ้อนที่ต่างกัน มีแบบการรับรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน ระดับการศึกษา แหล่งของรายได้ที่ต่างกันจะมีการรับรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งของรายได้ที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน แบบแผนการรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

**มยุรา อินทรบุตร และ เบญจา มุกตพันธ์** (2550: 283) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้และการปฏิบัติด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 171 คนโดยใช้แบบสัมภาษณ์ พบว่าการรับรู้เรื่องการควบคุมอาหาร ร้อยละ 91 มีการรับรู้ในอาหารที่รับประทานประจำแต่อาหารที่ไม่ค่อยรับประทานมีการรับรู้น้อยทำให้การปฏิบัติตัวในการควบคุมอาหารไม่ดี

**ยุพเรศ ญานมงคลศิลป์** (2553 :56 )ศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน จำนวน 102 คน โดยใช้แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับผลการสูบบุหรี่ พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง แรงจูงใจ และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่ ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ส่วน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่ ต่างมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ และปัจจัยด้านการศึกษามีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเอง และความเชื่อรายด้าน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และแรงจูงใจ มีผลต่อการปฏิบัติตนและการดูแลตนเองด้วยเช่นกัน

**5.3 การสนับสนุนทางสังคม (Social support)**

การสนับสนุนทางสังคม เป็นโครงสร้างหนึ่งของสังคม ซึ่งกำหนดให้บุคคลมีการพึ่งพา อาศัยซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือและสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน เพื่อให้บรรลุถึงความต้องการของบุคคล (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ได้มีผู้ศึกษาและเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมดังต่อไปนี้

Weiss (1974) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความรู้สึกอิ่มใจหรือความ พึงพอใจต่อความต้องการซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพของบุคคลในสังคมที่ประกอบด้วยความผูกพัน ใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) การเข้าร่วมในสังคม (Social integration) การมีโอกาสได้ดูแล ช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for nurturance) การรู้สึกถึงคุณค่าแห่งตน (Reassurance of worth) การให้ความช่วยเหลือหรือคำแนะนำ (Assistance or guidance) การรับรู้ว่าตนมีบุคคลเป็นที่พึ่งพาได้ (Sense of reliable alliance)

Kakn (1979) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่าง

บุคคลหนึ่งไปยังบุคคลหนึ่ง ที่ทาให้บุคคลเกิดความพึงพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม ของบุคคล ได้แก่ การได้รับการยอมรับ ความนับถือ ความปลอดภัย ความเห็นใจและการช่วยเหลือ ซึ่งกันและกัน

Cobb (1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การที่บุคคลได้รับ ข้อมูลหรือข่าวสารที่ทาให้เชื่อว่ามีคนรัก คนสนใจ มีคนยกย่องมองเห็นคุณค่าและมีความรู้สึกว่า ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความผูกพันซึ่งกันและกันทาให้บุคคล มีความรู้สึกว่าตนเองได้รับ ความรัก การดูแลเอาใจใส่ เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกันได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า ของตนเอง และรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม

House (1981) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่าง บุคคลที่ทำให้เกิดความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจความช่วยเหลือด้านการเงินสิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร และการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และการประเมิน ตนเอง ประกอบด้วย การได้รับความรักความห่วงใย ความไว้วางใจความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การได้รับข้อมูลข่าวสารและข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) เชื่อว่าการสนับสนุนทางสังคมจะมีองค์ประกอบ

ที่เป็นอิสระต่อกัน โดยมีหน้าที่ในการสนับสนุน 3 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน ความอบอุ่น จะทาให้บุคคลรู้สึกว่า ตนเองได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ 2) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ (Tangible support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงด้วยการให้สิ่งของ เงินทอง หรือบริการ 3) การสนับสนุน ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้ข้อมูล ข่าวสาร หรือคาแนะนาในการแก้ปัญหา และการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล การประเมินการสนับสนุนทางสังคมนั้นได้มีผู้สร้างแบบประเมินสาหรับใช้ประเมิน

การสนับสนุนทางสังคมมีดังต่อไปนี้

1. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม NSSQ (The Norbeck Social Support Questionnaire) แบบประเมินนี้ถูกพัฒนาโดย Norbeck, Lindsey, and Carrieri (1981) ซึ่งได้พัฒนา โดยอาศัย แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Kahn (1979) เพื่อใช้วัดองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมที่มีหลายมิติประกอบด้วยข้อคาถาม ด้านการประเมินขนาดของเครือข่าย ทางสังคม จานวน 20 ข้อ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การให้ความช่วยเหลือ ซึ่งกันและกัน จำนวน 9 ข้อความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าอยู่ระหว่าง .85 - .92

2. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม PRQ (The Personal Resources Questionnaire) แบบประเมินนี้ถูกพัฒนาโดย Brandt and Weinert (1981) ประกอบด้วย การประเมิน 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นการประเมินข้อมูลของบุคคลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมของบุคคล และระดับ ความพึงพอใจกับแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ของแต่ละบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นการวัดการได้รับ การสนับสนุนทางสังคม 5 ด้านโดยอาศัยแนวคิดการมีปฏิสัมพันธ์กันในสังคมของ Weiss (1974) ได้แก่ การได้รับความใกล้ชิดผูกพันการได้รับโอกาส การเลี้ยงดูหรือการช่วยเหลือการมีส่วนร่วม ในสังคม และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เหลือการมีส่วนร่วมในสังคม และการได้รับ ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ แบบประเมินจะประกอบด้วยข้อคาถามจานวน 25 ข้อ ลักษณะข้อ คาถามเป็นแบบลิเคิร์ท (Likert scale) ความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีค่าอยู่ระหว่าง .91 - .93

3. แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimention Scale Perceived Social Support: MSPSS) เป็นเครื่องมือการรับรู้และการเข้าใจในการสนับสนุนทางสังคม (Social support) จากครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Zimet et al. (1988)ประกอบด้วยข้อคำถาม การสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัว 4 ข้อ การสนับสนุน ทางสังคมอย่างเพียงพอจากเพื่อน 3 ข้อการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากบุคคลใกล้ชิด 3 ข้อ ได้ค่าประสิทธิ์อัลฟ่า ครอนบาค โดยรวมอยู่ที่ 0.85 ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบพหุมิติ (Multidi- Mention Scale Perceived Social Support: MSPSS) เนื่องจากการรับรู้และการเข้าใจ

ในการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ระหว่างครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิดกับผู้ที่เป็น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยในเรื่องการสนับสนุนทางสังคมพบว่า มีความ เกี่ยวเนื่องกับการลดภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล ทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้น (Primomo, Yates, & Woods, 1990) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทีปภา พุดปา (2551) ที่ศึกษาเรื่องการผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม ในการออกกำลังกายต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า อาการหายใจลำบากของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมในการออกกำลังกายน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) จากการศึกษาของ ดุษฎี อาจผดุงกุล (2550) เรื่องความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ขณะมีอาการหายใจลำบากในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน พบว่า ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขณะมีอาการหายใจลำบากต้องการการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก สิ่งที่ต้องการการสนับสนุนทางสังคมอย่างมากรายด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า และด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานหรือบริการ จากการศึกษาของ ดวงรัตน์ วัฒนกิจ และคณะ (2553) เรื่องภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ คือ การสนับสนุนทางสังคม (p < .0001)

**ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)**

แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทต่อพฤติกรรมของคนทั้งสุขภาพจิตและสุขภาพกาย การป้องกันส่งเสริมสุขภาพและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในด้านการรักษาโรค คำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เช่น รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การมีพฤติกรรมที่เอื้ออำนวยต่อการรักษาโรค เช่น การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ เป็นต้น

**ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคม**

คอบ (จุฬาภรณ์ โสตะ. 2546 : 21 ; อ้างอิงมาจาก Cobb. 1976) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อ มีความรับรู้และสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

แคบแลน (กัณณิกา โคตรบรรเทา . 2551 : 25 ; อ้างอิงมาจาก Caplan. 1977: 39-42) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

เฮาส์ (กัณณิกา โคตรบรรเทา . 2551 : 25 ; อ้างอิงจาก House. 1981)ให้ความหมายว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยการสนับสนุนทางอารมณ์เกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การดูแลและการให้ความเชื่อถือไว้วางใจ การสนับสนุนความคิดการตัดสินใจ ซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือและเห็นถึงความมีคุณค่า การให้ความช่วยเหลือต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำ ข้อมูล วัตถุสิ่งของหรือบริการต่างๆตลอดจนให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และการประเมินตนเอง

แรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วยผู้ให้และผู้รับ มีความใกล้ชิดผูกพัน สิ่งที่ “ผู้ให้การสนับสนุน” ได้แก่ ข่าวสาร ข้อมูล วัตถุสิ่งของ รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านจิตใจหรืออารมณ์การให้การดูแล ให้ความเชื่อถือไว้วางใจ การยอมรับนับถือมองเห็นคุณค่า เพื่อช่วยให้การแก้ปัญหาทำให้บุคคลนั้น ๆ มีพฤติกรรมไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคม อันมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่น้อง ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน นักเรียน หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ผู้รับเชื่อว่าตัวเขามีบุคคลให้ความรัก

**5.3.2 แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม**

โดยปกติทางสังคมจัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือ

กลุ่มปฐมภูมิและเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนม และมีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน

กลุ่มทุติยภูมิ ส่วนกลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธภาพตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของสังคมกลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่ามีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

า าวะอารมณ์และความเครียด่ นการสนับสนุนจาก แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น มีทั้งแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติยภูมิ แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง และมีความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมมาก ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทุติยภูมิ ถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรอื่น ๆ ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสารความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพ

**5.3.3**  **องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม**

หลักการให้แรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย

4.3.1 จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน

4.3.2 ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้อง ประกอบด้วย

1) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดี

ในตนอย่างจริงจัง

2) ข้อมูลข่าวสารนั้น เป็นข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ผู้รับรู้สึกว่า ตนเองมีคุณค่า

และเป็นที่ยอมรับในสังคม

3) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะผู้รับเชื่อว่า เขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมี

ประโยชน์แก่สังคม

4.3.3 ปัจจัยนำมาของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุ

สิ่งของหรือทางด้านจิตใจ

4.3.4 จะต้องช่วยให้ผู้รับบรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ

**5.3.4 ประเภทของการให้การสนับสนุนทางสังคม**

House( 1981 )แบ่งประเภทการให้แรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกได้ 4รูปแบบ ได้แก่

* 1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจ การ

ยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน

2) การสนับสนุนโดยการให้ประเมิน (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ การพ้องเห็น การให้คำรับรอง หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นแสดงออกมา

3) การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่นการให้คำแนะนำ การตักเตือน การให้คำปรึกษา การให้ข่าวสาร

4) การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่นแรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

Pender (1996. : 257) ได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท คือ

1) แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนการมีส่วนร่วมซึ่งอาจเป็นการช่วยในสภาวะซึมเศร้า

2) แรงสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร (Informational Support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดการเข้าใจว่าอย่างไรควรทำ จึงจะมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

3) การช่วยเหลือทางด้านทรัพยากร (Instrumental Aid) เป็นการให้ความช่วยเหลือในเรื่องงาน เช่น ช่วยเตรียมอาหาร หรือช่วยดูแลบุตรให้เพื่อมารดาได้มีเวลาในการทำกิจกรรมเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ และ

4) การยอมรับ (Affirmation) การยอมรับช่วยให้บุคคลแต่ละคนเข้าใจภาวะและศักยภาพที่เป็นจริงของตนเอง

**5.3.5 ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม**

ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ คือ

1) ระดับมหภาค หรือระดับกว้าง (Macro Level ) คือการวัดโดยพิจารณาถึงการเข้าร่วมและการมีส่วนร่วมในสังคม โดยวัดจากลักษณะต่าง ๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน

2) ระดับกลาง หรือระดับกลุ่ม (Nezzo Level) คือ การวัดในระดับที่เฉพาะเจาะจงลงไปถึงบุคคลที่มีการติดต่ออยู่เสมอ เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด เพื่อนบ้าน ญาติ

3) ระดับจุลภาค หรือระดับลึก (Micro Level) คือ การวัดที่พิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมมาจากการสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามี ภรรยา หรือคนรัก

**5.3.6 ความสัมพันธ์ของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพ**

สามารถแบ่งได้ 3 ด้าน คือ

1 )ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพ ผู้ที่มีการติดต่อ ปฏิสัมพันธ์กับกลุ่ม หรือการเข้าร่วมกลุ่ม มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีอัตราป่วยสูงกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า 2-5 เท่า

2) ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพ

1) ทางด้านพฤติกรรมการป้องกันโรค ผู้ที่มีการติดต่อกับเพื่อนบ้าน และมีเพื่อนบ้านมาก มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การตรวจฟัน ดีกว่าผู้ที่ติดต่อกับผู้อื่นน้อย

2) ทางด้านพฤติกรรมการรักษาพยาบาล อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มารับบริการสม่ำเสมอ กว่าผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม

3) ผลต่อความเครียด การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ เป็นตัวช่วยลดความเครียด มีผลต่อร่างกาย และจิตใจ ช่วยให้บุคคลเพิ่มความอดทนต่อปัญหาได้มากขึ้น

สรุปจากแนวคิด ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ข้างต้นพบว่า ปัจจัยด้านสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล มีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สามารถนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมรายด้านต่างๆได้แก่ การสนับสนุนทางด้านข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพ การป้องกัน รักษา วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ และ การสนับสนุนทางด้านจิตใจ อารมณ์ สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัว จะนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม

**งานวิจัยที่เกี่ยวข้องการสนับสนุนทางสังคม**

**วิลาวรรณ เกิดโชค** ( 2550 : 71) ศึกษาถึงผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลบุคคลที่พึ่งพาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัว : การศึกษานำร่อง ใช้กรอบแนวคิดของโอเร็ม ที่โรงพยาบาลสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มแยกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลการสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยวิธีการสอน สนับสนุน ชี้แนะ จัดสิ่งแวดล้อม พบว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลและการให้ความรู้มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**ชนิสรา ปัญญาเริง** (2550 : 76 )ศึกษาเครือข่ายทางสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในตำบลเสริมกลาง อำเภอเสริมงามจังหวัดลำปาง เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ในผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังระดับ 3,4,5 จำนวน 32 ราย ใช้แบบสัมภาษณ์ผลการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ระดับปานกลางโดยมีด้านความรักใคร่ผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมอยู่ในระดับมาก ด้านที่อยู่ระดับปานกลางได้แก่ ด้านการได้รับความช่วยเหลือคำแนะนำและสิ่งของ ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ระดับต่ำที่สุดคือการได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนาและเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ซึ่งจะเป็นการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายทางสังคมในการสนับสนุนเครือข่ายทางสังคมให้มีประสิทธิภาพ

**ดุษฎี อาจผดุงกุล** ( 2550 :63 )ศึกษาถึงความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขณะมีอาการหายใจลำบากในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่านจำนวน 80รายโดยใช้แบบสอบถามความต้องการทางสังคมขณะมีอาการหายใจลำบากผลการศึกษาพบว่าความต้องการทางสังคมอยู่ในระดับมากรายด้านพบว่าความต้องการการสนับสนุนทางด้านสังคม ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า และด้านการเงิน สิ่งของแรงงานหรือบริการอยู่ในระดับมากส่วนความต้องการข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง

**ชุดาภรณ์ บุญเพ็ง** ( 2551 :87) ศึกษาเรื่องผลการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคของผู้ป่วยแผลเปบติก โรงพยาบาลน้ำปาด จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยได้รับข้อมูลด้านการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลอง หลังได้รับการสนับสนุนทางข้อมูลและอารมณ์ ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**อัมพวัน ศรีครุฑานันท์** ( 2552 : 6 )ศึกษาถึง การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย จำนวน 130 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ยรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่คะแนนการดูแลพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การผ่อนคลาย การบริหารการหายใจและการออกกำลังกาย และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.567 ,p<0.001)

**อมรรัตน์ นาคละมัยและคณะ**(2554 : 48) ศึกษาถึงอิทธิพลทางการรับรู้ความรุนแรงของอาการ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถาบันทรวงอก จังหวัดนนทบุรี จำนวน 85 ราย โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถาม พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของอาการไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย( r= -.1,p>.05)การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ร้อยละ 9.4 และในความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพได้ ร้อยละ 9.3

**อุษา วรรณม่วงและ อรสา พันธ์ภักดี** (2555 : 272)ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมกับการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาล ทั่วไป จำนวน 90 ราย ใช้แบบสอบถามในกลุ่มที่มีอาการหอบกำเริบและไม่มีอาการหอบ พบว่า กลุ่มที่ไม่มีอาการหอบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ในความสามารถในการดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่มีอาการ แต่ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความต้องการในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2กลุ่ม

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ประเภทของการสนับสนุนได้แก่ ทางด้านข้อมูลข่าวสาร อารมณ์ และอุปกรณ์เครื่องมือจะทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลตนเองได้ดีมากขึ้น

