

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อม ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในขอบเขตดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อม
  - 1.1 กายวิภาคและพยาธิสภาพของกระดูกสันหลังส่วนคอ
  - 1.2 อาการของโรคกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อม
  - 1.3 แนวทางการรักษาโรคกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อม
  - 1.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อม
2. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน
3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
4. แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อม

โรคกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อม (Cervical Spondylosis) คือ การเสื่อมของข้อต่อกระดูกสันหลังส่วนคออันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการเสื่อมของ Intervertebral Disc (Disc Degeneration) มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ Uncovertebral Joint และที่ Facet Joint ทั้ง สองข้าง การเสื่อมของข้อต่อกระดูกสันหลังส่วนคอพบได้บ่อยรองลงมาจากการเสื่อมของกระดูกสันหลังส่วนเอวตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือกระดูกคอระดับที่ 5-6 ( $C_{5,6}$ ) และกระดูกคอระดับที่ 6-7 ( $C_{6,7}$ ) ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยอายุ 50 ปีขึ้นไป และร้อยละ 85 ของผู้ป่วยมีอายุเกินกว่า 65 ปี จะพบการเสื่อมของกระดูกสันหลังส่วนคอจากภาพเอกซเรย์แต่ส่วนใหญ่มักจะไม่มีอาการนอกจากการเคลื่อนไหวของคอถูกจำกัดลงเล็กน้อยแต่ในบางรายอาจมีอาการที่รุนแรง

### 1.1 กายวิภาคและพยาธิสภาพของกระดูกสันหลังส่วนคอ

กายวิภาคของกระดูกสันหลังส่วนคามีข้อต่อทั้งหมด 7 ข้อ คือ Intervertebral Disc Neurocentral (Uncovertebral, Luschka's Joint) มี 2 ข้ออยู่ระหว่าง Disc และ Nerve Root Canal และ Facet Joint ซึ่งมี 2 ข้อ อยู่ทางด้านหลังโดยเฉียงลาดเป็นมุม 30-50 องศา กับแนวราบ หมอนรองกระดูกสันหลัง (Intervertebral Disc) จะมีการเปลี่ยนแปลงตามอายุ คือ เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการเสื่อมตัวซึ่งจะช้าหรือเร็วต่างกันไปในแต่ละคน โดยทั่วไปจะเริ่มเกิดการเสื่อมตัวเมื่ออายุ 30 ปีขึ้นไปแล้ว ในช่วงแรกๆ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ Nucleus Pulposus โดยองค์ประกอบที่เป็นน้ำจะน้อยลง ทำให้คุณสมบัติของการเป็นวุ้น (Gel Behavior) เสื่อมไป ไม่สามารถกระจายแรงออกไปได้เท่ากันเช่นเดิม เมื่อได้รับแรงกระแทกก็อาจจะกระทบกระเทือนต่อส่วนใดส่วนหนึ่งของ Annulus Fibrosus ได้ ถ้าเป็น Annulus Fibrosus ที่ปกติจะไม่เกิดอะไรขึ้น แต่เมื่อถึงช่วงอายุ 30 ปีก็อาจมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี (Bio-Mechanical Change) ในตัว Annulus Fibrosus ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นเองหรือเป็นผลจากแรงภายนอกที่ผ่านมายังไม่ทราบแน่ชัด ทำให้ความเหนียวลดลงและมีการฉีกขาดของ Collagen Fiber ซึ่งเป็นองค์ประกอบของ Annulus Fibrosus จุดที่มักมีการฉีกขาดก็จะเป็นจุดอ่อนให้ Nucleus Pulposus ค้นออกมา ซึ่งอาจทำให้เกิดการโป่งยื่นออกไปเรียกว่า Soft Disc Herniation หรือมีการฉีกขาดเป็นชิ้นออกไปเลยก็ได้ และถ้ามีการแห้งตัว Nucleus Pulposus จะทำให้การยึดหยุ่นตัวของ Intervertebral Disc ลดน้อยลงไปความเหนียวแน่นในการยึดตัวระหว่าง Vertebral Body ก็จะน้อยลง อาจจะกล่าวได้ว่า ความมั่นคงแข็งแรงของกระดูกคอป่องนั้นๆ จะเสียไป (Mechanical Instability) การเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนที่เกิดจากการเสื่อมตัวของ Intervertebral Disc แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรก เมื่อ Intervertebral Disc เริ่มมีการเสื่อมตัวในระยะแรกๆ มีการเปลี่ยนแปลงเฉพาะในเนื้อ Intervertebral Disc เท่านั้นยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงในข้อต่างๆ ของกระดูกคอป่องนั้น เพียงแต่ทำให้ความมั่นคงแข็งแรงของกระดูกสันหลังส่วนคอป่องนั้นเสียไปและการเคลื่อนไหวระหว่างข้อของกระดูกสันหลังส่วนคอป่องนั้นจะไม่เป็นไปในลักษณะปกติจะมีการเคลื่อนไหวในแนวระนาบ (Horizontal) มากขึ้น ถ้าไม่มีแรงภายนอกมากระทำหรือถ้าไม่มีการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังส่วนคอป่องนั้นมากจนเกินไปจะไม่เกิดอะไรขึ้น แต่โดยปกติแล้วแรงที่ผ่านกระดูกสันหลังส่วนคอและการเคลื่อนไหวของคอต้องมิตลอดเวลาทำให้เกิดการเสื่อมตัวของ Intervertebral Disc เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นผลให้ Annulus Fibrosus ฉีกขาดมากขึ้น Nucleus Pulposus จะแห้งลงและสลายตัวเพิ่มขึ้น ในช่วงนี้ผู้ป่วยจะมีอาการปวดแบบที่เรียกว่า Discogenic Pain อาการปวดจะเป็นลักษณะปวดตื้อๆ ลึกๆ (Deep, Dull Aching) ที่บริเวณสะบัก อาจปวดร้าวลงไปถึงต้นแขนแต่ไม่ต่ำกว่าข้อศอก ระยะหลัง เมื่อเกิดการเคลื่อนไหวในแนวระนาบมากพอที่จะไปถึง Ligament และ Joint Capsule ซึ่งจะมี Periosteum ติดอยู่ด้วยให้ฉีกออกจากขอบกระดูกข้อต่อที่

เกาะอยู่ ทำให้เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือด Periosteum และ Joint Capsule อันเป็นผลทำให้เกิด การสร้างกระดูกตรงตำแหน่งนั้นตามมา กระดูกที่สร้างขึ้นใหม่นี้เรียกว่า Osteophyte ถ้า Osteophyte เกิดขึ้นทางด้านหน้าของ Vertebral Body จะไม่มีปัญหาอะไรนอกจากถ้าขนาดใหญ่ มากๆ อาจไปกดหลอดอาหารทำให้เกิดความลำบากในการกลืน (Dysphagia) ถ้า Osteophyte เกิดขึ้น ทางด้านหลังของ Vertebral Body จะเกิดเป็นแนวตลอดความกว้างของ Vertebral Body โดยมี Posterior Longitudinal Ligament วางทอดอยู่ข้างบน ทำให้เกิดสันนูนออกมา โดยมีเนื้อ Intervertebral Disc โป่งยื่นคั่นออกมา ทำให้เกิดลักษณะเป็นสันนูนตามขวาง (Transverse Bar) ซึ่งมี ขนาดโตจะไปกด Vertebral Artery ด้วย ทำให้เกิด Vertebral Artery Syndrome เนื่องจากรอบๆ Vertebral Artery มี Sympathetic Plexus ทำให้เกิดมีอาการวิงเวียนศีรษะ (Dizziness) มึนงง (Vertigo) บางราย อาจมีเสียงดังในหู (Tinitis) และอาจมีอาการตามัวหรือปวดในเป่าตาบางราย Osteophyte นี้ไปกด Vertebral Artery โดยตรงทำให้เกิด Thrombosis และอาจไปอุดตัน Postero- Interior Cerebellar Artery ซึ่งเป็นแขนงใหญ่ของ Vertebral Artery ทำให้เกิดกลุ่มอาการที่เรียกว่า Wallenberg Syndrome

การตรวจร่างกาย ในการตรวจร่างกายอาจพบลักษณะที่ผิดปกติสำคัญๆ ดังนี้

1. ช่วงการเคลื่อนไหวลดลง เนื่องจากการเจ็บปวดที่ทำให้กล้ามเนื้อเกร็งตัว ในระยะต้นๆ การงอศีรษะมักทำได้น้อยกว่าปกติ ในระยะหลังการเอี้ยวบิดคอ (Rotation) และเอียงคอไปด้านข้าง (Lateral Bending) มักทำได้น้อยลง ในระยะที่รากประสาทถูกกด ถ้าหมอนหรือเงยศีรษะและเอียง ไปด้านที่ปวดพร้อมกดศีรษะลง ทำนี้ทำให้ Neural Foramen แคบลง ทำให้รากประสาทถูกกดมาก ขึ้นย่อมทำให้มือเกร็งมากขึ้น เรียกวิธีการตรวจนี้ว่า Modified Spurling Maneuver

2. จุดกดเจ็บ (Tenderness) จะมีจุดเจ็บตามกล้ามเนื้อต่างๆ ของร่างกายซึ่งเปลี่ยนแปลงไป ตามรากประสาทเส้นต่างๆ ที่ถูกกด เช่น ถ้าเกิดจากปลอกที่ C<sub>6,7</sub> กดเจ็บที่กล้ามเนื้อ Triceps ปลอกที่ C<sub>7-T<sub>1</sub></sub> กดเจ็บที่กล้ามเนื้อมัดเล็กๆ ที่มีมือในกรณีที่เกิดจาก Cervical Disc Herniation ไปกด Spinal Cord จะทำให้กดเจ็บที่ Peripheral Nerve เช่น C<sub>6</sub> กดเจ็บที่ Median Nerve, C<sub>7</sub> กดเจ็บที่ Radial Nerve, C<sub>8</sub> กดเจ็บที่ Ulnar Nerve ตำแหน่งกดเจ็บที่ Cervical Spine โดยตรงอาจจะตรวจโดยใช้ นิ้วมือไปกดตรงตำแหน่งของ Intervertebral Disc โดยตรวจทางด้านหน้าของคอโดยให้คนไข้ นอนหนุนหมอนเพื่อให้กล้ามเนื้อคอหย่อนแล้วใช้มือกดไปตรงช่องด้านหน้าต่อกล้ามเนื้อ Sternocleidomastoid โดยกดลงไปในช่วงระหว่าง Sternocleidomastoid และ Trachea ซึ่งสามารถ คลำกระดูกออกจากด้านหน้าได้ ถ้ากดลงไปตำแหน่งของ Intervertebral Disc ที่มีพยาธิสภาพจะ ทำให้เจ็บได้ บางทีอาจจะไปกดที่ Intervertebral Foramen หรือที่ Spinous Process ก็ได้ ซึ่งจะทำให้ เกิดอาการเจ็บปวดตรงที่กดและบางทีมีอาการปวดร้าวไปตามเส้นประสาทด้วย ถ้ากดศีรษะคนไข้ลง