**5.4 ปัจจัยด้านเจตคติ**

**ความหมายเจตคติ** **เจตคติ (Attitude)** เป็นสภาพความพร้อมของความคิด ความรู้สึก และแนวโน้มพฤติกรรมของบุคคลอันเป็นผลมาจากประสบการณ์ สภาวะนี้ เป็นแรงที่จะกำหนดทิศทางของพฤติกรรมของบุคคล ต่อเหตุการณ์ สิ่งของ หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง  
 **องค์ประกอบของเจตคติ**  
 เจตคติของบุคคล ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ สำคัญ ซึ่ง เฟลด์แมน (Feldman, 1994:489-490) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของเจตคติไว้เป็นรูปแบบ ABC (ABC Model)ดังนี้  
 1. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective component –A) เป็นความรู้สึกชอบ ไม่ชอบ พอใจ ไม่พอใจ ที่บุคคลมีต่อบุคคล สิ่งของ หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่รับรู้   
 2. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral component-B) เป็นการเตรียมพร้อมของบุคคลที่จะแสดง หรือไม่แสดงพฤติกรรม ต่อบุคคล สิ่งของ หรือเหตุการณ์ต่างๆที่รับรู้  
 3. องค์ประกอบด้านความคิด (Cognitive component –C) เป็นความรู้ หรือความคิดของบุคคลที่มีต่อบุคคล สิ่งของ หรือสถานการณ์ต่างๆที่รับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ดี ไม่ดี ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง เหมาะสม ไม่เหมาะสม ให้คุณ ให้โทษ  
 องค์ประกอบทั้ง 3 นี้ จะมีความสัมพันธ์สอดคล้องกัน หากองค์ประกอบด้านใดด้านหนึ่งเปลี่ยนแปลงไป เจตคติของบุคคลนั้นก็จะเปลี่ยนแปลงไปด้วย  
 **ลักษณะของเจตคติ** เจตคติของบุคคลมิได้มีมาแต่กำเนิด เจตคติ มีกระบวนการพื้นฐานมาจากการเรียนรู้ จากประสบการณ์ที่ได้รับ (Baron, 1996:529) การเกิดเจตคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งของบุคคลนั้น เกิดได้จากหลายวิธี (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520:121-122) เช่น เกิดจากการเลียนแบบบุคคลที่เขาศรัทธา นิยมชมชอบ สังเกตจากการกระทำของบุคคลอื่น และดูผลว่าจะเกิดอะไรขึ้น จากประสบการณ์ที่นำความพอใจ หรือไม่พอใจมาให้ จากการได้รับข้อมูล ความรู้จากแหล่งต่างๆ จากกลุ่มเพื่อน จากการรับฟังความคิดเห็นของบุคคลอื่น เป็นต้น เจตคติสามารถเปลี่ยนแปลง และพัฒนาให้เกิดขึ้นใหม่ได้แต่ต้องอาศัยระยะเวลา และกระบวนการหลายอย่าง  
 ลักษณะของเจตคติ สรุปได้ดังนี้  
 1. เจตคติไม่ใช่พฤติกรรม แต่เป็นสภาวะของจิตใจซึ่งเป็นแนวโน้มของการแสดงพฤติกรรมว่าจะเป็นเชิงบวก หรือเชิงลบ  
 2. เจตคติเกิดจากการเรียนรู้ จากสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์ เมื่อบุคคลเรียนรู้ว่าสิ่งใดทำให้เกิดความพึงพอใจ เกิดผลดี ก็จะเกิดเจตคติเชิงบวก หากเป็นไปในทางตรงข้ามมักจะเกิดเจตคติเชิงลบ ต่อสิ่งนั้น  
 3. เจตคติเกิดจากการเรียนรู้ ความรู้สึกที่รุนแรง หรือที่สะสมมาเป็นเวลานาน หรือประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความคิด ความรู้สึกที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันซ้ำๆ จะทำให้เกิดเจตคติได้เร็ว และมั่นคง  
 4. เจตคติเป็นสิ่งซับซ้อน บุคคลแต่ละคน จะมีเจตคติต่อสิ่งเดียวกันแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ภูมิหลังของบุคคล ประสบการณ์ การรับรู้ และการเรียนรู้ของแต่ละคนต่อสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น  
 5. เจตคติอาจใช้ในการคาดคะเนพฤติกรรมของบุคคลโดยทั่วไปได้ แม้จะไม่ทุกกรณีก็ตามเพราะโดยทั่วไปแล้ว บุคคลที่มีเจตคติดีต่อสิ่งใด ก็จะแสดงพฤติกรรมที่ดีต่อสิ่งนั้น เช่น ผู้มีเจตคติดีต่อกีฬา ก็จะแสดงพฤติกรรมที่ดีในเรื่องที่เกี่ยวกับกีฬา เช่น ดูกีฬา ติดตามข่าวเกี่ยวกับกีฬา เป็นต้น   
 6. ถึงแม้เจตคติจะมีความคงทน และแน่นอนพอสมควร แต่เจตคติก็สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ถ้ามีการวางเงื่อนไข หรือจัดสภาพสิ่งแวดล้อม ที่เหมาะสมกับบุคคล และดำเนินการอย่างต่อเนื่องกัน  
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงเจตคติ  
 ปัจจัยที่พื้นฐานจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเจตคติ ที่ควรคำนึงถึงก็คือ แหล่งที่มาของข่าวสารข้อมูล เนื้อหาของข้อมูล วิธีการสื่อสาร และ กลุ่มหรือบุคคลเป้าหมายที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติ โฮฟแลนด์ จานิส และ เคลลี (Hovland, Janis, และ Kelly, 1985อ้างจาก Baron, 1996:529-530) ได้เสนอผลการศึกษาที่พบว่าปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงเจตคติดังต่อไปนี้  
 1. ผู้เชี่ยวชาญ จะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงเจตคติของบุคคล มากกว่าผู้ไม่เชี่ยวชาญ เพราะบุคคลทั่วไปย่อมจะศรัทธา และให้ความเชื่อถือในผู้เชี่ยวชาญมากกว่าอยู่แล้ว (Hovland & Weiss,1955)  
 2. ข้อมูลข่าวสารที่เป็นกลาง จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงเจตคติของบุคคล มากกว่าข้อมูลข่าวสารที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่ามีเจตนาที่ให้ผู้รับคล้อยตาม และบ่อยครั้งที่ข้อมูลข่าวสารประเภทหลังนี่ ได้รับการต่อต้านแทนที่จะได้รับการคล้อยตาม (Walster & Festinger, 1962)  
 3. แหล่งข้อมูลที่มีชื่อเสียง เป็นที่รู้จัก อยู่ในความสนใจ และได้รับความนิยมชมชอบ มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงเจตคติ มากกว่าแหล่งข้อมูล ที่ธรรมดาทั่วๆไป (Kiesler&Kiesler,1969)  
 4. บุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ (self-concept) ต่ำ จะถูกชักจูงให้เปลี่ยนแปลงเจตคติได้ง่ายกว่าบุคคลที่มีอัตมโนทัศน์สูง (Janis,1954)  
 5. กับบุคคลที่รู้ข้อมูลด้านเดียว การสื่อสารที่ให้ข้อมูลข่าวสารทั้ง 2 ด้าน คือทั้งด้านดี และ ด้านไม่ดี จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติได้ดีกว่า ส่วนบุคคลที่รู้ข้อมูลทั้ง 2 ด้าน การสื่อสารที่ให้ข้อมูลด้านเดียว จะให้ผลในการเปลี่ยนแปลงเจตคติได้ดีกว่า  
 6. วิธีการสื่อสารด้วยการพูดที่คล่อง ชัดเจน และเป็นธรรมชาติ จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลง เจตคติ มากกว่าการพูดช้าๆ และไม่ต่อเนื่อง เพราะการพูด แสดงถึงการมีความสามารถ และความน่าเชื่อถือ (Miller,และคณะ:1976)  
**อารมณ์ (Emotion)** ความหมาย  
 นายแพทย์เทิดศักดิ์ เดชคง (2542:20) กล่าวถึงอารมณ์ว่า เป็นสภาวะทางจิตใจที่มีผลมาจากตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ทั้งที่มาจากภายใน ได้แก่ความไม่สบาย ความเจ็บปวด และอาจมาจากสิ่งเร้าภายนอก เช่น บุคคล อุณหภูมิ ดินฟ้าอากาศ อารมณ์อาจมีความหมายได้หลายแง่ ทั้งแง่ดี แง่ไม่ดี  
 อารี เพชรผุด (2541:210) ให้ความหมายไว้ว่า อารมณ์ คือภาวะที่อินทรีย์ (Organism) ถูกเร้า ให้เกิดการตอบสนอง หรือที่เรียกว่า ผลกระทบจากสิ่งเร้า ไม่ว่าผลกระทบนั้นจะหนักหรือ เบา ก็ตาม จะทำให้เกิดปฏิกิริยาขึ้นได้และมีการแสดงออกได้เป็น 3 แบบ คือ  
 1. แบบที่เกิดทันทีทันใด (Emotional experience) เช่น รู้สึกโกรธ กลัวดีใจ  
 2. พฤติกรรมที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากอารมณ์ (Emotional behavior) เช่นกล่าวคำสบถสาบานเมื่อรู้สึกโกรธ กระโดดโลดเต้นเมื่อรู้สึกดีใจ  
 3. เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Physical change) เช่น หน้าแดง มือสั่น ปากสั่น  
อารมณ์กับความรู้สึกเป็น สิ่งที่ต่อเนื่องกัน และยากที่จะแยกแยะว่าอันไหนเป็นความรู้สึก (Feeling) อันไหนเป็นอารมณ์ (emotion) เพราะเป็นภาวะที่ต่อเนื่องกัน จากความรู้สึกที่ธรรมดา ไปจนถึงความรู้สึกที่ธรรมดา ไปจนถึงความรู้สึกที่รุนแรง  
 Feldman (1994:320) กล่าวว่า อารมณ์ เป็นความรู้ต่างๆ(Feeling) เช่น สุข เศร้า เสียใจ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วมีผลต่อ กระบวนการทางสรีระ และทางความคิด ซึ่งร่วมกันทั้งหมดมีผลต่อการแสดงพฤติกรรม  
 Baron (1996:354)สรุปไว้ว่า อารมณ์เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจากกรเปลี่ยนแปลงกายภาพ ระดับของการคิดแบบอัตนัย และพฤติกรรมที่แสดงออก  
อาจกล่าวสรุปได้ว่า อารมณ์เป็นความรู้สึกชนิดต่างๆ ที่บุคคลมีต่อสิ่งเร้า ความรู้สึกเหล่านี้ อาจรุนแรง หรอเบาบางกว่าปกติ และอาจเกิดขึ้นพร้อมกับมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพร่วมไปด้วย  
ทฤษฎีทางอารมณ์  
 ทฤษฎีของเจมส์ – แลงค์ ( James-Lange -Theory) เป็นทฤษฎีที่วิลเลี่ยม เจมส์ (William James) นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน และ คาร์ล จี แลงค์ (Carl G.Lange) แพทย์ชาวเดนมาร์ก ทั้ง 2 มีแนวคิดที่ตรงกันว่า อารมณ์เป็นผลที่เกิดเนื่องมาจาก มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ในขณะที่ระบบประสาทรับการสัมผัสจากสิ่งเร้า และสั่งการไปยังกล้ามเนื้อให้มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าอย่างทันทีทันใด แล้วจึงเกิดอารมณ์ (Baron,1996:354) เช่น เรารู้สึกว่ามีสิ่งเปียกๆ เหนียวๆ หล่นใส่แขนเราสลัดทันที เมื่อเรารู้ภายหลังว่าสิ่งนั้น คือ อะไรเราจึงเกิดอารมณ์ต่างๆ ตามมา อาจกลัวถ้าเป็นงู อาจเกลียดถ้าเป็นตุ๊กแก อาจขยะแขยงถ้าเป็นน้ำมูก หือขบขันถ้าเป็นยางที่ทำเป็นรูปสัตว์เลื้อยคลานต่างๆ  
 ทฤษฎีของเคนนอน- บาร์ด (Cannon –Bard Thry) ผู้ตั้งทฤษฎีนี้คือ วอลเตอร์ บี แคนนอน (Walter B. Cannon) และ บาร์ด (Bard) ซึ่งเปฯศิษย์ของ แคนนอน เขาได้อธิบายการเกิดอารมณ์ว่า เมื่ออินทรีย์หรือร่างกายรับสัมผัสจากสิ่งเร้าภายนอกแล้ว จะรายงานมายังสมองส่วนกลาง (Thalamus) แล้วส่งต่อไปยังสมองส่วนกลางภายใน (Hypothalamus) ซึ่งเป็นแหล่งที่เกิดจากอารมณ์ จากนั้นเป็นการสั่งการให้กล้ามเนื้อตอบสนองต่อสิ่งเร้า ทฤษฎีนี้บางที่เรียกว่า Canon’s Thalamic Theory(Shaver,1993:152)  
 ทฤษฎีของชัคเตอร์ – ซิงเกอร์ (Schacter -Singer) บางทีเรียกว่า “ ทฤษฎีการที่แสดงถึงการรู้การเข้าใจ” (Cognitive Labeling Theory) ซึ่งเสนอโดย ชัชเตอร์ (Schachter) และ ซิงเกอร์ (Singer) เป็นทฤษฎีที่เน้นใน 2 องค์ประกอบที่สำคัญ (Baron,1996 : 355) คือ การรู้การเข้าใจและ สถานการณ์ในสังคม ที่มีบทบาทต่อการกำหนดสภาวะอารมณ์ คือ การที่บุคคลจะมีอารมณ์แบบใดขึ้นอยู่กับ การรู้และเข้าใจสิ่งแวดล้อมทางสังคม และการเลือกตอบสนองของบุคคล ทฤษฏีนี้มีการเปรียบเทียบมนุษย์เหมือนตู้เพลง การหยอดเหรียญลงไป เท่ากับเป็นการถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าภายนอก เข้าไปปลุกระบบที่ทำให้เกิดอารมณ์แต่จะเป็นเพลงแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับผู้ที่เลือกเพลงมีชื่อเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “ทฤษฎีอารมณ์ตู้เพลง” (Jukebox Theory of Emotion)  
หน้าที่ของอารมณ์  
 การที่มนุษย์มีอารมณ์ ต่างๆที่ทำให้ชีวิตไม่จืดชืด มีสีสันที่น่าสนใจขึ้น นักจิตวิทยาพยายามแสดงให้เห็นถึงหน้าที่สำคัญของอารมณ์ที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งมีดังนี้  
(Schere, 1984 อ้างจาก Feldman, 1994:321-322)  
 1. เตรียมพร้อมในการกระทำต่างๆของเรา (Preparing) อารมณ์ ทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์จากสิ่งแวดล้อมภายนอก กับแสดงพฤติกรรมตอบสนองของบุคคล เชื่อ เห็น สุนัขคำรามและวิ่งเข้าใส่เรา การเกิดอารมณ์(กลัว) จะประสานกับการกระตุ้นระบบของร่างกายให้เกิดพฤติกรรมวิ่งหนีอย่างรวดเร็ว  
 2. ตกแต่งพฤติกรรมของเรา (Shaping) อารมณ์ทำหน้าที่ในการเรียนรู้ข้อมูลต่างๆ ที่จะช่วยกล่อมเกลาพฤติกรรมการตอบสนองของเราให้มีความเหมาะสม การแสดงพฤติกรรมของบุคคลในขณะที่อารมณ์ไม่ดี จะสอนให้บุคคลรู้ว่า ในคราวต่อไปควรจะแสดงออกเช่นไร จึงจะเหมาะสมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น  
 3. ช่วยให้เรามีพฤติกรรมด้านสังคมที่เป็นระบบระเบียบขึ้น (Helping) ประสบการณ์ทางอารมณ์ ที่เราได้รับจากการพบปะกับบุคคลต่างๆ จะสังเกตได้จากการสื่อสารกันทั้งจากการพูดและจากการแสดวสีหน้า ท่าทาง ที่บุคคลแสดงโต้ตอบเราจะช่วยให้เราเข้าใจว่า ในคราวต่อไปเราควรแสดงพฤติกรรมการโต้ตอบทางังคมอย่างไร จึงจะดูดีและเป็นที่ยอมรับ  
**การพัฒนาความเฉลียวฉลาดทางอารมณ์**  
 ซาโลเวย์ (Salovey, 1988 อ้างอิงจาก Goleman, 1995. 42-44) กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญของความเฉลียวฉลาดทางอารมณ์ไว้ ด้านได้แก่  
 1. การรู้จักอารมณ์ตนเอง (Know one’s emotion)  
 2. การจัดการ(บริหาร)อารมณ์ตนเอง(managing emotion)  
 3. การสร้างการจูงใจให้ตนเอง(motivating oneself)  
 4. การหยั่งรู้อารมณ์ของผู้อื่น(recognizing emotions in others)  
 5. การรักษาความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน  
 ในการพัฒนาความเฉลียวฉลาดทางอารมณ์ จะต้องพัฒนาในแต่ละองค์ประกอบต่อไปนี้ (นันทนา วงษ์อินทร์, 2542:30-37 ) คือ  
1. การรู้จักอารมณ์ของตนเอง (Know one’s emotion)  
 เป็นการรู้ว่าอารมณ์ของตนเป็นเช่นไรทั้งตามปกติและรู้ถึงลักษณะและการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่ปกติ (อารมณ์ชั่ววูบ) รวมถึงผลย้อนกลับของอารมณ์ต่างๆ ของตน  
แนวทางในการพัฒนาการรู้จักอารมณ์ตนเอง ทำได้ดังนี้คือ  
 1. ให้เวลาแก่ตนเองในการทบทวนอารมณ์ของตน พิจารณาว่าเราเป็นคนที่มีลักษณะอารมณ์เช่นไร มักจะคล้อยตามอารมณ์ตนเอง คล้อยตามอารมณ์ผู้อื่น หรือคล้อยตามสิ่งแวดล้อมภายนอก  
 - ทบทวนลักษณะการแสดงอารมณ์-เราได้แสดงอาการใดออกไป  
 - ทบทวนผลย้อนกลับจากการแสดงอารมณ์ของเรา  
 - รู้สึกอย่างไรกับผลย้อนกลับ(พอใจ , ไม่พอใจ)  
 - คิดอย่างไรกับผลย้อนกลับ (เหมาะสม, ไม่เหมาะสม)  
 - ถ้ารู้สึกว่าไม่พอใจ คิดว่าไม่เหมาะสม หาวิธีการที่ดีกว่าสำหรับใช้ในคราวต่อไป  
 - ถ้ารู้สึกว่าพอใจ เหมาะสมแล้ว ต้องแน่ใจว่าไม่มีการเข้าข้างตัวเอง หรือหลอกตัวเองแล้วใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป  
 2. ฝึกการรู้ตัวบ่อยๆ มีสติกับการรู้ตัว  
 - ขณะนี้เรากำลังรู้สึกอย่างไรกับตัวเองหรือกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบๆตัวเรา  
 - รู้สึกสบายใจ, ไม่สบายใจ  
 - คิดอย่างไรกับความรู้สึกนั้น  
 - ความคิด/ความรู้สึกมีผลอย่างไร กับการแสดงออกของตนเอง  
2. การจัดการ(บริหาร) อารมณ์ของตนเอง(managing emotions)  
 เป็นความสามารถในการควบคุมอารมณ์และแสดงออกได้อย่างเหมาะสม กับบุคคลสถานที่ เวลาและเหตุการณ์ ทั้งอารมณ์ดีและอารมณ์ไม่ดี ให้เกิดความสมดุล ในการจัดการกับ อารมณ์ของตนเองนี้จะทำได้ดีเพียงใดนั้นสืบเนื่องมาจากการรู้จักอารมณ์ของตนเอง  
การฝึกการจัดการอารมณ์ของตนเอง  
 1. ทบทวนว่าอะไรบ้างที่เราทำลงไปเพื่อตอบสนองอารมณ์ที่เกิดขึ้น ดูด้วยว่าผลที่เกิดขึ้นตามมาเป็นเช่นไร  
 2. เตรียมการในการแสดงอารมณ์ ตั้งใจไว้เกี่ยวกับการแสดงอารมณ์ในคราวต่อไป ฝึกการสั่งตัวเองว่าทำอะไร จะไม่ทำอะไร  
 3. ฝึกการรับรู้สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นแล้ว หรือที่เราต้องเกี่ยวข้อง ในด้านดี มอง-ฟัง สิ่งดี-สร้างอารมณ์แจ่มใสเกิดความสบายใจ  
 4. ฝึกการสร้างความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง/ผู้อื่น/สิ่งอื่นที่อยู่รอบตัว ซึ่งเป็นผลต่อเนื่องมาจากข้อ 3 ทำให้เกิดความคิดที่ดี การกระทำที่ดี ทำให้เกิดผลย้อนกลับที่ดีต่อทั้งตนเองและผู้อื่น  
 5. ฝึกการมองหาประโยชน์/โอกาสจากอุปสรรค/ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยการเปลี่ยนมุมมอง -มองหาแง่ดี -โดยคิดว่าเป็นสิ่งท้าทาย ให้เราได้แสดงความสามารถ ทุกอย่างที่เกิดขึ้นแล้วกับเรามีทางเลือกมากกว่า 1 ทาง จงเลือกทางที่เป็นประโยชน์ที่สุดหรือมีโทษน้อยที่สุด  
 6. ฝึกการผ่อนคลายความเครียดที่เกิดจากอาการไม่ดี โดยเลือกวิธีที่เหมาะกับตนเอง เพราะถ้ามีความเครียดมากๆ จะไม่มีพลังพอที่จะให้หลุดพ้นการครอบงำอารมณ์ เมื่อควบคุมอารมณ์ได้แล้วก็จะได้หาทางระบายอารมณ์ในทางที่เหมาะสมต่อไป  
3. การสร้างแรงจูงใจให้ตนเอง (Motivating oneself) เป็นการมองโลกในแง่ดีของสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองและสร้างความเชื่อมั่นว่า เราสามารถอยู่กับสิ่งนั้นได้ เราสามารถทำได้ เราสามารถผ่านพ้นไปได้ด้วยดี ทั้งนี้เพื่อให้เกิดกำลังใจที่จะสร้างสรรค์สิ่งดี มุ่งไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้ที่มีความสามารถและทักษะในด้านนี้ มีแนวโน้มว่าจะเป็นผู้ปฏิบัติงาน หรือสิ่งต่างๆที่ต้องทำในชีวิต ได้อย่างมีคุณค่า **แนวทางในการสร้างแรงจูงใจให้ตนเอง**  
 วิธีการที่จะสร้างความเข้มแข็งของอารมณ์เพื่อเกิดความมุ่งมั่นที่จะกระตุ้นตัวเองให้มีการปฏิบัติไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ซึ่งอาจทำให้ได้ดังนี้

1. ทบทวนว่าสิ่งที่สำคัญในชีวิตของเรามีอะไรบ้าง ที่เราต้องการ อยากได้ อยากมี อยากเป็น จัดอันดับความสำคัญ แล้วพิจารณาว่าการจะบรรลุสิ่งที่ต้องการแต่ละสิ่งนั้น สิ่งใดที่มีทางเป็นไปได้ สิ่งใดเป็นไปไม่ได้ สิ่งใดจะเกิดประโยชน์ สิ่งใดจะเกิดโทษ  
 2. นำความต้องการในข้อ 1. ที่เป็นไปได้และเกิดประโยชน์มาตั้งเป็นเป้าหมายที่ชัดเจนให้แก่ตนเอง แล้ววางขั้นตอนที่จะมุ่งไปสู่เป้าหมายนั้น  
 3. ในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ต้องระวังอย่าให้เหตุการณ์บางอย่างมาทำให้ไขว้เขวไปจนออกนอกทางที่จะบรรลุเป้าหมาย  
 4. ถ้าท่านเป็นบุคคลประเภท “สมบูรณ์แบบ” (Perfectionist) (คือทุกอย่างที่เกี่ยวกับท่านต้องดีที่สุด สมบูรณ์ที่สุด ผิดพลาดไม่ได้) ต้องพยายามลดความสมบูรณ์แบบลง ฝึกสร้างความยืดหยุ่นในอารมณ์ จะได้ไม่เครียด ผิดหวัง เสียกำลังใจหากเกิดสิ่งผิดพลาดบกพร่องขึ้น  
 5. ฝึกการมองหาประโยชน์จากอุปสรรค มองหาสิ่งดีจากสิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้นแล้ว (เพราะสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วย่อมเปลี่ยนให้ไม่เกิดไม่ได้) เพื่อสร้างความรู้สึกดีๆที่จะเป็นพลังให้เกิดสิ่งดีอื่นๆต่อไป  
 6. ฝึกสร้างทัศนคติที่ดี (ใช้พื้นฐานจากข้อ 5) ทำความเข้าใจในเรื่องการมองโลกแง่ดี หามุมมองที่ดีในเรื่องที่เราไม่พอใจ มองปัญหาให้เป็นการเรียนรู้ การคิดในแง่ดีทำให้รู้สึกดี มีพฤติกรรมที่ดี เกิดความพึงพอใจ เป็นการเพิ่มพลัง-แรงจูงใจให้ตัวเอง  
 7. หมั่นสร้างความหมายในชีวิตให้แก่ตนเอง มองสิ่งดีในตนเอง นึกถึงสิ่งทีสร้างความภูมิใจแม้จะเป็นสิ่งเล็กๆน้อยๆ ในตัวเราและพยายามใช้สิ่งดีในตนสร้างให้เกิดคุณค่าแก่ทั้งตนเองและผู้อื่นอยู่เสมอ ก็จะยิ่งเพิ่มพูนความหมายในชีวิตมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังเพิ่มแรงที่จะรู้สึก-คิด-และปฏิบัติสิ่งต่างๆ  
 8. ให้กำลังใจตัวเอง คิดอยู่เสมอ ว่าเราทำได้ –เราจะทำ-ลงมือทำ  
4. การหยั่งรู้อารมณ์ผู้อื่น (Recognizing emotion in others)  
 เป็นความสามารถในการรับรู้อารมณ์–ความรู้สึกของผู้อื่น มีความเข้าใจ เห็นใจผู้อื่นสามารถปรับความสมดุลของอารมณ์ตนเอง ตอบสนองต่อผู้อื่นได้อย่างสอดคล้องกัน ความสามารถในด้านนี้เป็นทักษะทางสังคม ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการดำรงชีวิตอยู่ทั้งในครอบครัว ในงานอาชีพในสังคมทั่วไปเพราะเราต้องพบปะมีสัมพันธภาพกับผู้คนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้  
**แนวทางการฝึกการหยั่งรู้อารมณ์ผู้อื่น**  
 1. ให้ความสนใจการแสดงออกของผู้อื่น โดยการสังเกตสีหน้า, แววตา, ท่าทาง, การพูด,ถ้อยคำน้ำเสียง ตลอดจนการแสดงออกอื่นๆ ฝึกสังเกตบ่อยๆ จะเห็นอารมณ์ของเขาจากสิ่งต่างๆ เราสังเกตโดยเฉพาะสีหน้าแววตา จะสังเกตได้ง่ายกว่าจุดอื่น  
 2. อ่านอารมณ์ความรู้สึกของเขาจากสิ่งที่สังเกตเห็น ว่าเขากำลังมีอารมณ์ความรู้สึกใด อาจตรวจสอบโดยการถามความรู้สึกของเขา แต่การตรวจสอบต้องทำในสภาพเหมาะสม มิฉะนั้นอาจเป็นการทำลายความรู้สึกกันได้ ถ้าเราได้ฝึกการให้ความสนใจและการสังเกตบ่อยๆ จะมีความชำนาญในการรับรู้อารมณ์ความรู้สึกและการอ่านความรู้สึกของบุคคลมากขึ้น  
 3. ทำความเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของบุคคลตามสภาพที่เขาเผชิญอยู่หรือที่เรียกกันทั่วไป คือ เอาใจเขามาใส่ใจเรา ถึงแม้จะไม่ถูกต้องทุกประการแต่ก็จะมีความคล้ายคลึงหรือใกล้เคียงบ้าง  
 4. แสดงการตอบสนองอารมณ์ ความรู้สึก ผู้อื่นที่เป็นการแสดงว่าเข้าใจ, เห็นใจกัน ทำให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกที่ดีต่อกัน  
 5. การรักษาความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน (Handling relationship)  
 เป็นความสามารถในการอยู่ร่วมกันและทำงานร่วมกับผู้อื่นโดยมีความสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และสร้างสรรค์ผลงานที่เป็นประโยชน์ ผู้ที่มีความสามารถและทักษะด้านนี้จะสามารถใช้ทั้งความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ในการอยู่ร่วมกันกับบุคคลต่างๆ ได้อย่างราบรื่น  
**แนวทางในการพัฒนาการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน** 1. การรักษาความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน จำเป็นต้องมีพื้นฐานมาจากการมองตนเองและผู้อื่นในแง่ดี สร้างอารมณ์ที่ดีต่อกัน การฝึกสร้างความรู้สึกที่ดีต่อผู้อื่น-เห็นใจผู้อื่นจะทำให้การเริ่มต้นของการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีเกิดขึ้น  
 2. ฝึกการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ-สร้างความเข้าใจที่ตรงกัน ชัดเจน ฝึกการเป็นผู้ฟังและผู้พูดที่ดี ที่สำคัญต้องคำนึงถึงความรู้สึกของผู้รับการสื่อสารด้วย (สื่อสารกันด้วยหัวใจ)  
 3. ฝึกการแสดงน้ำใจ ความเอื้อเฟื้อรู้จักการให้-การรับ-การแลกเปลี่ยน ให้เกิดคุณค่า เกิดประโยชน์ สำหรับตัวเอง และสำหรับบุคคลที่เกี่ยวข้อง  
 4. ฝึกการให้เกียรติผู้อื่นอย่างจริงใจ- ให้การยอมรับ เพราะเป็นสิ่งที่จะทำให้ผู้รับมีความภาคภูมิ และความรู้สึกที่ดีตอบแทนมา  
 5. ฝึกการแสดงความชื่นชอบ ชื่นชม และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ตามวาระที่เหมาะสม

ทัศนี สนธิ (2550 : 99) กล่าวว่า เจตคติที่มีความรุนแรง จะต้องมีทิศทาง คือถ้าชอบก็มีความโน้มเอียงที่จะเข้าร่วมกิจกรรม หรือให้ความร่วมมือ ถ้าไม่ชอบก็มีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง ไม่ให้ความร่วมมือ บุคคลต้องมีความพร้อมที่จะกระทำการให้สอดคล้องกับความรู้สึกที่มีต่อสิ่งนั้น ซึ่งปัจจุบันการวัดเจตคติ เป็นการวัดความพร้อมที่จะปฏิบัติต่อสิ่งใด สิ่งหนึ่ง เป็นการสะท้อนให้เห็นว่ามี เจตคติอย่างไรต่อสิ่งนั้น ซึ่งเป็นการวัดความรู้สึก

Good (1973 : 37) ได้ให้ความหมาย ของเจตคติว่า เจตคติ คือ ความโน้มเอียงหรือแนวโน้มในด้านความพร้อม ที่จะแสดงออกในทางใดทางหนึ่ง คือ สนับสนุนหรือต่อต้านต่อสภาพการณ์บุคคล หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยความรู้สึกและอารมณ์

Roger (1978 : 208-209) กล่าวถึงทัศนคติเอาไว้ว่า เป็นดัชนีบ่งชี้ว่าบุคคลนั้น คิดและรู้สึกอย่างไร กับคนรอบข้าง วัตถุหรือสิ่งแวดล้อมตลอดจนสถานการณ์ต่าง ๆ โดย ทัศนคติ นั้นมีรากฐานมาจาก ความเชื่อที่อาจส่งผลถึง พฤติกรรมในอนาคต ทัศนคติเป็นความพร้อม ที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้า และเป็น มิติของ การประเมิน เพื่อแสดงว่า ชอบ หรือไม่ชอบ ต่อประเด็นหนึ่ง ๆ

จากความหมายของเจตคติที่กล่าวมา สรุปได้ว่า เจตคติ หมายถึง สภาพจิตใจที่เกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ มีความคิด ความรู้สึกที่เกิดจากการเรียนรู้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ส่งผลให้แต่ละคนตอบสนองต่อ สิ่งนั้นแตกต่างกัน จำแนกเป็นลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย

จากความหมายดังกล่าว พอสรุปได้ว่า เจตคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ ของบุคคลต่อการปฏิบัติตนตนที่มีต่อโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งถ้ามีเจตคติในทางที่ดีหรือเชิงบวก ก็จะมีแนวโน้มให้บุคคลปฏิบัติตนมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม แต่ถ้ามีเจตคติในทางที่ไม่ดีหรือเชิงลบ ก็จะมีแนวโน้มให้บุคคลหลีกเลี่ยงหรือไม่ปฏิบัติตาม ซึ่งการเกิดเจตคตินั้น ประชาชนจะต้องมีความรู้ มีการรับรู้ ต่อเรื่องนั้น ๆก่อน ดังนั้นการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่สำคัญจะทำให้ผู้ป่วย มีความรู้ความเข้าใจ และนำความรู้ที่ได้รับ ไปปรับเปลี่ยนแนวคิด และเจตคติต่อการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