(Cervical Compression Test) ซึ่งแรงกดจะผ่านลงไป Intervertebral Disc มักจะทำให้เกิดอาการปวดมากขึ้น ถ้ายกศีรษะขึ้นเหมือนการทำ Cervical Traction (Cervical Distraction Test) แล้วมักจะสบายขึ้นหรือยกแขนข้างที่ปวดขึ้นก็จะทำให้รากประสาทหย่อนลงทำให้อาการปวดน้อยลง

## 1.2 อาการของโรคกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อม แบ่งได้ 4 อย่าง คือ

1. อาการปวดเฉพาะที่และอาการปวดร้าว (Local Pain and Refer Pain) ผู้ป่วยจะมีอาการปวดมากที่ต้นคอด้านหลังซีกใดซีกหนึ่งร้าวไปที่บ่าและบริเวณขอบด้านในของสะบักข้างเดียวกัน คอจะแข็งเคลื่อนไหวได้จำกัดเพราะเจ็บและมีกล้ามเนื้อหดเกร็งผู้ป่วยมักพบว่าเริ่มมีอาการหลังตื่นนอนจึงสันนิษฐานว่าเกิดจากการ “ตกหมอน”

2. อาการระคายเคืองหรือมีการบีบรัดของรากประสาท (Cervical Radiculopathy) อาจเกิดจากหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนหรือการกดจาก Osteophyte ในบริเวณ Intervertebral Foramen จะทำให้มีอาการปวดร้าวลงตามต้นแขนและแขนท่อนปลายในแนวการกระจายของรากประสาทที่ถูกบดขยี้และมีอาการชาหรือเป็นเหน็บร่วมด้วย อาการของการระคายเคืองหรือการบีบรัดรากประสาทนี้มักพบมีอาการปวดต้นคอและสะบักร่วมด้วย

3. อาการที่ไขสันหลังถูกกดทับ (Cervical Myelopathy) อาจเกิดจากหมอนรองกระดูกสันหลังที่เคลื่อนเข้าไปในแนวกึ่งกลางของช่องไขสันหลัง (Central Herniation) แต่ที่พบบ่อยกว่ามักเกิดจากการตีบแคบของช่องไขสันหลัง Osteophyte ทางด้านหลังของปล้องกระดูกและการพับหย่อนของ Ligament Flavum คล้ายกับที่พบใน Central Canal Stenosis อาการจะค่อยๆ เกิดขึ้นอย่างช้าๆ โดยขาทั้งสองข้างจะชาและอ่อนแรงเดินไม่สะดวกตรวจพบลักษณะของ Spastic Paralysis การตอบสนองของ Deep Tendon Reflex ของส่วนขาไว้ขึ้นอาจมี Clonus ที่เข่าและข้อเท้า และมี Plantar Reflex ผิดปกติ (Babinski's Sign) ที่ส่วนแขนมักพบอาการแสดงของเส้นประสาทถูกกดทับในระดับที่มีพยาธิสภาพและมี Hyperreflexia ของระดับที่อยู่ต่ำลงไป ร่วมกับ Hoffman's Sign รายที่เป็นมากและนานอาจมีปัญหาการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะร่วมด้วย ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักไม่มีอาการปวดที่รุนแรงหรืออาจไม่ปวดเลย การเคลื่อนไหวของคอก็ไม่สู้จำกัดมากนัก และไม่มีอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อทำให้ต้องวินิจฉัยแยกจากเนื้องอกไขสันหลังและโรคที่มีอาการผิดปกติกของไขสันหลังอื่น โดยอาศัยภาพเอกซเรย์ Myelography, CT และ MRI

4. อาการของการอุดตันชั่วคราวของ Vertebral Artery (Vertebrobasilar Insufficiency) พบได้บ่อยเกิดจาก Osteophyte ขนาดใหญ่ทางด้านข้างยื่นไปเบียด Vertebral Artery ซึ่งทอดผ่านใน Foramen Transversarium โดยเฉพาะในขณะที่ยกคอ ทำให้มีอาการเป็นลมหน้ามืดไปชั่วขณะ ลักษณะของการเสื่อมของข้อสันหลังส่วนคอที่เห็นได้จากภาพเอกซเรย์ ได้แก่ ช่องหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนคอ และ Osteophyte ซึ่งจะเห็นได้ดีที่สุดจากภาพถ่ายด้านเฉียง (Oblique

Projection) อาจเห็น Osteophyte ที่ยื่นออกเข้าไป ทำให้ความเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้จากภาพเอกซเรย์ อาจไม่สัมพันธ์กับความรุนแรงของการเกิดกับผู้ป่วยเสมอไป

การตรวจวินิจฉัยที่พบได้บ่อย

1. ภาพถ่ายรังสีของกระดูกสันหลังส่วนคอตามปกติ (AP, Lateral และ Oblique Views)

2. Magnetic Resonance Imaging (MRI) สามารถบอกภาพของกระดูกสันหลัง

ส่วนคอส่วนต่างๆที่เป็นเยื่ออ่อนได้ชัดเจนขึ้น เช่น หมอนรองกระดูก เส้นประสาท และ

เส้นประสาทไขสันหลัง โดยเฉพาะในรายของ Cervical Myelopathy สามารถมองเห็นพยาธิสภาพ

ในเนื้อ Spinal Cord ได้สามารถบอกการวินิจฉัยได้ถูกต้องแน่นอน

### 1.3 แนวทางการรักษาโรคกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อม

มีอยู่ 2 วิธี คือ การรักษาโดยวิธีประคับประคอง (Conservative Treatment) และ การรักษาโดยวิธีการผ่าตัด (Operation Treatment)

#### 1.3.1 การรักษาโดยวิธีประคับประคอง (Conservative Treatment)

1) Immobilization เมื่อเกิดมีการเจ็บปวด การพักให้กระดูกอยู่นิ่งๆ เป็นสิ่งสำคัญที่สุด เช่น การนอนพักเฉยๆ การใช้ความเย็นประคบเมื่อมีอาการปวดเฉียบพลันหรือความร้อนประคบเมื่อมีอาการปวดเรื้อรัง และใส่เครื่องพยุงคอ (Cervical Orthoses)

Cervical Orthoses มี 2 ประเภทใหญ่ ได้แก่ Cervical Collar และ Cervical Brace โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1.1) เป็นเครื่องเตือนให้ผู้ป่วยรู้จักจำกัดการเคลื่อนไหวของคอและศีรษะ

1.2) เป็นตัวจำกัดการเคลื่อนไหวของคอและศีรษะ

1.3) สามารถลด Load ที่กระดูกคอได้

Cervical Collar มี 3 ชนิด ได้แก่ Soft Collar ทำจากโฟม หรือยางมีรูฟองน้ำ จะช่วยเตือนไม่ให้เกิดการเคลื่อนไหวของคอบ่อยเกินไป Hard Collar ทำจากพลาสติกแข็ง ช่วยลดการเคลื่อนไหวในแนวหน้า-หลัง และ Philadelphia collar ทำจากวัสดุที่เรียกว่า Plazote ช่วยลดการเคลื่อนไหวในแนวหน้าหลังและลดการหมุนรอบแนวตั้ง (Rotation) และการเอียงไปด้านข้างได้บางส่วน

Cervical Brace จะมีความมั่นคงมากกว่า Cervical Collar ประกอบด้วยแกนโลหะซึ่งเป็นอลูมิเนียมหรือเหล็ก พลาสติก และหนัง ยึดศีรษะอยู่หนึ่งได้ดีกว่า ใช้ในกรณีกระดูกสันหลังส่วนคอหัก หลังจากที่ตั้งให้เข้าที่หรืออยู่กับที่ประมาณ 4-6 สัปดาห์แล้ว หรือหลังจากการผ่าตัดตามกระดูกสันหลังส่วนคอได้แก่ SOMI Brace (Sterno-Occipital-Mandibular-Immobilization Brace) ประกอบด้วย Sternal Plate, Occipital Support และ Mandibular Support ที่ยึดติดกันด้วยสาย

คาดและข้อต่อสามารถจำกัดการเคลื่อนไหวของคอได้ และ Two or Four Poster Brace ประกอบด้วย Sternal Plate ซึ่งยึดติดกับ Mandibular Support ด้วย Upright Posts 1-2 เสา และ Occipital Support ก็เช่นกัน โดยยึดอยู่กับ Interscapular late และมีสายคาดยึดระหว่าง Support ทั้งสองและระหว่าง Plates ทั้งสองแบบอื่นๆ เช่น Custom -Molded Cuirass Orthosis และ Halo Device เป็นกายอุปกรณ์ที่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของคอได้ดีที่สุดอีกทั้งยังทำให้มี Distraction Force และลด Load ได้ดีอีกด้วย

2) Cervical Traction เป็นการดึงคอให้ถูกท่าโดยอยู่ในท่าก้มศีรษะลง ประมาณ 24 องศา เป็นท่าที่ Neural Foramen กว้างที่สุดรากประสาทและหลอดเลือดที่อยู่ข้างในจะถูกรบกวนหรือถูกกดน้อยที่สุด ใช้น้ำหนักดึงให้พอดี คือขนาดที่ยกน้ำหนักศีรษะออกจากบ่าได้พอดีแล้ว ผู้ป่วยจะรู้สึกสบายขึ้น เนื่องจากไม่มีแรงกดลงที่ข้อต่อของกระดูก ส่วนใหญ่ใช้น้ำหนัก 8-12 ปอนด์ ดึงเป็นพักๆ ครั้งหนึ่งดึงประมาณ 15- 20 นาที ซึ่งวิธีนี้ไม่ค่อยนิยมใช้และ ลักษณะท่าทางของคอระหว่างการทำงานควรแนะนำผู้ป่วยไม่ให้คออยู่ในท่าที่ผิดปกติใดๆ ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะเครียดต่อกระดูก เช่น ก้มศีรษะหรือเงยมากเกินไป หรือการเอี้ยวบิดคอบ่อยๆ ควรฝึกในการจัดทำเวลานั่งทำงาน ให้คออยู่ในลักษณะตรงธรรมดา (Neutral Position) โต๊ะที่นั่งทำงานประจำควรมีที่รองรับศีรษะและคอ (Head Rest) ให้พักได้เมื่อนั่งนานๆ หรือเมื่อมีอาการปวดเมื่อยคอ หมอนที่หนุนศีรษะควรแนะนำให้หนุนหมอนในลักษณะที่รองรับคอให้อยู่ในลักษณะที่ปกติของกระดูกสันหลังส่วนคอ คือกระดูกสันหลังส่วนคออยู่ในลักษณะที่เอนไปข้างหน้าเล็กน้อย (Normal Cervical Lordosis) อาจหนุนหมอนนุ่มๆ แบบๆ และให้หนุนลึกไปถึงใต้สะบักหรือบ่าด้วย

3) Medication การใช้ยาแก้ปวด (Analgesics) ยาคลายกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxants) ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Nonsteroid Anti – Inflammatory Drug)