**องค์ประกอบของเจตคติ**

**ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ** (2543 : 59 -60) กล่าวว่า เจตคติ ควรมีองค์ประกอบ 3 ประการ ดังต่อไปนี้

1. ด้านสติปัญญา (Cognitive Component) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งเร้าเป็น

ส่วนประกอบทางด้านความรู้ของเจตคติ ซึ่งจะช่วยในการประเมินค่า และสรุปผลต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ เจตคติจะแสดงออกมาในลักษณะของความเชื่อที่ดีหรือไม่ดี เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

2. ด้านความรู้สึก (Affective Component) เป็นส่วนประกอบทางด้านความรู้สึก หรืออารมณ์ ที่สืบเนื่องมาจากที่บุคคลได้รับการประเมินความรู้สึกต่อสิ่งเร้านั้น ทำให้ทราบทิศทางของอารมณ์ หรือความรู้สึกว่าเป็นไปในทางบวก หรือทางลบได้ เจตคติจะแสดงออกมาในลักษณะของความชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจ

3. ด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) เป็นส่วนประกอบที่แสดงแนวโน้มของบุคคล ที่จะประพฤติหรือจะแสดงออก เจตคติจึงแสดงออกมาในลักษณะของการยอมรับ หรือปฏิเสธ องค์ประกอบของเจตคติ

**กระบวนการเกิดทัศนคติหรือการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ** มี 3 ประการ คือ

1) การยินยอม (Compliance) การยินยอมจะเกิดขึ้นได้ เมื่อบุคคลยอมรับสิ่งที่มีอิทธิพลต่อเขา และเพื่อมุ่งหวังจะให้เกิดความพึงพอใจ จากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลนั้น

2) การเลียนแบบ (Identification) การเลียนแบบเกิดขึ้น เมื่อบุคคลยอมรับสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น ซึ่งการยอมรับนั้นเป็นผลมาจากการที่เขาต้องการ ที่จะสร้างความสัมพันธ์ที่ดีหรือ พึงพอใจระหว่างตัวเขากับคนหรือกลุ่มคน

3) ความต้องการภายใน (Internalization) จะเกิดขึ้น ก็ต่อเมื่อคน ๆ นั้นยอมรับสิ่งที่มีอิทธิพลเหนือกว่า เนื่องมาจากสิ่งนั้นตรงกับความต้องการภายในของตัวเขาเอง

**คุณลักษณะของเจตคติ**

**กฤษณา ศักดิ์ศรี** (2530 : 185-188) กล่าวถึง คุณลักษณะของเจตคติ ซึ่งสรุปได้ ดังนี้

1. เจตคติเกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ มิได้เป็นสิ่งที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิดเมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้ ย่อมจะมีความรู้สึกและความคิดเห็น เกี่ยวกับสิ่งที่ได้เรียนรู้นั้น คือ บุคคลได้เกิดเจตคติขึ้นแล้วนั่นเอง

2. เจตคติเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ มิใช่ว่าคนเราชอบหรือเกลียดอะไรแล้ว จะต้องชอบ

หรือเกลียดไปตลอดชีวิต อาจเปลี่ยนแปลงเป็นตรงข้ามก็ได้ ถ้าสถานการณ์สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป เจตคติของบุคคลอาจเปลี่ยนแปลงจากเจตคติเชิงนิมานเป็นเชิงนิเสธ หรือจากเจตคติเชิงนิเสธเป็นเชิงนิมานก็ได้

3. เจตคติเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมทั้งภายนอกและภายใน เราสามารถทราบได้ว่าบุคคลใด มีเจตคติเชิงนิมานหรือเชิงนิเสธ โดยการสังเกตพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออก อาจแสดงออกด้วยคำพูด หรือด้วยสีหน้าท่าทางพอใจหรือไม่พอใจ

4. เจตคติเป็นสิ่งที่ซับซ้อน มีที่มาที่สลับซับซ้อน เพราะเจตคติขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ

หลายประการ เช่น ประสบการณ์ การเรียนรู้ ความรู้สึก ความคิดเห็น อารมณ์ สิ่งแวดล้อม ฯลฯ ดังนั้น เจตคติจึงผันแปรได้

5. เจตคติเกิดจากการเลียนแบบ เจตคติสามารถถ่ายทอดไปยังบุคคลอื่นได้ การคล้อยตามเป็นธรรมชาติที่จะพึงมี ถ้าเราเคารพรัก พอใจ หรือศรัทธาใคร ก็ย่อมมีฉันทาคติเห็นว่า พฤติกรรมของบุคคลที่เรายอมรับนั้นดีงาม จึงเกิดการเลียนแบบเป็นเยี่ยงอย่าง ไม่ว่าจะเป็นท่วงทำนอง การพูดจา ท่าทาง หรือนิสัยใจคอ เป็นต้น

6. เจตคติมีทิศทางและความเข้ม ทิศทางของเจตคติ มี 2 ทิศทาง คือ ทิศทางเชิงนิมานหรือสนับสนุน และทิศทางเชิงนิเสธหรือต่อต้าน ส่วนความเข้ม (intensity) ของเจตคติ คือ ปริมาณความมากน้อยของความรู้สึก เช่น ถ้าชอบมากหรือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แสดงว่าเจตคติมีความเข้มสูง แต่ถ้าชอบน้อยหรือไม่เห็นด้วยเล็กน้อย แสดงว่าเจตคติมี ความเข้มต่ำ

7. เจตคติอาจเกิดขึ้นจากการมีจิตสำนึก หรือจิตไร้สำนึกก็ได้ กล่าวคือ ถ้าเจตคติที่เกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลได้มีการคิด พิจารณาวิเคราะห์หาเหตุผลจนแน่ใจว่า ถูกหรือผิด ควรหรือไม่ควร ดีหรือเลวประการใด ถือได้ว่าเป็นเจตคติที่เกิดจากการมีจิตสำนึก แต่หากเจตคติที่เกิดขึ้น โดยมิได้มีการคิดพิจารณาหรือไตร่ตรองแต่อย่างใด จะถือว่าเป็นเจตคติที่เกิดจาก จิตไร้สำนึก

8. เจตคติมีความคงทนพอสมควร เมื่อเจตคติเกิดขึ้นแล้วมักจะเปลี่ยนได้ยากโดยเฉพาะเจตคติ ที่เกิดจากการสร้างสมประสบการณ์ที่ยาวนานมาตั้งแต่บุคคลนั้นมีอายุยังน้อย

9. เจตคติของบุคคล ที่มีต่อเหตุการณ์ บุคคล หรือสถานการณ์เดียวกัน ย่อมแตกต่างกันได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล ที่ได้รับมาจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับเจตคติ

**การวัดเจตคติ**

การวัดเจตคติจะต้องบ่งบอกถึงปริมาณความมากน้อยของเจตคติที่มีต่อสิ่งเร้า และทิศทางที่บอกว่าเจตคติไปในทิศทางบวกหรือลบด้วยลักษณะการประเมินค่า ลักษณะเปรียบเทียบเชิงปริมาณมาก

Likert (1976 : 112-114) เสนอแนวคิดไว้ว่า ผู้มีทัศนคติต่อสิ่งใด ก็ย่อมจะมีโอกาสที่จะตอบเห็นด้วย ต่อข้อความที่สนับสนุนสิ่งนั้นมาก และโอกาสที่จะตอบเห็นด้วย กับข้อความที่ต่อต้านสิ่งนั้นจะมีอยู่น้อย ทำนองเดียวกับผู้ที่มีทัศนคติไม่ดีต่อสิ่งนั้น โอกาสที่จะเห็นด้วย หรือสนับสนุนสิ่งนั้นมีอยู่น้อย และโอกาสจะตอบเห็นด้วยกับข้อความที่ต่อต้านสิ่งนั้นจะมีมาก คะแนนรวมของทุกข้อ จะเป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงทัศนคติของผู้ตอบแบบวัดของแต่ละคน วิธีสร้างแบบวัดนี้ ครั้งแรกจะต้องรวบรวมข้อความที่เกี่ยวข้อง ในสิ่งที่จะศึกษาให้เลือกตอบว่า เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย เพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยผู้ตอบนั้นตอบตามความรู้สึกของตนเอง การให้คะแนนนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของข้อความว่า เป็นข้อความในเชิงนิมาน (Positive Statement) หรือข้อความในเชิงนิเสธ (Negative Statement) กำหนดการให้คะแนนการตอบของแต่ละตัวเลือก คือ กำหนดคะแนนเป็น 5, 4,3,2,1 หรือ 4,3,2,1,0 สำหรับข้อความทางบวก และ 1,2,3,4,5 หรือ 0,1,2,3,4 สำหรับข้อความทางข้อความว่า เป็นข้อความในเชิงนิมาน (Positive Statement) หรือข้อความในเชิงนิเสธ (Negative Statement) กำหนดการให้คะแนนการตอบของแต่ละตัวเลือก คือ กำหนดคะแนนเป็น 5 4 3 2 1 หรือ 4 3 2 1 0 สำหรับข้อความทางบวกและ 1 2 3 4 5 หรือ 0 1 2 3 4 สำหรับข้อความทางลบ

**เจตคติต่อการจัดการตนเอง**

# ทัศนคติหรือเจตคติ (Attitude)มีรากศัพท์มาจากภาษาละติว่า Aptus แปลว่า  โน้มเอียง  ซึ่งนักวิชาการแต่ละท่านได้ให้[ความหมายของทัศนคติ](https://www.gotoknow.org/posts/tags/%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%AB%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%82%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%97%E0%B8%B1%E0%B8%A8%E0%B8%99%E0%B8%84%E0%B8%95%E0%B8%B4) ไว้อย่างแตกต่างกันตามทรรศนะของตน  ดังนี้

# ศักดิ์ไทย  สุรกิจบวร (2545: 138) ให้ความหมายของ[ทัศนคติ](https://www.gotoknow.org/posts/tags/%E0%B8%97%E0%B8%B1%E0%B8%A8%E0%B8%99%E0%B8%84%E0%B8%95%E0%B8%B4)ไว้ว่า ทัศนคติ  คือ  สภาวะความพร้อมทางจิตที่เกี่ยวข้องกับความคิด  ความรู้สึก  และแนวโน้มของพฤติกรรมบุคคลที่มีต่อบุคคล สิ่งของ  สถานการณ์ต่าง ๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง และสภาวะความพร้อมทางจิตนี้จะต้องอยู่นานพอสมควร

สร้อยตระกูล (ติวยานนท์)  อรรถมานะ  (2541: 64) ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า

ทัศนคติ  คือ  ผลผสมผสานระหว่างความนึกคิด  ความเชื่อ  ความคิดเห็น  ความรู้  และความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด  คนใดคนหนึ่ง  สถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ๆ  ซึ่งออกมาในทางประเมินค่าอันอาจเป็นไปในทางยอมรับหรือปฏิเสธก็ได้  และความรู้สึกเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งขึ้น

พงศ์  หรดาล (2540: 42) ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ คือความรู้สึก ท่าที ความ

คิดเห็น และพฤติกรรมของคนงานที่มีต่อเพื่อนร่วมงาน  ผู้บริหาร  กลุ่มคน  องค์กรหรือสภาพแวดล้อมอื่นๆ  โดยการแสดงออกในลักษณะของความรู้สึกหรือท่าทีในทางยอมรับหรือปฏิเสธ

Newstrom และ Devis (2002: 207)  ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า

ทัศนคติ  คือ  ความรู้สึกหรือความเชื่อ  ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ตัดสินว่า  พนักงานรับรู้สภาวะแวดล้อมของพวกเค้าอย่างไร และผูกพันกับการกระทำของพวกเค้า หรือมีแนวโน้มของการกระทำอย่างไร และสุดท้ายมีพฤติกรรมอย่างไร

           Hornby, A  S . (2001: 62) “Oxford Advanced Learner's Dictionary of

Current English”  ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ  คือ  วิถีทางที่คุณคิดหรือรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือคนใดคนหนึ่ง  และวิถีทางที่คุณประพฤติต่อใครหรือคนใดคนหนึ่ง  ซึ่งแสดงให้เห็นว่า  คุณคิดหรือรู้สึกอย่างไร

Gibson (2000: 102)  ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ  คือ  ตัวตัดสิน

พฤติกรรม  เป็นความรู้สึกเชิงบวกหรือเชิงลบ  เป็นสภาวะจิตใจในการพร้อมที่จะส่งผลกระทบต่อการตอบสนองของบุคคลนั้น ๆ ต่อบุคคลอื่น ๆ  ต่อวัตถุหรือต่อสถานการณ์  โดยที่ทัศนคตินี้สามารถเรียนรู้หรือจัดการได้โดยใช้ประสบการณ์

Schermerhorn  (2000: 75)  ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า ทัศนคติ  คือ การ

วางแนวความคิด  ความรู้สึก ให้ตอบสนองในเชิงบวกหรือเชิงลบต่อคนหรือต่อสิ่งของ  ในสภาวะแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ  และทัศนคตินั้นสามารถที่จะรู้หรือถูกตีความได้จากสิ่งที่คนพูดออกมาอย่างไม่เป็นทางการ หรือจากการสำรวจที่เป็นทางการ หรือจากพฤติกรรมของบุคคลเหล่านั้น

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น อาจสรุปได้ว่า ทัศนคติหมายถึง ความรู้สึก

ความคิดหรือความเชื่อ และแนวโน้มที่จะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมของบุคคล เป็นปฏิกิริยาโต้ตอบ โดยการประมาณค่าว่าชอบหรือไม่ชอบ  ที่จะส่งผลกระทบต่อการตอบสนองของบุคคลในเชิงบวกหรือเชิงลบต่อบุคคล  สิ่งของ และสถานการณ์  ในสภาวะแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ  โดยที่ทัศนคตินี้  สามารถเรียนรู้ หรือจัดการได้โดยใช้ประสบการณ์  และทัศนคตินั้นสามารถที่จะรู้ หรือถูกตีความได้จากสิ่งที่คนพูดออกมาอย่างไม่เป็นทางการ หรือจากการสำรวจที่เป็นทางการ หรือจากพฤติกรรมของบุคคลเหล่านั้น

[**ลักษณะของทัศนคติ**](https://www.gotoknow.org/posts/tags/%E0%B8%A5%E0%B8%B1%E0%B8%81%E0%B8%A9%E0%B8%93%E0%B8%B0%E0%B8%82%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%97%E0%B8%B1%E0%B8%A8%E0%B8%99%E0%B8%84%E0%B8%95%E0%B8%B4)  เนื่องจากว่านักจิตวิทยาได้ศึกษาในความหมายที่แตกต่าง

กัน  ดังนั้น จึงควรกล่าวถึงลักษณะรวม ๆ ของทัศนคติที่ทำให้เกิดความเข้าใจทัศนคติให้ดีขึ้น (ศักดิ์ไทย, 2545: 138) ซึ่งลักษณะของทัศนคติ  สรุปได้ดังนี้

1.      ทัศนคติเป็นสิ่งที่เรียนรู้ได้

2.      ทัศนคติมีลักษณะที่คงทนถาวรอยู่นานพอสมควร

3.      ทัศนคติมีลักษณะของการประเมินค่าอยู่ในตัว  คือ  บอกลักษณะดี – ไม่ดี

ชอบ – ไม่ชอบ  เป็นต้น

4.      ทัศนคติทำให้บุคคลที่เป็นเจ้าของพร้อมที่จะตอบสนองต่อที่หมายของทัศนคติ

5.      ทัศนคติบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคล  บุคคลกับสิ่งของและ

บุคคลกับสถานการณ์  นั่นคือ  ทัศนคติย่อมมีที่หมายนั่นเอง

[**องค์ประกอบของทัศนคติ**](https://www.gotoknow.org/posts/tags/%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B9%8C%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%81%E0%B8%AD%E0%B8%9A%E0%B8%82%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%97%E0%B8%B1%E0%B8%A8%E0%B8%99%E0%B8%84%E0%B8%95%E0%B8%B4)

จากการตรวจเอกสารเกี่ยวกับองค์ประกอบของทัศนคติ  พบว่า  มีผู้เสนอ

ความคิดไว้ 3 แบบ  คือ  ทัศนคติแบบ  3  องค์ประกอบ  ทัศนคติแบบ  2  องค์ประกอบ และ

ทัศนคติแบบ  1 องค์ประกอบ (ธีระพร, 2528: 162 - 163) ดังนี้

1. **ทัศนคติมี 3  องค์ประกอบ**  แนวคิดนี้จะระบุว่า  ทัศนคติ

3  องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านปัญญา (Cognitive Component)  ประกอบด้วยความเชื่อ  ความรู้ ความคิดและความคิดเห็น  2) องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective Component)  หมายถึงความรู้สึกชอบ - ไม่ชอบ  หรือท่าทางที่ดี – ไม่ดี  3) องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral Component)  หมายถึง  แนวโน้มหรือความพร้อมที่บุคคลจะปฏิบัติ  มีนักจิตวิทยาที่สนับสนุนการแบ่งทัศนคติออกเป็น  3  องค์ประกอบ  ได้แก่  Kretch, Crutchfield , Pallachey (1962) และ Triandis (1971)

1. **ทัศนคติมี 2  องค์ประกอบ**  แนวคิดนี้จะระบุว่า  ทัศนคติมี  2  องค์ประกอบ

ได้แก่  1) องค์ประกอบด้านปัญญา (Cognitive Component) 2) องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective Component) มีนักจิตวิทยาที่สนับสนุนการแบ่งทัศนคติออกเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่  Katz (1950) และ Rosenberg (1956, 1960, 1965)

1. **ทัศนคติมีองค์ประกอบเดียว**  แนวคิดนี้จะระบุว่า  ทัศนคติมีองค์ประกอบเดียว คือ  อารมณ์ความรู้สึกในทางชอบหรือไม่ชอบที่บุคคลมีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด  นักจิตวิทยาที่สนับสนุนแนวคิดนี้  ได้แก่  Bem (1970)  Fishbein และ Ajzen (1975) Insko (1976)Sharon and Saul (1996: 370) กล่าวว่า ทัศนคติ  ประกอบด้วย   3  องค์ประกอบ  ดังนี้
2. **องค์ประกอบด้าน ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive Component)** หมายถึง

ความเชื่อเชิงการประเมินเป้าหมาย โดยอยู่บนพื้นฐานของความเชื่อ จินตนาการ และการจำ

1. **องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective Component)** หมายถึง

ความรู้สึกในทางบวก หรือลบ หรือทั้งบวก และลบต่อเป้าหมาย

1. **องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral Component)** หมายถึง แนวโน้ม

ของพฤติกรรม หรือ แนวโน้มของการแสดงออกต่อเป้าหมาย

Gibson (2000: 103)  กล่าวว่า ทัศนคติ  เป็นส่วนที่ยึดติดแน่นกับบุคลิกภาพของ

บุคคลเรา  ซึ่งบุคคลเราจะมีทัศนคติที่เป็นโครงสร้างอยู่แล้ว  ทางด้านความรู้สึก  ความเชื่อ อันใดอันหนึ่ง  โดยที่องค์ประกอบนี้จะมีความสัมพันธ์ซึ่งกัน และกัน  ซึ่งหมายความว่า  การเปลี่ยนแปลงในองค์ประกอบหนึ่งทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในอีกองค์ประกอบหนึ่ง  ซึ่งทัศนคติ  3  องค์ประกอบ  มีดังนี้

1. **ความรู้สึก (Affective)** องค์ประกอบด้านอารมณ์หรือความรู้สึกของทัศนคติ

คือ  การได้รับการถ่ายทอด  การเรียนรู้มาจากพ่อ  แม่  ครู หรือกลุ่มของเพื่อนๆ

1. **ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive)** องค์ประกอบด้านความรู้  ความเข้าใจของ

ทัศนคติจะประกอบด้วยการรับรู้ของบุคคล  ความคิดเห็นและความเชื่อของบุคคล  หมายถึง กระบวนการคิด  ซึ่งเน้นไปที่การใช้เหตุผล และตรรกะ  องค์ประกอบที่สำคัญของความรู้ ความเข้าใจ  คือ  ความเชื่อในการประเมินผลหรือความเชื่อที่ถูกประเมินผลไว้แล้วโดยตัวเองประเมิน  ซึ่งความเชื่อเหล่านี้จะแสดงออกมาจากความประทับใจในการชอบหรือไม่ชอบ  ซึ่งบุคคลเหล่านั้นรู้สึกต่อสิ่งของ หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

1. **พฤติกรรม (Behavioral )** องค์ประกอบด้านความรู้  ความเข้าใจของทัศนคติ

จะหมายถึง แนวโน้มหรือความตั้งใจ (intention) ของคนที่จะแสดงบางสิ่งบางอย่างหรือที่จะกระทำ (ประพฤติ)  บางสิ่งบางอย่างต่อคนใดคนหนึ่ง  สิ่งใดสิ่งหนึ่ง  ในทางใดทางหนึ่ง  เช่น  เป็นมิตร  ให้ความอบอุ่น  ก้าวร้าว  เป็นศัตรู  เป็นต้น  โดยที่ความตั้งใจนี้อาจจะถูกวัด  หรือประเมินออกมาได้  จากการพิจารณาองค์ประกอบทางด้านพฤติกรรมของทัศนคติ

Schermerhorn  (2000: 76)  กล่าวว่า ทัศนคติ  ประกอบด้วย   3  องค์ประกอบ  ดังนี้

**1.องค์ประกอบด้าน ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive Component)**คือ  ทัศนคติที่จะสะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อ  ความคิดเห็น  ความรู้  และข้อมูลที่บุคคลคนหนึ่งมี  ซึ่งความเชื่อ  จะแสดงให้เห็นถึงความคิดของคน  หรือสิ่งของ และข้อสรุปที่บุคคลได้มีต่อบุคคลหรือสิ่งของนั้นๆ  เช่น  งานของฉันขาดความรับผิดชอบ  เป็นต้น

**2.องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective Component)** คือ  ความรู้สึกเฉพาะ

อย่างซึ่งเกี่ยวข้องกับผลกระทบส่วนบุคคล  ซึ่งได้จากสิ่งเร้าหรือสิ่งที่เกิดก่อนทำให้เกิดทัศนคตินั้นๆ  เช่น  ฉันไม่ชอบงานของฉัน  เป็นต้น

**3.องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral Component)** คือ  ความตั้งใจที่จะประพฤติ

ในทางใดทางหนึ่ง  โดยมีรากฐานมาจากความรู้สึกเฉพาะเจาะจงของบุคคล หรือทัศนคติของบุคคล  เช่น  ฉันกำลังไปทำงานของฉัน  เป็นต้น

Katz  ( อ้างถึงใน Loudon  และ  Della  Bitta,1993: 425)  ได้กล่าวถึงหน้าที่ของทัศนคติ ที่สำคัญ 4 ประการ  ดังนี้

**1.  หน้าที่ในการปรับตัว  (Adjustment  function)**ทัศนคติช่วยให้เราปรับตัวเข้าหา

สิ่งที่ทำให้ได้รับความพึงพอใจหรือได้รางวัลขณะเดียวกันก็หลีกเลี่ยงต่อสิ่งที่ไม่ปรารถนา  ไม่พอใจหรือให้โทษ  นั่นคือยึดแนวทางที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองมากที่สุด และหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นโทษให้เกิดน้อยที่สุด  ซึ่งช่วยในการปรับตัวของแต่ละบุคคลให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ  เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นเกิดความพอใจ  คือ  เมื่อเราเคยมีประสบการณ์ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งมาก่อน  และเราได้ประสบกับสิ่งนั้นอีก  เราจะพัฒนาการตอบสนองของเราในทิศทางที่เราต้องการ

**2.หน้าที่ในการป้องกันตน  (Ego – defensive function)** ทัศนคติช่วยปกป้องภาพลักษณ์แห่งตน (ego or self image) ต่อความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ และแสดงออกมาเป็นกลไกที่ป้องกันตนเอง  ใช้ในการปกป้องตัวเองโดยการสร้างความนิยมนับถือตนเอง  หลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ไม่พอใจ  หรือสร้างทัศนคติขึ้นมาเพื่อรักษาหน้า

**3.หน้าที่ในการแสดงออกของค่านิยม  (Value  expressive function)**ในขณะที่

ทัศนคติที่ปกป้องตนเอง  ได้สร้างขึ้นเพื่อปกป้องภาพลักษณ์ของตนเอง  หรือเพื่อปิดบังทัศนคติที่แท้จริงไม่ให้ปรากฎ แต่    ทัศนคติที่ทำหน้าที่แสดงออกถึงค่านิยมจะพยายามแสดงลักษณะที่แท้จริงของตนเองทำหน้าที่ให้บุคคลแสดงค่านิยมของตนเอง  เป็นการแสดงออกทางทัศนคติที่จะสร้างความพอใจให้กับบุคคลที่แสดงทัศนคตินั้นออกมา  เพราะเป็นการแสดงค่านิยมพื้นฐานที่แต่ละบุคคลพอใจ