4) Neck Exercise and Posture แนะนำเรื่องการบริหารกล้ามเนื้อคอและการจัดทำคอในกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งการหนุนหมอนระหว่างนอนเป็นเรื่องสำคัญมาก ที่จะป้องกันไม่ให้กระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อมเร็วเกินไป หรือเกิดอาการเจ็บปวดรุนแรงขึ้นอีก แนะนำการบริหารกล้ามเนื้อคอในลักษณะที่ไม่มีการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังส่วนคอ (Isometric Exercise) การออกกำลังกายโดย มีการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังส่วนคอมากขึ้นจะทำให้มีการเสื่อมตัวมากขึ้นด้วย

เมื่อการรักษาแบบประคับประคองไม่ดีขึ้น แพทย์จะพิจารณารักษาโดยการผ่าตัดซึ่งมีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้

1. มีอาการปวดของรากประสาทถูกกด (Cervical Spondylotic Radiculopathy)
2. มีอาการของไขสันหลังถูกกด (Cervical Spondylotic Myelopathy)



### 3. มีอาการ อาการแสดงที่ชัดเจนและเสี่ยงต่อการเกิด Thrombosis ได้

(Vertical Artery Syndrome)

#### 1.3.2 การรักษาโดยวิธีการผ่าตัด (Operation Treatment)

การผ่าตัดที่นิยมทำคือ

##### 1) การผ่าตัดเข้าทางด้านหน้า (Anterior Approach)

1.1) Anterior Cervical Disectomy and Interbody Fusion (ACDF) โดยตัดเอา Intervertebral Disc ออกและเชื่อมข้อโดยใช้ Iliac Bone Graft ให้กระดูกอันบนและล่างติดกันเพื่อลดการกดรากประสาทไขสันหลังกำจัดกระดูกงอก (Osteophyte) และลดการเกิดกระดูกงอก ACDF เป็นวิธีการผ่าตัดที่นิยมมากที่สุดเพราะช่วยหลีกเลี่ยงการยุบตัวของ Disc Space ป้องกันความเจ็บปวดที่เกิดจากการเคลื่อนไหวคอที่ผิดปกติและช่วยในการเชื่อมข้อให้ติดเร็วขึ้น การผ่าตัดอาจเป็นด้านซ้ายหรือขวาก็ได้ถ้าผ่าตัดด้านขวาจะง่ายสำหรับแพทย์ที่ถนัดข้างขวาแต่จะเพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อ Recurrent Laryngeal Nerve ได้มากกว่า

1.2) Anterior Corpectomy with Strut Graft Fusion (ACF) เป็นทางเลือกหนึ่ง ที่ในกรณีที่ตัดหมอนรองกระดูก 2 ระดับ ร่วมกับมีหมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อม ในบางรายการผ่าตัดต้องใส่ Anterior Plating เช่น การทำ ACDF 3 ระดับหรือทำ 2 ระดับแต่มีภาวะเสี่ยงว่าอาจไม่ติดเป้าหมายของการใส่ Spinal Instrument คือให้ความแข็งแรงหลังใส่ทันที ลดการใช้ External Orthoses หลังการผ่าตัดที่เข้าทางด้านหน้าทั้งที่ใส่และไม่ใส่ Spinal Instrument จะให้ใส่ Collar ทุกรายซึ่งระยะเวลาการใส่ Collar อาจเป็น 4 – 12 สัปดาห์ ซึ่งแล้วแต่การเชื่อมติดของข้อกระดูกซึ่งจะประเมินจากภาพถ่ายรังสี

##### 2) การผ่าตัดเข้าทางด้านหลัง (Posterior Approach)

Laminoplasty เป็นการตัด Lamina ด้านใดด้านหนึ่งทำให้เป็นบานพับ (Hinge) ไปยึดติดอีกด้านหนึ่งทำให้โพรงกระดูกสันหลัง (Spinal Canal) กว้างขึ้นเพื่อลดการกดรากประสาทและไขสันหลัง ทำในรายที่มีการกดทับประสาทหลายระดับหรือมี OPLL (Ossificational Posterior Longitudinal Ligament) วิธีนี้มีข้อดีคือ ทำให้กระดูกสันหลังมีความมั่นคง ทำให้ลุกจากเตียงได้เร็วและป้องกันการเกิด Kyphotic Deformity แต่อาจมีข้อเสียคือ Range of Motion ของคอลดลงโดยเฉพาะท่าเงยหน้า เอียงคอ และหมุนคอ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นคือการหักของบานพับแล้วไปกดเส้นประสาทและไขสันหลัง ดังนั้นหลังผ่าตัดแพทย์จะให้ใส่ Collar นาน 4 สัปดาห์ และหากมีการเชื่อมข้ออาจต้องใส่ Collar หรือ Brace นานถึง 8 สัปดาห์ หรืออาจแตกต่างกันตามแต่การเชื่อมติดของข้อกระดูกซึ่งแพทย์จะประเมินจากภาพถ่ายรังสี

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ	
ห้องสมุดงานวิจัย	
วันที่.....	14 ก.ค. 54
วาระเป็น.....	242464
ขอเรียกหนังสือ.....	

### 1.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อม

โรคกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อมเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นจำเป็นต้องมีผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน ยับยั้งโรคกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อมมิให้เกิดซ้ำอีก ซึ่งอาจเกิดความพิการตามมาและจะนำไปสู่ความทุพพลภาพ โดยผู้ป่วยต้องดูแลปฏิบัติตนให้ถูกต้อง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อม ควรปฏิบัติประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การจัดการกับความเจ็บปวด ทำท่างในการปฏิบัติตนและการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และการปฏิบัติตนด้านการรักษา ดังนี้

#### 1.4.1 พฤติกรรมการจัดการกับความเจ็บปวด

โดยสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับ Relaxation Technique เน้นให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดกับอาการปวดคอ แนะนำวิธีการปรับตัว วิธีลดความเครียด

การจัดการความเครียด สามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้ (สมบัติ ตาปัญญา, 2526)

1) การฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง (Abdominal or Diaphragmatic Breathing) การหายใจให้ลึก ช้าและสม่ำเสมอ โดยขณะหายใจเข้าทำให้กระบังลมดันท้องให้พองออกและยุบลงขณะหายใจออก เพื่อให้อากาศที่หายใจลงไปถึงส่วนล่างสุดของปอด

2) การฝึกสมาธิ เป็นการฝึกที่ให้ความสนใจมุ่งจดจ่อสงบนิ่งอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว เช่น ลมหายใจเข้าออก การยุบพองของท้อง การกำหนดสติ เป็นการมีสติรู้ตามอริยาบถของร่างกายเป็นต้น

3) การออกกำลังกายโดยมุ่งเพื่อทำให้เกิดการผ่อนคลายเท่านั้น กระทำอย่างสม่ำเสมอ ไม่หักโหมจะช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อทำให้มีการไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น

4) การใช้จินตนาการนึกภาพเหตุการณ์ที่ประทับใจในชีวิตหรือภาพที่รื่นรมย์ (Visualization) ส่งผลให้ร่างกายผ่อนคลายมากขึ้น

ความเครียดนั้นส่งผลทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น อีกทั้งภายหลังการเกิดอาการของโรคเกิดขึ้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความกลัว ความวิตกกังวล และซึมเศร้า ซึ่งสิ่งเหล่านี้เมื่อเกิดขึ้นจะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย

#### 1.4.2 พฤติกรรมด้านท่าทางในการปฏิบัติตนและการออกกำลังกาย

1) ช่วง 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด คอต้องตั้งตรง ห้ามแหงนหน้า ห้ามก้มหน้า ให้ใช้วิธีหมุนตัวแทนการหันซ้าย-ขวา หลีกเลี่ยงการนั่งรถระยะทางไกลเพราะจะทำให้เกิดการสันสะเทือน ไม่ควรยกน้ำหนักเกิน 5 – 10 ปอนด์ หลีกเลี่ยงการอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานานระวังเรื่องการหกล้มเพราะอาจเกิด Graft Displacement (Phipps et al, 1996)

2) เมื่อครบ 3 เดือนและกระดูกติดดีแล้วไม่ควรกัมศีรษะหรือแหงนหน้า  
เป็นเวลานาน

3) ทำเอื่อมหีบของจากที่สูงไม่ควรเข่งให้ใช้เก้าอี้หรือม้าเตี้ยวางเท้า  
เพื่อให้ข้ออยู่ในระดับสายตา

4) ทำนอนไม่ควรหนุนหมอนสูง หมอนไม่แข็งหรือนิ่มเกินไป เวลานอน  
หมอนควรรองที่ต้นคอและเข้ามาชิดจนถึงหัวไหล่

5) ที่นอนเนื้อแน่นไม่เป็นหลุม

6) ภายใน 6 สัปดาห์แรกให้งดขับรถ แต่นั่งเป็นผู้โดยสารในช่วงระยะสั้น  
(20-30 นาที) ได้ หรือจะขับรถได้ก็ต่อเมื่อแพทย์ให้หยุดใช้ Collar และที่นั่งคนขับควรมีพนักพิงศีรษะ

7) หลีกเลี่ยงการนั่งหรือยืนนานเกิน 30 นาที

8) สวมรองเท้าส้นเตี้ย

9) เมื่อหายดี ขณะทำงานควรพยายามหาเวลาหยุดพักเพื่อเคลื่อนไหวคอ  
หรือเปลี่ยนอิริยาบถสัก 2-3 นาทีทุกๆ ชั่วโมง

การออกกำลังกายกล้ามเนื้อคอ

วัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อคอ เป็นการออกกำลังกาย  
แบบ Isometric Neck Exercise ซึ่งเป็นการเกร็งของกล้ามเนื้อโดยไม่มีการเคลื่อนไหวของข้อ เริ่มทำ  
เมื่อลุกจากเตียงโดยในช่วง 1 เดือนแรกให้ออกแรงด้านแบบเบาๆและงดทำในท่าเกร็งกล้ามเนื้อคอ  
ด้านหน้าในรายที่ผ่าตัดเข้าทางด้านหน้า (ท่าที่ 1, 5 และ 6) เพื่อป้องกัน Resorption ของ Bone Graft  
เมื่อผ่าตัดครบ 1 เดือนให้ออกแรงด้านที่มากกว่าเดิม การออกกำลังกายให้ทำวันละ 3 ครั้ง ท่าละ 5-10 นาที

ท่าออกกำลังกายมีดังนี้คือ (Greenfield, 2002)

ท่าที่ 1 ใช้อุ้งมือทั้ง 2 ข้างวางที่บนหน้าผาก ค่อยๆกดหน้าผาก ด้านกับความ  
พยายามที่จะกัมศีรษะ โดยที่คอจะต้องตั้งตรง นับ 1-5 ซ้ำๆ (รวม 5 นาที) แล้วพัก ขณะพักให้วางมือ  
ไว้ข้างลำตัวพร้อมกับนับ 1-3 แล้วเริ่มต้นใหม่ ครั้งแรกที่เริ่มทำอาจใช้กระจกช่วยเพื่อดูว่าไม่มีการ  
กัมศีรษะ เพราะจะทำให้เกิดแรงเค้นที่บริเวณคอทำให้เจ็บปวดมากยิ่งขึ้น

ท่าที่ 2 ประสานมือไว้ที่ท้ายทอยออกแรงดันศีรษะไปด้านหน้าด้านกับการ  
ดันศีรษะไปด้านหลังโดยที่คอไม่มีการเคลื่อนไหว นับ 1-5 ซ้ำๆ แล้วพักพร้อมกับนับ 1-3 แล้ว  
เริ่มต้นใหม่ ระวังอย่าให้มีการแหงนศีรษะ

ท่าที่ 3 ใช้อุ้งมือขวากดที่เหนือหูขวา ด้านกับความพยายามที่จะตะแคงหน้า  
ให้หูซ้ายไปจรดไหล่ โดยที่คอจะต้องตั้งตรง นับ 1-5 ซ้ำๆ แล้วพักพร้อมกับนับ 1-3 แล้วเริ่มต้นใหม่

ท่าที่ 4 ทำเหมือนท่าที่ 3 แต่เปลี่ยนเป็นด้านซ้าย

ท่าที่ 5 ใช้มือขวาดันกรามขวาด้านกับความพยายามที่หันหน้าไปด้านขวา หน้าตั้งตั้งตรงนับ 1-5 ซ้ำๆ แล้วพักพร้อมกับนับ 1-3 แล้วเริ่มต้นใหม่

ท่าที่ 6 ทำเหมือนท่าที่ 5 แต่เปลี่ยนเป็นกรามซ้าย

#### 1.4.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

เน้นการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เพื่อเสริมสร้างกระดูกให้ติดดี เช่น นมพร่องมันเนย ปลาเล็กปลาน้อย ปลาร้าแห้ง ปลาป่น กุ้งแห้ง งาคั่ว ปลากระป๋อง กะปิ ถั่วแดง หลวง ใบชะพลู ใบยอ ผักแค ผักขม เห็ดลม ผักกระเฉด สะเดา สะแล ใบโหระพา เม็ดบัว ถั่วเหลือง เต้าหู้ ผักคะน้า ถั่วงอก เป็นต้น และแนะนำการลดน้ำหนักในผู้ป่วยที่อ้วน

#### 1.4.4 พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านการรักษา

##### การใส่ปลอกคอ

1. ชนิดของปลอกคอที่ใส่จะขึ้นอยู่กับความชอบของแพทย์ ในรายที่ทำ Anterior Cervical Spine Surgery ใส่นาน 4 สัปดาห์ ถึง 3 เดือน ซึ่งขึ้นอยู่กับการติดของกระดูกที่เชื่อมข้อไว้โดยดูความก้าวหน้าจากผล X-ray ประโยชน์ของการใส่ปลอกคอ คือ ช่วยลดการทำงานของกล้ามเนื้อคอ และ ช่วยลดการเคลื่อนไหวของคอ แต่ก็มีข้อเสียเพราะถ้าใส่เวลานานเกินไปจะทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแอ ขาดความยืดหยุ่น การลดการใส่ (Weaning) อาจเริ่มจากเปลี่ยน Hard Collar เป็น Soft Collar ก่อนแล้วลดเวลาการใส่ จนเลิกใส่ในที่สุด ในรายที่ทำ Laminoplasty อาจใส่ Collar นาน 4 สัปดาห์ ถ้ามี Spinal Fusion ด้วยอาจใส่เวลานานถึง 2 เดือน ขณะอยู่ใน Collar สามารถัมเมย เอียงซ้ายขวาได้บ้างเล็กน้อยแต่ห้ามบิดคอ

2. ใส่ให้แน่นพอดี ไม่คับหรือหลวม

3. ให้ใส่ตลอดเวลา แพทย์บางท่านอาจให้ยกเว้นเวลานอน

4. ทำความสะอาดรอบคออย่างน้อยวันละครั้ง โดยมีผู้ช่วยเหลือทำให้ ขณะถอดปลอกคอต้องให้คออยู่นิ่งๆและตรง

5. หลังจากตัดไหมที่ Iliac Crest แล้ว ขณะอาบน้ำสระผมให้ถอดได้ แต่ให้คอตรง ไม่ควรสระผมในท่าแหงนคอ

##### การดูแลแผลผ่าตัด

1. ทำแผลที่อนามัยใกล้บ้านทุกวัน

2. ดูแลแผลให้แห้งสะอาด ไม่แกะเกาแผล

3. ห้ามแผลถูกน้ำจนกว่าจะตัดไหมเมื่อครบ 14 วัน (กรณีที่มีแผลบริเวณ Iliac Crest)

4. ถ้าแผลบวมแดง มีน้ำหนองไหล ให้รีบกลับมาพบแพทย์

### การมาตรวจตามนัด

1. มาตรวจให้ตรงวันนัด โดยทั่วไปแพทย์จะนัด 1 เดือนหลังผ่าตัด และจะ X-ray ดูการติดของกระดูกที่เชื่อมคอไว้
2. มีอาการผิดปกติให้รับมาก่อนวันนัด เช่น การติดเชื้อ (มีไข้ แผลบวมแดงมีหนองไหล) ปวด ซามากกว่าเดิม กลืนลำบาก (Phipps et all, 1996) หรือถ้ามีอาการปวดร้าวลงแขนข้างใดข้างหนึ่งซึ่งแสดงถึงมีการหลุดของ Bone Graft (Smeltzer & Bare, 1996)

### การรับประทานยา

1. แนะนำประเภทยา วัตถุประสงค์ในการใช้ ขนาดยา วิธีทาง ความถี่ในการให้ ผลข้างเคียงของการได้รับยา
2. ยาพวก NSAIDs ให้รับประทานพร้อมอาหาร หรือหลังอาหารทันที และให้สังเกตอาการของระบบทางเดินอาหาร ในผู้ป่วยที่ใส่ Bone Graft แพทย์จะหลีกเลี่ยงการให้ NSAIDs 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด เพราะ NSAIDs จะไปขัดขวางการติดของกระดูกที่เชื่อมคอไว้

## 2. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน (Self Efficacy Theory) ผู้ค้นคิดทฤษฎีนี้คือ แบนดูรา เป็นนักจิตวิทยาชาวอเมริกันและเป็นศาสตราจารย์ทางสังคมศาสตร์ที่มหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ดได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ตามแนวทฤษฎีของแบนดูรา โดยได้ศึกษาค้นคว้าในรายละเอียดเกี่ยวกับปฏิกิริยาสังสรรค์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่จำเป็นให้สำเร็จ จากการศึกษาพบว่า มีการกล่าวถึงการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) เสนอว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคลเกิดจาก ปัจจัยด้านการรับรู้และการนึกคิดได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การให้ความจำกัดความสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และเป็นตัวทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด (Gill, 1993; Pender, 1987) การรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1977) เป็นความเชื่อมั่น การตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการตอบสนองบางอย่างที่จำเป็น ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา การรับรู้ความสามารถของตนเอง

เป็นแนวคิดทฤษฎีที่เบนคูรา (Bandura, 1977) ผสมผสานการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Behavior) เข้ากับความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองในระยะแรกของทฤษฎี เบนคูรา (Bandura, 1977) ได้เชื่อว่า ความคาดหวังในความสามารถแห่งตน (Efficacy Expectation) เป็นตัวกำหนดการแสดงพฤติกรรม ต่อมาเบนคูรา (Bandura, 1986) ได้เสนอแนวคิดเพิ่มเติมว่าการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายได้นั้น โดยมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ (Outcome Expectancies) เป็นแรงเสริมให้มีการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่คาดว่าจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามต้องการ

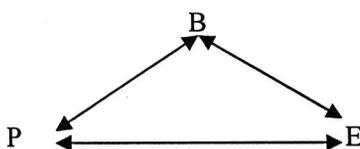
เบนคูรา (Bandura, 1997) เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นผลเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมภายนอกเพียงอย่างเดียว แต่ต้องมีปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น อารมณ์ (Effective) ความนึกคิดทางปัญญา (Cognitive) และปัจจัยทางชีวภาพส่วนบุคคล (Biography) เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เป็นต้น ดังนั้นพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากลักษณะ โครงสร้างที่มีความเป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน (Causal Structure) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการได้แก่

1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (The Internal Person Factor= $P$ ) อันได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ตนเอง

2) การแสดงพฤติกรรม (Represent Behavior = $B$ )

3) สิ่งแวดล้อมภายนอก (The External Environment = $E$ )

องค์ประกอบทั้ง 3 ปัจจัยนี้ต่างก็มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน (Reciprocal Determination) และมีความเกี่ยวข้องในลักษณะที่เป็นพลวัตร ไม่มีการหยุดนิ่งและจะมีอิทธิพลของแต่ละอย่างจะมากหรือน้อยแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับสถานการณ์หรือกิจกรรมที่จะกระทำนั้น ความสัมพันธ์ดังกล่าวดังแสดงในแผนภูมิ 1



แผนภูมิ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล พฤติกรรม และสภาพแวดล้อม

เมื่อพิจารณาปัจจัยระหว่างบุคคลกับพฤติกรรม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในของบุคคล ได้แก่ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ความคาดหวัง ความเชื่อ การรับรู้เป้าหมาย และความตั้งใจ เป็นการกำหนดทิศทางของพฤติกรรม สิ่งที่บุคคลคิด เชื่อและรู้สึก มีผลต่อการที่บุคคลแสดงพฤติกรรม ในขณะที่เดียวกันผลจากการกระทำพฤติกรรมจะถูกนำกลับมา

พิจารณาเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการคิด และการตอบสนองทางอารมณ์ ลักษณะทางกายและระบบประสาทที่เกี่ยวกับการรับรู้มีผลต่อพฤติกรรม และศักยภาพของบุคคล ในทำนองเดียวกันระบบของสมองและการรับรู้ก็ปรับเปลี่ยนได้โดยประสบการณ์ทางพฤติกรรมเช่นกัน

ปัจจัยระหว่างพฤติกรรมกับสภาพแวดล้อม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวัน พฤติกรรมสามารถเปลี่ยนเงื่อนไขสภาพแวดล้อม ขณะเดียวกันเงื่อนไขทางด้านสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปนั้นก็ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนไปด้วยเช่นกัน สภาพแวดล้อมจะไม่มีอิทธิพลใดๆต่อบุคคลจนกว่าจะมีพฤติกรรมบางอย่างเกิดขึ้น เช่น พยาบาลจะไม่กล่าวชมผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจในระยะพักฟื้นหากผู้ป่วยยังไม่มีพฤติกรรมให้ชม เป็นต้น เนื่องจากพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมมีอิทธิพลต่อกันและกันจึงทำให้เกิดการเปลี่ยนมุมมองจากเดิมที่ว่า พยาบาลมีอิทธิพลต่อผู้ป่วยมาเป็น พยาบาลและผู้ป่วยมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน

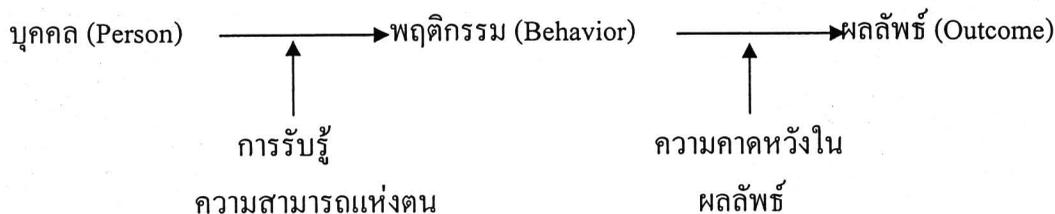
ปัจจัยระหว่างสภาพแวดล้อมกับบุคคล เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะภายในตัวบุคคลกับสภาพแวดล้อม ความคาดหวัง ความเชื่อ อารมณ์ และความสามารถทางปัญญาของบุคคลจะถูกพัฒนาและเปลี่ยนแปลงได้โดยอิทธิพลทางสังคม ซึ่งเป็นแหล่งที่ให้ข้อมูลและกระตุ้นการตอบสนองทางอารมณ์ด้วยการผ่านตัวแบบ การสอน และการชักจูงทางสังคม ขณะเดียวกันบุคคลจะมีปฏิริยาสนองตอบที่แตกต่างกันตามสภาพสังคมและลักษณะทางกายภาพ ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติและขนาดของร่างกาย นอกจากนี้การสนองตอบยังขึ้นอยู่กับบทบาทและสถานภาพทางสังคมของบุคคลอีกด้วย

แบนดูรา (Bandura, 1997) ได้อธิบายและทำนายพฤติกรรมและสภาวะทางอารมณ์ของบุคคล โดยใช้แนวคิดหลัก 2 ประการ คือ

1. การรับรู้ความสามารถแห่งตน (Perceived Self- Efficacy or Efficacy Beliefs) หมายถึง ความเชื่อมั่น หรือความมั่นใจของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจนประสบผลสำเร็จ ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นความหวังที่เกิดขึ้นก่อนการกระทำพฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectancies) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินว่าพฤติกรรมที่ตนเองกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลการกระทำที่ตนเองคาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลสืบเนื่องมาจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ

บุคคลจะกระทำพฤติกรรม ก็ต่อเมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่ามีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นจนประสบความสำเร็จ และการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว จะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ ถ้าบุคคลมีความคาดหวังในผลลัพธ์เพียงอย่างเดียวแต่ไม่มีการรับรู้ว่าจะตนเองมีความสามารถร่วมด้วย บุคคลนั้นจะไม่สามารถกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จได้ ดังแสดงในแผนภูมิ 2



แผนภูมิ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์  
(Bandura, 1997)

บุคคลจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่นั้น บุคคลจะต้องรับรู้ว่าคุณมีความสามารถเพียงพอ และขึ้นอยู่กับความคาดหวังว่าเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะเกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการ จึงเกิดความเชื่อมั่นและความพยายามที่จะทำโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลคาดหวังว่าผลลัพธ์จากการกระทำนั้นจะเป็นประโยชน์ต่อตนเองแต่ตนมีความสามารถแห่งตนต่ำ บุคคลนั้นพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ หรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้นเลย ดังนั้น ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและจากความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมของบุคคล

นอกจากนี้การรับรู้ความสามารถแห่งตนในแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับมิติ (Dimension) 3 มิติดังนี้ (Bandura, 1977)

1. มิติตามขนาดหรือตามระดับ (Level) หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นของบุคคลในการกระทำ กิจกรรม ซึ่งจะผันแปรตามความยากง่ายของงานที่จะกระทำ ถ้ารับรู้ว่าจะงานที่จะกระทำนั้นง่ายและตนมีความสามารถเพียงพอ จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงขึ้น แต่ถ้างานที่กระทำนั้นยากหรือบุคคลมีขีดความสามารถจำกัด จะส่งผลให้บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนต่ำ ขาดความมั่นใจ และหลีกเลี่ยงที่จะทำงานที่ยากนั้น

2. มิติความเป็นสากล (Generality) หมายถึง ความมั่นใจในความสำเร็จที่เคยประสบในอดีต และสามารถนำเอาทักษะจากประสบการณ์นั้น มาเชื่อมโยงในการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความคล้ายกันในต่างสถานการณ์ได้

3. มิติความแข็งแกร่ง (Strength) หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลในการประเมินกำลังความสามารถของตนในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ บุคคลที่มีระดับความเข้มแข็งสูงจะมีความเชื่อมั่นว่าคุณมีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้ หรือเกิดความมั่นใจว่าสถานการณ์นั้นไม่ยากเกินความสามารถของตนที่จะกระทำได้ จะทำให้บุคคลเกิดความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมดังกล่าวและคงไว้ซึ่งพฤติกรรม



## 2.1 แหล่งสนับสนุนการรับรู้ความสามารถแห่งตน

จากแนวคิดของเบนดูรา (Bandura, 1977) การรับรู้ความสามารถแห่งตนจะประกอบกันขึ้นในรูปของหลักการรู้ตนเอง (Self Knowledge) และสามารถพัฒนาขึ้นได้จากแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูล 4 แหล่ง ดังนี้

2.1.1 ประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำ (Enactive Mastery Experience) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตนและมีอิทธิพลต่อความคาดหวังในความสามารถของบุคคลมากที่สุด เนื่องจากความสำเร็จจากการกระทำนั้นเป็นประสบการณ์ที่บุคคลได้รับโดยตรง การที่บุคคลทำงานแล้วเกิดประสบผลสำเร็จซ้ำกันหลายครั้งๆ จะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่น และรับรู้ในความสามารถของตนเองที่จะเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกับที่เคยประสบมาก่อน และความคาดหวังว่าตนจะทำสำเร็จ ถึงแม้ว่าบางครั้งในสถานการณ์นั้นจะเกิดความล้มเหลวบ้างก็ตาม แต่จะไม่มีผลกระทบมากนักเพราะบุคคลจะประเมินว่าตนยังมีความสามารถอยู่ แต่ความล้มเหลวที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ความพยายามไม่เพียงพอ ใช้วิธีการทำงานไม่เหมาะสม มากกว่าการที่บุคคลจะรับรู้ว่าจะตนไม่มีความสามารถ และบุคคลจะพยายามใช้ทักษะในการปรับเปลี่ยนสถานการณ์นั้นๆ แต่หากบุคคลประสบความล้มเหลวอยู่เสมอๆ จะส่งผลให้บุคคลประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตนในระดับต่ำลง ดังนั้น จึงจำเป็นที่จะต้องพัฒนาทักษะต่างๆ ให้เพียงพอ เพื่อจะทำให้บุคคลกระทำแล้วประสบความสำเร็จ ส่งผลให้การรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงขึ้น

2.1.2 การได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experience) การประเมินค่าในความสามารถแห่งตน โดยส่วนหนึ่งแล้วบุคคลก็ยังสามารถได้รับอิทธิพลจากการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นในการลงมือกระทำกิจกรรมใดๆ หากบุคคลประเมินว่าตนมีความสามารถพอบุคคลจะตัดสินใจที่จะลงมือทำกิจกรรมนั้นๆ แต่เนื่องด้วยบุคคลไม่สามารถที่จะประเมินได้ว่าตน มีความสามารถเพียงพอในทุกๆ กิจกรรม บุคคลจะประเมินค่าในความสามารถของตน โดยจากการเปรียบเทียบกับความสำเร็จของบุคคลอื่นซึ่งมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับตน ถ้าบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตน สามารถทำกิจกรรมแล้วประสบผลสำเร็จ จะเป็นแรงจูงใจให้เกิดความเชื่อว่าคุณก็มีความสามารถพอที่จะกระทำกิจกรรมนั้นสำเร็จได้เช่นเดียวกัน ถ้ามีความเพียรพยายาม ตัวแบบในการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนมี 2 ประเภทดังนี้ (Bandura, 1997)

1) ตัวแบบที่มีชีวิต (Live-Modeling) คือ ตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง ซึ่งเบนดูรา (Bandura, 1997) ได้เสนอลักษณะของตัวแบบไว้ดังนี้

1.1) ควรจะมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกตทั้งทางด้านอายุ เพศ เชื้อชาติ ทัศนคติ และฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจ จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจได้ว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกนั้นมีความเหมาะสมและตนสามารถทำได้ เนื่องจากมีความคล้ายคลึงกับตน

1.2) ควรเป็นผู้ที่มีชื่อเสียงในสายตาของผู้สังเกต แต่หากมีชื่อเสียงมากเกินไปจะทำให้ผู้สังเกตคิดว่าพฤติกรรมนั้นไม่น่าเป็นจริงได้สำหรับผู้สังเกต

1.3) ควรมีระดับความสามารถใกล้เคียงกับผู้สังเกตหรือมีความสามารถสูงกว่าเล็กน้อย

1.4) มีกลยุทธ์ในการปรับตัวได้ดีเมื่อพบกับปัญหา

2) ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Modeling) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านทางโทรทัศน์ หรือสื่อต่างๆ ที่ประกอบด้วยภาพและเสียง ได้แก่ ภาพยนต์ สไลด์ วีดิทัศน์ การ์ตูน สถานการณ์จำลอง เป็นต้น (Bandura, 1997) ซึ่งการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์มีผลดี คือ สามารถเน้นจุดสำคัญของพฤติกรรม สามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้ล่วงหน้าได้และยังสามารถควบคุมสถานการณ์อย่างที่ต้องการได้ นอกจากนี้นำไปใช้ได้กับกลุ่มคนจำนวนมากและสามารถเก็บไว้ใช้ในการเสนอตัวแบบครั้งต่อไปได้ด้วย

ในการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบนี้แบนดูรา (Bandura, 1986) ได้กล่าวว่าประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังต่อไปนี้

1) กระบวนการตั้งใจ (Attentional Processes) กระบวนการที่บุคคลตั้งใจและสนใจที่จะสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ ซึ่งปัจจัยของตัวบุคคลที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจได้แก่ ทักษะทางการคิด แนวความคิดเดิม การเห็นคุณค่าของพฤติกรรมที่ตัวแบบได้แสดงออก เป็นต้น

2) กระบวนการเก็บจำ (Retention Processes) กระบวนการเก็บจำจะเป็นการที่บุคคลจะต้องแปรข้อมูลที่ตัวแบบได้แสดงออกไปเป็นรูปแบบสัญลักษณ์ เพื่อจะนำข้อมูลสัญลักษณ์เหล่านั้นไว้ในรูปของความจำถาวร ในรูปของหลักการ และแนวคิดโดยการจัดระบบ โครงสร้างทางปัญญาเพื่อให้ง่ายต่อการจดจำ เพื่อชี้แนะการแสดงพฤติกรรมในอนาคตต่อไป

3) กระบวนการทำ (Production Processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บไว้ในรูปของความทรงจำออกมาเป็นการกระทำ

4) กระบวนการจูงใจ (Motivation Processes) เป็นกระบวนการเสริมแรงที่จะช่วยให้บุคคลกระทำพฤติกรรม