**4.หน้าที่ในการแสดงออกถึงความรู้  (Knowledge function)** มนุษย์ต้องการเกี่ยวข้องกับ

วัตถุต่างๆรอบข้าง  ดังนั้น  จึงต้องแสวงหาความมั่นคง  ความหมาย  ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งเหล่านั้น ทัศนคติจะเป็นสิ่งที่ใช้ประเมิน และทำความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม และเป็นมาตรฐานเพื่อเปรียบเทียบ หรือเป็นขอบเขตแนวทางสำหรับอ้างอิงเพื่อหาทางเข้าใจ  ให้สามารถเข้าใจโลกและสิ่งแวดล้อมได้ง่ายๆขึ้น เพราะคนเราได้รับรู้แล้วครั้งหนึ่งก็จะเก็บประสบการณ์เหล่านั้นๆ ไว้เป็นส่วนๆ  เมื่อเจอสิ่งใหม่จะนำประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมมาเป็นกรอบอ้างอิงว่าสิ่งใดควรรับรู้  สิ่งใดควรหลีกเลี่ยง  ซึ่งทัศนคติช่วยให้คนเราเข้าใจสิ่งแวดล้อมต่างๆ รอบตัวเรา โดยเราสามารถตีความ หรือประเมินค่าสิ่งที่อยู่รอบตัวเราได้

**ประเภทของทัศนคติ**

การแสดงออกทางทัศนคติสามารถแบ่งได้เป็น  3  ประเภท (ดารณี, 2542: 43) คือ

1. **ทัศนคติในทางบวก  (Positive  Attitude)**  คือ  ความรู้สึกต่อสิ่งแวดล้อม

ในทางที่ดีหรือยอมรับ  ความพอใจ  เช่น  นักศึกษาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการโฆษณา  เพราะวิชาการโฆษณาเป็นการให้บุคคลได้มีอิสระทางความคิด

**2.  ทัศนคติในทางลบ  (Negative Attitude)**   คือ  การแสดงออก หรือความรู้สึก

ต่อสิ่งแวดล้อมในทางที่ไม่พอใจ  ไม่ดี  ไม่ยอมรับ  ไม่เห็นด้วย  เช่น  นิดไม่ชอบคนเลี้ยงสัตว์  เพราะเห็นว่าทารุณสัตว์

**3.การไม่แสดงออกทางทัศนคติ หรือมีทัศนคติเฉยๆ  (Negative attitude) คือ**

มีทัศนคติเป็นกลางอาจจะเพราะว่าไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้นๆ  หรือในเรื่องนั้นๆ  เราไม่มีแนวโน้มทัศนคติอยู่เดิมหรือไม่มีแนวโน้มทางความรู้ในเรื่องนั้นๆ มาก่อน  เช่น  เรามีทัศนคติที่เป็นกลางต่อตู้ไมโครเวฟ  เพราะเราไม่มีความรู้เกี่ยวกับโทษหรือคุณของตู้ไมโครเวฟมาก่อน

จะเห็นได้ว่าการแสดงออกของทัศนคตินั้น เกิดจากการก่อตัวของทัศนคติที่สะสมไว้เป็น

ความคิดและความรู้สึก  จนสามารถแสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมา  ตามทัศนคติต่อสิ่งนั้น

**การก่อตัวของทัศนคติ** **(The  Formation  of  Attitude)**

การเกิดทัศนคติแต่ละประเภทนั้น  จะก่อตัวขึ้นมา และเปลี่ยนแปลงไปได้เนื่องจาก

ปัจจัยหลายประการด้วยกัน   ซึ่งในความเป็นจริง  ปัจจัยต่าง ๆ ของการก่อตัวของทัศนคติ  ไม่ได้มีการเรียงลำดับตามความสำคัญแต่อย่างใด  ทั้งนี้เพราะแต่ละปัจจัย  ปัจจัยใดมีความสำคัญมากกว่าขึ้นอยู่กับการอ้างอิงเพื่อก่อตัวเป็นทัศนคตินั้น  บุคคลดังกล่าวได้เกี่ยวข้องกับสิ่งของ หรือแนวความคิดที่มีลักษณะแตกต่างกันไปอย่างไร  ซึ่ง Newsom  และ  Carrell   ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดทัศนคติ   และอธิบายว่า  การเกิดทัศนคติประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก  ได้แก่

1.พื้นฐานของแต่ละบุคคลหรือเบื้องหลังทางประวัติศาสตร์  (Historical  Setting)  หมายถึง  ลักษณะทางด้านชีวประวัติของแต่ละคน  ได้แก่  สถานที่เกิด  สถานที่เจริญเติบโต  สถานภาพทางเศรษฐกิจ  สังคม  และการเมืองที่ผ่านมาจะเป็นตัวหล่อหลอมบุคลิกภาพของบุคคล   และเป็นปัจจัยนำไปสู่การเกิด    ทัศนคติของคนนั้น ๆ

2.  สิ่งแวดล้อมทางสังคม  (Social  environment)  ได้แก่  การปฎิสัมพันธ์ของมนุษย์ที่มีต่อกัน และกัน  เช่น  การเปิดรับข่าวสาร  กลุ่ม และบรรทัดฐานของกลุ่ม  สภาพการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับบุคคล และประสบการณ์

3.  กระบวนการสร้างบุคลิกภาพ  (Personality  Process)  และสิ่งที่เกิดขึ้นมาก่อน  (Predispositions)  เป็นกระบวนการขั้นพื้นฐานในการสร้างทัศนคติของแต่ละบุคคล

**งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

**สุทธิดา กุดเนียม** (2551 : 10 ) ศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่พึ่งอินซุลินที่มารับบริการในสถานีอนามัยตำบลบ้านกุ่ม อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยาโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 50 รายพบว่าผู้ป่วยมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ขาดความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ทัศนคติอยู่ในระดับต่ำเชื่อว่าไม่มีอาการผิดปกติไม่ต้องมาพบแพทย์ตามนัด การขาดยาไม่มีผลร้ายแรง และควรรับประทานอาหารมากๆจะทำให้สุขภาพแข็งแรง พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องได้แก่การเพิ่มขนาดยาเองและหยุดยาโดยไม่ได้มาปรึกษาแพทย์ ดังนั้นแนวทางการพัฒนาความรู้ทัศนคติโดยมี 1 ยุทธศาสตร์ 2 กลยุทธ์ 3 แผน ดังนี้คือ ยุทธศาสตร์การส่งเสริมความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม กลยุทธ์ ได้แก่การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง กลยุทธ์ที่ 2 การปรับเปลี่ยนทัศนคติ และมีแผนการเสริมสร้างความรู้ และการปรับเปลี่ยนทัศนคติ ซึ่งพบว่าเมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมที่ถูกต้องแล้วส่งผลให้เกิดการดูแลตนเอง ให้สุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีได้

**วรรณวิมล เมฆวิมล** (2553 : 94) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ซึ่งศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันและตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 329 คน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ ปัจจัยเอื้อได้แก่ แรงสนับสนุน หรือมีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน การรับรู้ข่าวสารหรือการได้รับคำแนะนำสนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจากบุคคลต่างๆ

**ดวงเดือน กะการัมย์** ( 2555 : 4) ศึกษาถึง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับเพศศึกษาของวัยรุ่นในชุมชนจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง 100 คน โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และทัศนคติกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับเพศศึกษาของวัยรุ่นโดยหาค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับเพศศึกษาในวัยรุ่นแต่ ทัศนคติต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับเพศศึกษาในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01( r=.476)

**5.5 แรงจูงใจ**

**ความหมายแรงจูงใจ**

ภาวิไล เจริญพงศ์ (2547 : 11-12) ให้ความหมายว่า แรงจูงใจ หมายถึง สิ่งกระตุ้นหรือ สิ่งเร้าที่มีอยู่ภายในทั้งองค์การและตัวพนักงาน ซึ่งจะทำให้พนักงานเต็มใจที่จะใช้ความพยายาม ในการทำกิจกรรม หรือภาระหน้าที่ เพื่อให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายและบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การ

สุภาภรณ์ พลนิกร (2548 : 199) ที่ได้ให้ความหมาย แรงจูงใจ (Motivation) คือ สภาวะที่ถูกกระตุ้น (Activated State) ภายในแต่ละคน ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย หรือเป็นเหตุผลของพฤติกรรมแต่ละครั้ง ส่วนแรงกระตุ้น (Motive) คือ ลักษณะทางจิตวิทยาชนิดหนึ่ง (Trait) ซึ่งเป็นตัวแทนของพลังภายในที่มองไม่เห็น (Unobservable) และทำหน้าที่กระตุ้น (Stimulate) รวมทั้งออกแรงบังคับ (Compel) ให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง (Response) ในทิศทางที่ชัดเจน สำหรับคำว่า แรงจูงใจ และแรงกระตุ้นมีการนำไปใช้แทนที่กันได้ การให้ความหมายของวิรัช สงวนวงศ์วาน (2551 : 209) ให้ความหมาย แรงจูงใจ เป็นกระบวนการที่ความพยายามของบุคคลได้รับการกระตุ้น (Energized) ชี้นำ (Directed) และรักษาให้คงอยู่ (Sustained) จนกระทั่งงานขององค์การบรรลุเป้าหมาย จากความหมาย ของแรงจูงใจดังกล่าว พอสรุปได้ว่า แรงจูงใจ หมายถึง สภาวะที่ถูกกระตุ้นหรือชักนำสิ่งที่อยู่ภายในหรือความต้องการของบุคคล ให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ เพื่อตอบสนองความต้องการ วัตถุประสงค์ที่องค์การหรือบุคคลต้องการนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตนเองต้องการ

**แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจ** แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation Theories) มีแนวคิดที่กล่าวถึงแรงจูงใจ อาทิ เช่น

1) ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow’s Hierachy of Needs) ซึ่งปรากฏใน Maslow (1970 : 35-47 ) Maslow เป็นนักจิตวิทยาชาวอังกฤษ เป็นคนแรกที่ได้สร้างทฤษฎีทั่วไปเกี่ยวกับแรงจูงใจเอาไว้ และต่อมาเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย ทฤษฎีของเขาได้ชื่อว่าทฤษฎีลำดับความต้องการ โดยอธิบายว่ามนุษย์มีความต้องการเป็นลำดับขั้น ซึ่งพบว่าบุคคลมักดิ้นรนตอบสนองความต้องการขั้นต่ำสุดก่อน เมื่อได้รับการตอบสนองแล้ว จึงแสวงหาความต้องการขั้นสูงขึ้นไปตามลำดับ ในยุคแรก ๆ ที่ Maslow ทำการศึกษา ได้แบ่งความต้องการของมนุษย์เป็น 5 ลำดับ ลำดับ 1-4 เป็นความต้องการระดับต้น ลำดับที่ 5 เป็นความต้องการระดับสูง ในยุคต่อมา Maslow ได้ทำการศึกษาเพิ่มเติมและแบ่งความต้องการลำดับที่ 5 ให้ละเอียดออกไปอีกเป็น 3 ลำดับ รวมใหม่ทั้งหมดเป็น 7 ลำดับขั้นของความต้องการ มีดังต่อไปนี้ (1) ลำดับขั้นที่ 1 ความต้องการทางสรีระ (Physical Needs) คือ ความต้องการตอบสนองความหิวกระหาย ความเหนื่อย ความง่วง ความต้องการทางเพศ ความต้องการขับถ่าย ความต้องการ มีกิจกรรมทางร่างกาย และความต้องการการสนองความสุขของประสาทสัมผัส (2) ลำดับขั้นที่ 2 ความต้องการความปลอดภัย (Safety Needs) คือ ความต้องการการคุ้มครองปกป้องรักษา ความอบอุ่นใจ ความปราศจากอันตราย และต้องการการหลีกเลี่ยงความวิตกกังวล (3) ลำดับขั้นที่ 3 ความต้องการความเป็นเจ้าของ และความรัก (Belongingness and Love Needs) คือความอยากมีเพื่อน มีพวกพ้อง มีกลุ่ม มีครอบครัว และมีความรัก ขั้นนี้จัดเป็นความต้องการทางสังคม (4) ลำดับขั้นที่ 4 ความต้องการเป็นที่ยอมรับ ยกย่อง และเกียรติยศชื่อเสียง (Esteem Needs) คือความอยากมีชื่อเสียง มีหน้ามีตา มีคนยกย่องเลื่อมใส มีความเด่นดัง และต้องการความรู้สึกที่ดีของคนอื่นต่อตน (5) ลำดับขั้นที่ 5 ความต้องการใฝ่รู้ใฝ่เรียน (Need to Know and Understand) คือ ความอยากรู้ อยากเข้าใจ อยากมีความสามารถ อยากมีประสบการณ์ (6) ลำดับขั้นที่ 6 ความต้องการทางสุนทรียะ (Aesthetic Needs) ได้แก่ ความต้องการด้านความดี ความงาม คุณธรรม และความละเอียดอ่อนทางจิตใจ และ(7) ลำดับขั้นที่ 7 ความต้องการความสำเร็จ หรือความสมบูรณ์แบบในชีวิต (Self Actualization Needs)

2.) ทฤษฎี ERG(ERG THEORY: Existence Relatedness Growth Theory)

เป็นทฤษฎีที่ Clayton Alderfer พัฒนามาจากทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของMaslow โดยได้ให้ข้อเสนอเกี่ยวกับความต้องการพื้นฐาน 3 อย่างดังนี้

2.1 ความต้องการดำรงชีวิต (Existence Needs) เป็นความต้องการที่จะตอบสนองเพื่อให้มีชีวิตอยู่ต่อไป ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ ที่พักอาศัย ความปลอดภัยทางร่างกาย

2.2 ความต้องการมีสัมพันธภาพกับคนอื่น (Relatedness Needs) เป็นบทบาทที่ซับซ้อนเกี่ยวกับคนและความพึงพอใจ การปฏิสัมพันธ์กันในสังคมนำมาสู่เรื่องเกี่ยวกับอารมณ์ การเคารพนับถือ การยอมรับ และความต้องการเป็นเจ้าของ ทำให้เกิดความพึงพอใจในบทบาทการทำงานของตนเองรวมทั้งครอบครัวและเพื่อน

2.3 การต้องการความเจริญก้าวหน้า (Growth Needs) เป็นความต้องการสูงสุด เช่นได้รับการยกย่อง ประสบความสำเร็จในชีวิต ความเจริญก้าวหน้า ซึ่งต้องใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ ความต้องการนี้ ประกอบด้วย การท้าทายอิสรภาพของตนเองที่จะทำให้ความสามารถนั้นเกิดความเป็นจริงได้

3.) ทฤษฎีการจูงใจในผลสัมฤทธิ์ของแม็คเคิล**แลนด์** ( McClelland’s Achievement Motivation Theory )

David McClelland (1985 : 812-825) ได้ทำการทดลองเพื่อหาทางวัดความต้องการต่าง ๆ ของคน โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า The Mactic Appreciation Test หรือ เรียกชื่อย่อว่า TAT ใช้วิธีให้คนดูภาพถ่ายแล้วเขียนแสดงทัศนะว่าเขามองเห็นอย่างไรต่อภาพถ่ายนั้น บางทีเรียกว่าโปรเจคทีฟ เทสท์ (Projective Test) เดวิด แม็ดเคิลแลนด์ ได้แบ่งผลการศึกษาข้อมูลที่ได้จากการทดสอบออกเป็น 3 เรื่อง แต่ละเรื่องจะมีลักษณะตรงกันเกี่ยวกับความต้องการของคน ซึ่งมีความต้องการอยู่ 3 ประการคือ

3.1 ความต้องการความสำเร็จ (Needs for Achievement : nAcf) เป็นความต้องการที่ทำบางอย่างให้ดีขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น ต้องการที่จะแก้ปัญหาต่าง ๆ และต้องการสิ่งย้อนกลับที่ได้จากผลงาน

3.2 ความต้องการผูกพัน (Needs for Affiliation : nAff ) เป็นความต้องการที่จะสร้างความเป็นมิตรและสัมพันธภาพที่อบอุ่นกับบุคคลอื่น

3.3 .ความต้องการมีอำนาจบารมี (Needs for Power : nPower) ได้แก่ การเป็นที่ยอมรับของสังคม

4.) แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง ความรู้สึก สภาพอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้น ของสิ่งเร้าทั้งจากภายในและภายนอก เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย สิ่งเร้าภายใน ได้แก่ ความสนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพอนามัย ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคคลในครอบครัวในสังคม ความตั้งใจที่จะแสวงหาวิธีการการรักษาสุขภาพ ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ สิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว แรงสนับสนุนจากสังคม เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ จะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ทำให้เกิดความร่วมมือ ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ เพื่อการป้องกันและควบคุมโรค

สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี และศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี (2556 : 20-21 )ตามแนวความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นทฤษฎีที่สำคัญ มีปัจจัยทั้ง 6 ปัจจัย เป็นแนวคิดพื้นฐานในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง/การรับรู้โอกาสได้รับผลกระทบ(perceived susceptibility ) เชื่อว่าโรคหรือปัญหาสุขภาพ หากเกิดขึ้นจะมีความรุนแรงและอันตราย หรือมีการรับรู้ความรุนแรง(perceived severity) เชื่อว่าการดำเนินการหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ หรือมี การรับรู้ประโยชน์(perceived benefits) เชื่อว่าค่าใช้จ่ายและสิ่งที่ต้องลงทุนเมื่อดำเนินการหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรราเมื่อคำนวณแล้วจะน้อยกว่าประโยชน์ที่จะได้รับหรือมี การรับรู้อุปสรรค (perceived barriers)ในระดับที่ควบคุมได้ เมื่อได้รับการกระตุ้นให้ปฏิบัติหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ดูโฆษณาโทรทัศน์ที่เตือนให้ตรวจสุขภาพ หรือมีแพทย์เตือนให้ตรวจ หรือมีสิ่งเตือนให้ปฏิบัติ(Cues to action)และมีความมั่นใจตนว่ามีความสามารถที่จะปฏิบัติหรือเปลี่ยนแปลงได้สำเร็จ หรือมีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (self-efficacy)

5) ทฤษฎีจูงใจเพื่อป้องกันโรค( Protection Motivation Theory)

เกิดขึ้นครั้งแรก ปี ค.ศ.1975 โดยโรเจอร์ส ( 1975 :99)ต่อมาในปี 1983 ได้ทำการปรับปรุงแก้ไขเริ่มต้นจากการนำการกระตุ้นด้วยความกลัวมาใช้โดยเน้นความสำคัญระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Healh Belief Model )และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตน(self-efficacy Theory ) เน้นการรับรู้ข่าวสาร เป็นส่วนประกอบให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรคของบุคคล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลไปในทางที่ถูกต้อง เกิดความตั้งใจตอบสนองต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์มากที่สุดโดยนำตัวแปรที่ทำให้เกิดความกลัวได้แก่

1)การรับรู้ความรุนแรง(Noxiosness) สามารถพัฒนาได้ด้วยการขู่ว่าถ้าไม่กระทำหรือไม่กระทำจะส่งผลให้ได้รับผลร้ายแรง โดยการใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการสื่อสาร หรืออาจใช้ข้อความที่ปรากฏว่ามีอันตราย จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมได้

2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค(perceived probability) เป็นการสื่อสารโดยการขู่และคุกคามต่อสุขภาพทำให้บุคคลเชื่อว่าตกอยู่ในภาวะเสี่ยงขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่าจะหลีกเลี่ยงจากภาวะเสี่ยงนั้นได้

3)ความคาดหวังของสิทธิประโยชน์ของการตอบสนอง(Response Efficiency)นำเสนอข้อมูลข่าวสารของการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้บุคคลเกิดความกลัวในเรื่องของสุขภาพ โดยการปรับหรือลดพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง

ต่อมาในปี 1983 แมดดุกซ์และโรเจอร์ส( Maddux and Rogers : 1983: 25)มีการปรับปรุงและเพิ่มตัวแปรมา อีก 1ตัวได้แก่

ความคาดหวังในความสามารถของตน(self-efficacy)อยู่บนพื้นฐานการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยา ซึ่งทำได้หลายวิธี เช่นการเลียนแบบ การเรียนรู้ หรือการสอน โดยผู้ที่มีความเชื่อในอำนาจแห่งตน การมีสุขภาพดีหรือความเจ็บป่วยเกิดขึ้น จากการปฏิบัติของแต่ละบุคคลโดยติดตามข่าวสารในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ดังนั้นผู้ที่เชื่อในอำนาจแห่งตนมีการรับรู้ในความสามารถแห่งตนสูง

Badura (1977 : 12) การพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตนมี 4 วิธี 1)จัดประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง(Performance Accomplishment) ความสำเร็จเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลเชื่อว่ามีความสามารถที่จะกระทำเช่นนั้นได้ ฝึกให้มีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้ 2)การใช้ตัวแบบ(Modeling)หรือเป็นกิจกรรมที่ให้เห็นตัวผู้อื่น สังเกตจากตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วพึงพอใจทำให้รู้สึกว่าสามารถประสบความสำเร็จได้ถ้าทำตามตัวอย่างนั้น แบ่งเป็น 2ประเภทใหญ่ๆ ได้แก่ ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงๆ( Live Modeling)สังเกตได้จริงๆไม่ต้องผ่านสื่อ ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์(Symbolic Modeling)ได้แก่ตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์3) จัดกิจกรรมพูดชักจูงใจ(Verbal Persuation) เป็นการรับฟังคำพูดชักจูงใจจากผู้อื่น เป็นการพิจารณาความสามารถของตนเอง เกิดความเชื่อมั่นเพิ่มกำลังใจ 4)การกระตุ้นทางอารมณ์(Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์ที่มีความเหมาะสม ทำให้บุคคลไม่กลัวและและพอใจ ไม่เกิดการบีบคั้นให้เกิดความวิตกกังวลหรือความเครียด

ทฤษฎีจูงใจเพื่อป้องกันโรคมีความเชื่อว่าจะทำให้ดีที่สุดเมื่อ 1)บุคคลเห็นว่าอันตรายต่อสุขภาพนั้นรุนแรง 2)บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคงหรือเสี่ยงต่ออันตรายนั้น3)เชื่อว่าการตอบสนองด้วยการปรับตัวเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการกำจัดอันตราย 4)บุคคลมีความเชื่อว่าจะปรับตัวตอบสนองหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างสมบูรณ์ 5)ผลดีจากการตอบสนองด้วยการปรับตัวไม่พึงประสงค์นั้นมีน้อย6)อุปสรรคต่อการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต่ำ

ซึ่งผู้วิจัยได้นำทฤษฎีเรื่องการป้องกันโรคมาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีความเชื่อว่าการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความคาดหวังของสิทธิประโยชน์ของการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนจะทำให้มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

**ประเภทของแรงจูงใจ**

นักจิตวิทยา ได้แบ่งการจูงใจออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. แรงจูงใจภายใน (Intrinsic Motivation) หมายถึง สภาวะของบุคคลที่มีความต้องการในการทำการเรียนรู้ หรือแสวงหาบางอย่างด้วยตนเอง โดยมิต้องให้มีบุคคลอื่นมาเกี่ยวข้อง เช่น นักเรียนสนใจเล่าเรียนด้วยความรู้สึกใฝ่ดีในตัวของเขาเอง ไม่ใช่เพราะถูกบิดา มารดาบังคับ หรือเพราะมีสิ่งล่อใจใด ๆ การจูงใจประเภทนี้ ได้แก่

1.1 ความต้องการ (Needs) เนื่องจากคนทุกคนมีความต้องการที่อยู่ภายใน อันจะทำให้เกิดแรงขับ แรงขับนี้จะก่อให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ ขึ้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และความพอ

1.2 เจตคติ (Attitude) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดที่ดีที่บุคคลมีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งจะช่วยเป็นตัวกระตุ้น ให้บุคคลทำในพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น เด็กนักเรียนรักครูผู้สอน และพอใจวิธีการสอน ทำให้เด็กมีความสนใจ ตั้งใจเรียนเป็นพิเศษ

1.3 ความสนใจพิเศษ (Special Interest) การที่เรามีความสนใจในเรื่องใดเป็นพิเศษ ก็จัดว่าเป็นแรงจูงใจให้เกิดความเอาใจใส่ในสิ่งนั้น ๆ มากกว่าปกติ

2. แรงจูงใจภายนอก (Extrinsic Motivation) หมายถึง สภาวะของบุคคลที่ได้รับแรงกระตุ้นมาจากภายนอก ให้มองเห็นจุดหมายปลายทาง และนำไปสู่เป้าหมาย

2.1 เป้าหมายหรือความคาดหวังของบุคคล คนที่มีเป้าหมายในการกระทำใด ๆ ย่อมกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจให้มีพฤติกรรมที่ดีและเหมาะสม เช่น พนักงานทดลองงาน มีเป้าหมายที่จะได้รับการบรรจุเข้าทำงาน จึงพยายามตั้งใจทำงานอย่างเต็มความสามารถ

2.2 ความรู้เกี่ยวกับความก้าวหน้า คนที่มีโอกาสทราบว่าตนจะได้รับความก้าวหน้าอย่างไรจากการกระทำนั้น ย่อมจะเป็นแรงจูงใจให้ตั้งใจและเกิดพฤติกรรมขึ้นได้

2.3 บุคลิกภาพ ความประทับใจอันเกิดจากบุคลิกภาพ จะก่อให้เกิดแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมขึ้นได้ เช่น ครู อาจารย์ ก็ต้องมีบุคลิกภาพทางวิชาการที่น่าเชื่อถือ นักปกครอง ผู้จัดการจะต้องมีบุคลิกภาพของผู้นำที่ดี เป็นต้น