2.1.3 การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการสนับสนุนโดยการพูดให้บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีสมรรถภาพที่จะกระทำพฤติกรรมประสบความสำเร็จได้ โดยเฉพาะในพฤติกรรมที่ยาก ถ้ามีบุคคลที่ตนเชื่อถือคอยให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ กล่าวชมเชย จะทำให้บุคคลเกิดความพยายามและความมั่นใจมากขึ้นที่จะกระทำพฤติกรรม การชักจูงด้วยการพูดเป็นวิธีที่ทำได้ง่ายแต่การใช้คำพูดชักจูงเพียงอย่างเดียวอาจจะไม่มีผลการเกิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนได้มากนัก ถ้าจะให้ดีควรใช้ร่วมกับแหล่งข้อมูลสนับสนุนแหล่งอื่นไปด้วย

2.1.4 สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and Affective States) บุคคลจะมีการตัดสินใจถึงความสามารถของตน โดยพิจารณาผ่านสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ สภาวะด้านร่างกาย หมายถึงการตอบสนองของร่างกายที่แสดงออกเมื่อมีภาวะถูกคุกคาม และการเผชิญความเครียด ในสภาวะที่ร่างกายแข็งแรง มีภาวะสุขภาพที่ดี จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพิ่มขึ้น แต่ถ้าในสภาวะร่างกายที่มีความผิดปกติหรือเจ็บป่วย เช่น ความเจ็บปวด อ่อนเพลีย ความเหนื่อยล้า ภาวะที่ไม่สบายจะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนลดลง สภาวะอารมณ์ก็เช่นเดียวกัน เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์ การแสดงออกถึงอารมณ์ทางบวก เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกมีความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะมีผลทำให้บุคคลรับรู้ถึงความสามารถแห่งตนสูงขึ้น แต่อารมณ์ทางด้านลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว และความทุกข์ทรมาน เป็นต้น จะส่งผลให้บุคคลรับรู้ความสามารถแห่งตนลดลง และมักจะหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ดังนั้นการรับรู้ความสามารถแห่งตนจะสูงขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลมีภาวะที่ปกติและมีการลดหรือควบคุมถึงกระตุ้นทางอารมณ์

การรับรู้ความสามารถแห่งตน เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่จะจัดการและกระทำกิจกรรมนั้นให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตนเองมุ่งหวังไว้ได้ การที่บุคคลจะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายได้นั้น บุคคลต้องมีการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถแห่งตนก่อนจึงเกิดความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นและมีความคาดหวังในผลลัพธ์ เป็นแรงกระตุ้นเสริมให้มีการรู้ในความสามารถแห่งตนมากขึ้น การรับรู้ความสามารถแห่งตนเองในแต่ละบุคคลจะต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับมิติ 3 มิติ คือ มิติของระดับความยากง่ายของพฤติกรรมที่จะกระทำ มิติความเป็นสากล และมิติความเข้มแข็ง หรือความมั่นใจของบุคคลที่จะกระทำ การรับรู้ความสามารถแห่งตนของบุคคลนั้น สามารถเกิดขึ้นได้จากปัจจัยหลายประการที่กล่าวมา และการรับรู้ความสามารถแห่งตนนี้อาจเกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง หรืออาจเกิดจากปัจจัยหลายประการมาผสมผสานกันก็ได้

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

โดยปกติมนุษย์แต่ละบุคคลจะมีธรรมชาติของการพึ่งพาตนเอง และรับผิดชอบต่อการดูแลตนเอง การดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคคล เป็นความสามารถที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ของบุคคลที่เกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และการถ่ายทอดความคิดของตน ดังนั้นการดูแลสุขภาพของตนเองจึงเป็นแบบแผนทางวัฒนธรรมและการดำเนินของแต่ละบุคคล ซึ่งจะ เป็นเครื่องทำนายว่าบุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างไร

เพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่มและกระทำในแนวทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ การดูแลตนเองของบุคคลต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจนความต่อเนื่องกัน และเมื่อใดที่ได้กระทำอย่างถูกต้องครบถ้วน จะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตนเองมากขึ้น

โอเร็ม (Orem, 1991) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจมีเป้าหมาย (Deliberate Active) มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการ ดำเนิน ไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล

โอเร็มได้แบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 ด้าน คือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2532)

1. การดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม รักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมตามระยะพัฒนาการ

จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอาหาร น้ำ และอากาศที่เพียงพอ

1.2 คงไว้ซึ่งการจับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.4 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนา เป็นที่พึงของตนเอง

1.5 สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.6 ป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

1.7 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคมและ

ความสามารถของตนเอง (Promotion of Normalcy)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนา (Developmental Self - Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจาก ภาระบวนาการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการ เช่น การสูญเสียชีวิตหรือบิดามารดา หรืออาจเกิดจากการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปเพื่อปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับภาระบวนาการพัฒนาการ

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care Requisites) เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วยและจากการวินิจฉัยโรค และจากการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มีดังนี้ คือ

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจ ดูแลและป้องกัน ความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา หรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษาโดยรักษา ไร่ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตน ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและผู้อื่น

การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาของตนเอง ให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลตนเองในประเด็นนี้ บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกันเพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมด ที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัยและการรักษาต่อการพัฒนาของตนเอง

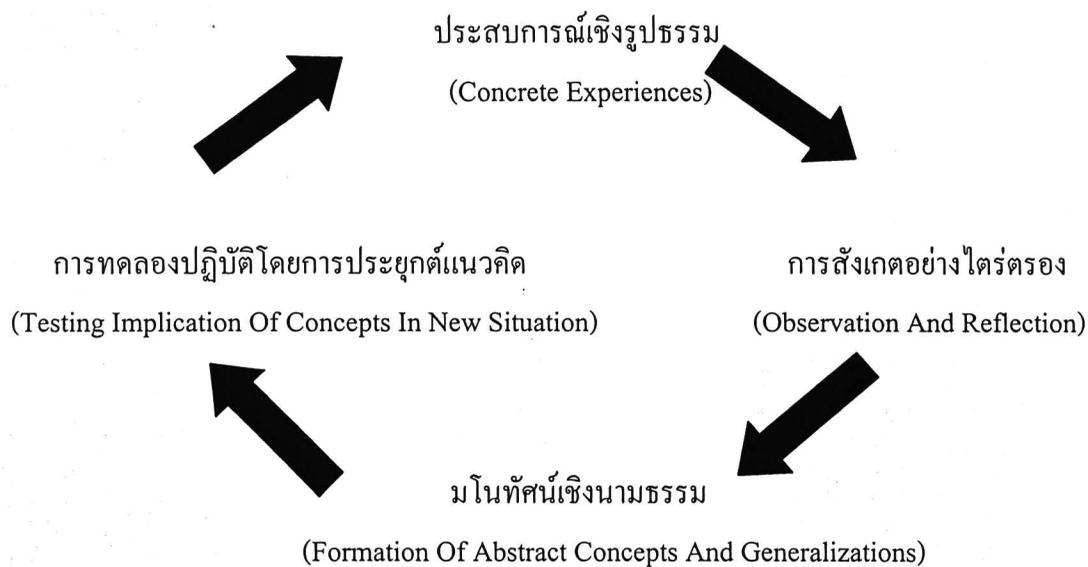
#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

กลุ่มนักปรัชญาการศึกษาคิวเอียน (Deweyian) ได้เริ่มใช้วิธีการเรียนรู้จากการกระทำ (Learning By Doing) ซึ่งเป็นพื้นฐานการพัฒนาระบบการเรียนรู้ที่ดึงความสามารถของผู้เรียนออกมาในรูปของการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ (Active Learning) ซึ่งผู้เรียนจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอนมากขึ้น โดยผู้สอนจะกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดแก้ปัญหา และยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (งานพัฒนาคุณาจารย์ กองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning)

ในทศวรรษที่ 80 ได้มีการพัฒนาระบบการเรียนรู้ (Learning Process) รูปแบบใหม่ที่เรียกว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) ซึ่ง โคลบ (Kolb) ได้เสนอว่า ประสบการณ์เป็นแหล่งของการเรียนรู้และการพัฒนา ตามรูปแบบของโคลบ (Kolb's Model)

เป็นวงจรการเรียนรู้ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ประสบการณ์เชิงรูปธรรม การสังเกตอย่างไตร่ตรอง มโนทัศน์เชิงนามธรรม และการทดลองปฏิบัติ (แผนภูมิ 4) ซึ่งตามแนวคิดของ โคล์บนี้ มุ่งสอนให้ผู้เรียนเรียนเพื่อเรียนรู้ (Learn To Learn) เนื่องจากจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้คือ ให้นุคคลพัฒนาความสามารถจากองค์ประกอบหลักทั้ง 4 ประการ โดยจะพัฒนาให้ผู้เรียนเกิดการคิดที่ซับซ้อน มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เข้าใจในเนื้อหาความรู้ มีความสามารถในการแก้ปัญหาและสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้การทำงานได้ง่ายขึ้น (Osland, Kolb, & Rubin, 2001)



แผนภูมิ 4 วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามรูปแบบของโคล์บ (Kolb's Model)  
แหล่งที่มา จาก **Organization Behavior: an Experiential Approach** โดย Osland, Kolb,  
& Rubin. 2001. New Jersey: Prentice Hall.

จากแนวคิดของ โคล์บ ต่อมาจึงมีนักการศึกษาและนักฝึกอบรมได้นำรูปแบบนี้ไปใช้ในการสอนและการฝึกอบรมต่าง ๆ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นมีหลายชื่อ เช่น การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) การเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม (Prior Learning) และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)

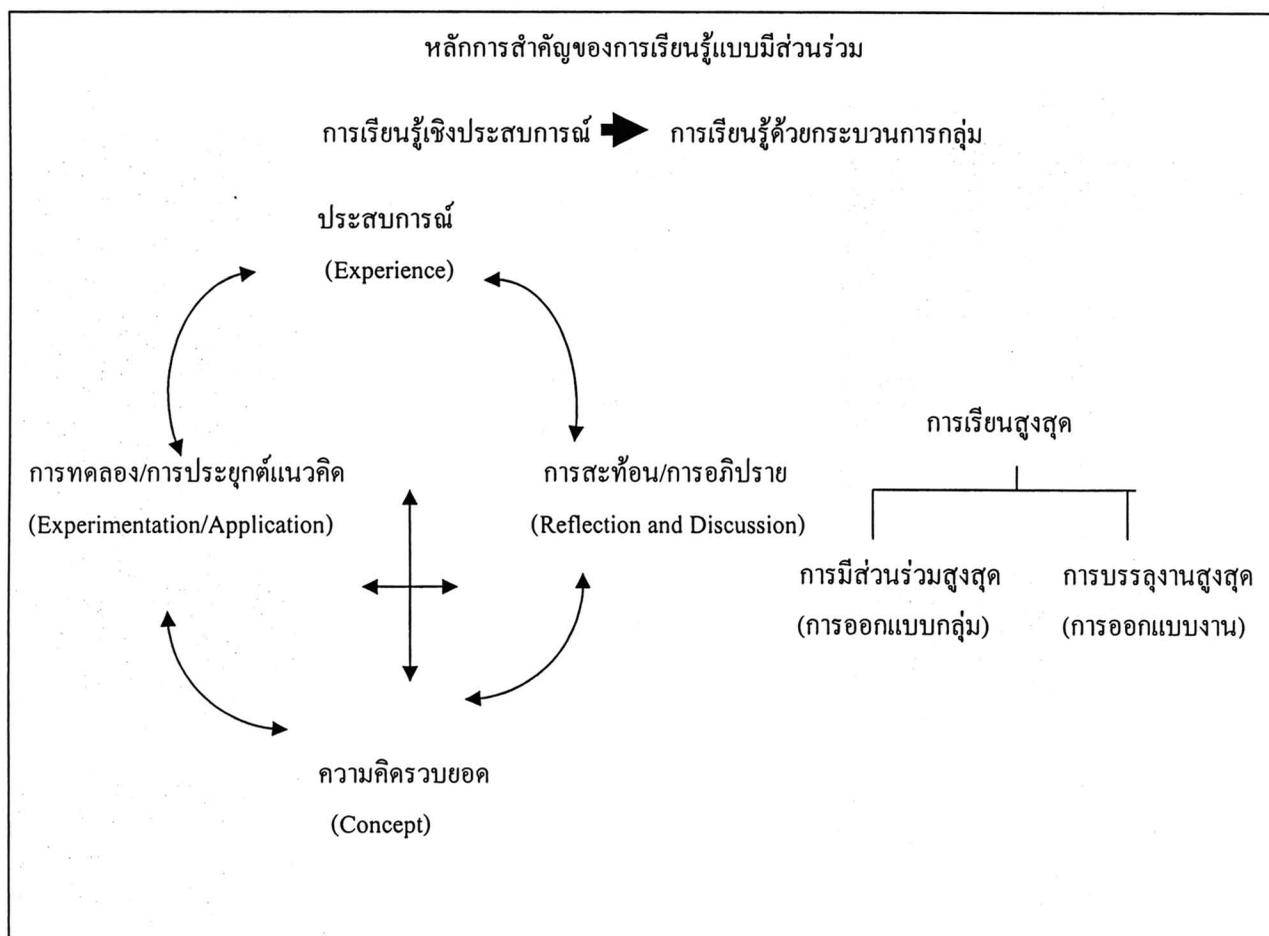
การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)

เป็นการเรียนรู้ที่นิโคล (Nicol) นักฝึกอบรมเชื่อว่าเป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ เจตคติ และทักษะได้ดีที่สุด โดยผ่านการสังเคราะห์จากผลการศึกษาวิจัยรูปแบบการเรียนรู้หลายรูปแบบ (Meta Analysis) จนได้โครงสร้างพื้นฐานของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วยหลักการเรียนรู้พื้นฐาน 2 ประการ (แผนภูมิ 5) คือ

1. การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning)

2. กระบวนการกลุ่ม (Group Process)

ดังมีรายละเอียดดังนี้



แผนภูมิ 5 หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

1. การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning)

เป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2540)

1.1 ประสบการณ์ (Experience) โดยผู้สอนพยายามกระตุ้นให้ผู้เรียนนำประสบการณ์ของตนเองออกมาใช้ในการเรียนรู้ และสามารถแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองกับผู้อื่น ซึ่งการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำให้เกิดความรู้เพิ่มขึ้น

1.2 การสะท้อนความคิดและการอภิปราย (Reflection and Discussion) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเองแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม โดยผู้สอนเป็นผู้กำหนดประเด็นการวิเคราะห์ วิจัย และผู้เรียนได้เรียนรู้ถึงความคิด ความรู้สึกของคนอื่นที่ต่างไป ช่วยให้เกิดความรู้ที่กว้างขวางขึ้น รวมทั้งการสะท้อนความคิดเห็น หรือการอภิปรายทำให้ได้ข้อสรุปที่หลากหลาย

1.3 ความคิดรวบยอด (Concept) ผู้เรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาหรือเป็นการพัฒนาด้านพุทธิพิสัย (Knowledge) อาจเกิดได้หลายทาง เช่น จากการบรรยายของผู้สอน การสะท้อนความคิดและอภิปรายของผู้เรียน โดยผู้สอนช่วยสรุปเป็นความคิดรวบยอด ก่อให้เกิดความเข้าใจแก่ผู้เรียนอย่างสูงสุด

1.4 การทดลองหรือการประยุกต์แนวคิด (Experimentation/Application) ผู้เรียนได้ทดลองใช้ความคิดรวบยอดในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การสนทนา การสร้างคำขวัญ และเล่นบทบาทสมมติ เป็นต้น ซึ่งเป็นการแสดงถึงผลสำเร็จของการเรียนรู้ในองค์ประกอบที่ 1 ถึง 3

ในการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจึงจำเป็นต้องจัดกิจกรรมให้ครบทั้ง 4 องค์ประกอบ เนื่องจากทั้ง 4 องค์ประกอบมีความเกี่ยวข้องและส่งผลถึงกัน

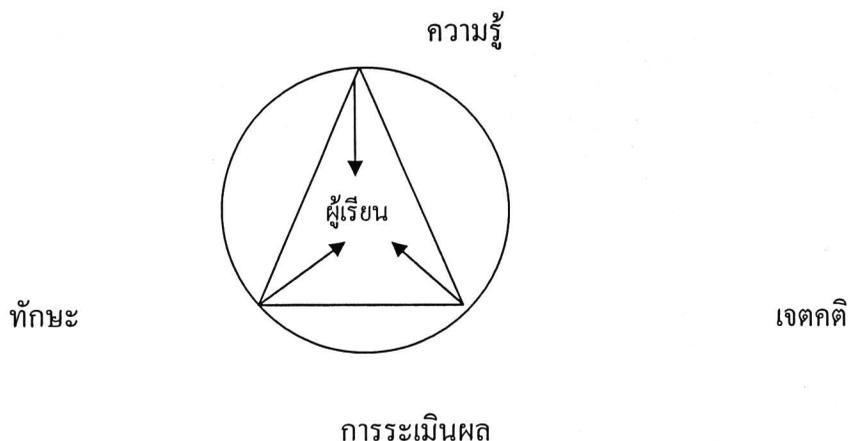
## 2. กระบวนการกลุ่ม (Group Process)

เป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญ เพื่อนำมาใช้ร่วมกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุด และทำให้บรรลุงานสูงสุด การมีส่วนร่วมสูงสุด (Maximum Participation) ของผู้เรียน ขึ้นอยู่กับการออกแบบกลุ่มที่เหมาะสมในแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้ ซึ่งผู้เรียนทุกคนควรมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบ

การบรรลุงานสูงสุด (Maximum Performance) สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้เรียนบรรลุงานสูงสุด คือ การออกแบบ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้สอนต้องจัดทำเป็นใบงานที่กำหนดให้กลุ่มผู้เรียนทำกิจกรรมให้บรรลุตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในแผนการสอน โดยจะต้องกำหนดกิจกรรมชัดเจน กำหนดบทบาทของกลุ่มหรือสมาชิกกลุ่มที่ชัดเจน และควรมีโครงสร้างงานที่ชัดเจน

### 2.1 จุดประสงค์ของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้เรียนมีการพัฒนาการเรียนรู้สูงสุด 3 ด้าน (แผนภูมิ 6) คือ พุทธิพิสัย จิตพิสัยและ ทักษะพิสัย มีรายละเอียดดังนี้



### แผนภูมิ 6 จุดประสงค์ของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

แหล่งที่มา จาก ทักษะชีวิตและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดย กรมสุขภาพจิต. 2541  
กระทรวงสาธารณสุข

2.1.1. พุทธิพิสัย (Knowledge) เป็นการพัฒนาต่อยอดความรู้เดิมหรือการใ้ห้องค์ความรู้ใหม่ ผู้เรียนจะผ่านขั้นตอนการเรียนรู้ คือ รู้ เข้าใจ สามารถนำความรู้ไปใช้ได้ โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทั้ง 4 องค์ประกอบที่กล่าวมาแล้ว

2.1.2 จิตพิสัย (Attitude) เป็นการปรับเปลี่ยนหรือเสริมสร้างให้ผู้เรียนมีความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ และมีเจตคติที่ดีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ถ้ามีเจตคติที่ดีแน่วแน่มที่จะเกิดพฤติกรรมที่ดียอมเกิดขึ้นได้ไม่ยาก ซึ่งเกิดจากส่วนประกอบ 2 ขั้นตอน คือ

1) ขั้นสร้างความรู้สึก เป็นการกระตุ้น จูงใจ หรือ โน้มน้าวให้ผู้เรียนเกิดอารมณ์ความรู้สึกตามที่ผู้สอนต้องการ เพื่อนำไปสู่การจัดระบบความคิด ความเชื่อและสร้างเจตคติหรือปรับเปลี่ยนเจตคติให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ โดยมีกิจกรรมใน 2 ขั้นตอน คือ

1.1) กระตุ้นความรู้สึกโดยใช้สื่อต่าง ๆ หรือกิจกรรมให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกอย่างที่คุณสอนต้องการ

1.2) การเปิดเผยตนเอง เป็นการดึงประสบการณ์ ความคิดเห็น หรือเจตคติของผู้เรียนต่อสื่อที่ผู้สอนนำเสนอ

2) ขั้นจัดระบบความคิดความเชื่อ อาศัยกระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมสูงสุด ความคิดเห็นที่แตกต่างกันของสมาชิกในกลุ่มช่วยให้ระบบความคิดความเชื่อของผู้เรียนเปลี่ยนแปลงไป

2.1.3 ทักษะพิสัย (Skill) เป็นความสามารถที่ไม่เคยมีมาก่อนแต่ได้เรียนรู้จนกระทั่งทำได้อย่างชำนาญ ซึ่งการสอนมี 2 ขั้นตอน คือ

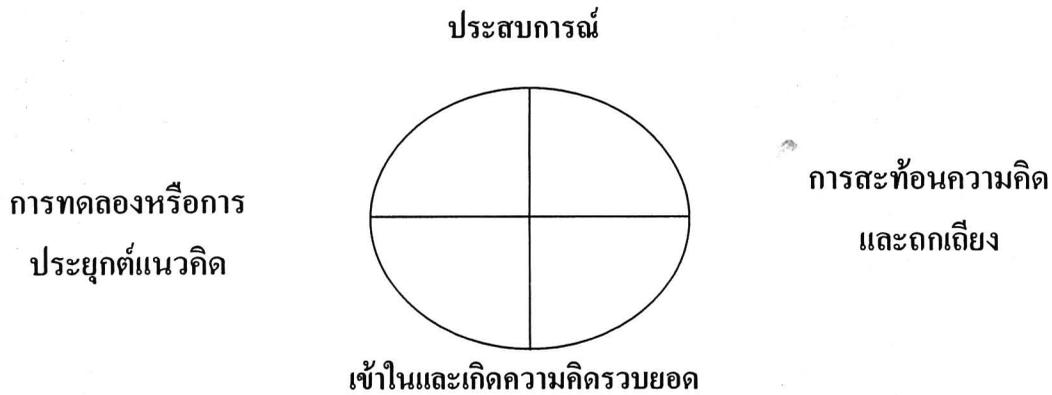
1) ขั้นรู้ข้อเท็จจริง มุ่งให้รับรู้ว่าทักษะนั้นสำคัญและฝึกฝนอย่างไร จากองค์ประกอบด้านประสบการณ์ การสะท้อนความคิดหรือการอภิปรายและความคิดรวบยอด