2.4 เครื่องล่อใจอื่น ๆ มีสิ่งล่อใจหลายอย่างที่ก่อให้เกิดแรงกระตุ้น ให้พฤติกรรมเกิดขึ้น เช่น การให้รางวัล (Rewards) อันเป็นเครื่องกระตุ้นให้อยากกระทำ หรือการลงโทษ (Punishment) ซึ่งจะกระตุ้นมิให้กระทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ การชมเชย การติเตียน การประกวด การแข่งขัน หรือการทดสอบ ก็จัดว่าเป็นเครื่องมือที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมได้ทั้งสิ้น

**งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

**เยาวลักษณ์ วงษ์ชาญศรี**(2550 : 65 ) การจัดการเพื่อสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซุลิน อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 40 คน โดยใช้เครื่องมือแผนกิจกรรมการจัดการโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ ใช้แบบสอบถามก่อนหลัง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความคาดหวังในความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความคาดหวังในประสิทธิผลต่อการตอบสนองต่อการควบคุมระดับน้ำตาล การปฏิบัติตนในการควบคุมระดับน้ำตาล และพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

**เนื้อทิพย์ ศรีอุดร**(2550 :60 )ศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมให้สตรีรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในเขตสถานีอนามัยสร้างติ่ว อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม จำนวน 46 คนจัดการอบรมโดยใช้โปรแกรมสุขศึกษา ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิภาพ ในการควบคุมป้องกันเพิ่มขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

**กัญยา สุยะมั่ง**( 2551 : 67 )ศึกษาถึงผลของโปรแกรมสร้างเสริมแรงจูงใจในการออกกำลังกายต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตากจำนวน 30ราย การวิจัยกึ่งทดลองโดยใช้เครื่องมือแบบประเมินปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจ คู่มือ แบบบันทึกผลการศึกษาสรุปว่า ระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มทดลองภายหลังได้รับแรงเสริมสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**รำไพวัลย์ นาครินทร์** (2553 : 87 )ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน สถานีอนามัยบ้านโพธิ์น้อย อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 40 คนกึ่งทดลอง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับรู้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือด ความคิดเห็นต่อแรงสนับสนุนต่อสังคมดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันการเกิดโรคร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม

**วิชัย สิริวิบูลย์กิตติ** (2553 :81 )ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยปวดบ่า ต้นคอและศีรษะในสถานพยาบาลแพทย์แผนไทย อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน โดยได้รับโปรแกรมโปรแกรมสุขศึกษาประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มการทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการปวดดีขึ้นก่อนเข้าร่วมโครงการและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีอาการปวดบ่าลดลง

จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พอสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านแรงจูงใจ มีความ

สัมพันธ์กับตัวแปรต่าง ๆ ดังนี้ ปัจจัยด้านแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของโรค และภาวะแทรกซ้อน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและกลับเป็นซ้ำ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองเพื่อการป้องกันภาวะโรคที่อาจจะเกิดขึ้นได้ และมีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม

**5.6 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม**

**ความหมายการมีส่วนร่วม**

ปาริชาติ วลัยเสถียร(2546 :30 )ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมไว้ ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกระบวนพัฒนา โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดโครงการ เช่นการร่วมกันค้นปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากรและเทคโนโลยีท้องถิ่น การติดตาม ประเมินผล รวมถึงการรับผลประโยชน์ที่เกิดจากโครงการ และต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรม

2) การมีส่วนร่วมทางการเมือง จำแนกเป็น 2 ประเภท คือการส่งเสริมสิทธิและพลัง อำนาจทางการเมือง และการเปลี่ยนแปลงกลไกการพัฒนาโดยรัฐ

Lee.J,Cary (1970 อ้างใน: ปาริชาติ วลัยเสถียร2546 :30) กล่าวถึงลักษณะการมีส่วนร่วมดังนี้ คือเป็นสมาชิก เป็นผู้เข้าร่วมประชุม เป็นผู้บริจาค เป็นกรรมการ และเป็นประธาน เป็นต้น

Cohen and Uphoff (1977 : 7-9) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมโดยทั่วไป หมายถึง การมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจควบคู่ไปกับการปฏิบัติการ เช่น ในการจัดการองค์กร การกำหนดกิจกรรมพัฒนา การตัดสินใจยังเกี่ยวข้องกับประชาชนในเรื่องผลประโยชน์ การประเมินผลในการพัฒนา ซึ่งจะเห็นว่าการตัดสินใจเกี่ยวข้องโดยตรงกับการปฏิบัติการ และเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์และการประเมินผล โดยที่ผลประโยชน์เป็นผลมาจากการปฏิบัติการประกอบด้วย การสนับสนุน ทรัพยากร การบริหาร การประสานร่วมมือ และผลประโยชน์นั้น และมีส่วนร่วมในการประเมินผล

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2544 : 6-7) การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการที่รัฐบาล ทำการส่งเสริมสนับสนุน และสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชน ทั้งส่วนบุคคล กลุ่มชน ชมรม สมาคม มูลนิธิและองค์กรอาสาสมัครรูปแบบต่าง ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือหลายเรื่องร่วมกัน ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และนโยบายการพัฒนาที่กำหนดไว้

ถนัด ใบยา (2541 : 7-10)การมีส่วนร่วมจะเกี่ยวข้อง 3 ประการ ดังนี้1 ) การมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจพัฒนา การค้นหาปัญหาสภาพที่คาดหวัง วิเคราะห์หาสาเหตุแห่งปัญหา ทางเลือกแห่งการแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจเลือกทางเลือกของปัญหา2) การมีส่วนร่วมประชาชน ในกิจกรรมที่ตัดสินใจเลือกทำให้เกิดการพัฒนา3 ) การมีส่วนร่วมประชาชน ในการร่วมรับผลประโยชน์อย่าง เป็นธรรมในกิจกรรมนั้น ๆ มีส่วนร่วมในการประเมินผล เพื่อนำบทเรียนการเรียนรู้ร่วมกันและปรับปรุงพัฒนา

จากความหมาย การมีส่วนร่วมของประชาชน พอสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การเป็นสมาชิก การเปิดโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมรู้สึกเป็นเจ้าของในโครงการกิจกรรม แสดงความคิดเห็น ในการคิดริเริ่มค้นหาปัญหาวิเคราะห์ปัญหา ร่วมตัดสินใจ วางแผนจัดการควบคุมกำกับ การใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยี และมีส่วนร่วมในการดำเนินการ บริหารจัดการ การติดตามประเมินผล รวมทั้งการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการดูแลตนเอง หมายถึง การมีส่วนร่วมในคิดเห็น รับรู้ปัญหา และเลือกในการปฏิบัติดูแลสุขภาพร่วมกันในการปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆที่ดูแลสุขภาพตนเอง

**หลักการของการมีส่วนร่วมของชุมชน**

หลักการและแนวทางการพัฒนา โดยการมีส่วนร่วมในชุมชน มีองค์ประกอบหรือหลักการสำคัญอยู่ 6 องค์ประกอบ (ไพรัตน์ เตชะรินทร์.2527 : 30) ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของชุมชน ต้องยึดหลักความต้องการ และปัญหาของประชาชนเป็นจุดเริ่มต้นของกิจกรรม หากกิจกรรมที่จะนำไปให้ประชาชนเป็นเรื่องใหม่ ก็ต้องใช้เวลาในการกระตุ้นเร่งเร้าความสนใจ ให้ความรู้ความเข้าใจ จนประชาชนยอมรับความจำเป็นและประโยชน์ในการจัดกิจกรรมเหล่านั้น

2. กิจกรรมต้องดำเนินการในลักษณะกลุ่ม เพื่อสร้างพลังกลุ่มในการรับผิดชอบร่วมกัน สร้างความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างสมาชิกกลุ่ม ปลูกฝังทัศนะและพฤติกรรมที่เห็นแก่ส่วนรวมทำงานเสียสละ เพื่อประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตัว

3. แนวทางการพัฒนาในกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน ต้องคำนึงขีดความสามารถของประชาชนที่รับผิดชอบดำเนินการต่อไปได้ โดยไม่ต้องต้องพึ่งพาจากภายนอก โดยเฉพาะในระยะเริ่มแรกต้องไม่ทุ่มเทในลักษณะการให้เปล่าโดยสิ้นเชิง ต้องทำให้ประชาชนเกิดความสำนึกเป็นเจ้าของกิจกรรม และต้องสามารถทำต่อไปเองได้ เมื่อการช่วยเหลือภายนอกสิ้นสุดลง การช่วยเหลือตนเองและการพึ่งตนเอง เป็นหลักการสำคัญที่ต้องเริ่มตั้งแต่ต้น

4. กิจกรรมการพัฒนาที่นำเข้าไปในชุมชน ต้องสอดคล้องกับสภาพสิ่งแวดล้อมความพร้อมรับของชุมชน ซึ่งหมายรวมทั้งการใช้ทรัพยากรในชุมชน การสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของชุมชน

5. การเริ่มต้นกิจกรรมต้องอาศัยผู้นำชุมชน ซึ่งหมายถึง ผู้นำตามธรรมชาติที่ชาวบ้านเคารพนับถือผู้นำทางศาสนา ผู้นำที่ได้รับการเลือกตั้งหรือแต่งตั้งจากทางราชการ เพื่อเป็นผู้ชักนำชาวบ้าน ผู้นำชุมชนโดยทั่วไป จะสามารถปรับทัศนะและการยอมรับสิ่งใหม่ๆได้เร็วกว่า และเป็นผู้นำที่ชาวบ้านมีความศรัทธาในตัวผู้นำอยู่แล้ว การเริ่มต้นจากผู้นำจึงไปได้ เร็วกว่า และได้รับการยอมรับจากประชาชนทั่วไป

6. ขั้นตอนการดำเนินงานต่าง ๆ ต้องให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ตั้งแต่เริ่มต้นกล่าวคือ การร่วมหาข้อมูล ร่วมหาสาเหตุของปัญหา ร่วมปรึกษาหารือเพื่อหาทางแก้ไขปัญหา ร่วมการตัดสินใจ ร่วมการวางแผน ร่วมการปฏิบัติงาน ร่วมการติดตามผลงาน จนถึงขั้นการร่วมบำรุงรักษาในระยะยาว

**ขั้นตอนการมีส่วนร่วม**

ชัยณรงค์ สุระชัยปัญญา และคณะ ( 2545 : 10-11) ได้กระบวนการมีส่วนร่วมอาจมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ประเมินความต้องการในการเข้าร่วม ทำการรวบรวม และประเมินข้อมูลสาธารณเบื้องต้น เพื่อแยกผลกระทบต่อบุคคลหรือกลุ่มเบื้องต้น หาข้อมูลสภาพสังคมของชุมชนที่ถูกกระทบ ประเมินความต้องการของชุมชนในการเข้าร่วมในแผนงานโครงการต่าง ๆ จัดตั้งผู้ประสานงานระดับชุมชนเพื่อชี้แจงและสร้างความเข้าใจ การแสวงหาวิธีการมีส่วนร่วมที่ชุมชนเห็นด้วย เป็นต้น

2. จัดสร้างกระบวนการที่มีส่วนร่วม โดยมีขั้นตอนที่สำคัญ คือ

2.1 สร้างความเข้าใจร่วมกันในประเด็นต่าง ๆ ของการพัฒนาและการมีส่วนร่วมโดยมีการแยกแยะความสนใจความต้องการของบุคคลหรือกลุ่มและความต้องการในการมีส่วนร่วม

2.2 กำหนดเป้าหมายและสร้างแนวทางแก้ไขต่าง ๆ ที่อาจเป็นไปได้ร่วมกัน ประเมินแนวทางการพัฒนา ยืนยันแนวทางที่ถูกเลือกโดยวิธีการมีส่วนร่วมที่เหมาะสม

ดังนั้นตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน น่าจะเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากการที่ผู้เกี่ยวข้องได้มามีส่วนร่วมในกระบวนการทั้งหมดตั้งแต่ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ร่วมแก้ไขปัญหา และร่วมรับผลประโยชน์

**งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

**ทวี ขวัญมา** (2550 : 110) ได้ศึกษาการจัดการแบบมีส่วนร่วม ขององค์กรชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคไข้หวัดนก มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก และมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก อยู่ในระดับสูง ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

**สุนันทา เปรื่องธรรมกุล** (2550 : 108-115) ได้ศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินงานการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้เกี่ยวข้อง โดยใช้เทคนิคการประชุมระดมแนวคิดเพื่อสร้างอนาคตร่วม และได้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม 2 รูปแบบ คือ รูปแบบที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกเบาหวาน คือ การให้ความรู้ สาธิตการออกกำลังกายและกิจกรรมคลายความเครียด รูปแบบที่ 2 เป็นการมีส่วนร่วมในชุมชน คือ การเยี่ยมบ้านและการสร้างเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้ชุมชนและผู้ป่วยเกิดความตระหนักต่อสภาพปัญหาโรคเบาหวานสามารถจัดการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

**จันทร์เพ็ญ ประโยงค์** (2550 :77 ) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมภาวะเบาหวานในชุมชน ผลการศึกษาพบว่าผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมภาวะเบาหวานทุกขั้นตอนของการมีส่วนร่วม โดยพบว่าผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมสม่ำเสมอมากที่สุดในขั้นตอนการร่วมลงทุนในกิจกรรมโครงการ พบว่า เหตุผลของการมีส่วนร่วมลงทุนในกิจกรรมโครงการของผู้นำชุมชน เพื่อร่วมแก้ปัญหาและเสริมสร้างความสามัคคีในหมู่บ้าน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมภาวะเบาหวานในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการประยุกต์แนวคิดกระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม เพราะมีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชน และมีความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพ

จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่า ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนส่งผลทางตรงต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าประเมินความต้องการในการเข้าร่วมในแผนงานโครงการต่าง ๆ จัดตั้งผู้ประสานงานระดับชุมชนเพื่อชี้แจงและสร้างความเข้าใจ การแสวงหาวิธีการมีส่วนร่วมที่ชุมชนเห็นด้วย กำหนดเป้าหมายและสร้างแนวทางแก้ไขต่าง ๆ ที่อาจเป็นไปได้ร่วมกัน การมีส่วนร่วมของประชาชนมีหลายรูปแบบ เช่น การจัดประชุมสัมมนา การจัดอบรมการสัมภาษณ์และการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้างหรือไม่มีโครงสร้างเช่น การวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) หรือวิธีการอื่น ๆ การฝึกอบรมอาจจะทำก่อนหรือหลังจากที่ตกลงการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมก็ได้ หรืออาจจะกระทำโดยการสัมมนาเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง โดยเฉพาะผลการสัมมนาจะนำไปสู่การกำหนดแนวทางปฏิบัติต่อไปกำหนดประเด็นการติดตามประเมินผล หรือจัดในรูปแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคนิคการประชุมระดมแนวคิดเพื่อสร้างอนาคตร่วม (Future Search Conference = FSC) การจัดประชุมผู้แทนกลุ่มต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องนั้น ๆ เป็นต้นซึ่งการใช้สื่อให้บุคคลแสดงความสามารถและศักยภาพที่มีอยู่ เน้นการมีส่วนร่วม ตั้งแต่เริ่มกิจกรรมจนถึงสิ้นสุดกิจกรรม ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชน จะเป็นพลังสำคัญในการผลักดันให้กิจกรรม หรือแผนงานโครงการ ประสบผลสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**5.7 สมรรถนะแห่งตน**

# ****แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน****

การรับรู้ความสรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) เป็นแนวคิดพื้นฐานทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social learning theory)  ของ อัลเบิร์ต บันดูรา (Albert Bandura) ในปี ค.ศ.1997 ได้เสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถของตนเอง (Efficacy Expectation) โดยให้ความหมายว่า เป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตน ในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม ต่อมาในปี ค.ศ.1986 อัลเบิร์ต บันดูราได้พัฒนาแนวคิดของความคาดหวังความสามารถของตนเอง (Efficacy Expectation) เป็นแนวคิด การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) โดยให้ความจำกัดความว่า เป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1986)

              การรับรู้ความสรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory)  ของ Albert Bandura (1997) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน โดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก แต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ๆ ก็ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว และการแสดงออกของพฤติกรรมจะสะท้อนให้เห็นการเรียนรู้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) แม้ความรู้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่สามารถอธิบายการแสดงพฤติกรรมของบุคคลได้ครอบคลุม มีการศึกษาที่ยืนยันว่าความรู้จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ต้องผ่านความรู้สึกนึกคิด (Self-referent thoughts) ของบุคคลก่อน (Schunk & Cabonari, 1984) การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิดและเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำ (Lawrance & McLeroy, 1990) มีบทบาทสำคัญในการเป็นศูนย์กลางทางจิตใจและก่อให้เกิดความรู้สึกว่า “ฉันทำได้” (I can do) (Ross, 1992)   แม้ความรู้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่สามารถอธิบายการแสดงพฤติกรรมของบุคคลได้ครอบคลุม Schunk & Cabonari (1984) ยืนยันว่าความรู้จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ต้องผ่านความรู้สึกนึกคิด (Self-referent thoughts) ของบุคคลก่อน  การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิดและเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำ (Lawrance & McLeroy, 1990) การรับรู้ความสามารถของตนเองยังมีบทบาทสำคัญในการเป็นศูนย์กลางทางจิตใจและก่อให้เกิดความรู้สึกว่า “ฉันทำได้” (I can do it) (Ross, 1992)ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน โดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก แต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ๆ ก็ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว และการแสดงออกของพฤติกรรมจะสะท้อนให้เห็นการเรียนรู้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) จากนั้นอัลเบิร์ต บันดูรา ไม่ได้กล่าวถึงความคาดหวังอีกเลย (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550: 57)

**แนวคิดพื้นฐานของการรับรู้สรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy)**

             เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฏีการเรียนรู้ทางสังคมของ Albert Bandura (1997) มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของคนเรานั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (Environment factor) เพียงอย่างเดียว แต่จะต้องมีปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factor) เช่น สติปัญญา ชีวะภาพ และสิ่งภายในอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้นและจะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) ตามหลักความเป็นเหตุผลกับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม ซึ่งสามารถแสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 3 ประการ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3

                                            P

                            B                 E

**แผนภูมิที่** **3**  แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (P) สภาพแวดล้อม (E) และพฤติกรรม (B) ในการกำหนดซึ่งกันและกัน (แหล่งที่มา Bandura, 1977)

         ปัจจัยทั้ง 3 ประการ ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกัน ไม่ได้หมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยนั้นจะต้องมีอิทธิพลกำหนดอย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากบางปัจจัยอาจน้อยกว่า  ยิ่งไปกว่านั้นทั้งทั้ง 3 ปัจจัย  ไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่นๆ (Bandura, 1997) กล่าวคือพฤติกรรมของบุคคลอาจเกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมและปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น การรับรู้ความเชื่อ ในขณะเดียวกันปัจจัยภายในตัวบุคคลก็ได้รับอิทธิพลจากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกและปัจจัยสภาพแวดล้อม ในทางกลับกันสภาพแวดล้อมก็เปลี่ยนไปตามพฤติกรรมของบุคคลและความเชื่อต่างๆ ที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นปัจจัยทั้ง 3 ประการ  มีลักษณะเป็นเหตุเป็นปัจจัยซึ่งกันและกัน จึงเป็นระบบเกี่ยวพัน (Interlocking system) มีผลต่อการกระทำและการเรียนรู้ของบุคคล โดยอาศัยหลักดังกล่าว จึงอาจสรุปได้ว่า เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งออกมา บุคคลจะรับรู้ในความสามารถของตนและเรียนรู้ถึงผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ การตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมใดๆ ของบุคคล เกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997)

         Bandura (1997) อธิบายว่า การที่มนุษย์จะรับเอาพฤติกรรมใดไว้ขึ้นอยู่กับปัจจัยสองประการคือ การรับรู้ความสามารถของตน (Percieved Self-Efficacy ) หมายถึงการประเมินความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้น เป็นการตัดสินว่าผลของการกระทำจะเกิดพฤติกรรมที่จะนำไปสู่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectations) หมายถึง การคาดคะเนของบุคคลว่า ถ้าทำพฤติกรรมนั้นแล้ว จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนคาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน Bandura จึงได้นำเสนอแผนภูมิแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตน ในแผนภูมิที่ 4 ดังนี้

ความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น(Outcome Expectation)

การรับรู้ความสามารถของตน(Percieved Self-Efficacy)

ผลที่เกิดขึ้น(Outcome)

บุคคล

(Person)

พฤติกรรม(Behavior)

**แผนภาพที่ 4** การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการกระทำ (Bandura, 1977)

|  |
| --- |
| **ความเชื่อในความสามารถของตนเอง**  –     ระดับความยากง่าย  –      ระดับพลังของความเชื่อ  –      ความสามารถในการนำไปปฏิบัติ |

|  |
| --- |
| **ความเชื่อในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น**  –      ผลลัพธ์ด้านร่างกาย  –      ผลลัพธ์ด้านสังคม  –      ผลลัพธ์ด้านการประเมินตนเอง |

**แผนภาพที่ 5**  แสดงความสัมพันธ์แบบมีเงื่อนไข และความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น แหล่งที่มา (Bandura, 1997: 22)

         อัลเบิร์ต บันดูราเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้ เนื่องจากความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัวเป็นพลวัตร(Dynamic) หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวการณ์นั้นๆ นั่นคือ ถ้าบุคคลๆนั้นมีความเชื่อว่าเรามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด(Evans, 1989 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550: 57-58)

**วิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง**การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura ได้เสนอแหล่งข้อมูลในการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการที่คนเราจะสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้น เกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่างๆ (Bandura, 1977; 1986; 1997) 4 แหล่งดังนี้

         1)  ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Enactive mastery experience) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง การประสบความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ การกระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็จ จะช่วยส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง โดยเชื่อว่าถ้าหากให้กระทำกิจกรรมนั้นอีกหรือกระทำกิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จะสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จซ้ำอีก ความสำเร็จหลายๆ ครั้งที่ได้รับจะช่วยสร้างระดับพลังความเชื่อที่แรงกล้าในการรับรู้ความสามารถของตนเอง แต่ความล้มเหลวซ้ำแล้วซ้ำเล่าจะบั่นทอนความเชื่อในการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าความล้มเหลวนั้นเกิดขึ้นก่อนที่ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะถูกสร้างขึ้น ถ้าหากบุคคลใดได้สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองขึ้นมาแล้ว ก็มักจะมีความพยายามในการทำกิจกรรมที่กำหนด และถึงแม้จะต้องเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ก็ไม่ย่อท้อง่าย ประสบการณ์ของการได้รับความสำเร็จมาก่อนเป็นแหล่งที่มาที่สำคัญและมีอิทธิพลมากที่สุดในการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Percieved self-efficacy)

          2)  การใช้ “ตัวแบบ” (Model) หรือการสังเกตประสบการณ์ (Vicarious experience) จากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวจากการกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ย่อมมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของผู้สังเกตในเรื่องนั้นๆ ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าตัวแบบนั้นมีลักษณะหรืออยู่ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตมากเท่าไร ก็ยิ่งมีอิทธิพลมากขึ้น การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลลัพธ์ที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้สังเกตรู้สึกว่าเขาก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อBandura จึงมีความเชื่อว่าคนเราส่วนใหญ่นั้นจะต้องผ่านการเรียนรู้โดยการสังเกตพฤติกรรมจากผู้อื่นมาแทบทั้งสิ้น

         การใช้ตัวแบบประกอบด้วย 4 กระบวนการดังนี้

         กระบวนการที่ 1 กระบวนการตั้งใจ (Attentional processes) บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้จากการสังเกต ถ้าเขาไม่มีความตั้งใจและรับรู้อย่างแม่นยำถึงพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออก การตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้น องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจ แบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบของตัวแบบเอง ตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะสังเกต ต้องเป็นตัวแบบที่มีลักษณะเด่นชัด เป็นตัวแบบที่ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อนมาก เข้าใจง่าย และพฤติกรรมของตัวแบบที่แสดงออกควรมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์ นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบของผู้สังเกต ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ของผู้สังเกต ซึ่งรวมถึงการเห็น การได้ยิน การรับรู้รส กลิ่นและสัมผัส ระดับของการรับรู้ความสามารถทางปัญญา ระดับของการตื่นตัว และความชอบที่เคยเรียนรู้มาก่อนแล้ว

         กระบวนการที่ 2 กระบวนการเก็บจำ (Retention processes) บุคคลต้องจดจำลักษณะของตัวแบบ แล้วแปลงข้อมูลจากตัวแบบเป็นรูปของสัญลักษณ์และจัดโครงสร้างเพื่อให้จดจำง่าย การที่บุคคลมีการเก็บความทรงจำ จึงสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบหรือแสดงพฤติกรรมเลียนแบบภายหลังการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบผ่านไประยะเวลาหนึ่ง

         กระบวนการที่ 3 กระบวนการกระทำ (Production processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้นั้นมาเป็นการกระทำ การได้ข้อมูลย้อนกลับ จากการกระทำของตนเอง และเทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำได้ จะช่วยให้ผู้สังเกตสามารถปรับปรุง แก้ไขพฤติกรรมของตนและการเลียนแบบจนเป็นที่พอใจ

         กระบวนการที่ 4 กระบวนการจูงใจ (Motivational processes) พฤติกรรมที่ผู้สังเกตเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ อาจแสดงออกมาหรือไม่ก็ได้ย่อมขึ้นกับสิ่งล่อใจภายนอก ถ้าพฤติกรรมของตัวแบบได้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจหรือสามารถหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงพอใจ จะมีแนวโน้มเลียนแบบสูง เพราะบุคคลเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบหรือเกิดความรู้สึกแฝงว่าตนคือผู้ได้รับผลลัพธ์ที่น่าพอใจนั้น

         ประเภทของตัวแบบแบ่งเป็น 2 ประเภทดังนี้ (Bandura, 1977) คือ ประเภทที่ 1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงๆ (Live modeling) คือ ตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง และประเภทที่ 2 ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic modeling) คือ ตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การ์ตูน หนังสือ ภาพพลิก (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) ตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีการสังเกตนั้นจะต้องมีลักษณะเด่นชัด ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อน มีความเป็นไปได้ดึงดูดใจให้ปฏิบัติตามและมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์ (Bandura, 1997)

              3)  การพูดชักจูง (Verbal persuasion) หมายถึง การที่ผู้อื่นซึ่งมีความสำคัญ/มีอิทธิพลในการโน้วน้าวจิตใจหรือเป็นที่เคารพนับถือของบุคคลนั้น (Significant persuasion) ได้แสดงออกโดยคำพูดว่าบุคคลมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมที่กำหนดได้ โดยการพูดชักจูงให้เชื่อในความสามารถของตนเอง ย่อมทำให้บุคคลเลิกสงสัยในตัวเอง (Self-doubts) แต่เกิดกำลังใจและมีความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำให้สำเร็จก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

         4) การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ (Emotional arousal) ในการตัดสินความสามารถของตนเองของบุคคล ส่วนหนึ่งอาศัยอาการแสดงทางกายและสภาพอารมณ์ที่ถูกกระตุ้น เมื่อเผชิญกับภาวะตึงเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคามจะมีผลต่อความรู้สึกในทางลบ เช่น เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ซึ่งโดยทั่วไปคนเรามักจะท้อถอยและคิดถึงความล้มเหลวมากกว่าจะคาดหวังถึงความสำเร็จ เมื่ออยู่ในภาวะเหนื่อยล้าหรือตึงเครียด เพราะคนเรามักจะตีความหมายของปฏิกิริยาความเครียดว่าเป็นผลมาจากการไม่มีความสามารถดีพอ และจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง ถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดมากขึ้น ก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดี อันจะนำไปสู่ประสบการณ์ของความล้มเหลว ซึ่งจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถบุคคลสามารถลด หรือระงับการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย

**งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

วิยดา สุวรรณชาต (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนของ Bandura (1997) และแนวคิดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ ของ Tobin, et al. (1986) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่อายุ 18 – 59 ปี ที่มารับ การรักษาในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลแก่งกระจาน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน โดยจับคู่ อายุ เพศ และระดับการควบคุมโรคหืดเหมือนกัน กลุ่มควบคุมได้รับ การพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เครื่องมือ วิจัยประกอบด้วยโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการ ตนเองของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ โปรแกรมและแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง และแบบสอบถาม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ได้เท่ากับ .74 และ .72 ตามลำดับ วิเคราะห์ ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที

**บังอร ปีประทุม** (2548) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้ป่วยโรคหืด มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการรักษา พยาบาลของผู้ป่วยโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (r = .65, p < .01) โดยการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรม สุขภาพด้านการรักษาพยาบาลได้ดีที่สุด (R² = .433, p < .01)  **อุรารักษ์ ลำน้อย** (2552) พบว่าหลังให้โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แก่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดไปแล้ว 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนมาใช้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการ จดการตนเองที่ถูกต้องในการควบคุมโรคหืด วัยผู้ใหญ่ โดยเชื่อว่าหากผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่ รับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการ จัดการตนเองที่ถูกต้องและรับรู้ถึงประโยชน์ของ การมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม ควบคู่ไปด้วยจะทำให้เกิดการเริ่มปรับเปลี่ยน พฤติกรรมใหม่ หากพฤติกรรมใหม่ให้ผลตามที่ ผู้ป่วยคาดหวัง ก็จะส่งผลให้มีการคงไว้ซึ่ง พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงใหม่นั้น (Bandura, 1997; Pender, 2006 **รจเรข พิมพาภรณ์** (2550 :86) ศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อความวิตกกังวลและการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเลย จำนวน 30 ราย แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้แบบประเมินความวิตกกังวล และโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่า กลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรม มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการจัดการกับอาการหายใจลำบากสูงกว่า ระดับความวิตกกังวลต่ำกว่า และมีพฤติกรรมการจัดการตนเองกับอาการหายใจลำบากได้ดีกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  **สุนันทา นวลเจริญ (2554)** ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถ ในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยจิตเภท มารับบริการ โรงพยาบาลเสนา จำนวน 40 คน มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกลุ่มละ 20 คน เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือ ในการทดลองคือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และหาค่าความเที่ยงของ แบบสอบถามแล้ว ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เท่ากับ .98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (paired t-test และ independent t-test)ผลการวิจัยพบว่าความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังการทดลองพบว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**5.8 แรงสนับสนุนครอบครัวต่อการจัดการตนเอง**

ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว(Individual and family selfmanagement theory) (Ryan & Sawin, 2009) มีความเชื่อว่า สมาชิกในครอบครัวเป็นศูนย์กลางและมีประสิทธิภาพสูงสุดในการมีส่วนร่วมเสริมสร้างสุขภาพส่วนบุคคล โดยอาจจะร่วมมือหรือไม่ร่วมมือกับบุคลากรด้านสุขภาพก็ได้ซ่ึงองค์ประกอบของทฤษฎีประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ มิติด้านบริบท มิติด้านกระบวนการ และมิติด้านผลลัพธ์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ มิติด้านบริบท (Context) เป็นความเฉพาะเจาะจงที่กระตุ้นใหเ้กิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านเงื่อนไขเฉพาะ ปัจจัยด้าน กายภาพและสิ่งแวดล้อมทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ปัจจัยด้านเงื่อนไขเฉพาะ(Condition dpecific) เป็นลักษณะโครงสร้างทางสรีรวิทยา หรือวิธีการรักษาหรือวิธีีการป้องกันของบุคคล ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง สิ่งที่มีผลต่อปัจจัยส่วนนี้ เช่น ความซับซ้อนของการรักษาความซับซ้อนของพยาธิสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและระยะเวลาของการเจ็บป่วย เป็นต้น ปัจจัยด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมทางสังคม (Physical & social environment) เป็นปัจจัยทางกายภาพหรือสังคมรวมทั้งปัจจัยต่าง ๆ เช่น การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ ลักษณะวัฒนธรรม การทำงาน การคมนาคม เป็นต้น ซึ่งเป็นสิ่งที่จะเพิ่มหรือเป็นอุปสรรคในการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว (Individual & family factors) เป็นลักษณะของบุคคล และครอบครัวที่มีผลต่อการเพิ่มหรือลดการจัดการตนเอง เช่น ลักษณะโครงสร้างของร่างกาย ลักษณะการทำงาน ลักษณะของการรักษา พฤติกรรมการป้องกันโรคระยะพัฒนาการของแต่ละบุคคล ความสามารถของครอบครัว และความสามัคคี และระดับเศรษฐานะของครอบครัว มิติด้านกระบวนการ(Processes) เป็นวิธิีการที่จะนำไปสู่การจัดการตนเอง Ryan and Sawin (2009) เสนอมิติด้านกระบวนการในการจัดการตนเองไว้ 3 ด้าน คือ ความรู้และความเชื่อ การควบคุมตนเอง และการอำนวยความสะดวกจากสังคม

แรงสนับสนุนจากคนในครอบครัว เป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวมาก จะมีการปฏิบัติตนในเรื่องการจัดการรับประทานของหวาน ได้อย่างเข้มงวด และรับประทานยาได้ถูกต้องสมํ่าเสมอ มากกว่าผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย (ปทุมพรรณ มโนกุลอนันต์, 2535)เช่นเดียวกับการศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน พบว่า การที่สมาชิกในครอบครัวให้การเอาใจใส่และสนับสนุน หญิงตั้งครรภ์ให้ปฏิบัติตัวถูกต้อง เป็นแรงกระตุ้นให้ หญิงตั้งครรภ์มีการดูแลตนเองได้ถูกต้องมากกว่าหญิง ตั้งครรภ์ทีได้รับแรงสนับสนุนน้อย(รัชนีกลิ่นศรีสุข,2540)

การศึกษาของ Lemos, Antunes, Baptista, Tufik, Mello และ Formigoni (2012) ที่ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวและความเข้มข้นของความหมดหวัง ความซึมเศร้า และความวิตกกังวล ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสารเสพติด (ดื่มแอลกอฮอล์และเสพยา เสพติด) ตามเกณฑ์ของ DSM-IV จำนวน 60 คน และผู้ป่วยที่เข้าข่ายการติดสารเสพติดแต่ยังไม่ถึงเกณฑ์ทาง DSM-IV จำนวน 65 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้แก่ มาตรวัดการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว (Family Support; FSPI) มาตรวัดความซึมเศร้า (Beck Depression Inventory; BDI) มาตรวัดความวิตกกังวล (Beck Anxiety Inventory; BAI) และมาตรวัดความหมดหวัง (Beck Hopelessness Scale) ในการวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์การถดถอย โลจิสติกในการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัยนี้พบว่า บุคคลที่มีคะแนนการสนับสนุนจากครอบครัวสูง และมีความหมดหวังต่ำมีความสัมพันธ์กับการติดสารเสพติดในทางลบ บุคคลที่มีคะแนนความวิตกกังวลสูงจะมีแนวโน้มในการติดสารเสพติดสูง และยังพบว่าเฉพาะกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสารเสพติดนั้น คะแนนการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคะแนนด้านความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความหมดหวังในทางบวก กล่าวได้ว่า บุคคลที่ติดสารเสพติดและมีการรับรู้ด้านการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับต่ำมีความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความหมดหวังในระดับสูง ดังนั้น การสนับสนุนจากครอบครัวจึงเป็นปัจจัยที่สังคมควรให้ความสำคัญ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการบำบัด เยียวยา รักษาบุคคลโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับกลุ่มคนที่มีการใช้สารเสพติด

แรงสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ปัญหาและอุปสรรค และการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต (ปิยพรรณ เทียนทอง, 2540) และพฤติกรรมการดูแลตนเองใน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (กัณณิกา โคตรบรรเทา, 2551; วิรัตน์ทาสะโก, 2548; Oo, 1999) นอกจากนี้ อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจและคณะ (Siripitayakunkit et al., 2008) พบว่า การรับรู้พฤติกรรมสนับสนุนการดูแลจากครอบครัวมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการ รับรู้การปรับแบบแผนการดำ เนินชีวิตกับโรคเบาหวาน ของผู้ที่เป็นเบาหวาน นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการ สนับสนุนทางสังคมต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมี การดูแลตนเองในระดับดี(จันทิมา โดษะนันท์, 2543; ดลฤดีทับทิม, 2547)

**สรินยา ไชยนันท์** (2551 : 84) ศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็น

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านในอำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนากลุ่มตัวอย่างได้แก่ครอบครัวที่มีคนป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน จำนวน 62 รายใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับมาก การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ร้อยละ 90.32 การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ร้อยละ 83.87 การมีส่วนร่วมในการวางแผนตัดสินใจร้อยละ 79.32การมีส่วนร่วมในปฏิบัติการร้อยละ 69.35 ซึ่งงานวิจัยนี้จะช่วยให้มีการวางแผนและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านได้

**ปทุมพรรณ มโนกุลอนันต์** ( 2535 ) ได้ศึกษางานวิจัยเชิงคุณภาพที่ผ่านมา พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัว เป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวมากจะมีการปฏิบัติตนในเรื่องการจัดการรับประทานของหวาน ได้อย่างเข้มงวด และรับประทานยาได้ถูกต้องสมํ่าเสมอ มากกว่าผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน พบว่า การที่สมาชิกในครอบครัวให้การเอาใจใส่และสนับสนุน หญิงตั้งครรภ์ให้ปฏิบัติตัวถูกต้อง เป็นแรงกระตุ้นให้ หญิงตั้งครรภ์มีการดูแลตนเองได้ถูกต้องมากกว่าหญิง ตั้งครรภ์ทีได้รับแรงสนับสนุนน้อย(รัชนีกลิ่นศรีสุข,2540)

**สุพิชา อาจคิดการ** ( 2555; Lietal., 2013 ) พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทาง บวกกับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจาก สมาชิกครอบครัวเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดและคอยให้การ สนับสนุนในการล้างไตกับผู้ป่วยได้ดีที่สุด การได้รับการ สนับสนุนที่ดีจากครอบครัว จึงช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับ การเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างเหมาะสมมีการจัดการตนเอง ที่ดีมีภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น

**วสันต ศิลปสุวรรณและคณะ** (2544) ไดทําการศึกษาปจจัยที่มีอิทธิพลตอพฤติกรรมสงเสริมสุขภาพในผูสูงอายุ จังหวัดกําแพงเพชร ผลการศึกษาพบวา ความพึงพอใจในบริการสุขภาพ การไดรับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนบาน บุคลากรทางการแพทยและสาธารณสุข และการไดรับขอมูล ขาวสารทางดานแพทยและสาธารณสุขมีความสัมพันธกับพฤติกรรมสงเสริม สุขภาพผูสูงอายุอยางมีนัยสําคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.9 **การรับรู้สภาวะสุขภาพ (Health perception status)**

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อ และความคิดเห็นของบุคคลต่อภาวะ สุขภาพของตนเอง เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึก ความเชื่อ และความคิดเห็นของผู้ป่วยในช่วงเวลาหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและการดาเนินของโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งมีผู้ที่ให้ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพดังต่อไปนี้

สปค และคนอื่นๆ (Speak; et al. 1989: 93-100) กลาววา การรับรูภาวะสุขภาพ หมายถึง แนวคิดหรือความคิดของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ อันเปนการประเมินตนเองทั้งหมดทั้งมวลที่เกี่ยวของกับรางกาย ซึ่งขึ้นอยูกับประสบการณและการเรียนรูเกี่ยวกับสุขภาพในอดีต และปจจัยอื่น ที่มีผลตอการรับรูสวนบุคคล เชน สภาพรางกาย ความเชื่อ การแนะนําจากสมาชิกในครอบครัว เปน ตน อยางไรก็ตาม การรับรูภาวะสุขภาพ เปนผลสะทอนของการประเมินตนเองทั้งหมดทั้งมวลที่ เกี่ยวของกับรางกายที่อยูบนพื้นฐานของแนวคิดและความคิดเห็นสวนบุคคล

เพนเดอร (Pender. 1987: 64) กลาววา การรับรูภาวะสุขภาพ เปนสวนของการสังเกต สถานภาพของสุขภาพ เปนความคิดเห็นและความเขาใจของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพและประเมิน ระดับภาวะสุขภาพของพวกเขาที่มีผลกระทบทําใหเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสงเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลตนเอง และเปนปจจัยที่มีอิทธิพลพฤติกรรมความรับผิดชอบและเอาใจใสในการดูแล ตนเอง

Orem (1991) ได้กล่าวถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถ และคุณสมบัติพื้นฐานที่ทาให้บุคคลมีการดูแลตนเองเกิดขึ้น เนื่องจากการับรู้ภาวะสุขภาพทาให้ บุคคลเกิดความเข้าใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และทาให้บุคคลตระหนักเห็นความสาคัญของสิ่ง ที่ตนได้รับรู้ ซึ่งจะจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมไปตามที่รับรู้ช่วยให้บุคคลเกิดทักษะในการคิด ไตร่ตรอง ตัดสินใจที่จะกระทาการดูแลตนเอง Pender (1996) ได้กล่าวถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพว่าเป็นปัจจัยด้านคุณลักษณะและ ประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่มีความสำคัญ โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความคิด ความรู้สึกความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนเอง การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง (Self - rated health) ซึ่งเป็นการสังเกต และการรับรู้อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และตัดสินความรุนแรง เหล่านั้นซึ่งได้มีผู้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินได้หลายวิธีดังนี้

1. เครื่องมือการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General health perception battery) ของ Brook, Ware, and Davies - Avery (1979) ซึ่งเป็นข้อคาถามที่มีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้ ภาวะสุขภาพในด้านต่าง ๆ เช่น การรับรู้สุขภาพในอดีต ประสบการณ์ ความเชื่อทัศนคติเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยของตน การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต การรับรู้ ความต้านทานโรค และความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ความวิตกกังวล และความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

2. แบบวัดภาวะสุขภาพของเดนิส (Denyes health status instrument) ที่สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1980 เป็นแบบวัดที่บุคคลประเมินภาวะสุขภาพของตนเองตามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน ได้แก่ คำถามที่เกี่ยวกับสุขภาพ และการพักผ่อนโดยทั่วไปตามความรู้สึกที่แท้จริงที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานั้น ๆ

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิต SF - 12 เวอร์ชั่น 2 ของ Ware (1996) เป็นแบบสอบถาม

ฉบับย่อของแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต SF - 36 ซึ่งเป็นแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้น ในสหรัฐอเมริกา และมีการใช้กันแพร่หลายไปทั่วโลก แบบสอบถาม SF - 12 นั้นจะใช้เวลาในการ ทาที่สั้น มีคาถามทั้งหมด 12 คำถามโดยได้ผลลัพธ์โดยรวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นประเมิน นี้เป็นเวอร์ชั่น 2 มีรายงานคะแนนตามมิติทางด้านสุขภาพทั้ง 8 มิติ ได้แก่ มิติทางด้าน Physical Functioning: PF (คำถามข้อที่ 2, 3), Role Physical: RP (คำถามข้อที่ 4, 5), Bodily Pain: BP (คำถาม ข้อที่ 8) General Health: GH (คำถามข้อที่ 1) Vitality: VT (คำถามข้อที่ 10) Social Functioning: SF (คำถามข้อที่ 12) Role Emotional: RE (คำถามข้อที่ 6, 7) และ Mental Health: MH (คำถามข้อที่ 9, 11) โดยค่าคะแนนอยู่ค่าระหว่าง 0 - 100 คะแนน ซึ่งค่าคะแนนที่มากจะหมายความถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี วัดค่าความเที่ยงภายในโดยได้ค่าครอนบาคเท่ากับ .73 และ .77 ภายใต้มิติทางด้านร่างกาย และมิติทางด้านจิตใจตามลำดับ

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-12 เวอร์ชั่น 2 ของ Ware et al. (1996) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่วัดมิติทางด้านร่างกายและมิติทางด้านจิตใจจากการทบทวนงานวิจัยในเรื่องของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งหมายถึงโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของร่างกาย รวมทั้งสภาวะทางด้านอารมณ์ ที่บอกถึงความสามารถเผชิญ ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ .01 ซึ่งหมายความว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงด้วยเช่นกัน (กิ่งแก้ว ไชยเจริญ, 2543)

**งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

จากการศึกษาของ ดุษฎีบูล บุตรสีทา (2543) ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะ และคอ พบว่า ปัจจัยทางด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านความวิตกกังวล โดยรวม มีระดับการรับรู้ปานกลางทุกข้อ เนื่องจากการที่ผู้ป่วย อยู่ในสภาวะที่ร่างกายมีการเจ็บป่วย ย่อมเกิดความเครียด ความวิตกกังวลตามมาด้วยเสมอ ซึ่งส่งผลกระทบตามมาคือผู้ป่วยจะรู้สึก ไม่อยากที่จะสนใจทำกิจกรรมอย่างอื่น (ดุษฎีบุล บุตรสีทา, 2543) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญสม กองนิล (2545) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพความคิด อัตโนมัติในด้านลบ การปรับตัวในสังคมกับความซึมเศร้าในหญิงวัยหมดระดูโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร พบว่า ในส่วนของปัจจัยการรับรู้สุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่างกับความซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นูรมา แวบือซา (2551) ศึกษาการรับรูภาวะสุขภาพของผูปวยโรคเบาหวาน พบวา การรับรู้ภาวะสุขภาพ พบวา การรับรูโอกาสเสี่ยงตอการเกิดภาวะแทรกซอน มีคะแนนเฉลี่ยรายดาน สูงสุดคือ 11.28 คะแนน จากคะแนนเต็ม 15 มีคาเบี่ยงเบนมาตรฐานเทากับ 2.52 มีคะแนนเฉลี่ย รายขอเทากับ 2.56 จากคะแนนเต็ม 3 โดยมีการรับรูภาวะสุขภาพถูกต้องระดับสูงสวนดานอื่น ๆ ไดแกการรับรูความรุนแรงของโรคการรับรูประโยชน์ที่จะไดรับ และการรับรูอุปสรรคในการดูแลสุขภาพมการรับรู้ถูกตองอยู่ในระดับปานกลางในดานการรับรูภาวะสุขภาพโดยรวมมีการรับรูถูกตองอยูในระดับปานกลางเชนกัน

มะลิวรรณ หมื่นแก้วกล้าวชิิต (2551) ศึกษาความสัมพันธระหวางการรับรูภาวะสขภาพ ุ แรงสนับสนุนทางสังคม เจตคติตอการตั้งครรภและการฝากครรภของสตรีตั้งครรภวัยรุน พบวา การรับรูภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมเจตคติตอการตั้งครรภมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภของสตรีตั้งครรภวัยรุ่นอยางมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .266, p<.01)

วณิตา กองแกว (2549) ที่ศึกษากลุมผูสูงอายุในชมรมผูสูงอายุ พบวา การรับรูภาวะสุขภาพ มี ความสัมพันธทางบวกกับพฤติกรรมการดูสุขภาพ อยางมีนัยสําคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 สรุปไดวาการรับรูภาวะสุขภาพมีความสัมพันธกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 43 3. ตัวแปรอื่นๆ นอกจากตัวแปรทางชีวสังคมและการรับรูภาวะสุขภาพแลวยังมีตัวแปรอื่นที่มี ความสัมพันธกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดังจะเห็นไดจากงานวิจัยดังตอไปนี้

เทียนทิพย เทียนสีมวง (2549) ที่ไดทําการศึกษาการเห็นคุณคาในตนเอง การรับรูภาวะ สุขภาพและพฤติกรรมสงเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจําเดือน พบวา การเห็นคุณคาในตนเองมี ความสัมพันธทางบวกกับพฤติกรรมสงเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจําเดือนอยางมีนัยสําคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05

**5.10 ภาวะซึมเศร้า**

โรคซึมเศร้า ([อังกฤษ](https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%A9%E0%B8%B2%E0%B8%AD%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%81%E0%B8%A4%E0%B8%A9): major depressive disorder ตัวย่อ MDD) หรือภาวะซึมเศร้าคลินิก

(clinical depression) ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (major depression) ภาวะซึมเศร้าขั้วเดียว (unipolar depression) หรือโรคซึมเศร้าซ้ำ (recurrent depression) ในกรณีผู้ป่วยมี[คราว](https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A7%E0%B8%8B%E0%B8%B6%E0%B8%A1%E0%B9%80%E0%B8%A8%E0%B8%A3%E0%B9%89%E0%B8%B2)ซ้ำ ๆ เป็น[ความผิดปกติทางจิต](https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%9C%E0%B8%B4%E0%B8%94%E0%B8%9B%E0%B8%81%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%88%E0%B8%B4%E0%B8%95) (mental disorder) ที่กำหนดโดยพื้น[อารมณ์](https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%A1%E0%B8%93%E0%B9%8C)ซึมเศร้าที่ทั่วไปและต่อเนื่อง ร่วมกับ[ความภูมิใจแห่งตน](https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%A0%E0%B8%B9%E0%B8%A1%E0%B8%B4%E0%B9%83%E0%B8%88%E0%B9%81%E0%B8%AB%E0%B9%88%E0%B8%87%E0%B8%95%E0%B8%99)ต่ำและ[การเสียความสนใจและสุขารมณ์](https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%A7%E0%B8%B0%E0%B8%AA%E0%B8%B4%E0%B9%89%E0%B8%99%E0%B8%A2%E0%B8%B4%E0%B8%99%E0%B8%94%E0%B8%B5)ในกิจกรรมที่ปกติทำให้เพลิดเพลินใจ คำว่า ความซึมเศร้า สามารถใช้ได้หลายทาง คือ มักใช้เพื่อหมายถึงกลุ่มอาการนี้ แต่อาจหมายถึงความผิดปกติทางจิตอื่นหรือหมายถึงเพียงภาวะซึมเศร้าก็ได้ โรคซึมเศร้าเป็นภาวะทำให้พิการ (disabling) ซึ่งมีผลเสียต่อครอบครัว งานหรือชีวิตโรงเรียน นิสัยการหลับและกิน และสุขภาพโดยรวมของบุคคล ในสหรัฐอเมริกา ราว 3.4% ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า[ฆ่าตัวตาย](https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%86%E0%B9%88%E0%B8%B2%E0%B8%95%E0%B8%B1%E0%B8%A7%E0%B8%95%E0%B8%B2%E0%B8%A2) และมากถึง 60% ของผู้ที่ฆ่าตัวตายนั้นมีภาวะซึมเศร้าหรือความผิดปกติทางอารมณ์อย่างอื่นใน[ประเทศไทย](https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%97%E0%B8%A8%E0%B9%84%E0%B8%97%E0%B8%A2) โรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางจิตที่พบมากที่สุด (3.7% ที่เข้าถึงบริการ) เป็นโรคที่สร้างภาระโรค (DALY) สูงสุด 10 อันดับแรกโดยเป็นอันดับ 1 ในหญิง และอันดับ 4 ในชาย

**แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า**

ภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยอิสระหรือเป็นสัมพันธ์ของปัจจัยอิสระหรือเป็น ปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยทางชีวภาพและจิตสังคม ยังไม่มีทฤษฏีใดที่จะอธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้า ได้สมบูรณ์โดยมีบุคคลพยายามอธิบายถึงสาเหตุและปัจจัยของภาวะซึมเศร้าไว้ในลักษณะแตกต่างกัน สามารถแบ่งออกเป็น 4 ทฤษฎีใหญ่ ๆ ด้วยกัน คือ ทฤษฎีทางจิตวิทยา ทฤษฎีทางจิตสังคม ทฤษฎีทางชีวภาพ และทฤษฎีปฏิสัมพันธ์จากสาเหตุที่ซับซ้อน ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ, 2547: 30 – 31)

1. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theories) คนทั่วไปจะรู้สึกชื่นชมตัวเองในเรื่อง เกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตัวเอง ประสบการณ์ของตัวเอง รวมทั้งสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ผู้ป่วย ซึมเศร้าขาดสิ่งที่จะทําให้มีความสุขรู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า มีประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาในด้านลบ จึงนําปสู่ความคิดยึดมั่น แปลความเหตุการณ์ปกติว่าเลวร้ายและรู้สึกหมดหวังโดยไม่ตรงกับความเป็นจริงความคิดด้านการมีเหตุผลผิดพลาดผลสรุปของความคิดไม่ถูกต้อง

2. ทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychosocial theories) ทฤษฎีทางจิตสังคม กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าเป็นการตอบสนองต่อการสูญเสียสิ่งที่รัก หรือเป็นผลมาจากความล้มเหลวในการชดเชยต่อสิ่งที่สูญเสียการที่ภาวะซึมเศร้าเกิดในผู้สูงอายุมากเนื่องจากผู้สูงอายุมีเวลาและโอกาสน้อย ที่จะหาสิ่งที่รักมาทดแทน ซิกมัมท์ (Seligman) ได้เสนอทฤษฎีการเรียนรู้ที่ผิดหวัง(Learned helplessness theory)อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากความบกพร่องด้านสติปัญญาขาดแรงจูงใจ รู้สึก ไม่มีคุณค่า และบกพร่องด้านสติปัญญา ภาวะซึมเศร้าจะเกิดเมื่อมีความคาคหวังว่าสิ่งเลวร้ายจะเกิดขึ้นเป็นการรับรู้ที่มาจากภายใน เรียนรู้ว่าไม่มีความสามารถจะป้องกันได้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทฤษฎีนี้จึงสามารถอธิบายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยประสบกับการสูญเสีย หรือต้องพึ่งพาได้

ผลการวิจัยดัชนีบ่งชี้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่าการที่ผู้สูงอายุมีทางเลือกการมองโลกในแง่ดี การมีความหมายในตัวบุคคลความสามารถในการช่วยตัวเองได้เป็นปจจัยที่ต่อต้านภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุพบว่า การที่ผู้สูงอายุมีทางเลือก การมองโลกในแง่ดีการมีความหมายในตัวบุคคล ความสามารถในการช่วยตัวเองได้เป็นปัจจัยที่ต่อต้านภาวะซึมเศร้า (ลิวรรณ อุนนาภิรักษณ, 2547 : 30 - 31)

3. ทฤษฎีทางชีวภาพ (Biological theories) กล่าวถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทมานานกว่า 30 ปีแต่ยังสรุปความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผลไม่ได้ สารสื่อประสาทที่ลดลงในภาวะซึมเศร้าได้แก่ ซีโรโทนิน(Serotonin) โดปามีน(Dopamine) อไซไท โคลีน(Acetylcholine) นอร์อีปเนพฟน(Norepinephrine) นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของ ระบบประสาทและตอมไร้ท่อ (Neuroendocrine) เช่น ต่อมไทรอยด์ผิดปกติระดับคอร์ติเซล (Cortisol) เพิ่มขึ้นในเลือดผิดปกติของการหลั่งของฮอร์โมนการเจริญเติบโต (Growth hormone) ปัจจัยทางพันธุกรรมก็มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเช่นเดียวกัน ผลการศึกษาใน ครอบครัวและคู่แฝดของผู้ปวยผิดปกติทางอารมณ์พบว่าเกิดความผิดปกติทางอารมณ์มากเป็น 4 เท่าเมื่อเทียบกับบุคคลทั่วไป (ลิวรรณ อุนนาภิรักษณ, 2547 : 31) ปัจจัยทางชีวภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เลือดไปหล่อเลี้ยงสมองลดลงผิดปกติของการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพในรอบวัน เช่น การนอนหลับ รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ประสาทในสมองซึ่งคล้ายกับการเปลี่ยนแปลงตามความชรา

4. ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์จากสาเหตุที่ซับซ้อน (Multiple causation theories)ภาวะซึมเศร้า ในวัยสูงอายุเกิดจากปฏิสัมพันธ์จากหลายสาเหตุที่ซับซ้อน

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่จิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าต่ำตําหนิตัวเองความรู้สึกเหล่านี้คงอยู่เป็นเวลานานและเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย (สถาบันสุขภาพจิต, 2544 : 10)

สมาคมจิตแพทย์ของอเมริกา (ค.ศ. 1994) ให้ความหมายของอาการซึมเศร้าว่าหมายถึง ผู้ปวยที่แสดงอารมณ์เศร้า ความสุขในชีวิตลดลง รวมกับมีอาการต่อไปนี้ 4 อย่างหรือมากกว่า โดยมีอาการทุกวัน นาน 2 สัปดาห์หรือมากกว่า มีน้ำหนักลดลงชัดเจน ลดร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวใน 1 เดือน หรือเบื่ออาหารหรืออยากอาหารมากขึ้น นอนไม่หลับ เป็นอาการที่ได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า การเคลื่อนไหวมากผิดปกติ ได้แก่กระสับกระส่าย หรือ เคลื่อนไหวโดยไม่มีจุดหมาย เช่น แกว่งแขน นั่งนิ่งไม่ได้หรือ เคลื่อนไหวเชื่องช้า พูดโต้ตอบช้าอ่อนเปลี้ยรู้สึกผิดหรือไม่มีคุณค่าโดยไม่มีเหตุผล ความสามารถในการคิด มีสมาธิหรือการตัดสินใจลดลง มีความคิดวนเวียนเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ, 2547 : 26)

ฟองแตและฟกเชอร์ กล่าวว่า (Fontaine and Fletcher) (นิตยา ภาสุนันท, 2548 : 192) ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่แสดงออกทั้งด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดการทําหน้าที่ของร่างกายและพฤติกรรมการแสดงออก (นิตยา ภาสุนันท์, 2548 : 192)

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า ในวัยผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับปัจจัยทั้งทางชีวภาพ ปัจจัยทางร่างกาย และปัจจัยทางจิตสังคม ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ บุคคลในครอบครัวเคยมีอาการซึมเศร้า หรือผู้ป่วย เคยมีอาการซึมเศร้ามาก่อน รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทจากการมีอายุมากขึ้น

ฮุงเกส (Hughes) (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ, 2547 : 27 – 28) ได้จําแนกปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุดังนี้ 1. ปัจจัยส่วนบุคคลผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้แก่ 1.1 เพศหญิงผู้หญิงมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย 2 -3 เท่า 1.2 เคยมีประวัติซึมเศร้า 1.3 มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัวเชื่อว่าปัจจัยด้านพันธุกรรมมีความเกี่ยวข้องน้อยเนื่องจากเกิดอาการในวัยสูงอายุ 1.4 มีสถานภาพสมรส หม้าย หย่า หรือแยก 1.5 ระดับการศึกษาต่ำยากจน 1.6 อยู่ในสถานพักฟื้นคนชรา เนื่องจากสภาพแวดล้อมทางจิตสังคม เป็นกิจกรรม หรือการปฏิสัมพันธ์ที่ไร้ความหมาย1.7 บุคลิกภาพย้ำคิดย้ำทํา (Obsession) มีภาวะโรคประสาท(Neuroticism) ซึ่งจะมีอารมณ์แปรปรวนง่ายแม้เป็นเหตุการณ์เล็กน้อย 2. ปัจจัยทางสังคม มีความเครียดทางสังคม ขาดการสนับสนุนทางสังคม เกิดความเครียดเรื้อรัง ขาดปฏิสัมพันธ์ที่มีความหมายกับบุคคลอื่น ขาดเพื่อน สูญเสียบทบาทและความสัมพนธ์ในสังคม 3. ภาวะสุขภาพไม่ดีรวมหมายถึงการมีโรคเรื้อรังความผิดปกติในการทําหน้าที่ ของร่างกายความไม่สุขสบาย 4. ความผิดปกติของสมอง และการรับความรู้สึกต่าง ๆ ในผู้สูงอายุมีระดับสารสื่อประสาท (Noradrenalin) และซีโรโทนิน(Serotonin) ลดลงและในผู้ที่มีภาวะซึมเศราก็มีสารสื่อประสาทสองชนิดนี้ทํางานลดลงเช่นเดียวกัน ดังนั้นการลดลงของสารสื่อประสาทนี้อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงสําหรับบางคน และผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติอยางรุนแรงของการมองเห็น การได้ยิน และการ ทําหน้าที่อื่น ๆ ของร่างกายมีผลให้แยกตัวจากสังคมและเกิดภาวะซึมเศร้า ภาวะทุพพลภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าทั้งในผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้สูงอายุปกติเนื่องจากไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่เพลิดเพลินและมีความหมาย

ฮุงเกส (Hughes) (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ, 2547 : 29 - 30) ได้จําแนกปัจจัยเสริมที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุดังนี้ 1. ประสบกับเหตุการณ์ที่รุนแรงของชีวิต เช่น การแยกจากกันและเสียชีวิตของ คู่ชีวิตหรือบุตร เกิดเหตุการณ์เลวร้ายรุนแรง หรือเจ็บป่วยหนักกับบุคคลใกล้ชิด สูญเสียเงิน หรือ สิ่งของถูกบังคับให้ย้ายที่อยู่และเจ็บป่วย 2. การเกษียณอายุงาน 3. ความยุ่งยากในครอบครัวและสังคมนอกบ้าน เกี่ยวข้องกับงาน สภาพภายในบ้าน สุขภาพของบุตร การมีชีวิตคู่ และการเงิน 4. ยาและเหล่ายาหลายชนิดมีผลข้างเคียงให้เกิดภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดได้มากกว่าวัยหนุ่มสาว โดยเฉพาะที่เคยมีภาวะซึมเศร้าหรือมีประวัติซึมเศร้าในครอบครัว ยาที่ทําให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ยากั้นตัวรับฮีสตามีน เช่น ซัยเม็ดทีดีน(Cimetidine) เรนิทีดีน (Ranitidine) ยากระตุ้นทางเดินอาหาร ยาหัวใจและยารักษาความดันโลหิตสูง ยากดระบบประสาทสวนกลาง ยาคลายความวิตกกังวล ยารักษาอาการทางจิต ยารักษาโรคพากิมสัน ยาสเตียรอยด์ยาแก้ปวด แก้อักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ยาต้านมะเร็ง ยาต้านจุลชีพ นอกจากยาต่าง ๆ แล้ว เหล้ายังเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุดื่มมาก เหล้ามีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งผู้สูงอายุจะไวต่อผลข้างเคียงมากกว่าวัยหนุ่มสาว เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย เหล้าและภาวะซึมเศร้าจะเป็นวงจรที่เสริมกันเอง กล่าวคือเหล้ามีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าและภาวะซึมเศร้าทําให้เกิดการติดเหล้า อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอาจแบ่งเป็นกลุ่มได้ดังนี้ (นิตยา ภาสุนันท, 2548 :193 - 194) 1. ด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะรู้สึกผิดหวัง เศร้า ท้อถอย ร้องไห้ อาจรู้สึกโกรธเกลียดกลัว หรือระแวงง่ายขาดความกระตือรือร้น ขาดความสนใจสิ่งต่าง ๆ และรู้สึกว่าในชีวิตไม่มีสิ่งใดที่ดีเลย 2. ด้านความคิดผู้ป่วยจะรู้สึกคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเองลดลงผู้ปวยจะคิด หมกหมุนในสิ่งที่เป็นปัญหาแต่ไม่สามารถแก้ปัญหาหรือช่วยตนเองได้สมาธิลดลงขาดความมั่นใจในตนเอง และไม่สามารถตัดสินใจได้รู้สึกหมดหวังในชีวิต หมดทางช่วยเหลืออาจมีความรู้สึกผิด ตําหนิตนเองและกล่าวโทษผู้อื่น อาจคิดเกี่ยวกับความตาย อยากฆ่าตัวตาย หรือมีอาการหลงผิด ประสาทหลอนได้ 3. ด้านพฤติกรรม การแสดงออกความสนใจในสิ่งต่าง ๆ จะลดลงผู้ปวยมักละเลยการดูแลตนเองในกิจวัตรประจําวันทั้งการรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่าย รวมทั้งสุขอนามัยส่วนบุคคล บุคลิกภาพและการแต่งกายด้วย ท่าทางการเคลื่อนไหวจะเปลี่ยนไป อาจเฉยเมย ทําอะไรช้าคิดช้าตัดสินใจไม่ได้หรืออาจกระสับกระส่ายอยู่นิ่งเฉยไม่ได้อาจทําอะไร ซ้ำ ๆ เช่น บิดมือไปมาดึงหรือขยี้ผมหรือเสื้อผ้า มักพูดช้า เสียงต่ำหรือเสียงระดับเดียว บางครั้งจะหยุดนิ่งไปนาน ก่อนจะตอบคําถาม ผู้ป่วยมักจะถดถอยแยกตัวจากสังคม 4. ด้านร่างกาย การนอนหลับเปลี่ยนไป อาจมานอน นอนหลับยาก ตื่นเช้ามาก หรือ นอนมากเกินไป ความอยากอาหารเปลี่ยนไป ทําให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ อาจลืมรับประทาน อาหารและดื่มน้ำน้อย ทําให้มีอาการท้องผูกอาจละเลยเกี่ยวกับการรับประทานยา เพื่อควบคุมโรคประจําตัว และอาจบ่นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางกายต่าง ๆ เช่น ใจสั่น กลืนลําบาก ปวดศีรษะ ปวดท้อง ปวดหลังอ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายกลัวจะเป็นมะเร็ง หรือโรคร้ายแรงที่ทําให้มีอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ อาการของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากวัยอื่น ๆ บ้าง ได้แก่ ผู้สูงอายุจะมีอาการมากกว่าในเรื่องนอนหลับมาก มีอาการกระวนกระวาย การบ่นเรื่องอาการเจ็บป่วย ทั้งที่ไม่มีโรคที่ชัดเจน มีอาการผิดปกติทางจิต เบื่ออาหารและน้ำหนักลดมาก ส่วนอาการที่มีน้อยในผู้สูงอายุ คือ พูดเรื่องฆ่าตัวตายน้อยแต่มักจะฆ่าตัวตายสําเร็จไม่ค่อยก้าวร้าวการตําหนิตัวเองน้อยลักษณะอาการแสดงดังกล่าวข้างต้น ทั้งอาการแสดงทางร่างกาย จิตใจ พฤติกรรมและ สังคม เป็นลักษณะที่แสดงให้เห็นได้ในผู้ป่วยซึมเศร้าทั่วไปแต่ในคนที่เกิดภาวะซึมเศร้าทั่วไปแต่ละ คนจะมีอาการแสดงไม่ครบทั้งหมดทุกประการ

สมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association) (ธรรมรุจาอุดม, 2547 : 20 - 21) ยังแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าบนพื้นฐานของอาการซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ (Mind depression) ภาวะซึมเศร้าในระดับนี้จะมีอาการซึมเศร้า เพียง 5- 6 อาการ มีความรู้สึกเศร้าหมองในบางขณะ ซึ่งบางทีมีสาเหตุและเหตุผลเพียงพอ แต่บางทีก็ไม่มี มีอาการอ่อนเพลีย เฉื่อยชาหรืออาการไม่สบายทางร่างกาย ตรวจทางร่างกายแล้วไม่พบความผิดปกติแต่อย่างใด มีอารมณ์เศร้าเพียงจิตใจ รู้สึกหดหู่เล็กน้อยอาจนํามาด้วยอาการย้ำคิดขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าคิดไม่ออก ทําอะไรล่าช้ามาก พูดช้าตอบช้าตัดสินใจลําบากมักรู้สึกหมดหวัง คิดว่าตนเองมีบาปหรือผิดในสิ่งที่ทําผิดพลาดไปเล็กน้อย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย สมาธิไม่ดี แต่สติปัญญายังดีอยู่ บางรายมีอาการหดหู่อ่อนไหวง่ายดื้อรั้น ไม่เห็นใจผู้อื่น มักเห็นแต่ความผิดของผู้อื่น อาการเศร้าไม่เด่น บางรายออกมาในรูปโกรธขึ้งเกรี้ยวกราดและเอาโทษผู้อื่น ซึ่งส่งผลให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่การงาน มีกิจกรรมทางสังคมหรือ สัมพันธภาพกับผู้อื่นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression) มีอาการหลายอย่างเช่นเดียวกับ ระดับเล็กน้อยแต่รุนแรงกว่าจนกระทบกระเทือนชีวิตยังดําเนินชีวิตประจําวันได้แม้ไม่สมบูรณ์นัก บุคคลจะรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจเจ็บปวดใจ พูดจาลําบากความคิดช้าย้ำคิดย้ำทํา

3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) ผู้ที่ภาวะซึมเศร้าระดับนี้จะมีอาการ ซึมเศร้าทั้งหมด 9 อาการ อาการจะอยู่ในระดับรุนแรงและเป็นเวลานาน มีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด ศีรษะก้ม ไหล่ห่อ สีหน้าไม่แสดงความรู้สึก หน้าผากย่น มองต่ำตลอดเวลา มีรอยย่นระหว่างคิ้ว มุมปากทั้งสองข้างห้อยต่ำกว่าธรรมดา เป็นลักษณะของคนหดหู่มาก เบื่ออาหาร น้ำหนักลดมากและดูเหมือนคนเจ็บ เหงื่อออกน้อยกว่าธรรมดา คอแห้ง กล้ามเนื้อหย่อน ท้องผูก ความ ต้องการทางเพศลดลงหรือหมดไป ความสนใจต่อสภาพแวดล้อมลดลง มีความวิตกกังวลสูง การนอนมีลักษณะเด่น คือ หลับช้ากว่าธรรมดาเล็กน้อยแต่ตื่นเช้ากว่าธรรมดามาก มีอาการไม่สบายตอนเช้า ซึ่งเป็นเวลาที่ไม่สบายที่สุดของวัน ถ้ามีอาการรุนแรงขึ้นผู้สูงอายุจะรู้สึก หมดหวังจึงเสี่ยงต่อการทําร้ายตนเองมากและเสี่ยงต่อการทําร้ายผู้ใกล้ชิดด้วย ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นนี้ จะส่งผลรบกวนต่อหน้าที่การงาน กิจกรรมทางสังคมหรือการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นเป็นอย่างมาก ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า คนแต่ละคน อาจเศร้ามากน้อยแตกต่างกัน การพิจารณาชนิดและความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งจําเป็น เพราะนอกจากจะเป็นประโยชน์ในการช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจสภาวะซึมเศร้า และความจําเป็นที่จะต้องดูแลตนเองด้วย

ความเศร้ามีหลายระดับ คือ (นิตยา ภาสุนันท, 2548 : 194 – 195 )

1. ความรู้สึกผิด (Grief ) อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นเมื่อมีการสูญเสีย ผู้ป่วยมีความเข้าใจ ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและรับรู้ว่าทุกสิ่งทุกอย่างมาถึงจุดสิ้นสุดแล้ว อาการเศร้าของผู้ป่วยจะเหมาะสมกับสาเหตุหรือสถานการณ์และยังดํารงความภาคภูมิใจในตนเองไว้ได้

2. ความรู้สึกเศร้า(Reactive depression) อาการเศร้าชนิดนี้มักเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย ในชีวิต ซึ่งเคยเกิดขึ้นมาแล้วและกลับเป็นอีกผู้ป่วยจะเศร้ามากไม่ใคร่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่ เกิดขึ้น การรับรู้เบี่ยงเบนไป และเริ่มมีความบกพร่องในการทําหน้าที่ของร่างกาย (Functional ability) ผู้ป่วยจะสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเองและอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย

3. ความรู้สึกเศร้า (Endogenous depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในจิตใจและมีอาการเช่นเดียวกับอาการเศร้าซึ่งเคยเกิดขึ้น และกลับเป็นอีก (Reactive depression)

4. ภาวะซึมเศร้าจากอาการทางจิต (Psychotic depression ) ภาวะซึมเศร้าลักษณะนี้อาจไม่เกี่ยวข้องกับความสูญเสียก็ได้ผู้ป่วยจะมีความคิดผิดปกติไปจากเดิม มีความบกพร่องในการทําหน้าที่ของร่างกายอย่างมาก มีอาการเศร้าและสูญเสียความภาคภูมิใจในตนมาก ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ การรับรู้ผิดปกติมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน และคิดฆ่าตัวตาย การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

วิธีที่สามารถนํามาใช้ในการบําบัดต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะมีซึมเศร้า ที่สําคัญมี 3 ประการ ดังนี้ (นิตยา ภาสุนันท, 2548 : 195 – 197)

1. ให้ผู้สูงอายุได้รับความสุขสบายและปลอดภัยผู้ป่วยซึมเศร้า มักไม่สนใจดูแลตนเอง ทําให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อนได้ ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่เศร้ามาก มักจะทําร้ายตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาและความทุกข์การป้องกันการฆ่าตัวตายแม้ไม่อาจป้องกันได้ทั้งหมดแต่การทราบ ถึงปัจจัยเสี่ยง หรือบุคคลที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยสังเกตจากพฤติกรรม หรือคําพูดของผู้ป่วยที่ อาจบ่งชี้เป็นนัยก็จะช่วยเพิ่มความระมัดระวังและให้ความเอาใจใส่มากขึ้น ดังนี้

1.1 จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ สบาย มีบรรยากาศแจ่มใส

1.2 ผู้ดูแลควรเข้าใจธรรมชาติผู้สูงอายุมีความเห็นอกเห็นใจผู้ที่ทุกข์ทรมานจาก ความเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ และยินดี ช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกสบายใน ชีวิตประจําวันทั้งด้านการพักผ่อน นอนหลับ การรับประทานอาหารและอื่นๆ

1.3 ให้การดูแลใกล้ชิดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยที่สุดสําหรับผู้ที่เสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตาย คือ การอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย ผู้ป่วยซึมเศร้ามักต้องการเพื่อน ต้องการคนเข้าใจ ช่วยปลอบโยนให้ กําลังใจ โดยเฉพาะช่วงตื่นนอนใหม่ ๆ หากมีคนพูดคุยด้วย จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นที่มีคนห่วงใย

1.4 ขจัดสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายออกให้หมด ได้แก่ อาวุธของมีคม หรือสิ่งของ ที่อาจเป็น อันตรายต่าง ๆ เช่น แก้ว เชือก เข็มขัด ตลอดจนหน้าต่าง ประตูกระจกหรือทางเข้าออกสู่ระเบียงภายนอกที่ลับตาควรปิดใส่กุญแจโดยเฉพาะยาควรหมั่นตรวจสอบไม่ให้ผู้ป่วยเก็บยาไว้ยา ที่ใช้รักษาต้องให้รับประทาน ต่อหน้า เพื่อป้องกันการเก็บสะสมยา

1.5 ดูแลให้ผู้ให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษา ภาวะซึมเศร้าอย่างเต็มที่ เพื่อลดอาการซึมเศร้าโดยเร็วเช่น เคร่งครัดการให้ยาผู้ป่วยให้ตรงขนาดตรงเวลาและติดตามอาการข้างเคียงของ ยา หรือผู้ป่วยบางรายอาจจําเป็นต้องรักษาด้วยการช็อคไฟฟ้า เช่น ผู้ป่วยที่ซึมเศร้ารุนแรง มีอาการหลงผิดประสาทหลอน บางครั้งอาจได้รับการผูกยึดควรให้การดูแลใกล้ชิด หมั่นตรวจสอบอาการ ผู้ป่วยและปลดเครื่องผูกยึดบ่อย ๆ เพราะการผูกยึดอาจทําให้ผู้สูงอายุบาดเจ็บเป็นอันตรายได้