2) ขั้นลงมือกระทำเป็นโอกาสให้ปฏิบัติจริงตามองค์ประกอบด้านทดลองและประยุกต์แนวคิด ขงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (2540) ได้เสนอแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมว่าเป็นกระบวนการสอนที่ผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมหลักสำคัญ 5 ประการ คือ

1. เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์เดิมของผู้เรียน
2. ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่อง และเป็นฝ่ายกระทำ
3. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเองและระหว่างผู้เรียนและผู้สอน
4. ปฏิสัมพันธ์ที่มี ทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ ออกไปอย่างกว้างขวาง
5. มีการสื่อสาร โดยการพูด หรือการเขียนเป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์และ การสังเคราะห์ความรู้

องค์ประกอบของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมี 4 ประการคือ ประสบการณ์ การสะท้อนความคิดและถกเถียง เกิดความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด การทดลองหรือการประยุกต์แนวคิด ซึ่งมีรายละเอียดสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ประสบการณ์ ครูช่วยให้ผู้เรียนนำประสบการณ์เดิมของตนมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้
2. การสะท้อนความคิดและการถกเถียง ครูช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสแสดงออกเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างลึกซึ้ง
3. ความเข้าใจและความคิดรวบยอดผู้เกิดความเข้าใจ และ นำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอดอาจเกิดขึ้น โดยผู้เรียนเป็นฝ่ายริเริ่ม แล้วครูช่วยเติมแต่งให้สมบูรณ์ หรือในทางกลับกัน ครูเป็นผู้นำทางและผู้เรียนเป็นผู้สานต่อจนความคิดนั้นสมบูรณ์เป็นความคิดรวบยอด
4. การทดลองหรือประยุกต์แนวคิดผู้เรียนนำเอาการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ในลักษณะหรือสถานการณ์ต่าง ๆ จนเกิดเป็นแนวทางปฏิบัติของผู้เรียนเอง



แผนภูมิ 7 แสดงองค์ประกอบ 4 ประการของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

สุจิตรา เทียนสวัสดิ์ (ม.ม.ป.) ได้อธิบายเพิ่มเติมและสรุปจากองค์ประกอบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นภาพรวม ตามแผนผังดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบทั้ง 4 ประการ จะเป็นไปอย่างพลวัตโดยอาจเริ่มต้นจากจุดใดจุดหนึ่งและเคลื่อนย้ายไปมาระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ดังนั้นในเชิงของการเรียนการสอนแล้วอาจจะเริ่มต้นที่จุดใดก่อนก็ได้ แต่ความสำคัญอยู่ที่การจัดกระบวนการให้ครบองค์ประกอบ ซึ่งการสอนในลักษณะนี้ นอกจากจะเป็นการสอนในลักษณะทักษะชีวิตพุทธพิสัย โดยมุ่งเน้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์และความคิดวิจารณ์แล้ว ยังเป็นการสอนพื้นฐานในทักษะชีวิตอื่นๆ คือ ในด้านจิตพิสัยและทักษะพิสัยอีกด้วย

## 2.2 การจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีจุดมุ่งหมายให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพหรือผู้เรียนเกิดการเรียนรู้สูงสุด โดยเน้นที่การให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมให้มากที่สุดในทุกๆ องค์ประกอบคือการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนความคิดและถกเถียง การสรุปความคิดรวบยอด ตลอดจนได้ทดลองหรือประยุกต์แนวคิดและในทุกกิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบนั้นจะต้องเกิดการเรียนรู้สูงสุด หรือที่เรียกว่า การบรรลุงานสูงสุด หรืออาจกล่าวได้ว่า การเรียนรู้สูงสุด เกิดจากการมีส่วนร่วมสูงสุดและการบรรลุงานสูงสุดในทุกองค์ประกอบของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมสูงสุด เกิดขึ้นได้จากการออกแบบกลุ่มที่เหมาะสมในแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้ กลุ่มแต่ละประเภทจะมีข้อดีและข้อจำกัดที่ต่างกัน เช่น บางประเภทเอื้ออำนวยให้มีส่วนร่วมได้มาก แต่อาจขาดความหลากหลายของแนวคิด จึงเหมาะสำหรับเวลาที่ผู้สอนต้องการให้เกิดการแสดงออกแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากประสบการณ์โดยยังไม่ต้องการ

ข้อสรุป การเรียนการสอนที่มีการร้อยรัดกระบวนการกลุ่มที่หลากหลายเข้าด้วยกันอย่างเหมาะสม ในแต่ละชั่วโมงการสอน ก็จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างสูงสุด มีพลวัตหรือการเคลื่อนไหวของการเรียนรู้ตลอดเวลา ทำให้ผู้เรียนมีความสนใจอย่างต่อเนื่อง

การบรรลุงานสูงสุด แม้การออกแบบกระบวนการกลุ่มที่มีความหลากหลาย จะช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมขึ้นได้มากแต่ไม่ได้หมายความว่า การมีส่วนร่วมนั้นจะเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพโดยไม่เสียเวลา หัวใจสำคัญของการบรรลุงานสูงสุดจึงอยู่ที่การกำหนดงานให้กับกระบวนการกลุ่ม ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญของการกำหนดงาน 3 ประการคือ

1. กำหนดกิจกรรมที่ชัดเจนว่าจะให้ผู้เรียนแบ่งกลุ่มอย่างไรเพื่อทำอะไร ใช้เวลานาน้อยแค่ไหนเมื่อบรรลุงานแล้วจะให้ทำอะไรต่อเช่น เตรียมนำเสนอหน้าชั้นเรียนในเวลาที่กำหนดให้

2. กำหนดบทบาทของกลุ่มหรือสมาชิกที่ชัดเจน โดยปกติการกำหนดบทบาทย่อยของแต่ละกลุ่ม ควรให้แต่ละกลุ่มมีบทบาทที่แตกต่างกัน เมื่อมานำเสนอในกลุ่มใหญ่จึงจะเกิดเครือข่ายการเรียนรู้โดยไม่น่าเบื่อ การกำหนดบทบาทยังรวมถึงสมาชิกในกลุ่มด้วย เช่น บทบาทของผู้เล่นบทบาทสมมติและผู้สังเกตการณ์หรือบทบาทของการนำกลุ่ม การรวบรวมความเห็นและการนำเสนอ เป็นต้น

3. ควรมีโครงสร้างของงานที่ชัดเจน ซึ่งบอกรายละเอียดของกิจกรรมและบทบาทโดยทำเป็นกำหนดงานที่ครูแจ้งแก่ผู้เรียน หรือทำเป็นใบงานมอบให้กลุ่มซึ่งจะเหมาะสมกับการทำกลุ่มย่อย ที่ต้องทำงานให้ได้ผลงานที่เป็นข้อสรุปของกลุ่ม

ดังนั้นหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จึงมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย ทั้งในด้านการพัฒนาการเรียนการสอน รวมทั้งในงานด้านสาธารณสุขซึ่งมองเห็นว่าการเรียนรู้ที่ดี คือการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น และมีการช่วยเหลือกัน โดยจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ พบว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถทำให้ผู้เรียนมีการพัฒนาด้านความรู้และเจตคติรวมทั้งทักษะ จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การได้ใช้ความคิด อภิปรายและเรียนรู้ซึ่งกันและกันจนเกิดความคิดรวบยอด และสามารถนำความรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ใน ชีวิตประจำวัน ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงความคิดและเจตคติไปในทางที่ถูกต้องจะ นำมาสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนอีกด้วย แต่อย่างไรก็ตามการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจะ ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้นั้น ต้องอาศัยการมีคุณสมบัติที่เหมาะสมของผู้สอนด้วย เช่นกัน

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของการอบรมเพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงตั้งครรภ์ โดยกลุ่มทดลองจำนวน 61 ราย ได้รับโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเอดส์ที่ประกอบด้วยแผนการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง 3 เรื่อง คือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ทักษะการรับรู้ความสามารถของตนเองของเบนดูรา คือ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ เป็นผลการศึกษาของ แสงสุรีย์ ทัศนพลชัย (2540) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเอดส์สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นุชรี ไล้พันธ์ (2542) โปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ออกทางหน้าท้อง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามโปรแกรม จะมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ และมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการสอน และดังเช่นการศึกษาของ ภาวิณี สุนทรธาราวงศ์ (2544) ได้ศึกษาถึง ผลของ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภคในโรงเรียนต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารของนักเรียนประถมศึกษา จังหวัดนครนายก พบว่า ภายหลังได้รับ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม นักเรียนที่ได้รับ โปรแกรมมีความรู้เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคและการเลือกบริโภคอาหารดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม และดีกว่านักเรียนที่ไม่ได้รับ โปรแกรม

ในปัจจุบันการวิจัยส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นในการวัดความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Efficacy Expectation) เพื่อทำนายผลลัพธ์ของการกระทำพฤติกรรม สอดคล้องกับแนวคิดของ เบนดูรา ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นลักษณะ ที่เฉพาะเจาะจงในการแสดงพฤติกรรมเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องกระทำในอนาคต ได้มีการศึกษาถึง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ตามกรอบแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของเบนดูรา ในหลายกลุ่มตัวอย่าง ทั้งในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การฟื้นฟูสุขภาพในผู้ป่วยต่างๆ เป็นต้น ดังเช่น การศึกษาของ อรนุช เขียวสะอาด (2544) ถึงผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นและมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและจากการศึกษาของ นุสบง เจาทานนท์ และคาวุฒิ ฝาสันเทียะ (2544) ได้ศึกษาถึง ประสิทธิภาพของ โปรแกรมการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมในการป้องกันไข้มาเลเรียของกำลังพล

ทหารราบ พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม ทหารราบมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นไข้มาลาเรีย การรับรู้ความรุนแรงของไข้มาลาเรีย และการรับรู้ต่อผลดีในการป้องกันตนเองจากไข้มาลาเรียมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและมากกว่าทหารราบที่ไม่ได้รับโปรแกรม นอกจากนี้ทหารราบที่ได้รับโปรแกรมยังมีพฤติกรรมการป้องกันไข้มาลาเรียถูกต้องมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมากกว่าทหารราบที่ไม่ได้รับโปรแกรม และดังเช่นการศึกษาของ สิริหญิง ศรีสุพรรณ (2550) ได้ศึกษาถึงผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนล่างที่ได้รับการผ่าตัดหลัง พบว่าคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองหลังผ่าตัดของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ยคะแนนดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ยคะแนนดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

กรอบแนวคิดในการวิจัย