1.6 พยายามลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า เช่น การควบคุมโรคเรื้อรังการดูแล สุขภาพทั่วไปให้ดีขึ้น และการทบทวนประเด็นปัญหาให้กระจ่าง แยกแยะสิ่งที่ถูกต้อง และสิ่งบกพรองควรแก้ไขเพื่อลดความรู้สึกผิดหรือตําหนิตนเองของผู้สูงอายุ

1.7 ควรทําสัญญากับผู้สูงอายุว่าจะไม่ทําร้ายตนเอง การทําสัญญาและรักษา สัญญา เป็นสิ่งมีประโยชน์เป็นการสร้างความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยชะลอ การเกิดปัญหาและหาแนวทางช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

2. การช่วยให้ผ่านพ้นภาวะซึมเศร้าโดยเร็วโดยทั่วไปการช่วยให้ผู้สูงอายุผ่านพ้นภาวะซึมเศร้าโดยเร็วควรปฏิบัติดังนี้

2.1 ส่งเสริมความมีคุณค่าและความภาคภูมิใจของผู้สูงอายุโดย

2.1.1 ให้ผู้สูงอายุทราบว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีคุณค่าและมีประสบการณ์และ มีผู้ที่ห่วงใยผู้สูงอายุ เช่น บุคลากรทีมสุขภาพ ญาติและเพื่อน ๆ เป็นต้น ทั้งนี้เพราะปัจจัยหนึ่งที่มี ส่วนทําให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย ได้แก่ เจตคติของคนในสังคมที่ทําให้ความรู้สึก ภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุลดลง ฉะนั้นควรสังเกตการพูดจา ท่าทางที่แสดงต่อผู้สูงอายุควรให้ความยกย่อง นับถือเพื่อคงซึ่งความมีคุณค่าของผู้สูงอายุ

2.1.2 กระตุ้นให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึกเพื่อทราบความคิดเห็นว่ามีอะไร เกิดขึ้นในชีวิต สิ่งที่ผู้สูงอายุกลัว ความรู้สึกผิดตําหนิตนเอง หรือความสูญเสียต่าง ๆ การระบาย ความรู้สึกจะช่วยคลายความอึดอัดกระวนกระวาย ช่วยให้  อาการซึมเศร้าลดลง

2.1.3 รับฟังความคิดเห็นและยอมรับการแสดงออกของผู้สูงอายุ เช่น อารมณ์ โกรธ หรือเศร้าโศกเสียใจร้องไห้โดยไม่คัดค้าน เพราะผู้ที่ซึมเศร้าจะไวต่อการถูกปฏิเสธ หรือการไม่ยอมรับของบุคคลอื่น ซึ่งกระตุ้นให้เกิดความกระวนกระวายมากขึ้น ควรรับฟังด้วยความสงบให้ ความสนใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

2.1.4 ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเอง ในกิจวัตรประจําวัน พยายามจัดสิ่งแวดล้อม และกิจกรรมให้เหมาะสม สะดวก ปลอดภัยเพื่อให้ผู้สูงอายุช่วยตนเองได้หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือความจํากัดต่าง ๆ ที่ทําให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยไม่จําเป็น 2.1.5 กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เชน การพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกในสิ่งที่ถนัดหรือมีประสบการณ์กระตุ้น ให้ผู้สูงอายุคิดถึงสิ่งใหม่ๆ ที่ดีแก่ชีวิต เช่น มีเพื่อนใหม่มีสังคมใหม่มีกิจกรรมใหม่ที่พอใจ เป็นต้น

2.2 ให้ผู้สูงอายุทบทวนอาการเศร้าของตนเอง

2.2.1 กระตุ้นให้ผู้สูงอายุทบทวนสถานการณ์และวิเคราะห์ความสูญเสียหรือปัญหาที่

เกิดขึ้นว่าเหมาะสมเพียงใดผู้สูงอายุเศร้าเกินไปหรือไม่

2.2.2 ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงสิ่งดีๆ ในชีวิตโดยกระตุ้นให้ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตในด้าน

ที่ดีที่พึงพอใจเป็นการมองด้านบวก เช่น ความอาทรห่วงใยของสมาชิกในครอบครัว การประสบความสําเร็จในชีวิตการช่วยเหลือผู้อื่น การมีกิจกรรมที่ช่วยให้ผ่อนคลาย เป็นต้น

2.2.3 ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความกระจ่างในประเด็นปัญหา หรือความขัดแย้งที่เกิดขึ้นตาม

จริง เพื่อลดความรู้สึกผิดตําหนิตนเองหรือความขมขื่นไม่พอใจต่าง ๆ ให้น้อยลงและมองอีกด้านหนึ่งที่ช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น

2.2.4 ให้กําลังใจผู้สูงอายุในการเผชิญปัญหาและแก้ไขสถานการณ์โดยชี้ เห็นถึงความเป็น

ผู้สูงอายุที่ได้ผ่านโลกและผ่านอุปสรรคต่างๆ มามากเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิต หลากหลาย ซึ่งจะช่วยคลี่คลายปัญหาที่เผชิญอยู่ให้ผ่านไปได้ด้วยดี

2.3 ให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

2.3.1 ให้ผู้สูงอายุทราบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยที่พบได้ในวัยสูงอายุ และจําเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้อง เช่นเดียวกับความเจ็บป่วยด้านร่างกาย เพื่อช่วยให้อาการต่าง ๆ ดีขึ้น

2.3.2 อธิบายให้ทราบสาเหตุอาการและการลดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีแนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เช่น การแยกตัวจากสังคมเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า การดื่มแอลกอฮอล์จะส่งเสริมให้คิดทําร้ายตนเองการมองสิ่งต่าง ๆ ในด้านดีช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น

2.3.3 กระตุ้นให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึกและวิธีที่คิดว่าจะช่วยลดภาวะซึมเศร้า

2.3.4 ให้สมาชิกในครอบครัว มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม

2.3.5 ให้ผู้สูงอายุและญาติทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุ การปรับตัวที่เหมาะสม และวิธีลดความเครียด เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า เช่น การใช้ กระบวนการกลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การมองโลกในแง่ดีและการออกกําลังกายเพื่อลดความเครียด เป็นตน

2.3.6 ให้ผู้สูงอายุและญาติทราบความสําคัญของการรับประทานยาต้านซึมเศร้าซึ่งจะเริ่มได้ผลเมื่อผ่านไป 2 – 3 สัปดาห์และจําเป็นต้องรับประทานยาต่อเพื่อให้อาการดีขึ้น พร้อมทั้งควรสังเกตอาการหรือผลข้างเคียงของยา เช่น อาการท้องผูก ปากแห้ง ตาพร่า ถ่ายปัสสาวะลําบากหรือเหงื่อออกมาก อ่อนเพลียเพื่อให้การชวยเหลือได้ถูกต้อง

3. การได้รับปัจจัยพื้นฐานการดํารงชีวิตผู้ที่ซึมเศร้า มักไม่สนใจตนเองละเลยการทํา กิจวัตรประจําวัน ทั้งด้านสุขอนามัย การแต่งกาย  การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และ การขับถ่าย จึงมักมีอาการท้องผูก เนื่องจากดื่มน้ำน้อยและไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกายอาจมีอาการบวมตามแขน ขาและอาจมีปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะลําบาก

3.1 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำเพียงพอตลอดจนมีการขับถ่ายเป็นปกติควรบันทึกปริมาณอาหาร และน้ำที่ร่างกายได้รับ รวมทั้งการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะด้วย เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ

3.2 ชั่งน้ำหนักตัวเพื่อสังเกตการบวมและติดตามภาวะโภชนาการ

3.3 จัดกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการออกกําลังกายและการพักผ่อนนอนหลับให้เหมาะสม เพื่อเบนความสนใจจากภาวะซึมเศร้า และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นได้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความอยากอาหารและนอนหลับได้ดีขึ้น

3.4 ช่วยเหลือด้านสุขอนามัยและการแต่งกายเพราะร่างกายที่สะอาดและการแต่งกายที่สวยงาม จะทําให้จิตใจสดชื่น ช่วยให้อาการซึมเศร้าลดลง

3.5 บรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ ให้น้อยลง ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุอาจมีความไม่สุขสบายทั้งจากภาวะซึมเศร้า และจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งผลข้างเคียงจากยารักษาโรคด้วย

3.6 จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยเหมาะสม เพื่อส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้อง เช่น มีแสงสว่างเพียงพอ มีแว่นตาที่มองเห็นได้ชัดเจน และมีเครื่องช่วยฟังที่ใช้งานได้ดี มีต้นไม้และสัตว์เลี้ยง เพื่อให้เพลิดเพลิน เกิดความรู้สึกรักและผูกพัน จะเห็นได้ว่าจุดมุ่งหมายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่สําคัญมี 3 ประการคือ ให้ผู้สูงอายุได้รับความสุขสบายและปลอดภัย ช่วยให้ผู้สูงอายุผ่านพ้นภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว และ ผู้สูงอายุได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดํารงชีวิต

**งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

ปริชาติ ค้ำชู (2551 : 10 ) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดแบบกลุ่มเดียว มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะภูมิหลัง ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ตและ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการ สังคมผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต จำนวน 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดด้วยวิธีสุ่มแบบง่าย จัดให้กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการตามขั้นตอนที่วางไว้ สัปดาห์ละ 2 วัน ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมงเป็นเวลา 6 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 12 ครั้ง กิจกรรมต่าง ๆ ประกอบด้วย การเข้ากลุ่มสร้างสัมพันธภาพ การฝึกทักษะการเข้ากลุ่ม การเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น การให้แรงเสริมโดยการให้กำลังใจและคำชมเชย เก็บรวมรวบข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์หลังการทดลองโดยใช้แบบวัดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสูตร คู้เดอร์ ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ .93 และแบบศึกษาพฤติกรรมของผู้สูงอายุหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการ หลังจากการทดลองเสร็จสิ้น ประเมินด้วยแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .83 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสหม้าย มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา สาเหตุที่เข้ามาอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ตเนื่องจากไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู โดยส่วนใหญ่ไม่มีญาติมาเยี่ยม รายได้มาจากการรับบริจาค มีโรคประจำตัวเพียงโรคเดียว โรคที่พบสูงสุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าอยู่ใน ระดับต่ำ และพบว่าระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001ปัจจัยของโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการที่คาดว่าส่งผลให้ลักษณะพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าดีขึ้น แบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ ผู้นำกลุ่ม เพื่อนผู้สูงอายุ และลักษณะของกิจกรรม จากผลการศึกษา พบว่าการใช้โปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ได้ ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้มีการนำกิจกรรมกลุ่มนันทนาการที่ศึกษาครั้งนี้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ ที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอาย

อรสา ใยยอง (2551 : 10 ) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี วัตถุประสงค์ เพื่อหาความชุกของภาวะซึมเศร้า อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี วิธีการศึกษา ศึกษาผู้สูงอายุ จำนวน 400 ราย ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2553 โดยการตอบแบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ 3) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย และ 4) แบบประเมินความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว นำเสนอความชุกของภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ เป็นค่าความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ และวิเคราะห์ความถดถอยแบบลอจิสติก เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ผลการศึกษา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.5) มีอายุเฉลี่ย 68.8 ปี มีภาวะซึมเศร้า 53 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.2 แบ่งเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.8 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.2 และภาวะซึมเศร้ารุนแรง 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.2 พบอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.2 มีความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.0) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป สถานภาพโสด/หม้าย/หย่าร้าง/หรือแยกกันอยู่ ไม่ได้รับการศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้/หรือมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ไม่ได้รับรายได้จากการประกอบอาชีพ ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ ที่พักอาศัยที่ไม่ใช่ของตนเอง ไม่ได้พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส พักอยู่คนเดียว โรคประจำตัวทางกาย ประวัติโรคทางจิตเวช การใช้สารเสพติด การสูญเสียบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี (p< 0.05) ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป (adjusted OR 2.32, 95%CI = 1.02-5.26, p < 0.05) ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ (adjusted OR 4.02, 95%CI = 1.81-8.90, p < 0.01) การใช้สารเสพติด (adjusted OR 2.40, 95%CI = 1.08-5.35, p < 0.05) การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด (adjusted OR 2.12, 95%CI = 1.03-4.39, p < 0.05) และความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี (adjusted OR 5.46, 95%CI = 2.34-12.73, p < 0.01) สรุป ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี มีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.2 แบ่งเป็นซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 7.8 ซึมเศร้าปานกลางร้อยละ 5.2 และซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 0.2 มีความชุกของอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ ร้อยละ 16.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญได้แก่ อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ฐานะการเงินครอบครัวที่ไม่เพียงพอ การใช้สารเสพติด การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด และความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี

จุก สุวรรณโณ (2552) ได้ศึกษาปัจจัยด้านอาการหายใจเหนื่อยหอบ สมรรถนะการทำงานของปอด และ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการทำนายภาวะซึมเศร้าของ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถของตัวแปร ได้แก่ อาการหายใจเหนื่อย หอบ สมรรถนะการทำงานของปอด และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการร่วม กันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง 155 ราย มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่า ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วย นอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่งและโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ 1 แห่งในภาคใต้ เก็บ รวบรวมข้อมูลโดยประเมินอาการหายใจเหนื่อยหอบด้วยคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความถี่ของ การเกิดอาการ และมาตรวัดประมาณค่าความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อยหอบ ประเมินสมรรถนะการทำงานของปอดโดยใช้ค่าอัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออกซึ่งวัดด้วย เครื่องมือพีคโฟรว์ ใช้ดัชนีบาร์เทลสำหรับประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยสำหรับประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติบรรยาย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทั้งสามด้านร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 26 โดยความถี่ของ อาการหายใจเหนื่อยหอบสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ดีที่สุด คือ ร้อยละ 10 ความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มความสามารถในการทำนายภาวะซึมเศร้าอีกร้อยละ 9 และ สมรรถนะการทำงานของปอดเพิ่มความสามารถในการทำนายภาวะซึมเศร้าอีกร้อยละ 6 ตาม ลำดับ ในขณะที่ความรุนแรงของอาการหายใจเหนื่อยหอบไม่มีค่าสำคัญทางสถิติในการทำนายภาวะ ซึมเศร้า การจัดการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะต้องเน้นที่การลด ความถี่ของอาการหายใจเหนื่อยหอบ ส่งเสริมสมรรถนะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ ป้องกันความก้าวหน้าของระดับการอุดกั้นของปอด

**ตารางที่ 1** ตารางสังเคราะห์วรรณกรรมโปรแกรมการจัดการตนเอง

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ชื่อผู้แต่ง** | **วิธีการดำเนินการวิจัย** | | **กลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่ม** | **เครื่องมือที่ใช้สำหรับการวิจัย** | **ตัวแปรที่ใช้สำหรับการศึกษา** | **ผลการศึกษาที่ได้** |
| จุฑามาศ จันทร์ฉาย(2555) | วิจัยกึ่งทดลอง | | ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 40 ราย | โปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวานและการจัดการตนเอง | -ความรู้  -การรับรู้ความ  สามารถตนเอง  -แรงสนับสนุนทางสังคม  -ทักษะการจัดการตนเอง  -การสนับสนุนการให้กำลังใจ | คะแนนความรู้เรื่องการจัดการตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน (p<0.001) |
| เบญจมาศ ถาดแสง และคณะ (2555) | วิจัยกึ่งทดลอง | | ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง จำนวน 34 ราย | โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง | -ความรู้  -พฤติกรรมการจัดการตนเอง  -การสนับสนุนการจัดการตนเอง | พฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น และดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ |
| ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า (2555) | วิจัยกึ่งทดลอง | | ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ระดับที่ 2 และ 3 จำนวน 34 ราย | โปรแกรมการจัดการตนเอง | -ความรู้  -ทักษะการจัดการตนเอง  -พฤติกรรมการจัดการตนเอง | กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะหายใจลำบาก ลดลง (p < 0.001) |
| รัตนา พรหมบุตร ( 2554 ) | วิจัยกึ่งทดลอง | | ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกระบี่ จำนวน 40 คน | โปรแกรมการจัดการตนเองเครื่องตรวจสมรรถภาพปอด | -อัตราการไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออก -อาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง | อาการกำเริบเฉียบพลันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย (สมรรถภาพปอด) เพิ่มขึ้น ( = 373.50, SD = 39.11) |
| **ชื่อผู้แต่ง** | **วิธีการดำเนินการวิจัย** | | **กลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่ม** | **เครื่องมือที่ใช้สำหรับการวิจัย** | **ตัวแปรที่ใช้สำหรับการศึกษา** | **ผลการศึกษาที่ได้** |
| วันวิสาข์ โลหะสาร (2550) | วิจัยกึ่งทดลอง | | ผู้ป่วยโรคหืดโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 ราย | โปรแกรมการให้ความรู้  แบบสัมภาษณ์ แบบวัดความรู้เรื่องโรคหืดและทักษะการจัดการตนเอง | -ความรู้  -การจัดการตนเอง  -ทักษะการจัดการตนเอง | ความรู้เกี่ยวกับโรคโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีทักษะการจัดการตนเองสูงกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005 |
| สวรรค์  รุจิชยากูร (2550 ) | วิจัยกึ่งทดลอง | | ผู้ใหญ่ที่เป็นโรคหืด ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 15 ราย | แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืด ดัชนีคุณภาพชีวิต ใช้โปรแกรมการสอนพร้อมอุปกรณ์ | -ความรู้  -คุณภาพชีวิต | ความรู้ ความเข้าใจของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมการสอน มากขึ้นกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลัง ดีกว่า และคุณภาพชีวิต ภายหลังที่ได้รับโปรแกรมการสอนดีขึ้นก่อนได้รับโปรแกรมการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ |
| สุทิน พิศาลวาปี (2551) | วิจัยกึ่งทดลอง | | ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เคยมีประสบการณ์อาการกำเริบจำนวน 60 คน | โปรแกรมการจัดการตนเอง | -สมรรถภาพปอด  -ค่า C-reactive protein | ค่าเฉลี่ยของอัตราไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออกและปริมาตรอากาศที่หายใจออกอย่าง แรงใน 1 วินาทีสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยของอัตราไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออกและปริมาตรอากาศที่หายใจออกอย่าง แรงใน 1 วินาทีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 |
| **ชื่อผู้แต่ง** | **วิธีการดำเนินการวิจัย** | **กลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่ม** | | **เครื่องมือที่ใช้สำหรับการวิจัย** | **ตัวแปรที่ใช้สำหรับการศึกษา** | **ผลการศึกษาที่ได้** |
| เสาวลักษณ์ คูณทวี (2550) | วิจัยกึ่งทดลอง | ผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)จังหวัดนครปฐม จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 20 คน | | โปรแกรมการจัดการตนเองและการบริหารกาย – จิตแบบชี่กง | -ค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซี  -ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน | ค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตาหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 |
| ณัฏฐภณิชา ดวงแสง(2556) | วิจัยกึ่งทดลอง | ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิก โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้มาโดยการสุ่ม ตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 40 ราย | | แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์อาการ และความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก แบบสัมภาษณ์กลวิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบาก และแบบสัมภาษณ์ผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง | -อาการหายใจลำบาก  -การจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง  -คุณภาพชีวิต  -ความพึงพอใจ | ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่มีอาการหายใจลำบากเลยใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาขณะสัมภาษณ์และในช่วง 1 สัปดาห์ (ร้อยละ 92.5, 92.5และ72.5ตามลำดับ) ด้านกลวิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง พบว่ากลวิธีการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองของผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M =39.30, SD =4.35) ด้านผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการด้านคุณภาพชีวิต พบว่า คุณภาพชีวิตด้าน ความสุขและความพึงพอใจในชีวิตปัจจุบันของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง |
| **ชื่อผู้แต่ง** | **วิธีการดำเนินการวิจัย** | **กลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่ม** | | **เครื่องมือที่ใช้สำหรับการวิจัย** | **ตัวแปรที่ใช้สำหรับการศึกษา** | **ผลการศึกษาที่ได้** |
| จงลักษณ์ ทวีแก้ว (2559) | การวิจัยกึ่งทดลอง | ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 150 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ | | -แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล  -แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม  -แบบประเมินการจัดการตนเอง  -แบบประเมินกลวิธีการเผชิญปัญหา  -แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา  -แบบประเมินภาวะซึมเศร้า | -ปัจจัยส่วนบุคคล -ปัจจัยด้านความเจ็บป่วย  -การสนับสนุนทางสังคม  -การจัดการตนเอง -กลวิธีการเผชิญปัญหา  -ความร่วมมือในการใช้ยา  -ภาวะซึมเศร้า | ผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ 16.36 (SD=7.89) กล่าวคือ มีภาวะซึมเศร้า 73 คน (48.7%) และไม่มีภาวะซึมเศร้า 77 คน (51.3%) เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการป่วย ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวาน และระดับ HbA1C ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนรายได้ การสนับสนุนทางสังคม การจัดการตนเอง และกลวิธีการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=-.277,-.477,-.275 และ -.344 ตามลำดับ) ส่วนความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r=-.196) |
| **ชื่อผู้แต่ง** | **วิธีการดำเนินการวิจัย** | **กลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่ม** | | **เครื่องมือที่ใช้สำหรับการวิจัย** | **ตัวแปรที่ใช้สำหรับการศึกษา** | **ผลการศึกษาที่ได้** |
| ปราณี สายรัตน์ (2557) | กี่งทดลอง | ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงระดับ 3 แผนกผู้ป่วยนอกโรคทางเดินหายใจ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ  สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม | | โปรแกรมการฝึกการ จัดการตนเองที่พัฒนาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ เครียร์ | -ความรู้  -การจัดการตนเอง  -ทักษะการจัดการตนเอง  -คุณภาพชีวิต | กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p 0.05)และมีคุณภาพชีวิตสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.0001) |
| Hye-A Yeom(2015) | Descriptive study | 384 community-dwelling older adult from Seoul Korea | | describe the levels of mobility in community-dwelling older Koreans with chronic illnesses, and to examine the associations of their mobility with sleep patterns, physical activity and physical symptoms including fatigue and pain. | 6-minute walk test (6MWT)  Physical activity behavior  Sleep profile  Fatigue  pain | A high-risk group for mobility limitation includes low income, sedentary older men who are at risk for increased fatigue and sleep deficit. Further research should incorporate other psychological and lifestyle factors such as depression, smoking, drinking behavior, and/or obesity into the prediction model of mobility to generate specific intervention strategies for mobility enhancement for older adults. |

**2.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย**

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติ การสนับสนุนทางสังคม แรงสนับสนุนต่อการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า แรงจูงใจ และการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยจึงได้นำปัจจัยดังกล่าว มากำหนดเป็นโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุผล โดยอาศัยหลักการเหตุผลสัมพันธ์ อันดับการเกิดก่อนและหลังของปัจจัย และลักษณะการส่งผลโดยทางตรง และโดยทางอ้อม ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง กำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรในลักษณะของปัจจัยเชิงสาเหตุ ที่มีความสัมพันธ์กันเป็นโครงสร้าง ดังแสดงในแผนภาพประกอบที่ 5

**การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จังหวัดมหาสารคาม**

**ตัวแปรอิสระ ตัวแปรคั่นกลาง ตัวแปรตาม**

สาเหตุ ผล สาเหตุ ผล

**การมีส่วนร่วม**

**ความรู้**

**ความเชื่อด้านสุขภาพ**

**พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

**แรงสนับสนุนทางสังคม**

**แรงจูงใจ**

**การรับรู้สมรรถนะแห่งตน**

**เจตคติ**

**แรงสนับสนุนจากครอบครัว**

**ภาวะซึมเศร้า**

**การรับรู้ภาวะสุขภาพ**

**แผนภาพที่** 6 กรอบแนวคิดในการวิจัยระยะที่ 1

**ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลทดสอบสมมุติฐาน**

1.ปัจจัยด้านความรู้

2.ปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ

3. ปัจจัยด้านเจตคติ

4. ปัจจัยด้านแรงจูงใจ

5. ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

6. ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม

7.ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ

8.ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัว

9.ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

**โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ**

**โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

**แผนภาพที่** 7 กรอบแนวคิดในการวิจัยระยะที่ 2

**กระบวนการ ผลลัพธ์**

**พฤติกรรมการจัดการตนเอง**

**สมรรถนะทางร่างกาย**

**คุณภาพชีวิต**

**โปรแกรมการจัดการตนเอง**

**ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 4 ขั้นตอน**

**ขั้นตอนที่ 1 สร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ**

**ขั้นตอนที่ 2 เตรียมความพร้อมเพื่อจัดการตนเอง**

**ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการจัดการตนเอง**

**ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล สะท้อนกลับ เสริมแรง**

แผนภาพที่ 8 กรอบแนวคิดในการวิจัยระยะที่ 3